

ANEXO 3. Formulario de solicitud de diagnóstico microbiológico de MPX

A enviar a Salud Pública¹

PERSONA SOLICITANTE	
Nombre y Apellidos	
Centro sanitario	
PACIENTE	
Nombre:	
Apellido 1:	
Apellido 2:	
Fecha de nacimiento	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otros
DNI	CIPA
MANIFESTACIONES CLÍNICAS:	
Exantema vesicular/pustular:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre > 38,5°C:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza intenso/mialgias:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Linfoadenopatía:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha solicitud	
PCR Laboratorio de proceso	
<input type="checkbox"/> Líquido vesicular <input type="checkbox"/> Frotis lesión <input type="checkbox"/> Exudado mucosa <input type="checkbox"/> Otras	

¹ Al correo electrónico: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org