



**FORMULARIO PARA CONFIRMACION SEROLÓGICA
 ENFERMEDAD DE CHAGAS (*Trypanosoma cruzi*)
 LABORATORIOS CLINICOS Y BANCOS DE SANGRE**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

*MUESTRA DE PACIENTE N° DE FICHA
 DONANTE N° DE BOLSA

*APELLIDO PATERNO *APELLIDO MATERNO *NOMBRES
 *RUT - FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO F M 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 INMUNOFLUORESCENCIA OTRA (indique):
 *RESULTADO + - IND LECTURA PUNTO CORTE
 *MARCA COMERCIAL LOTE

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLOGICOS

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 RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS
 TIPO DE MUESTRA
 TEMPERATURA MUESTRA
 TIMBRE RECEPCIÓN ISP