



**FORMULARIO DE ENVÍO DE MUESTRAS
CONFIRMACIÓN SEROLOGICA TRIQUINOSIS**
(Sólo para envío de muestras de caso sospechoso o brote)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

--	--	--

--	--	--

*APELLIDO PATERNO

*APELLIDO MATERNO

*NOMBRES

	-		FECHA DE NACIMIENTO				F	M	
				DÍA	MES	AÑO	SEXO		PREVISION

*RUT

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO

PREVISION

*DIRECCIÓN

TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO

SERVICIO

* DIRECCIÓN

CIUDAD

TELEFONO

FAX

MAIL

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

TIPO DE MUESTRA:

SUERO

PLASMA

HORA OBTENCIÓN

EOSINOFILIA SANGUÍNEA

%

Se solicita adjuntar copia del último Hemograma

FECHA PROBABLE DEL CONSUMO DE CARNE INFECTADA

4. ANTECEDENTES DEL LABORATORIO

* TÉCNICA DE TAMIZAJE REALIZADA:

SI

NO

ELISA

OTRA (indique):

*RESULTADO

+

-

IND

LECTURA

PUNTO CORTE

*MARCA COMERCIAL

LOTE

ANTECEDENTES CLINICO/EPIDEMIOLÓGICOS

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

Desde 1982 comprometidos con la salud pública del país

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