



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

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

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

\*FECHA ENVÍO

--	--

*APELLO PATERNO		*APELLO MATERNO			
-	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO
*RUT		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

--	--	--

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