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

V5 17/02/2021
Anexo 1 IT-213.01-008

FORMULARIO PARA LA VIGILANCIA Y CONFIRMACION SEROLÓGICA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (*Trypanosoma cruzi*)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO 12 | 12 | 12213

*MUESTRA DE PACIENTE ☐ EMBARAZADA ☐
DONANTE ☐ Nº DE FICHA/BOLSA

*APELLIDO PATERNO | *APELLIDO MATERNO | *NOMBRES

*RUN O N° PASAPORTE - FECHA DE NACIMIENTO 12 (DIA) 12 (MES) 12213 (AÑO) SEXO PREVISION

*DIRECCIÓN TELÉFONO

NACIONALIDAD

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO SERVICIO

* DIRECCIÓN CIUDAD

TELEFONO * CORREO ELECTRONICO

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

***FECHA OBTENCIÓN** 12 | 12 | 12213

TIPO DE MUESTRA: HORA OBTENCIÓN

*** TÉCNICA REALIZADA:**

OTRA (indique):

*RESULTADO Indeterminado LECTURA PUNTO CORTE

*MARCA COMERCIAL LOTE

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÒGICOS

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

Av. Marathon 1000, Ñuñoa Santiago
Telefono: 25755397 – 25755399 Correo electrónico: parasito@ispch.cl