

<b>Nombre del trámite:</b>	<b>PRUEBA CRUZADA PLAQUETARIA POR TÉCNICA DE MICROPLACA/FASE SÓLIDA</b>
<b>Descripción:</b>	Establecer presencia o ausencia de compatibilidad serológica <i>in-vitro</i> entre un donante y un receptor de plaquetas ABO compatible. Cada prestación involucra la prueba cruzada entre 1 receptor con distintos donantes para establecer si hay posibilidad de realizar una transfusión plaquetaria compatible en pacientes con anticuerpos antiplaquetarios.
<b>Detalles:</b>	<p>Ensayos: Prueba Cruzada Plaquetaria.</p> <p>Métodos: Microplaca de fase sólida (Manual).</p> <p>Tipo de Muestra: Sangre total con anticoagulante EDTA, ACD, CPD, CPDA-1.</p> <p>Volumen muestra pediátrica: Sangre 2 mL.</p> <p>Volumen muestra adulto: Sangre 4 mL.</p> <p>Requisitos previos: Sangre fresca y sin hemólisis.</p> <p>Criterio de aceptación, almacenamiento, transporte: Muestra transportada a temperatura ambiente. Estabilidad de 72 horas desde la toma de muestra.</p> <p>Criterio 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. Incumplimiento en tiempo de toma de muestra.</p> <p><b>Código interno: 2320097</b></p>
<b>Beneficiarios</b>	Servicios de Sangre (Bancos de Sangre, Centros de Sangre, Unidades de Medicina Transfusional y Laboratorios con Unidades de Medicina Transfusional), pertenecientes al sistema público, privado y de las FF.AA. Previa autorización del LNR en Inmunohematología, podrán derivar muestras aquellos Laboratorios Clínicos que no tengan asociadas funciones de medicina transfusional.
<b>Documentos requeridos:</b>	<b>Formulario de Solicitud de Estudios Inmunohematológicos Plaquetario</b>
<b>Paso a paso para realizar el trámite en Oficina:</b>	<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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Horario Toma de Muestras: No aplica</b></li> <li>• <b>Horario Recepción de Muestras: lunes a jueves entre las 08:00 y las 17:00 horas; viernes entre las 08:00 y las 16:00 horas.</b></li> </ul> </li> <li>3. Si la muestra es enviada por estafeta o courier, hacer entrega de la documentación requerida en recepción, quienes le entregarán un comprobante de recepción.</li> <li>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.</li> </ol>

<p><b>Paso a paso para realizar el trámite en Oficina:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. 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>6. En aquellos análisis que generen informe de resultados, estos pueden ser:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Enviados a la casilla de correo electrónico institucional declarado en el formulario de solicitud.</li> <li>b) Retirados de manera presencial por el paciente o cliente, mediante la presentación del comprobante de recepción.</li> <li>c) Para entrega de resultados de pacientes a terceros, se requiere: fotocopia de la cédula de identidad del paciente con poder notarial simple que autoriza al tercero a realizar el retiro del examen y comprobante de recepción.</li> <li>d) Retirados por estafetas validados anualmente ante ISP por cada centro asistencial.</li> <li>e) Enviado desde Oficina de Partes ISP a los usuarios de la región Metropolitana y regiones, a la dirección que el solicitante indique en el formulario correspondiente.</li> </ol> </li> <li>7. Consultas 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>
<p><b>Tiempo realización:</b></p>	<p>5 días hábiles.</p>
<p><b>Vigencia:</b></p>	<p>De acuerdo a indicación médica.</p>
<p><b>Costo:</b></p>	<p><a href="#">Ver Costo</a></p>
<p><b>Marco Legal:</b></p>	<p><a href="#">Decreto Fuerza Ley N° 1 de 2005.</a></p>