

Formulario de envío de muestras
Vigilancia Integrada Sarampión–Rubéola

RG-01-PR-244.00.080 V3

Información del Paciente

Rut:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Nombres:	<input type="text"/>	Región:	<input type="text"/>
Apellido Paterno:	<input type="text"/>	Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>
Apellido Materno:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Teléfono:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Previsión:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses		

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:	<input type="text"/>	Laboratorio/Hospital:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Unidad:	<input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	Correo Electrónico:	<input type="text"/>
Comuna:	<input type="text"/>	Fono:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		

Antecedentes de la Muestra

Tipo de Muestra:	<input type="checkbox"/> Suero	Fecha obtención Suero:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Muestra:	<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º
	<input type="checkbox"/> Aspirado Nasofaríngeo				
	<input type="checkbox"/> Hisopado Nasofaríngeo	Fecha obtención Respiratoria/Orina:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		
	<input type="checkbox"/> Orina				
Fecha envío ISP:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año				

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Fecha inicio Exantema:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Fecha última vacuna Rubéola:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
		Fecha última vacuna Sarampión:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Antecedentes:	<input type="checkbox"/> Fiebre sobre 38°C <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Linfadenopatías <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Coriza	Fecha inicio fiebre:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08.00 a 12:00 hrs.
2. El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
3. En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (56 2) 25755187.