**PROTEOMICA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**FLUJOGRAMA DE ENVIOS DE MUESTRAS**

* Las muestra a enviar son cepas mono microbianas (bacterianas y/o levaduras), de ser posible que estén en fase de crecimiento (no más de 24Hs) y con colonia reaislada para evitar un resultado confuso que no se pueda interpretar, caso contrario, enviar la placa de Petri, para hacer el reaislamiento en el Laboratorio de Referencia, se entiende que esto demora el resultado 24horas mas.
* La muestra debe ser enviada al Laboratorio de Salud Pública **(LSP**), **no se van** a recibir muestra que no sean derivada desde LSP.
* Las mismas deben **venir rotuladas** en **el triple envase** y con una **ficha de identificación**, que deben consignar los datos de filiación del paciente, lugar de donde se deriva, nombre del Profesional, teléfono fijo o móvil y correo electrónico. Hasta tanto tengamos la ficha oficial, que vamos a enviar por este medio, deben consignarla ustedes
* Las muestras deben ser derivadas por los Servicios de Laboratorio de la Institución y dicha derivación es del profesional Bioquímico/a.
* Los resultados, de acuerdo a la urgencia se van a entregar vía e-mail o telefónica al Profesional que derivo la cepa, el tiempo dependerá del estado de la colonia remitida, en general no más de 24 horas, el informe escrito se enviara escaneado con la firma del Profesional interviniente.
* Los días de recepción de muestras son **martes y jueves desde la 8:00 a las 14:00 hs.**

Laboratorio de Salud Pública:

Talcahuano 2194 – Predio Hospital Lencinas – Godoy Cruz - Mendoza – C.P. 5501

Tel. (0261) 4270792 - 155175232

e- mail: [labsaludpublica@mendoza.gov.ar-](mailto:labsaludpublica@mendoza.gov.ar-) [hpagella@mendoza.gov.ar](mailto:hpagella@mendoza.gov.ar) - [sivilamendoza@gmail.com](mailto:sivilamendoza@gmail.com)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE DERIVACIÓN DE CEPAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MALDITOF A HOSPITAL EL CARMEN OSEP** | | | | | | | |
| HOSPITAL O INSTITUCIÓN DERIVANTE: | | | | | | | |
| Nombre y Apellido del paciente | | | | | | | |
| DNI : | | | | | | | |
| Edad: | | | Sexo: | | | | |
| Profesión u ocupación | | | | | | | |
| Enfermedad de Base | | | | | | | |
| Fecha: | Fecha Ingreso: | | | Servicio: | | | Cama: |
| Internación > de 48 hs | | Si | | No | | | |
| Diagnóstico: | | | | | | | |
| Antibióticos previos | | | | | | Fecha ultima toma de ATB: | |
| invasiones | VCC | S vesical | | ARM | | Prótesis | |
| Marcapasos | C doble Volumen | | | | otras | |
| Tipo de muestra |  | | | | | | |
| Métodos de Identificación realizados |  | | | | | | |
| Resultados obtenidos |  | | | | | | |
| Profesional que deriva |  | Tel de contacto | | | e-mail | | |