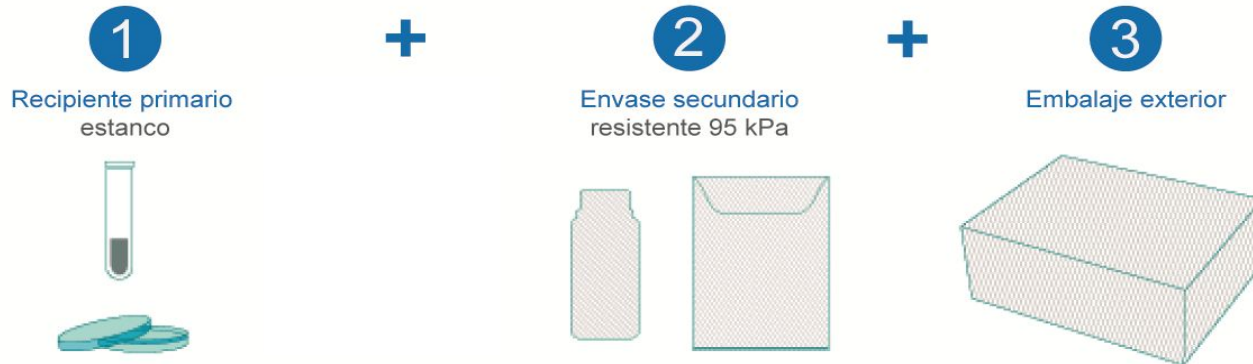



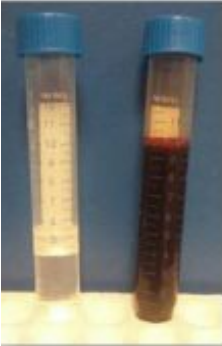
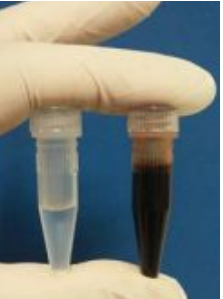




# Embalaje y envío de muestras

- ✓ 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	<p>Tubo seco</p> 	<p>Tubo eppendorf + gota de heparina ó MicroTubo comercial EDTA</p> 	<p>Tubo seco sin gel ó tubo cónico</p> 	<p>Tubo cónico con 5ml de GEB</p> 	<p>Tubo eppendorf con 0.5ml GEB</p> 
Observaciones	<p>Enviar tubo centrifugado. <b>Enviar con gel de criopreservación (refrigerado)</b></p>	<p>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></p>	<p>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></p>	<p><b>Solicitar tubo al instituto.</b> Adultos inmunosuprimidos, adultos pre, intra y pos tratamiento. Cargar 5ml de sangre y homogeneizar 10 veces</p>	<p><b>Solicitar tubo al instituto.</b> Menores de 18 meses. Cargar 0.5 ml de sangre y homogeneizar 10 veces.</p>

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>
-------------------------------	---------------------------