

Serie A

DIA	MES	AÑO

PACIENTE: _____

C.I.: _____

TECNICO: _____

URG. COORD.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-HEMOGRAMA COMPLETO | <input type="checkbox"/> 18-SUBUNIDAD BHCG | <input type="checkbox"/> 35-GPT | <input type="checkbox"/> 51-TOXOPLASMOSIS |
| <input type="checkbox"/> 02-GRASIS SANGUINEA COMPLETA | <input type="checkbox"/> 19-ORINA COMPLETA | <input type="checkbox"/> 36-GOT | <input type="checkbox"/> 52-ANTIGENO PROSTATICO |
| <input type="checkbox"/> 03-T. DE COAGULACION | <input type="checkbox"/> 20-ADDIS MINUTADO | <input type="checkbox"/> 37-LDH | <input type="checkbox"/> 53-AMILASEMIA |
| <input type="checkbox"/> 04-T. DE SANGRIA | <input type="checkbox"/> 21-CREATININEMIA | <input type="checkbox"/> 38-FOFATASA ALCALINA | <input type="checkbox"/> 54-AMILASURIA |
| <input type="checkbox"/> 05-T. DE PROTROMBINA | <input type="checkbox"/> 22-AZOEMIA | <input type="checkbox"/> 39-FOSFATASA ACIDA | <input type="checkbox"/> 55-PAPANICOLAU |
| <input type="checkbox"/> 06-REC.PLAQUETARIO | <input type="checkbox"/> 23-URICOSURIA | <input type="checkbox"/> 40-PROTEINOGRAMA | <input type="checkbox"/> 56-TSH |
| <input type="checkbox"/> 07-TEST DE HOWELL | <input type="checkbox"/> 24-URICEMIA | <input type="checkbox"/> 41-UROCULTIVO CON ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> 57-DOSIFICACION T4 |
| <input type="checkbox"/> 08-GLICEMIA | <input type="checkbox"/> 25-CETONEMIA | <input type="checkbox"/> 42-EXUDADO FARINGEO CON ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> 58-DOSIFICACION T3 |
| <input type="checkbox"/> 09-CURVA DE GLICEMIA | <input type="checkbox"/> 26-LIPIDOGRAMA | <input type="checkbox"/> 43-EXUDADO NASAL CON ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> 59-REACCION PAUL BUNNELL |
| <input type="checkbox"/> 10-PRUEBA ORAL GLUCOSA | <input type="checkbox"/> 27-COLESTEROLEMIA | <input type="checkbox"/> 44-EXUDADO VAGINAL CON ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> 60-PROLACTINEMIA |
| <input type="checkbox"/> 11-GRUPO Y RH | <input type="checkbox"/> 28-HDL. COLESTEROL | <input type="checkbox"/> 45-EXUDADO URETRAL CON ANTIBIOGRAMA | <input type="checkbox"/> 61-LH-FSH |
| <input type="checkbox"/> 12-V.E.S. | <input type="checkbox"/> 29-TRIGLICERIDOS | <input type="checkbox"/> 46-EXUDADO MICOLOGICO DE PIEL | <input type="checkbox"/> 62-ESTRADIOL |
| <input type="checkbox"/> 13-PROTEINA C REACTIVA | <input type="checkbox"/> 30-CELULAS L.E | <input type="checkbox"/> 47-COPROPASITARIO | <input type="checkbox"/> 63-PROGESTERONA |
| <input type="checkbox"/> 14-VDRL | <input type="checkbox"/> 31-ARTRITEST | <input type="checkbox"/> 48-ESPATULA ADHESIVA | <input type="checkbox"/> 64-CA 125 |
| <input type="checkbox"/> 15-HIV | <input type="checkbox"/> 32-FUNCIONAL HEPATICO | <input type="checkbox"/> 49-CULTIVO DE HERIDA | <input type="checkbox"/> 65-CA 15-3 |
| <input type="checkbox"/> 16-FTA | <input type="checkbox"/> 33-BILIRRUBINEMIA | <input type="checkbox"/> 50-ENZIMOGRAMA CARDIACO | <input type="checkbox"/> 66-IGE |
| <input type="checkbox"/> 17-ORTHOTEST | <input type="checkbox"/> 34-ENZIMOGRAMA HEPATICO | | <input type="checkbox"/> 67-OTRO |

SELLO RECAUDACION

PROCEDENCIA

- URGENCIA
- POLICLINICA
- INTERNACION
- DOMICILIO
- PARTICULAR

D.C. _____

FIRMA _____

IMPRESA SUZA-TEL. 4547984-10115.000 X 1 VMA-02017

Serie A

DIA	MES	AÑO

PACIENTE: _____

C.I.: _____

TECNICO: _____

URG. COORD.

- 01-ABDOMINAL
- 02-GINECOLOGICA
- 03-OBSTETRICA
- 04-PELVIANA
- 05-AP. URINARIO

- 06-CADERA
- 07-PARTES BLANDAS
- 08-TORAX
- 09-OTRO

SELLO RECAUDACION

OBSTETRICA HASTA 15 SEMANAS
PELVIANAS Y UROLOGIAS
TOMAR 1 1/2 LITRO DE LIQUIDO
1 HORA PREVIA, SIN ORINAR.
OTRAS: AYUNO 6 HORAS PREVIAS

PROCEDENCIA

- URGENCIA
- POLICLINICA
- INTERNACION
- DOMICILIO
- PARTICULAR

D.C. _____

FIRMA _____

IMPRESA SUZA-TEL. 4547984-10115.000 X 1 VMA-02017