GOBIERNO DE CHILE
INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

Nº Registro ISP

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN Y ENVIO MUESTRAS
BROTES DE HEPATITIS A

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

RUT: - Edad

Fecha de Nacimiento: Sexo: M F

2. DATOS CLINICOS:

Síntomas / Signos

( ) Fiebre
( ) Ictericia
( ) Coluria
( ) Acolia
( ) Astenia
( ) Anorexia

Otros _____

Laboratorio

( ) Aumento de Bilirrubina
( ) Aumento de Transaminasas
( ) Aumento de Fosfatasa Alcalina
( ) Disminución de la Protrombina
( ) Aumento de GGT
( ) IgM positiva Hepatitis A

Otros _____

3. **DATOS EPIDEMIOLOGICOS:**

Nº de brote (correlativo en SEREMI) _____

Nº de casos detectados en el brote: _____

Fecha de detección del brote: _____

Lugar de ocurrencia: _____ (SEREMI: _____)

Vacunación Hepatitis A SI NO Fecha Vacunación : _____

3.. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Fecha de Obtención Tipo de Muestra: Suero / plasma; Sangre total

4. PROCEDENCIA:

Nombre Profesional Laboratorio:
Unidad:
Centro o Institución: Fono:
Servicio Salud : Fax:
Dirección Ciudad:

INSTRUCCIONES:

1. Se rechazarán las muestras que NO vengan con los antecedentes completos y/o letra legible.
2. Para cualquier consulta: **Unidad de recepción de Muestras del I.S.P.** **Fono: 3507247, 3507244**
   Sección Virología Clínica del I.S.P. **Fono: 3507448, 3507412, Fax: 3507583**
3. La muestra debe ser enviada en tubo pástico estéril con tapa rosca y refrigerada.
4. Horario de recepción de muestras : Lunes a Viernes de 08:30 a 12:00 hrs.