



ETIQUETA
USO EXCLUSIVO DE LABORATORIO

SOLICITUD DE LABORATORIO

FECHA DE
SOLICITUD: _____

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** (MASC) (FEM) **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
SERVICIO: (URG) (CX) (PED) (ANES) (GYO) **CAMA:** _____ **URGENCIA:** (SI) (NO)
(TYO) (MI) (CARD) (CLI. HER) **PESO:** _____ **TALLA:** _____
AREA: () CONSULTA EXTENA () URGENCIAS () HOSPITALIZACION () TOCOCIRUGIA () QUIROFANO
DIAGNOSTICO: _____ **AYUNO** (SI) (NO)

HEMATOLOGIA

- () BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA
() VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR
() GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH
() HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A1c

SERVICIO DE TRANSFUSION

- () PRUEBAS CRUZADAS ANEXAR FORMATO CESTS
() COOMBS DIRECTO
() COOMBS INDIRECTO

COAGULACION

- () TIEMPOS DE TROMPLASTINA
() TIEMPOS PARCIAL DE TROMPLASTINA

QUIMICA SANGUINEA

- () GLUCOSA
() UREA
() ACIDO URICO
() CREATININA
() BUN

FUNCION PANCREATICA

- () AMILASA SERICA
() LIPASA SERICA
() PROTEINA C REACTIVA

LIPIDOS EN SANGRE

- () COLESTEROL
() TRIGLICERIDOS
() LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD HDL
() LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD LDL

GASOMETRIAS

- () GASOMETRIA ARTERIAL
() GASOMETRIA VENOSA
TEMP: _____
FIO2: _____

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO

- () BILIRRUBINA TOTAL
() BILIRRUBINA DIRECTA
() BILIRRUBINA INDIRECTA
() TRANS. GLUTANICO OXALOACETICA (TGO)
() TRANS. GLUTANICO PIRUVICA (TGP)
() FOSFATASA ALCALINA
() PROTEINAS TOTALES
() ALBUMINA
() DESHIDROGENASA LACTICA

ENZIMAS CARDIACAS

- () CREATINOFOSFOQUINASA
() CREATINOFOSFOQUINASA FRACCION MB
() TRANS. GLUTANICO OXALOCETICA (TGO)
() DESHIDROGENASA LACTICA

ESTUDIO DE ORINA

- () EXAMEN GENERAL DE ORINA

PARASITOLOGIA

- () COPROPARASITOSCOPICO
() COPROPARASITOSCOPICO (SERIE DE 3)

INMUNOLOGIA Y SEROLOGIA

- () REACCIONES FEBRILES EN TUBO
() V.D.R.L. CUANTITATIVO
() ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO
() FACTOR REUMATOIDE

- () ANTIESTREPTOLISINAS

- () PRUEBA INMUNOLOGICA DE EMBARAZO

ELECTROLITOS SERICOS

- () SODIO
() POTASIO
() CLORO
() FOSFORO
() CALCIO
() MAGNESIO

ESTUDIOS ESPECIALES

- () VIH
() ANTIHEPATITIS C
() CRISTALOGRAFIA

OTROS: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

CED. PROF. _____

DIRECCION: CALLE CARLOS MAYORGA #55, ESQ. CONCTITUCION, COL. CHAPULTEPEC, ACTOPAN, HIDALGO. C.P. 42500. TEL: 7727272143

LLENAR TODOS LOS CAMPOS CON LETRA LEGIBLE Y SIN TACHADURAS