

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		

Datos de la Procedencia

Establecimiento:	<input type="text"/>	Profesional Responsable:	<input type="text"/>
Unidad:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Fono Laboratorio:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Servicio de Salud:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>		
Comuna:	<input type="text"/>		

Dirección de Despacho de Procedencia

Dirección:	<input type="text"/>	Tipo de despacho:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>

Examen Solicitado

Tipo de Examen:	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la cepa *:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Fecha envío ISPCH:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Hora de obtención *:	<input type="text"/>	Observaciones:	<input type="text"/>
Origen de la cepa:	<input type="text"/>		
Identificación de laboratorio:	<input type="text"/>		
Especie:	<input type="text"/>		
Nº Muestra Original:	<input type="text"/>		

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Cepa:	<input type="text"/>	Cepa Intra-hospitalaria:	<input type="text"/>
Antecedente Epidemiológico:	<input type="text"/>	Nº ID (Brote):	<input type="text"/>

Antecedentes Técnicos del Laboratorio Local

Año del CLSI:	<input type="text"/>	Tabla de lectura utilizada:	<input type="text"/>
Otra Tabla:	<input type="text"/>		

Susceptibilidad

Técnica Utilizada	Antimicrobiano	Unidad	Lectura	Interpretación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 18 Hrs. Viernes de 8 a 17 Hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestra ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestra, fono 56 225755187 o Sección Bacteriología 56 225755421 - 56 225755433, Correo Electrónico bclinica@ispch.cl