

FORMULARIO SOLICITUD TIPIFICACION HLA – B 27

Nombre Paciente: _____ R.U.T. Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Previsión: Fonasa

A	B	C	D
---	---	---	---

 Isapre Particular F.F.A.A. Otro _____

Centro de Procedencia _____ Servicio _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Región _____ Fono _____

REQUISITOS SOLICITUD EXAMEN:

Este examen se realizará sólo en alguna de las siguientes condiciones, por lo cual marque con X y complete lo que corresponda:

- i. Sospecha Espondiloartropatía seronegativa con Radiografía Sacroilíacas Normales
Fecha determinación Factor Reumatoideo : _____ Fecha Radiografías Sacroilíacas: _____
- ii. Sospecha Artritis Enteropática en paciente con:
Colitis Ulcerosa Enfermedad de Crohn
- iii. Sospecha Artritis Reactiva/ Enfermedad de Reiter con cuadro clínico incompleto:
Sin antecedentes infección Sin manifestaciones extraarticulares
- iv. Uveitis Anterior Aguda no infecciosa

MEDICO SOLICITANTE: _____ RUT: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

PERSONA QUE TOMA LA MUESTRA: _____ FECHA: _____ HORA _____

MUESTRA TOMADA EN ISP: SI NO

INSTRUCCIONES GENERALES

1. El formulario debe ser llenado por el médico tratante con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. Horario de atención de Toma de Muestras en el ISP: de 8:00 a 12:00 hrs.
3. Horario de Toma de Muestras en el Instituto de Salud Pública es de 8:00 a 10:00 hrs. de Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
4. Para la realización del examen se debe solicitar hora en la Sección Gestión de Muestras al correo electrónico cdelano@ispch.cl consultas a fonos 225755204-225755205-225755208-225755209.
5. Las muestras provenientes de provincia se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
6. Las muestras provenientes de Santiago se recibirán hasta las 10:00 horas. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
7. Muestras para tipificación de antígenos HLA deben estar sin transfusiones en las últimas 72 horas.
8. Las muestras deben ser rotuladas en cada tubo con el Nombre del paciente y Fecha de la extracción de la muestra. En el formulario se debe indicar además la hora de la toma de la muestra.
9. TIPO DE MUESTRA Y TRANSPORTE
Muestra: Adultos: 12 mL sangre con EDTA (mínimo 2 tubos).
Niños: 8 mL sangre con EDTA (mínimo 2 tubos)
Ambos en tubo plástico tapa rosca o tubo de sistema al vacío.
La muestra debe recepcionarse antes de 24 hrs. después de extraída. Transportar a temperatura ambiente, no excediendo los 25°C; no congelar. Se exigirá el triple embalaje de la muestra.
- 10.- Resultados con relación a los resultados indicar entrega por:

Correo Estafeta Acreditado Paciente

Nota: Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del profesional que firma la solicitud