

# Vigilancia de Parálisis Flaccida Aguda, Envío de Muestra Fecal para estudio de Poliovirus

PR-245.03-001 V2

## 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

Profesional Responsable:

Región:

Provincia:

Comuna:

Dirección:

Laboratorio/Hospital:

Unidad:

Correo Electrónico:

Fono:

Fax:

## Antecedentes de la Muestra

Fecha de obtención:  Día  Mes  Año

Hora Obtención:

Mantiene cadena de frío:  Sí  No

Fecha envío a ISP:  Día  Mes  Año

Tipo de Muestra  Deposición  LCR

## Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Contacto  Caso

Si es contacto especifique nombre caso índice:

Diagnóstico:

Nº de dosis VOP recibida:

Fecha última dosis VOP:  Día  Mes  Año

Fecha inicio de la parálisis:  Día  Mes  Año

## Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 08:00 a 16:00 hrs. Viernes de 08:00 a 12:00 hrs.
2. El transporte debe realizarse según **Normativa de transporte de muestras ISP**.
3. En caso de dudas consultar a **Unidad de Recepción de Muestras (02) 5755187**