

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO

Doctor:	Clínica/Centro:
----------------	------------------------

PERIODONTITIS MICROBIOLÓGICO	COMBINADOS PERIODONTITIS
<input type="checkbox"/> Detección (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)	<input type="checkbox"/> Detección + Genética periodontitis
<input type="checkbox"/> Cuantificación (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)	<input type="checkbox"/> Cuantificación + Genética periodontitis
<input type="checkbox"/> TEST GENÉTICO PERIODONTITIS (6 genotipos)	<i>Aa: Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i> <i>Cr: Campylobacter rectus</i> <i>Tf: Tannerella forsythia</i> <i>Hp: Helicobacter pylori</i> <i>Pg: Porphyromonas gingivalis</i> <i>Sm: Solobacterium moorei</i> <i>Pi: Prevotella intermedia</i> <i>Td: Treponema denticola</i>
<input type="checkbox"/> HALITOSIS Detección (Tf, Pg, Pi, Td, Fn, Hp y Sm)	

<input type="checkbox"/> TEST GENÉTICO DE IMPLANTOLOGÍA (6 genotipos)
--

DATOS DEL PACIENTE	
Código/Hª clínica:	Fecha de nacimiento:

DATOS CLÍNICOS Y DE LA MUESTRA	
Fecha toma muestra:	Estrés (Si/No):
Fumador (Si/No; nº cigarrillos):	Embarazada (Si/No):
Fase de tratamiento: <input type="checkbox"/> ESTUDIO INICIAL <input type="checkbox"/> REVISIÓN FINAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO	
En tratamiento antibiótico en el último mes (Si/No; tipo):	
Alergias a fármacos (cuál/es):	
Enfermedades (diabetes; hepatitis; VIH; cardiovasculares; inmunológicas):	
Medicación:	

SONDAJE (mm)					
--------------	--	--	--	--	--

Otros datos de interés/Observaciones

FIRMA O SELLO:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO

Doctor:	Clínica/Centro:
---------	-----------------

PERIODONTITIS MICROBIOLÓGICO	COMBINADOS PERIODONTITIS
<input type="checkbox"/> Detección (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)	<input type="checkbox"/> Detección + Genética periodontitis
<input type="checkbox"/> Cuantificación (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)	<input type="checkbox"/> Cuantificación + Genética periodontitis
<input type="checkbox"/> TEST GENÉTICO PERIODONTITIS (6 genotipos)	Aa: <i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i> Tf: <i>Tannerella forsythia</i> Pg: <i>Porphyromonas gingivalis</i> Pi: <i>Prevotella intermedia</i>
<input type="checkbox"/> HALITOSIS Detección (Tf, Pg, Pi, Td, Fn, Hp y Sm)	Cr: <i>Campylobacter rectus</i> Hp: <i>Helicobacter pylori</i> Sm: <i>Solobacterium moorei</i> Td: <i>Treponema denticola</i>

<input type="checkbox"/> TEST GENÉTICO DE IMPLANTOLOGÍA (6 genotipos)

DATOS DEL PACIENTE	
Código/Hª clínica:	Fecha de nacimiento:

DATOS CLÍNICOS Y DE LA MUESTRA	
Fecha toma muestra:	Estrés (Si/No):
Fumador (Si/No; nº cigarrillos):	Embarazada (Si/No):
Fase de tratamiento:	<input type="checkbox"/> ESTUDIO INICIAL <input type="checkbox"/> REVISIÓN FINAL <input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO
En tratamiento antibiótico en el último mes (Si/No; tipo):	
Alergias a fármacos (cuál/es):	
Enfermedades (diabetes; hepatitis; VIH; cardiovasculares; inmunológicas):	
Medicación:	

SONDAJE (mm)					
--------------	--	--	--	--	--

Otros datos de interés/Observaciones

FIRMA O SELLO: