

FORMULARIO SOLICITUD TIPIFICACION HLA-ANTIGENOS ESPECIFICOS

Nombre Paciente: _____ R.U.T del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Previsión: Fonasa A B C D Isapre Particular F.F.A.A. Otro _____

Centro de Procedencia _____ Servicio _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Región _____ Fono/fax _____

Diagnostico _____

EXAMEN SOLICITADO:

HLA-A29

HLA-DQ

HLA-DR

MOTIVO SOLICITUD:

Los antígenos HLA específicos se realizarán en las situaciones que se indican, marcar lo que corresponda

HLA-A29: Sospecha diagnóstica de Retinocoroidopatía Birdshot

HLA-DQ: Biopsia de difícil interpretación en cuadro clínico sugerente y anticuerpos negativos para enfermedad celíaca

Estudio de niños con enfermedad celíaca latente

Otra causa (especificar): _____

HLA-DR: Sospecha de Narcolepsia

OTROS ANTIGENOS (indicar) _____

El requerimiento de otros antígenos HLA debe ser consultado directamente al laboratorio al correo histocom@ispch.cl.

MEDICO SOLICITANTE: _____ RUT: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA: _____ FECHA: _____ HORA _____

MUESTRA TOMADA EN ISP: SI NO

INSTRUCCIONES GENERALES

1. El formulario debe ser llenado por el médico tratante con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. Horario de atención de Sección Gestión de Muestras - ISP: de 8:00 a 12:00 hrs.
3. Horario de Toma de Muestras en el Instituto de Salud Pública es de 8:00 a 10:00 hrs. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
4. Para la realización del examen se debe solicitar hora en la Sección Gestión de Muestras al correo electrónico cdelano@ispch.cl consultas a fonos 225755204-225755205-225755208-225755209
5. Las muestras provenientes de provincia se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
6. Las muestras provenientes de Santiago se recibirán hasta las 10:00 horas. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
7. Muestras para tipificación de antígenos HLA sin transfusiones en las últimas 72 horas.
8. Las muestras deben ser rotuladas en cada tubo con el Nombre del paciente y Fecha de la extracción de la muestra. En el formulario se debe indicar además la hora de la toma de la muestra.
9. TIPO DE MUESTRA Y TRANSPORTE
Muestras:
 - Adultos: 12 mL sangre con EDTA (mínimo 2 tubos).
 - Niños: 8 mL sangre con EDTA (mínimo 2 tubos).
 - Ambos en tubo plástico tapa rosca o tubo de sistema al vacío.La muestra debe ser recepcionada antes de 24 hrs. después de extraída. Transportar a temperatura ambiente, no excediendo los 25°C; no congelar. Se exigirá el triple embalaje de la muestra.
- 10.- Resultados con relación a los resultados indicar entrega por:

Correo Estafeta Acreditado Paciente

Nota: Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del profesional que firma la solicitud