



| | |
|--|---|
| Nombre del trámite: | DIAGNÓSTICO DE AGENTES PARASITOLÓGICOS ESPECIALES |
| Descripción: | Métodos de laboratorio para agentes parasitarios no incluidos en el listado de prestaciones y que requieren de metodologías especiales para su identificación (parásitos no endémicos). |
| Detalles: | <p>Métodos: Taxonomía, Detección de Anticuerpos y/o Biología Molecular.</p> <p>Tipo de muestra: fluidos biológicos y tejidos. El volumen dependerá del tipo de muestra. Consultar indicaciones al laboratorio a parasito@ispch.cl</p> <p>Criterio de aceptación, a lmacenamiento y transporte: consultar para indicaciones de almacenamiento y transporte al laboratorio a parasito@ispch.cl</p> <p>Criterios de rechazo: Muestra sin formulario. Tubos con rótulos inadecuados o sin rotular. Tubo primario quebrado. Muestra derramada en contenedor secundario. Identificación del formulario no coincide con datos de la muestra. Muestras fuera de rango de temperatura solicitada e incumplimiento en tiempo de toma de muestra.</p> <p>Código interno: 2330093</p> |
| Beneficiarios | Usuarios públicos y privados derivados de centros asistenciales o especialistas. |
| Documentos requeridos: | Formulario General de Envío de Muestras Clínicas para Estudios Parasitológicos – Sección Parasitología |
| Paso a paso: como realizar el trámite en Oficina | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir los antecedentes mencionados en el punto anterior. 2. Diríjase a la Sección Gestión de Muestras del Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon N°1000. Ñuñoa Santiago. <ul style="list-style-type: none"> • Horario Toma de Muestras: No aplica. • Horario Recepción de Muestras: 8:00 a 17:00 lunes a jueves; viernes 8:00 a 16:00. 3. 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. 4. 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. 5. El laboratorio al cual se envía la muestra recepcionada en conformidad (cumple requisitos técnicos y administrativos) efectuará el proceso analítico requerido según corresponda. |



| | |
|---------------------|---|
| | <p>6. En aquellos análisis que generen informe de resultados pueden ser estos:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Retira por estafetas validados anualmente ante ISP por cada centro asistencial.b. Enviado desde Oficina de Partes ISP para usuarios y a provincia, a la dirección que el solicitante indique en el Formulario correspondiente <p>7. Consultas vía Telefónica Contact Center 225755600-225755601 o bien vía online en plataforma OIRS https://siac.ispch.gob.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS</p> |
| Tiempo realización: | Dependerá del algoritmo de trabajo. |
| Vigencia: | De acuerdo a indicación médica. |
| Costo: | Ver Costo |
| Marco legal: | Decreto Fuerza Ley N° 1 de 2005. |