



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			DIA	MES	AÑO				PREVISION

*DIRECCIÓN TELÉFONO

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE

* ESTABLECIMIENTO SERVICIO

* DIRECCIÓN CIUDAD

TELEFONO FAX MAIL

3. *EXAMEN SOLICITADO

Serología	Con Eosinofilia	<input type="checkbox"/> Triquinosis
		<input type="checkbox"/> Strongyloidiasis
		<input type="checkbox"/> Toxocariasis
		<input type="checkbox"/> Fascioliasis
		<input type="checkbox"/> Schistosomiasis
	Sin eosinofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Chagas
		<input type="checkbox"/> Hidatidosis
		<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis IgG
		<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis IgM
		<input type="checkbox"/> Toxoplasmosis IgG Avidity
Observación microscópica	<input type="checkbox"/> Cisticercosis	
	<input type="checkbox"/> Amebiasis invasora	
	<input type="checkbox"/> Leishmaniasis	
	<input type="checkbox"/> Filariasis	
	<input type="checkbox"/> Estudio de diarrea prolongada	
	<input type="checkbox"/> <i>Cryptosporidium</i> spp.	
	<input type="checkbox"/> <i>Microsporidium</i> spp.	
	<input type="checkbox"/> <i>Isospora belli</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Cyclospora</i> spp.	
	<input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jiroveci</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Acanthamoeba sp</i> en cultivo		
Otro	<input type="checkbox"/> Elemento macroscópico	

4. *DATOS DE LA MUESTRA

*Tipo de muestra

*Fecha toma muestra Hora toma muestra

Si se trata de elemento macroscópico indique:

Fecha de eliminación Vía de eliminación

5. ANTECEDENTES CLINICO/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 RECAUDACIÓN
NÚMERO DE RECAUDACIÓN
TIMBRE RECAUDACIÓN

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