



FORMULARIO PARA LA VIGILANCIA Y CONFIRMACIÓN DE CASOS DE TRIQUINOSIS Y ESTUDIO DE BROTES

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:

HORA OBTENCIÓN

EOSINOFILIA SANGÜÍNEA

%

Se solicita adjuntar copia del último Hemograma

FECHA PROBABLE DEL CONSUMO DE CARNE INFECTADA

TIPO DE CARNE CONSUMIDA:

OTRA

* TÉCNICA DE TAMIZAJE REALIZADA:

ELISA

☐

OTRA (indique):

*RESULTADO

LECTURA

PUNTO CORTE

*MARCA COMERCIAL

LOTE

ANTECEDENTES CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICOS

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