

Fecha toma de la muestra		Fecha recepción de la muestra	
PACIENTE	Nombre:		
Apellidos:		DNI:	CP:
Dirección:		Población:	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: Hombre Mujer	Peso:	Altura:
FIRMA DEL PACIENTE/ REPRESENTANTE LEGAL		Embarazada: Si No	

PRESCRIPTOR	Nombre:		
Apellidos:		CP:	
Dirección:		Población:	
Teléfono:		Correo electrónico:	

Los test ImuPro de Alergia Alimentaria tipo III NO deben realizarse en los siguientes casos:			
Fiebre	Corticoides (últimos 21 días)	Antihistamínicos (últimos 11 días)	Niños menores de 3 años

De acuerdo con lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999 doy mi consentimiento para que mis datos personales sean incluidos en sus ficheros del que es titular MEGALAB S.A. y puedan ser utilizados para la elaboración de informes clínicos, su elaboración y el aviso de incidencias en el teléfono indicado (informando de las misma a la persona que se identifique con mi nombre y apellidos o grabándolas en el buzón de voz). Declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en MEGALAB S.A. C/ Valderribas 71, 3ª Planta. 28007, Madrid.

ENTREGA DE RESULTADOS

Asimismo, autorizo a MEGALAB S.A. a poner a mi disposición los resultados de mis análisis a través de su página web (mediante el uso de una identificación y un número de análisis) y/o entregarlos por:

Correo ordinario a _____

Correo electrónico a _____

Otros (mensajeros...) _____

En _____ a _____ de _____ de _____ FIRMA:

OBSERVACIONES: _____

FORMULARIO DISBIOSIS INTESTINAL

Para una valoración individual del diagnóstico, rogamos rellenen los siguientes campos

INDIQUE LA RAZÓN PRINCIPAL PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Molestias gastrointest Disminución defensas Alergia Enf. autoinmune Otros

DATOS DEL DIAGNÓSTICO

1. Enf. y molestias Gastroint.

K58.9 Síndrome intestino irritable
 K52.9 Diarrea etiología desconoc.
 K.59.0 Estreñimiento
 R1 4 Meteorismo
 K76.9 Hepatopatía
 K86.8 Insuficiencia pancreática
 K80.20 Cálculos biliares
 B37.8 Candidiasis
 K90.9 Malabsorción
 K30 Maldigestión
 K90.4 Intolerancias alimentarias (ej. Gluten, lactosa...)
 E73.9 Intolerancia a lactosa
 E74.1 Intolerancia a fructosa, sorbitol
 K90.0 Enfermedad celiaca
 K51.9 Colitis ulcerosa
 K50.9 Morbus Crohn
 K31.9 Enfermedades gástricas tratadas con antiácidos
 K76.9 Enfermedades hepáticas
 Otros: _____

2. Enf. respiratorias ORL

J31.0 Rinitis
 J03.9 Amigdalitis
 H66.9 Otitis media
 J32.9 Sinusitis
 J42 Bronquitis
 44.9 EPOC
 J45.9 Asma bronquial
 Otros: _____

3. Enf. tracto genitourinario

N20.0 Cálculos renales
 B49 Micosis genitales
 N30.9 Cistitis
 N12 Pielonefritis
 Otros: _____

4. Enf. cutánea

L70.9 Acné
 L02.9 Forunculosis
 L08.0 Pioderma
 B36.9 Micosis cutánea
 L40.9 Psoriasis
 L30.9 Dermatitis
 Otros: _____
 Otros: _____

5. Alergias / Atopias

L20.8 Neuroderm/atopia
 L50.9 Urticaria
 J30.1 Polinosis
 J30.3 Alergia por inhalación
 J45.0 Asma bronquial
 T78.1 Intolerancia alimentos
 Alergias alimenticias
 Pseudoalergia
 Otros: _____

6. Enf. autoinmunes

M06.99 Artritis reumática
 M45 Enf. De Bechterew
 M32.9 Lupus eritematoso
 D86.9 Sarcoidosis
 N02.8 Nefritis IgA
 E06.3 Tiroiditis autoinmune
 G35 Esclerosis múltiple

7. Enf. endocrinas

E10.8 Diabetes mellitus 1
 E11.8 Diabetes mellitus 2
 E05.9 Hipertiroidismo
 Otros: _____

8. Otras enfermedades

Hepatitis
 Tipo: _____
 VIH
 Otros: _____
 Año: _____

TRATAMIENTOS

Antibióticos En los últimos 3 meses Repetida Permanente
 Corticoides o antihistamínicos En los últimos 6 meses Repetida Permanente
 Antirreumáticos no esteroideos En los últimos 6 meses Repetida Permanente
 Quimioterapia/citostáticos En los últimos 12 meses Otras medicaciones: _____
 Radioterapia En los últimos 12 meses

TERAPIAS MICROBIOLÓGICAS REALIZADAS ACTUALMENTE

Ninguna hasta ahora Lactobacilos Desde: _____ Hasta: _____
 Pro-Symbioflor Desde: _____ Hasta: _____ Bifidobacterias Desde: _____ Hasta: _____
 Symbioflor 1 Desde: _____ Hasta: _____ Lactobacilos+Bifidobacterias Desde: _____ Hasta: _____
 Symbioflor 2 Desde: _____ Hasta: _____ Autovacuna Desde: _____ Hasta: _____
 Otros probióticos:

EVOLUCIÓN CLÍNICA CON TERAPIA MICROBIOLÓGICA

Positiva Variada Sin Cambios Negativa