



Nº 198-2015-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Resolución Directoral

Chorrillos, 19 de Junio del 2015

Visto el Expediente N°13-INR-009924-001, con Informe N° 540-2013-DEIDAADT-INR la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón respectivamente;

CONSIDERANDO:

Que con Resolución Directoral N° 276-2014-SA-DG-INR, se conformo la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales CRAFI; para realizar la labor de revisión de los formatos que se utilizan en las diferentes unidades orgánicas, la adecuación a los formatos establecidos por norma, así mismo establecer los Formatos, debidamente codificados para oficializar su uso en la entidad, a través de Resolución Directoral;

Que, con documentos del Visto, el Presidente de la Comisión de Revisión de y Adecuación de Formatos del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón, comunica que la citada comisión, ha procedido a revisar y evaluar el proyecto del documento denominado; "**Solicitud de Exámenes de Laboratorio**", propuesto por el Equipo de Laboratorio Clínico del Departamento de Investigación Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico; cuyo propósito es mejorar las actividades propias de la oficina;

Que, el citado documento, ha sido revisado por la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales-CRAFI y con la opinión de la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, da su conformidad, solicitando su aprobación con la resolución correspondiente; para lo cual le asigna el Código AS. N° 015;

Que en tal sentido, resulta por conveniente emitir el acto resolutivo, oficializando el "**Solicitud de Exámenes de Laboratorio**", para su aplicación en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;

De conformidad con la Ley General de Salud Ley N° 26842 y su modificatoria la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud (Art. 15° numeral 15.4), Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;

Estando a lo propuesto;

Con la visación de la Dirección Ejecutiva de Investigación Docencia atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, del Presidente de la Comisión de Revisión y Adecuación de Formatos Institucionales y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el formato "**Solicitud de Exámenes de Laboratorio**", con Código AS. N° 014, y el "**Instructivo para Llenar la solicitud de exámenes de laboratorio**", que forma parte integrante de la presente resolución y oficializar su uso en el ámbito del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón.

Artículo 2°.- Notificar la presente resolución a la Oficina de Estadística e Informática; para su aplicación en el ámbito correspondiente.

JHMC/RAR/irg.
DEIDAADTI

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
Grupo de Gestión de Servicios de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN
MR. JULIA HONORATA MENDEZ CAMPOS
Directora General(e)
CMP 15706 / RNE 7393



DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DOCENCIA Y ATENCIÓN EN AYUDA AL DIAGNOSTICO

SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO

PACIENTE :

EDAD:

SEXO: (F) (M)

H.C. :

SERVICIO:

CAMA N°

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE:

DIAGNOSTICO:

BIOQUÍMICA

80061	Perfil Lipídico (Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Colesterol VLDL, Lípidos Totales, Triglicéridos)
81000	Análisis Completo de Orina
82040	Albumina Sérica
82042	Proteína en Orina 24 H
82247	Bilirrubina; total
82248	Bilirrubina; directa
82270	Thevenon en Heces (Sangre oculta)
82310	Calcio; total
82340	Calcio en Orina (24H)
82465	Colesterol sérico; total
82550	Creatina Quinasa (CPK); total
82565	Creatinina; en sangre
82575	Depuración de Creatinina 24 H
82947	Glucosa en sangre, cuantitativo
82951	Glucosa: prueba de tolerancia (GTT)
83615	Lactato deshidrogenasa (LD), (LDH)
83718	Colesterol HDL
83719	Colesterol VLDL
83721	Colesterol LDL
84075	Fosfatasa; alcalina
84100	Fósforo Inorgánico (fosfato)
84105	Fósforo Inorgánico (fosfato); en orina 24 H
84155	Proteínas; totales
84436	Tiroxina; total
84443	Tiroides; Hormona de Estimulación del (TSH)
84450	Transaminasas TGO
84460	Transaminasas TGP
84478	Triglicéridos
84480	Triyodotironina T3; total
84520	Urea
84550	Ácido úrico

HEMATOLOGÍA

85002	Tiempo de Coagulación y Sangría
85014	Hematocrito
85018	Hemoglobina
85027	Hemograma Completo Automatizado
85032	Recuento Manual de Constantes Corpusculares por separado
85045	Recuento Manual de Reticulocitos
85590	Recuento de Plaquetas
85610	Tiempo de Protrombina
85652	Velocidad de Sedimentación Eritrocitaria automatizada

INMUNOLOGÍA

86000	Aglutininas de fiebre
86060	Antiestreptolisina O
85999	Detección de células LE
86140	Medición Proteína C-reactiva, cualitativa
86430	Factor reumatoideo; cualitativo
86592	Prueba de sífilis; cualitativa (RPR)
86900	Grupo sanguíneo

MICROBIOLOGÍA

87070	Cultivo bacteriano (no sangre, no orina ni heces)
87087	Urocultivo y Antibiograma
87115	Baciloscopia: BK
87172	Examen de oxiuros
87177	Examen Parasitológico seriado - 3 muestras
87205	Frotis con Coloración de Gram
87220	Examen directo KOH

Fecha y hora de la Toma y/o recepción de la Muestra

Número de Registro de Laboratorio

Fecha y hora de la Solicitud del Examen

Firma y Sello del Medico

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA
SOLICITUD DE EXAMENES DE LABORATORIO**

- **PACIENTE:**
- **CONSULTORIO:**
- **H.C.:**
- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO:**
- **EDAD:**
- **PESO Y TALLA:**.....
- **FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:**.....
- **FECHA:**.....

Para ser llenado por el Médico tratante, con letra clara y legible.

1. En la sección **PACIENTE** llenar con los apellidos y nombres del paciente.
2. En la sección **SERVICIO** indique el nombre consultorio o la sala de hospitalización de procedencia del paciente.
3. En la sección **CAMA** indique el número correspondiente al paciente.
4. En la sección **H.C:** indique la Historio Clínica con **números claros y legibles**
5. En la sección **DIAGNOSTICO** llenar con letra clara y legible el diagnóstico clínico presuntivo o antecedentes clínicos de importancia y/o alguna observación clínica que dan lugar al examen solicitado.
6. En la sección **EDAD:** indique la edad exacta del paciente.
7. En las secciones correspondientes a los análisis según área (**Hematología, Bioquímica, Inmunología, Orina, Microbiología**), marcar con (X), el análisis solicitado.
8. En la sección **PESO y TALLA** : coloque los datos exactos según corresponda
9. En la sección **FIRMA Y SELLO DEL MEDICO:** colocar el sello respectivo actualizado y firmar la solicitud.
10. En la sección **FECHA:** coloque la fecha de solicitud de los exámenes de laboratorio.
11. Otros datos clínicos relevantes.

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Fecha:.....

19 JUN. 2015

