

Datos de la Procedencia

Establecimiento:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>
Comuna:	<input type="text"/>	Profesional Responsable:	<input type="text"/>
Correo Laboratorio:	<input type="text"/>	Fono Laboratorio:	<input type="text"/>
Fax Laboratorio:	<input type="text"/>	SEREMI:	<input type="text"/>

Dirección de Despacho

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"/>

Exámen Solicitado

Exámen:

Solicitud:

Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la muestra * : <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"/>	Nº Cepa Original: <input type="text"/>
Muestra de Origen: <input type="text"/>	Fuente de Aislamiento: <input type="text"/>
Lugar/Ciudad de toma de muestra: <input type="text"/>	Especificar Extranjero: <input type="text"/>
País de origen de la muestra: <input type="text"/>	Especificar Otro: <input type="text"/>
Establecimiento: <input type="text"/>	Especie: <input type="text"/>
Identificación de Laboratorio: <input type="text"/>	

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Antecedente Epidemiológico:

Nº ID (Brote):

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