

SUS RESULTADOS EN LÍNEA: [www.labreferencia.com](http://www.labreferencia.com)

Nombre (s):

Apellidos (s):

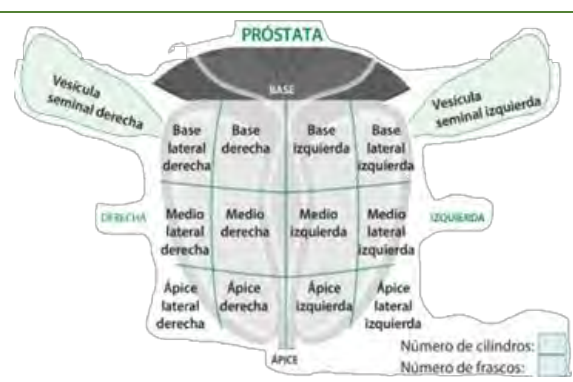
Cédula/Pasaporte:

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

Sexo:  M  F Teléfono:

Doctor/Laboratorio:  No. Cliente:

Centro de Salud:  Ciudad:

<b>TOMA DE MUESTRA</b>	Fecha: (D/M/A) <input type="text"/>	Hora: <input type="text"/>	AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE MUESTRAS</b>	<input type="checkbox"/> Biopsia por punción transrectal	<input type="checkbox"/> Cistoscopia	<input type="checkbox"/> Biopsia abierta	
	<input type="checkbox"/> Resección quirúrgica	<input type="checkbox"/> Resección transuretral (RTU)	<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____	
<b>LOCALIZACIÓN ANATÓMICA</b>	<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Conducto Deferente	<input type="checkbox"/> Escroto
	<input type="checkbox"/> Vesícula Seminal	<input type="checkbox"/> GL. Suprarrenal	<input type="checkbox"/> Pene	<input type="checkbox"/> Uretra
	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Uréter	<input type="checkbox"/> Prepucio	
	<input type="checkbox"/> Lateralidad: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____		
<b>SINOPSIS O HISTORIA CLÍNICA:</b>	<input type="text"/>			
<b>PSA:</b> _____ <b>Ó NG/Ui</b> _____ <b>% F/T</b>	<p><b>FAVOR MARCAR CON UNA X LUGAR DE LA TOMA DE MUESTRA</b></p> 			
<b>Tacto rectal:</b> <input type="checkbox"/> Hallazgos Normal <input type="checkbox"/> Anormal				
<b>Biopsia previa:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Benigna <input type="checkbox"/> Hiperplasia <input type="checkbox"/> Atipia <input type="checkbox"/> Maligna <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____				
<b>Terapia previa:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> Criocirugía		

**VEJIGA URINARIA**

<b>Cistoscopia:</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Hallazgos: _____
<b>Biopsia previa:</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/> Benigna
	<input type="checkbox"/> Displasia	<input type="checkbox"/> Maligna	<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____
<b>Terapia previa:</b>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Hormonal	<input type="checkbox"/> Cirugía
	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____

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

*Priscilla Kelly*