

Formulario general de Envío de Muestras Clínicas para Análisis Viroológicos

PR-240.00-015 V3 Anexo 2

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"/> Mes		

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"/>	Fax:	<input type="text"/>

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra: Día Mes Año

Hora de obtención:

Examen

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 INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS PARAINFLUENZA INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA ADENOVIRUS INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA METAPNEUMOVIRUS INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA A INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA B INMUNOFUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS RESPIRATORIO SINCIAL PCR PARA INFLUENZA A PCR PARA INFLUENZA B VIGILANCIA INFLUENZA

AISLAMIENTO CITOMEGALOVIRUS AISLAMIENTO DE VIRUS VARICELA ZOSTER AISLAMIENTO HERPES SIMPLEX
ESTUDIO INMUNIDAD SARAMPIÓN PANENCEFALITIS POR SARAMPIÓN
ELISA IGG RUBEOLA ELISA IGM CITOMEGALOVIRUS ELISA IGG CITOMEGALOVIRUS
AISLAMIENTO ENTEROVIRUS
PCR PARA VIRUS PAPILOMA HUMANO
ESTUDIO BROTE PAROTIDITIS
OTRO (ESPECIFICAR) <input type="text"/>

Muestra

SUERO PLASMA ASPIRADO NASOFARINGEO LCR TEJIDO ORINA CONTENIDO VESICULAR FROTIS IF GARGARISMO TORULA DE LESIÓN DEPOSICIÓN TORULA NASOFARINGEA OTRO: <input type="text"/>

Nº de Muestra: 1º 2º

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos del Paciente

Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> ETS <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) <input type="text"/>	
Presentación: <input type="checkbox"/> Caso aislado <input type="checkbox"/> Sospecha brote	Enfermedad asociada: <input type="text"/>
Diagnóstico: <input type="text"/>	Tiempo de evolución: <input type="text"/>
Sintomatología: <input type="text"/>	Fecha de contacto: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Fecha Inicio Síntomas: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Embarazo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Nº Semanas (embarazo): <input type="text"/>

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 (02) 5755187**