



SOLICITUD DE EXÁMENES LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE: _____ RUT/PAS: _____ - _____
FECHA NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ FICHA/DAU: _____ SERVICIO: _____ : _____
DIAGNÓSTICO: _____ SALA : _____ CAMA/BOX : _____

SECCIÓN DE BIOLOGÍA MOLECULAR

RESPIRATORIOS

03 06 122 ☐ PANEL RESPIRATORIO POR PCR (*) 14 patógenos

TIPO DE MUESTRA:

- ☐ HISOPADO NASOFARÍNGEO
☐ LAVADO BRONCOALVEOLAR

ID: _____

03 06 182 ☐ INFLUENZA A/B y SARS CoV-2 POR PCR

03 05 520-02

ID: _____

03 06 182/-02 ☐ INFLUENZA A/B y VRS POR PCR

DEPOSICIÓN

03 06 120 ☐ PANEL GASTROINTESTINAL POR PCR 23 patógenos

03 08 017-10 ☐ VIGILANCIA DE CARBAPENEMASAS POR PCR

INFECTOLOGÍA

03 06 097 ☐ PANEL DE ITS POR PCR 6 patógenos

TIPO DE MUESTRA:

- ☐ HISOPADO GENITAL
☐ ORINA 1era MICCIÓN
☐ ORINA POR SONDEO

03 06 182-04 ☐ CARGA VIRAL DE CITOMEGALOVIRUS POR PCR

03 06 107 ☐ DETECCIÓN DE PNEUMOCYSTIS JIROVECII POR PCR

TIPO DE MUESTRA:

- ☐ PLASMA
☐ LCR
☐ SUERO
☐ LBA
☐ ESPUTO
☐ HISOPADO NASOFARÍNGEO

03 05 521 ☐ VIRUELA DEL MONO POR PCR (*)

TIPO DE MUESTRA:

- ☐ TORULADO DE LESIÓN : _____
☐ TORULADO DE LESIÓN : _____
☐ COSTRA DE LESIÓN : _____
☐ COSTRA DE LESIÓN : _____

ID: _____

EPI: _____

(*) INFORMACIÓN DE PACIENTE NECESARIA PARA EXÁMENES DE PANEL RESPIRATORIO Y VIRUELA DEL MONO

DIRECCIÓN : _____

COMUNA : _____

TELÉFONO : _____

FECHA Y HORA DE TOMA DE MUESTRA : _____

NOMBRE MEDICO SOLICITANTE: _____ FIRMA _____