



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIOS INMUNOHEMATOLÓGICOS PLAQUETARIOS

INFORMACIÓN Y DATOS DEL RECEPTOR O DONANTE (Favor completar TODOS los campos con letra legible)

RUT		NOMBRES							
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO							
FECHA NACIMIENTO	<table><tr><td></td><td>Día</td><td></td><td>Mes</td><td></td><td>Año</td></tr></table>		Día		Mes		Año	PREVISIÓN	
	Día		Mes		Año				
EDAD	<table><tr><td></td><td>Años</td><td></td><td>Meses</td></tr></table>		Años		Meses	SEXO	<table><tr><td>Femenino</td><td>Masculino</td></tr></table>	Femenino	Masculino
	Años		Meses						
Femenino	Masculino								
NACIONALIDAD									
TIPO DE USUARIO	<table><tr><td>Donante</td><td>Receptor</td></tr></table>	Donante	Receptor						
Donante	Receptor								
DIAGNOSTICO									
TRANSFUSIÓN EN ULTIMOS TRES MESES	<table><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO						
SI	NO								

ANTECEDENTES CLÍNICOS O FARMACOLÓGICOS
Embarazos previos o en curso, trasplante de médula ósea, otros antecedentes de laboratorio, demográficos, o familiares de relevancia. Antibióticos, antiinflamatorios y cualquier otro reportado por la AABB como relevante en inmunohematología.

INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SANGRE SOLICITANTE

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE			
ESTABLECIMIENTO			
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO			
SERVICIO DE SALUD			
CORREO ELECTRÓNICO	(Válido para envío de informes)		
CIUDAD/LOCALIDAD		COMUNA	
REGIÓN		TELÉFONO	

ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

TIPO DE MUESTRA	SANGRE TOTAL EDTA		FECHA DE OBTENCIÓN		Día		Mes		Año
OTRO (Especifique)			HORA DE OBTENCIÓN		:				
PRIMARIA			FECHA DE ENVIO		Día		Mes		Año
FUNCIONARIO RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA									

EXAMENES PARA RECEPTORES Y DONANTES

- ☐ DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTIPLAQUETARIOS POR TÉCNICA DE MICROPLACA/FASE SÓLIDA
- ☐ GENOTIPO DE ANTÍGENOS PLAQUETARIOS

EXAMENES SOLO PARA RECEPTORES

- ☐ PRUEBA CRUZADA PLAQUETARIA POR TÉCNICA DE MICROPLACA/FASE SÓLIDA

A continuación, deberá individualizar a los donantes que serán empleados para este proceso.

NOMBRE DONANTE	RUT DONANTE	IDENTIFICADOR DONACIÓN

MOTIVO DE ENVÍO DE EXAMEN(ES) A LABORATORIO DE REFERENCIA

No se realiza en el laboratorio	☐	No disponible por falta de reactivo	☐	No disponible por falta de personal	☐
Resultado en el laboratorio no concluyente	☐	Otro (Especifique)	☐		

INSTRUCCIONES

- 1. La recepción de muestras se realizará de Lunes a Jueves de 8 a 17 hrs, Viernes de 8 a 16 hrs.
- 2. El traslado de muestras debe realizarse según normativa de transporte de muestras ISP.
- 3. Cuando se solicita prueba cruzada plaquetaria por técnica de microplaca/fase sólida, deberá enviarse un solo formulario únicamente con los datos del receptor. Los donantes serán individualizados en una tabla de este mismo documento.
- 4. Para la prueba cruzada plaquetaria, será requerido que tanto paciente como donante sean isogrupo para sistema sanguíneo ABO.
- 5. Cuando se solicita simultáneamente estudios para donantes y receptores desde un mismo establecimiento, dirigidos al mismo caso clínico (Ej.: Detección de Anticuerpos Antiplaquetarios por técnica de microplaca/fase sólida para un receptor, Genotipo de antígenos plaquetarios para donantes), deberán generarse formularios independientes por cada solicitud realizada.
- 6. En caso de dudas, consultar a Sección Hematología e Inmunohematología, fono (56-2) 25755392, anexo MINSAL 255392, correo electrónico: inmunohematologia@ispch.cl

DATOS DE RECEPCIÓN EN LABORATORIO ISP					
FECHA		Día		Mes	Año
HORA		:			
RECIBIDO POR					