



DEPARTAMENTO LABORATORIO BIOMÉDICO NACIONAL Y DE REFERENCIA
SUBDEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
SECCIÓN PARASITOLOGÍA

FORMULARIO PARA CONFIRMACIÓN SEROLOGICA HIDATIDOSIS HUMANA LABORATORIOS CLÍNICOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

-		FECHA DE NACIMIENTO				F	M	
---	--	---------------------	--	--	--	---	---	--

*RUT

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--

SEXO

PREVISION

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELEFONO

FAX

MAIL

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

--	--	--

* TIPO DE MUESTRA:

SUERO

PLASMA

HORA OBTENCIÓN

* TÉCNICA REALIZADA:

ELISA

OTRA (indique):

*RESULTADO +

IND

LECTURA

PUNTO CORTE

*MARCA COMERCIAL

LOTE

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÓGICOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO

- 1.- Completar cada casilla con letra imprenta, clara y legible. Los datos con * son campos obligatorios.
- 2.- Enviar a Sección Recepción y Toma de muestras, Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon 1000, Santiago.
- 3.- La recepción de muestras se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
- 4.- Se recomienda transportar en triple embalaje, según la norma ISP. (<http://www.ispch.cl/documento/13913>).

Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

*UNIDAD DE RECAUDACIÓN
NUMERO DE RECAUDACIÓN
TIMBRE RECAUDACIÓN

*UNIDAD RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS
TIPO DE MUESTRA
TEMPERATURA MUESTRA
TIMBRE RECEPCION ISP