



LABORATORIO REFERENCIAL REGIONAL

DIRECCIÓN DE SALUD DE SAN MARTÍN

FICHA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TORCH

REGIÓN:..... Establecimiento de salud:.....

MEDICO SOLICITANTE:.....

DATOS DEL PACIENTE:

DNI:

SIS ☐ SI ☐ NO

H. CLINICA

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo F() M() Ocupación:.....

Domicilio:..... Distrito:.....

N° Telefono:.....

DATOS CLÍNICOS

Fecha inicio de síntomas:/...../.....

Fecha obtención de la muestra:/...../.....

MANIFESTACIONES GENERALES:

Fiebres ()

Crecimiento ganglionar ()

Inflamación a la vista ()

Disminución a la visión ()

Mareos ()

Abortos: SI() NO() Cuantos:.....

Otros:.....

.....

.....

EXAMEN SOLICITADOS:

IgM Citomegalovirus ()

IgG Citomegalovirus ()

IgM Eptein Barr ()

IgG Eptein Barr ()

IgM Toxoplamosis ()

IgG Toxoplamosis ()

IgM Rubeola ()

Otros:.....

.....

OBSERVACIONES:.....

.....