



FORMULARIO PARA CONFIRMACIÓN SEROLOGICA HIDATIDOSIS HUMANA Y ESTUDIO DE CASOS (VIGILANCIA)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

--	--

*RUT

FECHA DE
NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO

F	M
SEXO	

--

PREVISION

*DIRECCIÓN

--

TELÉFONO

--

INDICAR SI CORRESPONDE A UNA INVESTIGACIÓN DE CASO DESDE UN CASO CONFIRMADO

--

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

--

* ESTABLECIMIENTO

--

SERVICIO

--

* DIRECCIÓN

--

CIUDAD

--

TELEFONO

--

* CORREO
ELECTRÓNICO

--

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

--	--	--

* TIPO DE MUESTRA:

SUERO

--

PLASMA

--

HORA OBTENCIÓN

--

* TÉCNICA REALIZADA:

ELISA

--

OTRA (indique):

--

*RESULTADO

+

-

IND

LECTURA

--

PUNTO CORTE

--

*MARCA COMERCIAL

--

LOTE

--

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLOGICOS

--

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/documento/13913>).
- Nota: No se procesarán las muestras que al recepcionar superen los 15 días desde su obtención.

USO EXCLUSIVO INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

*UNIDAD DE RECAUDACIÓN
NÚMERO DE RECAUDACIÓN
TIMBRE RECAUDACIÓN

*UNIDAD RECEPCIÓN Y TOMA DE MUESTRAS
TIPO DE MUESTRA
TEMPERATURA MUESTRA
TIMBRE RECEPCIÓN ISP