

Formulario general de Envío de Muestras Clínicas para Análisis Viroológicos

RG-01-PR-240.00-015

Información del Paciente

Rut:
Nombres:
Apellido Paterno:
Apellido Materno:
Sexo: Femenino Masculino
Fecha Nacimiento: Día Mes Año
Edad: Años Mes

Dirección:
Región:
Ciudad/Localidad:
Comuna:
Teléfono:
Previsión:

Datos de la Procedencia

Profesional Responsable:
Región:
Provincia:
Comuna:
Dirección:

Laboratorio/Hospital:
Unidad:
Correo Electrónico:
Fono:

Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención de la muestra: Día Mes Año

Hora de obtención:

Examen

- AISLAMIENTO ADENOVIRUS
- AISLAMIENTO DE INFLUENZA
- AISLAMIENTO VIRUS PARAINFLUENZA
- AISLAMIENTO VIRUS RESPIRATORIOS SINCICIAL
- INHIBICIÓN DE LA HEMAGLUTINACION PARA VIRUS INFLUENZA A
- INHIBICIÓN DE LA HEMAGLUTINACION PARA VIRUS INFLUENZA B
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS PARAINFLUENZA
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA ADENOVIRUS
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA METAPNEUMOVIRUS
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA A
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS INFLUENZA B
- INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA PARA VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL
- PCR PARA INFLUENZA A
- PCR PARA INFLUENZA B
- VIGILANCIA INFLUENZA
- ESTUDIO DE CREUTZFELD-JAKOB

- AISLAMIENTO CITOMEGALOVIRUS
- AISLAMIENTO DE VIRUS VARICELA ZOSTER
- AISLAMIENTO HERPES SIMPLEX

- ESTUDIO INMUNIDAD SARAMPIÓN
- PANENCEFALITIS POR SARAMPIÓN

- ELISA IGG RUBEOLA
- ELISA IGM CITOMEGALOVIRUS
- ELISA IGG CITOMEGALOVIRUS

- AISLAMIENTO ENTEROVIRUS

- PCR PARA VIRUS PAPILOMA HUMANO

- ESTUDIO BROTE PAROTIDITIS

OTRO (ESPECIFICAR)

Muestra

- SUERO
- PLASMA
- ASPIRADO NASOFARINGEO
- LCR
- TEJIDO
- ORINA
- CONTENIDO VESICULAR
- FROTIS IF
- GARGARISMO
- TORULA DE LESIÓN
- DEPOSICIÓN
- TORULA NASOFARINGEA
- OTRO:

Nº de Muestra: 1º 2º

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos del Paciente

Ambulatorio Hospitalizado ETS Otro (Especificar)

Presentación: Caso aislado Sospecha brote

Diagnóstico:

Sintomatología:

Fecha Inicio Síntomas: Día Mes Año

Enfermedad asociada:

Tiempo de evolución:

Fecha de contacto: Día Mes Año

Embarazo: SI NO

Nº Semanas (embarazo):

Instrucciones

- Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08:00 a 12:00 hrs.
- Para aislamiento de Citomegalovirus las muestras se reciben de Lunes a Viernes hasta las 12:00 horas.
- El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
- En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras** (56 2) 25755187.