

Formulario de Cultivo

Fecha:/...../..... Cama:.....H.C Nº.....Días de internación:.....

Nombre y Apellido:.....

Diagnóstico de Ingreso:.....

Diagnóstico presuntivo infectológico:.....

Antecedentes patológicos:.....

Internación Previa: Si ☐ No ☐ Donde:.....Recibio ATB: Si ☐ No ☐Infecciones previa durante esta internación: Si ☐ No ☐

ORIGEN

Factores de Riesgo:

Aborto	Embarazo	Mordedura	Post. QX	TBQ
Alcoholismo	Enf. Viral Previa	Mucositis	Abdomen/Tx	TTO Inmunosupresión
V. Mecánica	Fístula Abd	Neutropenia	SNC/O Origen	Valvulopatía
Desnutrición	Fístula LCR	Palitraumatismo	Quemaduras	
Drgadic EV	Hemodiálisis	Protesis	SNG	

- ☐ Hemocultivo ————— Directo
- ☐ Urocultivo ——— Rto. Col. ——— Tipificación
- ☐ Retrocultivo ——— Antibiograma
- ☐ Punta de catéter tipo: ——— Antibiograma
- ☐ LCR.
- ☐ Otros:
- ☐ Muestra respiratoria: ☐ Esputo

- ☐ Aspirado tranqueal.
- ☐ Mini BAL
- ☐ BAL

Rto. colonia

Directo:

Tipificación

Bacilo A-A Resist:

TTo ATB: Si ☐ No ☐

Cual:

Duración de tratamiento:

Suspendido hace cuanto: