

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN INMUNOHEMATOLÓGICO

INFORMACIÓN Y DATOS DEL PACIENTE O DONANTE (Favor completar TODOS los campos con letra legible)

RUT					NOMBRES		
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO		
FECHA NACIMIENTO	Día		Mes	Año	PREVISIÓN		
EDAD	Años		Meses		SEXO	Femenino	Masculino
NACIONALIDAD					TIPO DE USUARIO	Donante	Paciente
DIAGNOSTICO							
TRANSFUSIÓN EN ULTIMOS TRES MESES	SI		NO				

ANTECEDENTES CLÍNICOS, DE LABORATORIO O FARMACOLÓGICO
Embarazos previos o en curso, trasplante de médula ósea, antecedentes de laboratorio, demográficos, o familiares de relevancia. Antibióticos, antiinflamatorios y cualquier otro reportado por la AABB como relevante en inmunohematología.

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE					
ESTABLECIMIENTO					
UNIDAD QUE DERIVA*	BS	CS	UMT	LC c/UMT	LC
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO					
SERVICIO DE SALUD					
CORREO ELECTRÓNICO (institucional)					
CIUDAD/LOCALIDAD			COMUNA		
REGIÓN			TELÉFONO		

* BS: Banco de Sangre // CS: Centro de Sangre // UMT: Unidad de Medicina Transfusional // LC c/UMT: Laboratorio Clínico con UMT // LC: Laboratorio Clínico

ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA PRIMARIA	SANGRE TOTAL EDTA		FECHA DE OBTENCIÓN	Día		Mes		Año
	SUERO		HORA DE OBTENCIÓN	:				
	PLASMA		FECHA DE ENVÍO	Día		Mes		Año
	OTRO (Especifique)							
FUNCIONARIO RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA								

INMUNOHEMATOLOGÍA ERITROCITARIA: EXAMENES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/>	CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA ABO Y RhD
<input type="checkbox"/>	DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS
<input type="checkbox"/>	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA POLIESPECÍFICA Y MONOESPECÍFICA IgG – C3D
<input type="checkbox"/>	FENOTIPIFICACIÓN DE ANTÍGENOS ERITROCITARIOS SISTEMA Rh Y KELL
<input type="checkbox"/>	FENOTIPIFICACIÓN EXTENDIDA DE ANTÍGENOS ERITROCITARIOS
<input type="checkbox"/>	TITULACIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES ERITROCITARIOS
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO DE VARIANTES DEBILES Y PARCIALES DEL ANTÍGENO D (INCLUYE FENOTIPO Y GENOTIPO Rh)
<input type="checkbox"/>	ESTUDIO DE SUBGRUPOS ABO (INCLUYE FENOTIPO Y GENOTIPO ABO)
<input type="checkbox"/>	CRIOAGLUTININAS

MOTIVO DE ENVÍO DE EXAMEN(ES) A LABORATORIO DE REFERENCIA

No se realiza en el laboratorio	<input type="checkbox"/>	No disponible por falta de reactivo	<input type="checkbox"/>	FIRMA Y TIMBRE DEL SOLICITANTE
Resultado local no concluyente	<input type="checkbox"/>	Otro (Especifique)	<input type="checkbox"/>	
No disponible por falta de personal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

INSTRUCCIONES

Generales

1. La recepción de muestras se realizará de Lunes a Jueves de 8 a 17 hrs, Viernes de 8 a 16 hrs.
2. El traslado de muestras debe realizarse según normativa de transporte de muestras ISP.
3. Se recomienda enviar copia de todos los informes de análisis relacionados a la prestación solicitada y paciente/donante en cuestión. Deben venir registrados datos del reactivo tales como marca, lote, metodología empleada, antigrama (si aplica), clones y origen del suero (si aplica).
4. En caso de dudas, consultar a Sección Hematología e Inmunohematología, fono (56-2) 25755392, anexo MINSAL 255392, correo electrónico: inmunohematologia@ispch.cl
5. Las muestras deben ser derivadas por un Servicio de Sangre (Banco de Sangre, Centro de Sangre o Unidad de Medicina Transfusional) o excepcionalmente un Laboratorio Clínico que no tenga funciones de medicina transfusional. No se recibirán muestras derivadas de forma directa desde otros sitios que no se enmarquen en los antes mencionados.

Para Inmunohematología Eritrocitaria

1. Respecto a la prestación CLASIFICACIÓN SANGUÍNEA ABO Y RhD, **esta NO contempla usar pruebas de biología molecular para discrepancias**. Para analizar discrepancias en clasificación ABO, debe solicitar ESTUDIO DE SUBGRUPOS ABO (INCLUYE FENOTIPO Y GENOTIPO ABO), y para discrepancias de clasificación RhD, debe solicitar ESTUDIO DE VARIANTES DEBILES Y PARCIALES DEL ANTÍGENO D (INCLUYE FENOTIPO Y GENOTIPO Rh).
2. Respecto a la prestación PRUEBA DE ANTIGLOBULINA DIRECTA POLIESPECÍFICA Y MONOESPECIFICA IgG – C3D, si se requiere estudiar
3. Respecto a la prestación FENOTIPIFICACIÓN EXTENDIDA DE ANTIGENOS ERITROCITARIOS, si se requiere fenotipar algún antígeno eritrocitario no indicado en la prestación, o necesita estudios de genotipo, **solicite esta prestación, pero indique en detalle el antígeno requerido, o los motivos para requerir genotipado en vez de fenotipado**.

DATOS DE RECEPCIÓN EN LABORATORIO ISP					
FECHA		Día		Mes	Año
HORA		:			
RECIBIDO POR					

“La veracidad de los datos contenidos en este formulario es de responsabilidad del profesional que lo completa y envía”
AVENIDA MARATHON 1000, ÑUÑO A – FONO (56-2) 25755392 / ANEXO MINSAL 255392