



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

**FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS
CONFIRMACIÓN SEROLÓGICA TRIQUINOSIS
(Sólo para envío de muestras de caso sospechoso o brote)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE *FECHA ENVÍO

*APELLIDO PATERNO *APELLIDO MATERNO *NOMBRES

*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

EOSINOFILIA SANGUÍNEA % Se solicita adjuntar copia del último Hemograma

FECHA PROBABLE DEL CONSUMO DE CARNE INFECTADA

4. ANTECEDENTES DEL LABORATORIO

* TÉCNICA DE TAMIZAJE REALIZADA: SI NO

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
NÚMERO DE RECAUDACIÓN
TIMBRE RECAUDACIÓN

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

Desde 1982 comprometidos con la salud pública del país

Av. Marathon 1000, Ñuñoa Santiago
Teléfono: 5755397 – 5755399 Fax 5755660 Email: parasito@ispch.cl