

B1 - Formulario de Envío de Cepas

RG-12-211.00

Versión: 6

Fecha de Actualización: 01/04/2021

Información del Paciente

Rut:

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Sexo: Femenino Masculino

Fecha Nacimiento: Día Mes Año

Edad: Años

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Teléfono:

Previsión:

Datos de la Procedencia

Establecimiento:

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Comuna:

Profesional Responsable:

Correo Laboratorio:

Fono Laboratorio:

Servicio de Salud:

Dirección de Despacho

Dirección:

Región:

Ciudad/Localidad:

Tipo de Despacho:

Comuna:

Correo Laboratorio:

Examen Solicitado

Tipo de Examen:

Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la muestra * : Día Mes Año

Hora de obtención * :

Tipo de Muestra:

Identificación de laboratorio:

Especie:

Fecha envío ISPCH: Día Mes Año

Observaciones:

Nº Muestra Original:

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:

Antecedentes Epidemiológico:

Seleccionar si corresponde a un Brote:

Nº ID (Brote):

Especifique Otro:

Tipo de Paciente:

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