



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA

## Formulario de petición de pruebas en cualquier tipo de muestra excepto en sangre

ETIQUETA  
LABORATORIO

IV HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Servicio de Bioquímica Clínica

NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

BIEN MAL MAL MAL MAL

1.º APELLIDO: \_\_\_\_\_  
2.º APELLIDO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
VARÓN ☐ MUJER ☐ N.º DE HISTORIA: \_\_\_\_\_  
F. NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
TARJETA SANITARIA: \_\_\_\_\_

Imprescindible no sobrepasar el recuadro al escribir

Médico peticionario (matrícula): \_\_\_\_\_  
Servicio/ Unidad: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Destino: \_\_\_\_\_  
Fecha: ...../...../ 20.....  
Fecha de recogida: ...../...../ 20.....

\*Líquido Sinovial en Tubo con Heparina

Forma de cumplimentación (ver dorso). NO DOBLAR EL FORMULARIO

### ORINA MICCIÓN AISLADA

- ☐ Sistemático y sedimento
- ☐ Prueba de embarazo
- ☐ Microalbuminuria
- ☐ Osmolaridad
- ☐ Ión sodio
- ☐ Ión potasio
- ☐ Calcio
- ☐ Fósforo
- ☐ Magnesio
- ☐ Creatinina
- ☐ Urea
- ☐ Yodo
- ☐ Cistina
- ☐ Mucopolisacáridos
- ☐ Barbitúricos
- ☐ Benzodiazepinas
- ☐ Anfetaminas
- ☐ Cannabis
- ☐ Cocaína
- ☐ Metadona
- ☐ Opiáceos

### ORINA PROGRAMADA

- Tiempo de recogida .....horas
- Diuresis .....mL
- ☐ Glucosa
- ☐ Urea
- ☐ Aclaramiento de urea
- ☐ Urato
- ☐ Creatinina
- ☐ Aclaramiento de creatinina
- ☐ Ión sodio
- ☐ Ión potasio
- ☐ Ión cloro
- ☐ Calcio
- ☐ Fosfato
- ☐ Magnesio
- ☐ Proteínas totales
- ☐ Proteinograma
- ☐ Screening de Bence Jones
- ☐ Cobre
- ☐ Amilasa

- ☐ Ácido cítrico
- ☐ Ácido oxálico
- ☐ Hidroxiprolina
- ☐ Catecolaminas
- ☐ Metanefrinas
- ☐ Ácido vanilmandélico
- ☐ Ác. 5- hidroxindolacético
- ☐ Ácido homovainílico
- ☐ Uroporfirinas
- ☐ Coproporfirinas
- ☐ Ácido amino levulínico
- ☐ Porfobilinógeno
- ☐ Serotonina
- ☐ Cortisol libre

### OTRAS DETERMINACIONES

### HECES

- ☐ Sangre oculta
  - ☐ Almidón
  - ☐ Azúcares
  - ☐ Agua
  - ☐ Nitrógeno
  - ☐ Grasa
  - ☐ pH
  - ☐ Elastasa I
- ### SEMEN
- ☐ Espermiograma (postvasectomía)
  - ☐ Seminograma (est. de esterilidad)
  - Días de abstinencia .....
  - Hora de recog. de muestra .....
  - Procesos patógen. en los 3 meses anteriores a la prueba .....
  - Ha realizado anteriormente estudios de este tipo
  - Sí ☐ No ☐

### OTRAS MUESTRAS

- ☐ Cálculo urinario
- ☐ Cálculo biliar
- LÍQ. BIOLÓGICOS**
- Origen: .....
- ☐ Recuento celular
- ☐ Fórmula leucocitaria
- ☐ Cloruro
- ☐ Glucosa
- ☐ Proteínas totales
- ☐ Albúmina
- ☐ Lactato deshidrogenasa
- ☐ Adenosindesaminidasa (ADA)
- ☐ Cristales
- ☐ pH
- ☐ Amilasa
- ☐ Colesterol
- ☐ Triglicéridos
- ☐ Urea

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

- |                                                |                                                       |                                                     |                                                     |                                                  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amenorrea             | <input type="checkbox"/> Disnea                       | <input type="checkbox"/> Hemoptisis                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria | <input type="checkbox"/> Quemados                |
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal              | <input type="checkbox"/> Hemorrag. subaracnoidea    | <input type="checkbox"/> Leucemia                   | <input type="checkbox"/> Reumatismo articular    |
| <input type="checkbox"/> Angor                 | <input type="checkbox"/> Donante de órganos           | <input type="checkbox"/> Hepatitis aguda            | <input type="checkbox"/> Linfoma                    | <input type="checkbox"/> Sarcoidosis             |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca     | <input type="checkbox"/> Encefalopatía                | <input type="checkbox"/> Hepatitis crónica          | <input type="checkbox"/> Litiasis renal             | <input type="checkbox"/> Sepsis                  |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Endocarditis                 | <input type="checkbox"/> Hepatopatía                | <input type="checkbox"/> Melanoma                   | <input type="checkbox"/> Síndrome febril         |
| <input type="checkbox"/> Bronquiectasias       | <input type="checkbox"/> Enfermedad articular         | <input type="checkbox"/> Hipercalcemia              | <input type="checkbox"/> Miastenia                  | <input type="checkbox"/> Síndrome general        |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía           | <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes     | <input type="checkbox"/> Hipocalcemia               | <input type="checkbox"/> Mieloma                    | <input type="checkbox"/> Síndrome metabólico     |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas              | <input type="checkbox"/> Enfermedades hipofisarias    | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial      | <input type="checkbox"/> Miopatía                   | <input type="checkbox"/> Síndrome tóxico         |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis              | <input type="checkbox"/> Enf. inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> IAM                        | <input type="checkbox"/> Neoplasia                  | <input type="checkbox"/> TBC                     |
| <input type="checkbox"/> Cirugía extracorpórea | <input type="checkbox"/> Enfermedades tiroideas       | <input type="checkbox"/> Ictericia                  | <input type="checkbox"/> Neuropatía                 | <input type="checkbox"/> Trasplante cardíaco     |
| <input type="checkbox"/> Colecistopatía        | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Ictus                      | <input type="checkbox"/> Obesidad                   | <input type="checkbox"/> Trasplante hepático     |
| <input type="checkbox"/> Coma                  | <input type="checkbox"/> EPOC                         | <input type="checkbox"/> Infección urinaria         | <input type="checkbox"/> Osteoporosis               | <input type="checkbox"/> Trasplante pulmón       |
| <input type="checkbox"/> Control               | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple          | <input type="checkbox"/> Infección vírica           | <input type="checkbox"/> Pancitopenia               | <input type="checkbox"/> Trasplante renal        |
| <input type="checkbox"/> Demencia              | <input type="checkbox"/> Fibrosis pulmonar            | <input type="checkbox"/> Infección VIH              | <input type="checkbox"/> Pancreatitis aguda/crónica | <input type="checkbox"/> Tratam. anticoagulante  |
| <input type="checkbox"/> Derrame pleural       | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística            | <input type="checkbox"/> Infertilidad               | <input type="checkbox"/> Pielonefritis              | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia         |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición          | <input type="checkbox"/> Fiebre origen desconocido    | <input type="checkbox"/> Inmunodef. primaria        | <input type="checkbox"/> Pinchazo accidental        | <input type="checkbox"/> Tromboembolism. pulmon. |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> HDA                          | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca     | <input type="checkbox"/> Postoperatorio             | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica          |
| <input type="checkbox"/> Diarrea               | <input type="checkbox"/> Hematuria                    | <input type="checkbox"/> Insuficienc. renal aguda   | <input type="checkbox"/> Preoperatorio              | <input type="checkbox"/> Urticaria               |
| <input type="checkbox"/> Dislipemia            | <input type="checkbox"/> Hemofilia                    | <input type="checkbox"/> Insuficienc. renal crónica | <input type="checkbox"/> Púrpura                    | <input type="checkbox"/> Vasculitis              |

OTROS MOTIVOS:

IMP-2001