

Solicitud de exámenes por PCR

- Panel EMBARAZADA
- Panel HPV GENOTIPIFICACION
- Panel ITS/ HPV
- Panel Tropical
- Panel respiratorio bacteriano
- Panel respiratorio viral
- Panel viral neurologico
- Panel Bacteriano viral y parasitario Gastrointestinal
- Panel Virus Gastrointestinal
- Panel Bacterias Gastrointestinal
- Panel Parásitos Gastrointestinal
- Panel Coli
- Panel Hepatitis virus
- Panel Herpesvirus
- Panel Torch
- Panel ITS
- Panel VIH
- Panel TB Cepas resistentes
- Panel Infecciones transmitidas por garrapatas
- Panel CANDIDIASIS
- PCR Diagnostic Kit SEPTOSCREEN
- Complex DENTOSCREEN
- Patógenos:

Información Médico

Médico: _____
RUT: _____
Institucion: _____
Fono: _____
E-mail: _____
Tipo de Muestra: _____
Fecha y hora toma de muestra: _____
Fecha y hora retiro de muestra: _____

Observación:

Información Paciente

Nombres: _____
Apellidos: _____
RUT: _____
Fecha de nacimiento: _____
Fono: _____
E-mail: _____

Uso Interno

Orden N°: _____
Fecha y Hora de Recepción Lab: _____
Fecha Validación: _____
Fecha envío: _____