

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del trámite:                              | VIRUS DENGUE, VIGILANCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Descripción:                                     | Detección de infección por Dengue, Zika, Chikungunya y Virus de la Fiebre Amarilla en casos sospechosos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Detalles:                                        | <p>Ensayos: Detección de anticuerpos IgM anti virus Dengue, Zika, Chikungunya y virus de la Fiebre amarilla (anticuerpos IgG en caso necesario), detección de ácidos nucleicos, identificación y serotipificación de virus dengue.</p> <p>Métodos: ELISA, Aislamiento/PCR (según algoritmo del ISP).</p> <p>Tipo de Muestra: Suero extraído en forma estéril. En tubo estéril tapa rosca o de goma.</p> <p>Requisitos previos: Con 6 o más días de evolución para detección de IgM. Para estudio brote muestra dentro de los 5 primeros días de evolución para detección de ácido nucleico.</p> <p>Volumen muestra pediátrica: 1 ml. de suero.<br/>Volumen muestra adulto: 3 ml. de suero.</p> <p>Criterio de aceptación, Almacenamiento, Transporte: En frío, Temperatura de 2°C a 8°C. Enviar con unidades refrigerantes.</p> <p>Criterios de rechazo: Muestra sin formulario, Tubos con rótulo inadecuado o sin rotular. Tubos primarios quebrado. Muestra derramada en contenedor secundario. Identificación del formulario no coincide con datos de la muestra. Muestras fuera de rango de temperatura solicitada.</p> <p>Código interno: <a href="#">2156032</a></p> |
| Beneficiarios                                    | Usuarios públicos y privados derivados de centros asistenciales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Documentos requeridos:                           | Formulario Envío de Muestras Dengue, Chikungunya, Zika                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Paso a paso: como realizar el trámite en Oficina | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir los antecedentes mencionados en el punto anterior.</li> <li>2. Diríjase a la Sección Gestión de Muestras del Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon N°1000. Ñuñoa, Santiago.<br/><b>Horario Toma de Muestras:</b> No aplica<br/><b>Horario Recepción de Muestras:</b> 8:00 a 17:00 lunes a jueves; viernes 8:00 a 16:00.</li> <li>3. Si la muestra es tomada en el Instituto de Salud Pública de Chile, diríjase al área de Atención Usuario.</li> <li>4. Si la muestra es enviada por estafeta o Courier, hacer entrega de la documentación requerida en recepción, quienes le entregaran un comprobante de recepción de muestras.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Diríjase a caja ubicada en el mismo piso, a pagar el arancel, eximiendo a aquellos con que exista un convenio, presentando el comprobante de recepción de muestras correspondiente.</li> <li>6. El laboratorio al cual se envía la muestra recepcionada en conformidad (cumple requisitos técnicos y administrativos) efectuará el proceso analítico requerido según corresponda.</li> <li>7. En aquellos análisis que generen informe de resultados pueden ser estos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Retirados de manera presencial por el paciente o cliente, mediante la presentación del comprobante de retiro de resultado.</li> <li>b. Para entrega de resultados de pacientes a terceros, se requiere: fotocopia de la cedula de identidad del paciente con poder notarial simple que autoriza al tercero a realizar el retiro del examen y comprobante de retiro de resultado.</li> <li>c. Retira por estafetas validados anualmente ante ISP por cada centro asistencial.</li> <li>d. Enviado desde Oficina de Partes ISP para usuarios y a provincia, a la dirección que el solicitante indique en el Formulario correspondiente</li> </ol> </li> <li>8. Consultas vía Telefónica Contact Center 225755600-225755601 o bien vía online en plataforma OIRS <a href="https://siac.ispch.gob.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS">https://siac.ispch.gob.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS</a></li> </ol> |
| Cómo realizar el trámite en línea | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si Ud. Es usuario habilitado en el Sistema <a href="https://formularios.ispch.gob.cl/">https://formularios.ispch.gob.cl/</a> podrá realizar su solicitud de análisis a través de dicha plataforma y luego acceder al informe de resultados con firma electrónica avanzada. En caso de no contar con clave, solicite acceso al sistema informático "Formularios ISP" al correo electrónico <a href="mailto:coordinacionredes@ispch.cl">coordinacionredes@ispch.cl</a><br/>Usted recibirá un formulario donde debe completar la información del laboratorio requerida para obtener la clave de acceso. Se otorga solo una clave al Director Técnico del laboratorio.<br/>El paso a paso del Sistema Formularios se encuentra en el Manual para Generar Formularios online, disponible en la página <a href="https://formularios.ispch.gob.cl/">https://formularios.ispch.gob.cl/</a></li> <li>2. Realice el pago de los análisis solicitados a través de esta modalidad, ya sea por convenio vigente (pago por transferencia bancaria) o de forma presencial.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tiempo realización:               | 10 días hábiles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|              |                                                                                                                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vigencia:    | De acuerdo a indicación médica.                                                                                         |
| Costo:       | <a href="#">Ver Costo</a>                                                                                               |
| Marco legal: | <a href="#">Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia.</a> |