

FORMULARIO PARA LA VIGILANCIA Y CONFIRMACIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN POR ESPECIES DE *Plasmodium* (MALARIA)

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

*FECHA ENVÍO

*APELLIDO PATERNO		*APELLIDO MATERNO		*NOMBRES	
*RUT O N° PASAPORTE		FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
		SEXO		PREVISION	
*DIRECCIÓN		TELÉFONO			
NACIONALIDAD					

2. PROCEDENCIA DE LA MUESTRA

* PROFESIONAL RESPONSABLE					
* ESTABLECIMIENTO	SERVICIO				
* DIRECCIÓN	CIUDAD				
TELÉFONO	* CORREO ELECTRÓNICO				

3. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

*FECHA OBTENCIÓN

* TIPO DE MUESTRA:

MUESTRA PARA:

HORA
OBTENCIÓN
DÍA DE
SEGUIMIENTO

1	3	7	14	21
---	---	---	----	----

* TEMPERATURA DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA TOMA DE MUESTRA

°C

4. ANTECEDENTES CLÍNICOS

VIAJES AL EXTRANJERO	LUGAR, FECHA Y PERMANENCIA
USO DE PROFILAXIS	FÁRMACO EMPLEADO
RESUMEN HISTORIA CLÍNICA QUE APOYAN LA SOSPECHA DE INFECCIÓN	

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/documento/13913>).

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