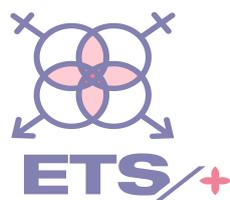


Volante de solicitud de:



CALDERÓN
CENTRO DIAGNÓSTICO

C/ Colón, 37 - 12001 CASTELLÓN
Tel. 964 22 02 16 - Fax 964 23 14 97
administracion@laboratoriocalderon.com
www.laboratoriocalderon.com



Test de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual mediante técnicas de biología molecular

DATOS PERSONALES

Dr/Dra _____

Paciente _____

Fecha de nacimiento __/__/_____

Remitir informe a:

Correo-e _____

Dirección postal _____

SOLICITUD DE PRUEBAS

(Indicar con una cruz)

ETS/10+

Incluye la detección de ADN de:

Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae
Herpes simplex-1, Herpes simplex-2,
Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis
Treponema pallidum, Trichomonas vaginalis
Ureaplasma parvum, Ureaplasma urealyticum,
Haemophilus ducreyi, Virus Varicela zoster,
Chlamydia trachomatis (Cepas Linfogranuloma V.),
Cytomegalovirus,

HPV

Incluye la detección y tipado de Papiloma Virus Humano de alto y bajo riesgo

Otros (Especificar):

TIPO DE MUESTRA REMITIDA

Exudado endocervical	<input type="checkbox"/>	Chancro	<input type="checkbox"/>
Exudado vaginal	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>
Exudado uretral	<input type="checkbox"/>	1ª Orina a.m.	<input type="checkbox"/>
Muestra rectal	<input type="checkbox"/>	Semen	<input type="checkbox"/>
Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/>	Otros (Describir)	<input type="checkbox"/>
Condiloma	<input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Fecha de obtención de la muestra: __/__/_____

PROCEDENCIA Y FIRMA

FECHA __/__/_____