

--	--

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO

Dr. / Dra. :	Clínica:
--------------	----------

DATOS DEL PACIENTE

Código:	Fecha de nacimiento:
---------	----------------------

ESTUDIOS GENÉTICOS

<input type="checkbox"/> Test genético de riesgo periodontal	<input type="checkbox"/> Test genético de implantología
--------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

DETECCIÓN DE HONGOS ORALES

<input type="checkbox"/> <i>Candida Albicans</i> en muestra subgingival	<input type="checkbox"/> <i>Candida Albicans</i> en lesiones orales
-------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS

<input type="checkbox"/> Cuantificación de bacterias PERIODONTALES (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)

<input type="checkbox"/> Detección de bacterias de HALITOSIS (Tf, Pg, Pi, Pi, Td, Fn, Hp y Sm)

*Aa: Aggregatibacter actinomycetemcomitans; Tf: Tannerella forsythia; Pg: Porphyromonas gingivalis; Pi: Prevotella intermedia
Td: Treponema denticola; Cr: Campylobacter rectus; Hp: Helicobacter pylori; Sm: Solobacterium moorei*

Datos clínicos para estudios microbiológicos

Fecha toma de muestra:	Fase de tratamiento periodontal:
------------------------	----------------------------------

Estrés: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Estudio inicial
-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------

Fumador: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Embarazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Revisión final
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Antibiótico en el último mes (Si / No / Cuál)	Sondaje máximo (mm):
-----------------------------------------------	----------------------

Otra medicación:

Alergias a antibióticos (a cuál):

Enfermedades (hepatitis/cáncer/VIH):

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

--

FIRMA O SELLO:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO

Dr. / Dra. :	Clínica:
--------------	----------

DATOS DEL PACIENTE	
Código:	Fecha de nacimiento:

ESTUDIOS GENÉTICOS	
<input type="checkbox"/> Test genético de riesgo periodontal	<input type="checkbox"/> Test genético de implantología

DETECCIÓN DE HONGOS ORALES	
<input type="checkbox"/> <i>Candida Albicans</i> en muestra subgingival	<input type="checkbox"/> <i>Candida Albicans</i> en lesiones orales

ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS	
<input type="checkbox"/> Cuantificación de bacterias PERIODONTALES (Aa, Tf, Pg, Pi, Td, Cr)	
<input type="checkbox"/> Detección de bacterias de HALITOSIS (Tf, Pg, Pi, Pi, Td, Fn, Hp y Sm)	
<i>Aa: Aggregatibacter actinomycetemcomitans; Tf: Tannerella forsythia; Pg: Porphyromonas gingivalis; Pi: Prevotella intermedia Td: Treponema denticola; Cr: Campylobacter rectus; Hp: Helicobacter pylori; Sm: Solobacterium moorei</i>	

Datos clínicos para estudios microbiológicos	
Fecha toma de muestra:	Fase de tratamiento periodontal:
Estrés: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Estudio inicial
Fumador: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Mantenimiento
Embarazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Revisión final
Antibiótico en el último mes (Si / No / Cuál)	Sondaje máximo (mm):
Otra medicación:	
Alergias a antibióticos (a cuál):	
Enfermedades (hepatitis/cáncer/VIH):	

Observaciones:

FIRMA O SELLO: