

INFORMACIÓN DEL LABORATORIO REMITENTE

Nombre responsable de remisión: _____

Nombre del laboratorio / hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

MUESTRAS INCLUIDAS (POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

LCR (por favor tenga en cuenta que requerimos de una muestra de orina sea enviada con cada muestra de LCD, si es posible)

Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**

Orina (la orina solamente será conservada para fines de investigación)

Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**

Sangre (por favor infórmese de nuestras instrucciones especiales antes de enviar sangre)

Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**

¿Se dispone de tejido adicional (biopsia) para este paciente?

Sí No Por favor descríballo: _____

¿A quién deben remitirse los resultados de la prueba? (por favor marque los que aplican)

Laboratorio remitente Médico remitente

INFORMACIÓN MÉDICO REMITENTE

Nombre completo: _____

Nombre del laboratorio / hospital: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

Para todas las muestras enviadas se requiere que una historia clínica completa del paciente sea remitida para ayudar a un diagnóstico adecuado. ¿Se ha remitido la historia clínica del paciente?

Si, está incluida Si, fue enviada previamente No, se enviará en sobre separado

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD**

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. No. de identificación: _____ Edad: _____ Género: F M

Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____

Correo electrónico: _____ Grupo étnico: _____

Inicio de la enfermedad: **AAAA MM DD** Fecha de fallecimiento: **AAAA MM DD** Ciudad de fallecimiento: **AAAA MM DD**

• ¿El paciente tiene experiencia militar? Sí No

• ¿El paciente tiene historia de alguna de las siguientes condiciones?

Herpes (Encefalitis) Otras encefalitis virales Infarto cerebral Trauma cerebral agudo Ninguna de las anteriores

• ¿El paciente tiene historia familiar de Creutzfeld - Jakob o de demencia temprana?

Sí, Creutzfeld - Jakob Sí, demencia temprana No

• ¿El paciente tiene historia de viajes al exterior o de ha comido animales salvajes?

Sí, viajes al exterior ¿A donde? _____

Sí, comió animales salvajes o ha sido cazador No, el paciente no ha tenido ninguna de estas actividades

• ¿El paciente ha donado sangre?

Si Año **AAAA MM DD** Ciudad _____ No