

SUS RESULTADOS EN LÍNEA: www.labreferencia.com

Fecha: (D/M/A)

Nombre (s):

Apellido (s):

Cédula/Pasaporte:

Edad: Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: M F Teléfono:

Doctor/Laboratorio: No. Cliente:

Centro de Salud: Ciudad:

TOMA DE MUESTRA Fecha: (D/M/A) Hora: AM PM Tiempo Caliente: min. isquemia: Fría min.

TIPO DE MUESTRA: Biopsia Resección Citología no ginecológica
Otro:

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

FAVOR MARCAR EL O LOS ESTUDIO(S) SOLICITADOS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANEXO | <input type="checkbox"/> INTESTINO DELGADO | <input type="checkbox"/> RECTO |
| <input type="checkbox"/> APÉNDICE | <input type="checkbox"/> LABIO | <input type="checkbox"/> RIÑÓN |
| <input type="checkbox"/> CANAL ANAL | <input type="checkbox"/> LARINGE | <input type="checkbox"/> SISTEMA NERVIOSO CENTRAL |
| <input type="checkbox"/> CAVIDAD NASAL | <input type="checkbox"/> LENGUA | <input type="checkbox"/> SUPRARRENAL |
| <input type="checkbox"/> CAVIDAD ORAL | <input type="checkbox"/> MAMA | <input type="checkbox"/> TEJIDO BLANDO |
| <input type="checkbox"/> CÉRVIX | <input type="checkbox"/> MANDÍBULA | <input type="checkbox"/> TESTÍCULO |
| <input type="checkbox"/> CIEGO | <input type="checkbox"/> MAXILAR | <input type="checkbox"/> TIROIDES |
| <input type="checkbox"/> COLON | <input type="checkbox"/> MÉDULA ÓSEA | <input type="checkbox"/> TRÁQUEA |
| <input type="checkbox"/> CONDUCTO DEFERENTE | <input type="checkbox"/> MÚSCULO | <input type="checkbox"/> TROMPAS UTERINAS |
| <input type="checkbox"/> CORAZÓN | <input type="checkbox"/> NASOFARINGE | <input type="checkbox"/> UÑA |
| <input type="checkbox"/> DUODENO | <input type="checkbox"/> OIDO | <input type="checkbox"/> URÉTER |
| <input type="checkbox"/> ENDOMETRIO | <input type="checkbox"/> OROFARINGE | <input type="checkbox"/> URETRA |
| <input type="checkbox"/> ESCROTO | <input type="checkbox"/> OVARIO | <input type="checkbox"/> ÚTERO |
| <input type="checkbox"/> ESÓFAGO | <input type="checkbox"/> PÁNCREAS | <input type="checkbox"/> VAGINA |
| <input type="checkbox"/> ESTÓMAGO | <input type="checkbox"/> PARED ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> VEJIGA |
| <input type="checkbox"/> FARINGE | <input type="checkbox"/> PARÓTIDA | <input type="checkbox"/> VÉRTEBRA |
| <input type="checkbox"/> GANGLIOS LINFÁTICOS | <input type="checkbox"/> PENE | <input type="checkbox"/> VESICULA BILIAR |
| <input type="checkbox"/> GLÁNDULA SALIVAL | <input type="checkbox"/> PIEL | <input type="checkbox"/> VÍAS BILIARES |
| <input type="checkbox"/> HÍGADO | <input type="checkbox"/> PLEURA | <input type="checkbox"/> VULVA |
| <input type="checkbox"/> HUESO | <input type="checkbox"/> PRÓSTATA | <input type="checkbox"/> OTROS: (ESPECIFIQUE) |
| <input type="checkbox"/> ÍLEON | <input type="checkbox"/> PULMÓN | |

SINOPSIS O HISTORIA CLÍNICA:

Recomendación: Antes de hacer uso de este documento, favor confirmar su vigencia en el software ISOLucion por si ha sido modificada la versión. Las modificaciones y/o actualizaciones de este documento deberán solicitarlas a control de documentos.

Formulario Solicitud Estudios de Patología

Código: F-37-001_v3

Fecha de Emisión: 23/08/22

Fecha de Revisión: 31/01/25

Revisado y aprobado por: Dra. Priscilla Kelly

Elaborado por: Patología Molecular

Pág. 1 de 2

