

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.	2.Enf. respiratorias ORL	4.Enf. cutánea	6.Enf. autoinmunes
☐ K58.9 Síndrome intestino irritable	☐ J31.0 Rinitis	☐ L70.9 Acné	☐ M06.99 Artritis reumática
☐ K52.9 Diarrea etiología desconoc.	☐ J03.9 Amigdalitis	☐ L02.9 Forunculosis	☐ M45 Enf. De Bechterew
☐ K.59.0 Estreñimiento	☐ H66.9 Otitis media	☐ L08.0 Pioderma	☐ M32.9 Lupus eritematoso
☐ R1 4 Meteorismo	☐ J32.9 Sinusitis	☐ B36.9 Micosis cutánea	☐ D86.9 Sarcoidosis
☐ K76.9 Hepatopatía	☐ J42 Bronquitis	☐ L40.9 Psoriasis	☐ N02.8 Nefritis IgA
☐ K86.8 Insuficiencia pancreática	☐ 44.9 EPOC	☐ L30.9 Dermatitis	☐ E06.3 Tiroiditis autoinmune
☐ K80.20 Cálculos biliares	☐ J45.9 Asma bronquial	☐ Otros:	☐ G35 Esclerosis múltiple
☐ B37.8 Candidiasis	☐ Otros:	☐ Otros:	
☐ K90.9 Malabsorción			
☐ K30 Maldigestión	3. Enf. tracto genitourinario	5.Alergias / Atopias	7.Enf. endocrinas
☐ K90.4 Intolerancias alimentarias (ej. Gluten, lactosa...)	☐ N20.0 Cálculos renales	☐ L20.8 Neuroderm/atopia	☐ E10.8 Diabetes mellitus 1
☐ E73.9 Intolerancia a lactosa	☐ B49 Micosis genitales	☐ L50.9 Urticaria	☐ E11.8 Diabetes mellitus 2
☐ E74.1 Intolerancia a fructosa, sorbitol	☐ N30.9 Cistitis	☐ J30.1 Polinosis	☐ E05.9 Hipertiroidismo
☐ K90.0 Enfermedad celiaca	☐ N12 Pielonefritis	☐ J30.3 Alergia por inhalación	☐ Otros:
☐ K51.9 Colitis ulcerosa	☐ Otros: _____	☐ J45.0 Asma bronquial	☐ 8.Otras enfermedades
☐ K50.9 Morbus Crohn		☐ T78.1 Intolerancia alimentos	☐ Hepatitis
☐ K31.9 Enfermedades gástricas tratadas con antiácidos		☐ Alergias alimenticias	☐ Tipo:
☐ K76.9 Enfermedades hepáticas		☐ Pseudoalergia	☐ VIH
☐ Otros: _____		☐ Otros: _____	☐ 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