

RG-01-PR-244.00.016

Información del Paciente

Rut:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo:

Femenino

Masculino

Fecha Nacimiento:

Día Mes Año

Edad:

Años Mes

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Teléfono:

Previsión:

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:

Región:

Provincia:

Comuna:

Dirección:

Laboratorio/Hospital:

Unidad:

Correo Electrónico:

Fono:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención
de la muestra:

Día Mes Año

Hora de obtención:

Examen	Muestra
AISLAMIENTO ADENOVIRUS AISLAMIENTO DE INFLUENZA AISLAMIENTO VIRUS PARAINFLUENZA AISLAMIENTO VIRUS RESPIRATORIOS SINCIAL INHIBICIÓN DE LA HEMAGLUTINACION PARA VIRUS INFLUENZA A INHIBICIÓN DE LA HEMAGLUTINACION PARA VIRUS INFLUENZA B IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS PARAINFLUENZA IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA ADENOVIRUS IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA METAPNEUMOVIRUS IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA A IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA B IMMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS RESPIRATORIO SINCIAL PCR PARA INFLUENZA A PCR PARA INFLUENZA B VIGILANCIA INFLUENZA ESTUDIO DE CREUTZFELD-JAKOB	AISLAMIENTO CITOMEGALOVIRUS AISLAMIENTO DE VIRUS VARICELA ZOSTER AISLAMIENTO HERPES SIMPLEX
	ESTUDIO INMUNIDAD SARAMPIÓN PANENCEFALITIS POR SARAMPION
	ELISA IGG RUBEOLA ELISA IGM CITOMEGALOVIRUS ELISA IGG CITOMEGALOVIRUS
	AISLAMIENTO ENTEROVIRUS
	PCR PARA VIRUS PAPILOMA HUMANO
	ESTUDIO BROTE PAROTIDITIS
	OTRO (ESPECIFICAR) <div></div>
	SUERO PLASMA ASPIRADO NASOFARINGEO LCR TEJIDO ORINA CONTENIDO VESICULAR FROTIS IF GARGARISMO TORULA DE LESIÓN DEPOSICIÓN TORULA NASOFARINGEA OTRO: <div></div>

Nº de Muestra:1º2º

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos del Paciente

Ambulatorio

Hospitalizado

ETS

Otro (Especificar)

Presentación:

Caso aislado

Sospecha brote

Diagnóstico:

Sintomatología:

Fecha Inicio Síntomas:

Día Mes Año

Enfermedad asociada:

Tiempo de evolución:

Fecha de contacto:

Día Mes Año

Embarazo:

SI

NO

Nº Semanas (embarazo):

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08.00 a 12:00 hrs.

2. Para aislamiento de Citomegalovirus las muestras se reciben de Lunes a Viernes hasta las 12:00 horas.

3. El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.

4. En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (56 2) 25755187.