

B1 – Formulario de Envío de Cepas Bacterianas

N° Registro: R6.211.00-012

Versión: 3

Información del Paciente

Rut:
Nombres:
Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Fecha Nacimiento: Día Mes Año
Edad: Años

Dirección:
Región:
Ciudad/Localidad:
Comuna:
Teléfono:
Previsión:

Datos de la Procedencia

Establecimiento:
Dirección:
Región:
Ciudad/Localidad:
Comuna:

Profesional Responsable:
Correo Laboratorio:
Fono Laboratorio:
Fax Laboratorio:
Servicio de Salud:

Dirección de Despacho

Dirección:
Región:
Ciudad/Localidad:

Comuna:
Correo Laboratorio:
Fax Laboratorio:

Examen Solicitado

Tipo de Examen:

Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la muestra * : Día Mes Año

Hora de obtención * :

Tipo de Muestra:
Identificación Bacteriana de Lab.:
Especie/Subespecie:
N° Muestra Original:

Fecha envío ISPCH: Día Mes Año

Observaciones:

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:

Antecedentes Epidemiológico:

N° ID (Brote):

Seleccionar si corresponde a un Brote:

Especifique Otro:

Tipo de Paciente:

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 16 hrs. Viernes de 8 a 15 hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestras ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestras, fono (56-2) 5755187 o Sección Bacteriología (56-2) 5755421 - 5755433. Correo Electrónico bclinica@ispch.cl