



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
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO F M SEXO PREVISION
*RUT *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