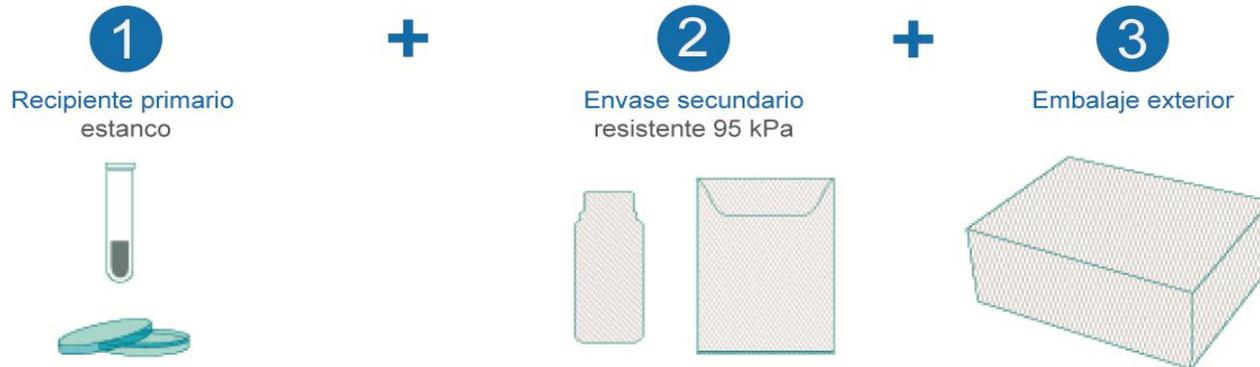
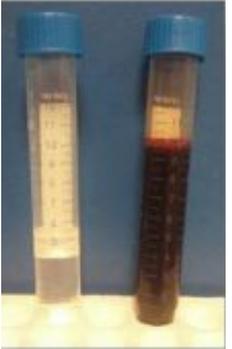


# Embalaje y envío de muestras

- ✓ Las **muestras se reciben** en Av. Paseo Colón 568 de lunes a viernes de 9 a 12 hs.
- ✓ El **recipiente primario** debe ser rotulado con nombre y apellido del paciente, de lo contrario las muestras serán rechazadas.
- ✓ El **formulario de datos del paciente** debe estar completo en su totalidad, especialmente los datos del médico solicitante o responsable de la derivación para poder comunicar cualquier inconveniente con las muestras derivadas o resultados clínicamente relevantes.
- ✓ La **orden médica y formularios de datos** deben ser enviados por separado para evitar contaminación.
- ✓ Los **tubos con Buffer Guanidina** para PCR en sangre deben ser solicitados con una orden médica al INP (Tel. directo 011 4-342-1355)
- ✓ Los **resultados** deben ser solicitados al siguiente mail: [resultadoschagas@gmail.com](mailto:resultadoschagas@gmail.com)



Estudio	Serología	Micrométodo	Strout	PCR adultos	PCR menores 18 meses
Tipo de muestra	Suero	Sangre entera	Sangre entera	Sangre con buffer guanidina (GEB)	Sangre con buffer guanidina
Tubo de recolección	Tubo seco 	Tubo eppendorf + gota de heparina ó MicroTubo comercial EDTA 	Tubo seco sin gel ó tubo cónico 	Tubo cónico con 5ml de GEB 	Tubo eppendorf con 0.5ml GEB 
Observaciones	Enviar tubo centrifugado. <b>Enviar con gel de criopreservación (refrigerado)</b>	Menores de 18 meses. Homogeneizar 10 veces para evitar la formación de coágulos y <b>enviar dentro de las cuatro horas desde la toma de muestra</b>	Sólo para adultos en riesgo de reagudización o infección aguda. Cargar 10 ml, dejar coagular espontáneamente, no centrifugar, no refrigerar. <b>Enviar inmediatamente luego de tomada la muestra</b>	<b>Solicitar tubo al instituto.</b> Adultos inmunosuprimidos, adultos pre, intra y pos tratamiento. Cargar 5ml de sangre y homogeneizar 10 veces	<b>Solicitar tubo al instituto.</b> Menores de 18 meses. Cargar 0.5 ml de sangre y homogeneizar 10 veces.

Estudio	Sospecha de reactivación en SNC (Observación Directa y PCR)	Búsqueda en tejidos (Biopsias)
Tipo de muestra	LCR	Biopsia
Tubo de recolección	<p>Tubo cónico estéril, libre de DNAsas y RNAsas sin anticoagulante (la heparina inhibe la reacción de PCR)</p> 	<p>Tubo cónico o frasco de orina con Solución Fisiológica estéril</p> 
Observaciones	<p>Se deben derivar en el mismo día de haber sido tomada, esto es para poder ver la movilidad de los parásitos en la observación directa.</p> <p>Enviar en paralelo una muestra de sangre para Strout y otra para PCR</p>	<p>Se deben derivar en el mismo día de haber sido tomada. No parafinada, ni en formol.</p> <p>Enviar en paralelo una muestra de sangre para Strout y otra para PCR</p>

# Formulario de datos del paciente (Chagas NO vertical)

Nombre y Apellido:

DNI (Tipo y nro):

Sexo: M / F / Otro

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

Madre con diagnóstico de Chagas: sí / no / sin datos

Situación que motiva el estudio (marque con una cruz lo que corresponda):

- Chagas agudo vectorial
- Chagas agudo post-transfusional
- Chagas agudo postrasplante, receptor de órgano positivo
- Reactivación Chagas crónico postrasplante (órgano negativo)
- Reactivación por inmunosupresión (farmacológica / HIV / Quimioterapia / Otro: )
- Chagas crónico (inmunocompetente)
- Control prenatal
- Control post-tratamiento
- Otro:

Antecedentes relevantes:

¿Recibió transfusiones?: sí / no

¿Recibió tratamiento para Chagas?: sí / no ¿Cuál?:

¿Completó el tratamiento?: sí / no

Contacto del medicx/persona responsable de la derivación:

# Formulario Chagas vertical

## Datos del bebé:

Nombre y Apellido:

DNI (Tipo y nro):

Sexo: M / F / Otro

Fecha y lugar de nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

Clínica/Hospital de nacimiento:

Madre con diagnóstico de Chagas: sí / no

Peso al nacer:

Embarazo: normal / prematuro

Parto: vaginal / cesárea

Edad gestacional (semanas):

Hermanxs: sí / no (¿cuántos?:     )

¿Hermanxs estudiados?: sí / no

Antecedentes relevantes:

Contacto del medicx/persona responsable de la derivación:

# Formulario Chagas vertical

## Datos de la persona gestante:

Nombre y Apellido:

DNI (Tipo y nro):

Fecha y lugar de nacimiento:

Teléfono:

Dirección:

Madre con diagnóstico de Chagas: sí / no

¿Tiene otros hijos?

Antecedentes relevantes:

¿Recibió transfusiones?: sí / no

¿Recibió tratamiento para Chagas?: sí / no ¿Cuál?:

¿Completó el tratamiento?: sí / no

Contacto del medicx/persona responsable de la derivación:

# Formulario de muestras enviadas

<b>Nombre y Apellido del paciente</b>	<b>Fecha y hora de toma de muestra</b>	<b>Suero (serología)</b>	<b>Sangre entera (Strout o micrométodo)</b>	<b>Sangre con guanidina (PCR)</b>	<b>LCR o Biopsia (escribir lo que corresponda)</b>

Para ser completado por el personal del Departamento de Diagnóstico del INP Dr. Mario Fatała Chaben al momento de la recepción de muestras:

<b>Recibí conforme, Firma</b>	<b>Aclaración y Fecha</b>
-------------------------------	---------------------------