



FORMULARIO GENERAL DE ENVÍO DE MUESTRAS CLÍNICAS PARA ESTUDIOS PARASITOLÓGICOS

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

	-		FECHA DE NACIMIENTO				F	M	
*RUT				DÍA	MES	AÑO	SEXO		PREVISION

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELÉFONO

* CORREO
ELECTRÓNICO

3. *PRESTACIÓN

Diagnóstico serológico	Con Eosinofilia	Triquinosis
		Strongyloidiasis
		Toxocariasis
		Fasciolasis
		Schistosomiasis
	Sin eosinofilia	<i>Trypanosoma cruzi</i> (Enfermedad de Chagas)
		Hidatidosis
		Toxoplasmosis IgG
		Toxoplasmosis IgM
		Toxoplasmosis IgG Avidity
		Cisticercosis
		Amebiasis invasora
		Leishmaniasis
		Filariasis
Diagnóstico Directo	Deposición	Estudio de diarrea prolongada (Incluye EPSD + todos los agentes indicados abajo)
		<i>Cryptosporidium</i> spp.
		<i>Cystoisospora belli</i>
		<i>Cyclospora</i> spp.
		<i>Microsporidium</i> spp.
	Otros fluidos	<i>Acanthamoeba</i> sp
		Amebas de vida libre
		Elemento macroscópico
	Otro:	

4. *DATOS DE LA MUESTRA

*Tipo de muestra

*Fecha toma muestra

Hora toma

Si se trata de elemento macroscópico indique:

Fecha de eliminación

Vía de eliminación

5. ANTECEDENTES CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICOS

SI ☐ NO ☐

Viaje reciente extranjero

Lugar

SI ☐ NO ☐

Tiene mascotas

Especificar

SI ☐ NO ☐

Presenta eosinofilia

% de eosinofilia

SI ☐ NO ☐

Consumo carne cruda

Especificar

Tipo de preparación

Lugar de consumo

OTROS ANTECEDENTES:

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMULARIO

- 1.- Completar cada casilla con letra imprenta, clara y legible. Los datos con * son campos obligatorios.
- 2.- Enviar a Sección Recepción y Toma de muestras, Instituto de Salud Pública de Chile, Av. Marathon 1000, Santiago.
- 3.- La recepción de muestras se realiza de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
- 4.- Se recomienda transportar en triple embalaje, según la norma ISP. (<http://www.ispch.cl/parasitologia>).

Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

*UNIDAD DE REGISTRO

*UNIDAD RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS

Desde 1982 comprometidos con la salud pública del país

Av. Marathon 1000, Ñuñoa Santiago
Teléfono: 5755397 – 5755399 Fax 5755660 Email: parasito@ispch.cl