



SOLICITUD EXAMEN VIROLÓGICO VHC, VHB, SIFILIS Y CHAGAS

ESTABLECIMIENTO: _____

1.-IDENTIFICACION: Sexo: F M

NOMBRE: _____ Edad: _____

PROCEDENCIA: _____ FICHA: _____

RUT.: _____ Fono: _____

DIRECCION: _____

Muestra: LCR Sangre
(Sólo VDRL)

2. EXAMEN SOLICITADO:

HBS ANTIGENO DE SUPERFICIE	
VIRUS HEPATITIS C (DETERMINACION DE ANTICUERPOS)	
SIFILIS (VDRL)	
CHAGAS (DETERMINACION ANTICUERPOS)	
HTVL I/II (DETERMINACION DE ANTICUERPOS)	

3.-EXAMEN SOLICITADO PARA:

Diagnóstico		Gestantes	
Recién nacido		CS	
Mortinato		Investigación de contacto	
Aborto		Personas con EMP	
Número de semanas gestacional		VVS	
Preparto - Parto		2ª Muestra	
Control climaterio, fecundidad, ginecológico		Donante de sangre	
Pacientes en diálisis		Donante de órganos	
Primera consulta por ITS		Exposición a accidente cortopunzante	
Control por TBC		Consultantes por morbilidad	
Control por ITS		Expontáneo	
Otro			

4.-MÉDICO QUE SOLICITA EL EXAMEN: _____