

Formulario de envío de muestras Vigilancia Integrada Sarampión-Rubéola

PR-244.02-001 V1

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

Antecedentes de la Muestra

Tipo de Muestra: Suero Fecha obtención Suero: Día Mes Año Muestra: 1° 2°

Respiratoria Orina Fecha obtención Respiratoria/Orina: Día Mes Año

Fecha envío ISP: Día Mes Año

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Fecha inicio Exantema: Día Mes Año Fecha última vacuna Rubéola: Día Mes Año

Fecha última vacuna Sarampión: Día Mes Año

Antecedentes: Fiebre sobre 38°C Fecha inicio fiebre: Día Mes Año

Conjuntivitis

Linfadenopatías

Artralgias

Tos

Coriza

Instrucciones

- Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08.00 a 12:00 hrs.
- El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
- En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (02) 5755187