

FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXÁMENES – UVCLIN

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL DERIVADOR
NOMBRE:	INSTITUCIÓN:
RUT:	UNIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	E-MAIL:
EDAD:	TELÉFONO:
GÉNERO:	INFORMACIÓN DE LA MUESTRA
DIAGNÓSTICO:	TIPO DE MUESTRA:
TRATAMIENTO:	FECHA DE OBTENCIÓN:
	HORA DE OBTENCIÓN:

EXÁMENES MICROBIOLÓGICOS	
	Detección de GALACTOMANANO en LBA o Suero
	Directo y cultivo de hongos superficiales (Solo piel, uñas, pelo)
	Cultivo de hongos y levaduras
	Tinción de elementos fúngicos
	Identificación de hongos filamentosos o levaduras (desde cepa aislada en tubo o placa)
	Antifungigrama (desde cepa aislada en tubo o placa)
	Antígeno para Cryptococcus en LCR, Suero o Plasma
	Detección de Microsporidia en deposición
	Sífilis R.P.R (test no treponémico)
	Sífilis MHA-TP (test treponémico)
	Sífilis Inmunocromatografía (test treponémico)
	Diagnóstico macroscópico de Artrópodos (larva, pupa, adulto)
	Diagnóstico macroscópico de gusanos
	Coproparasitario seriado (3 muestras) Método de Burrows.
	Test de Graham (3 muestras)
	Acaro test

Nombre profesional solicitante: _____

RUT: _____

Observaciones: _____

FIRMA: _____