

“Las ciencias están todas entrelazadas entre sí; es mucho más fácil aprenderlas todas a la vez que separar una de las otras”
(René Descartes)

Tomando como base la definición de salud que declara la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual nos dice que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y alineando esta definición con el Plan Nacional de desarrollo y Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024, se puede dimensionar la gran responsabilidad de todas las unidades en nuestro país para coadyuvar a la preservación de la salud de la población mexicana.

Por otro lado, el cambio climático, el movimiento migratorio, la inversión de la pirámide poblacional, así como el cambio social y cultural incluyendo los estilos de vida, han propiciado una mayor demanda de atención para enfermedades que antes no se consideraban relevantes en nuestro país por la baja tasa de incidencia, además de considerarse, algunas de ellas, exclusivas de una región o continente. Estos cambios han propiciado una modificación en las causas de defunción en México respecto a años anteriores y para contrarrestarlas se han instrumentado estrategias de prevención y atención, con lo cual la esperanza de vida ha aumentado.

Para hacer frente a lo anterior, en el Laboratorio Estatal de Salud Pública de Hidalgo (LESPH) se tiene como principal objetivo proporcionar un servicio eficiente y de calidad a sus usuarios y partes interesadas, soportando sus actividades en un Sistema de Gestión Integral en congruencia con su Política de Calidad, y en la aplicación de nuevas tecnologías contribuyendo al establecimiento de acciones de actuación específicas para la prevención y control de enfermedades, así como a la protección contra riesgos sanitarios.

Por lo anterior se presenta este Catálogo de Servicios, el cual describe los criterios de calidad básicos de las muestras biológicas o ambientales que ingresan para su análisis, así como aspectos técnicos que van desde su obtención, transporte, envío y entrega, para garantizar resultados confiables que coadyuven a la toma de decisiones en materia de salud.

Dirigido a quienes hacen uso de los servicios del LESP, tanto al personal de salud como a la población abierta, este documento será de gran utilidad para realizar un trabajo coordinado entre quienes toman las muestras, quienes las entregan, quienes realizan el análisis de las mismas y quien toma decisiones con base en estos resultados, trabajando con un enfoque a procesos donde la decisión final de atención será el resultado de este trabajo colaborativo, refrendando el compromiso del personal del LESP para la mejora continua en un clima de bioseguridad.

Biol. Héctor Alberto Villafuentes Téllez

Director

CONTENIDO

- I. Criterios generales de aceptación de muestras.**
- II. Pruebas de laboratorio en apoyo a la Vigilancia Epidemiológica.**
 - II.1 Toma, manejo y envío de muestras biológicas.
 - II.1.1 Consideraciones generales.
 - II.1.2 Procedimientos para la toma, manejo y envío de muestras.
 - M1. Biopsias.
 - M1A. Biopsia ganglionar y piel, para diagnóstico de Tuberculosis por prueba de PCR, Gene Xpert, BAAR y Cultivo.
 - M1B. Biopsia para diagnóstico de Rabia en casos humanos (antemortem).
 - M1C. Biopsia pulmonar para diagnóstico de enfermedad Respiratoria viral.
 - M2. Cepas Bacterianas (para identificación o control de calidad)
 - M3. Citologías
 - M3A. Citología Cervical.
 - M3B. Para diagnóstico del Virus del Papiloma Humano
 - M4. Encéfalo. Diagnóstico de Rabia en casos humanos y de animales (postmortem)
 - M5. Expectoración (esputo).
 - M6. Lavado gástrico o jugo gástrico diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar.
 - M7. Líquido pleural, ascítico, pericárdico, articular, sinovial y otros para diagnóstico de Tuberculosis extrapulmonar.
 - M8. Muestra conjuntival
 - M8A. Para búsqueda de agentes virales.
 - M8B. Para búsqueda del virus de la rabia.
 - M8C. Para búsqueda de agentes bacterianos.
 - M9. Exudado faríngeo.
 - M9A. Agentes bacterianos.
 - M9B. Agentes virales.
 - M10. Exudado nasofaríngeo.
 - M10A. Agentes bacterianos (*Bordetella pertussis*).
 - M10B. Agentes virales.
 - M11. Impronta de Leishmania
 - M12. Gota gruesa. (Paludismo y Enfermedad de Chagas).
 - M13. Hisopo rectal.
 - M13A. Hisopo Rectal para parálisis flácida aguda (PFA)
 - M14. Lavado o aspirado bronquial para diagnóstico de SARS-CoV-2, Influenza y Tuberculosis.
 - M15. Líquido cefalorraquídeo.
 - M16. Materia fecal.
 - M17. Orina.
 - M17A. Diagnóstico de Leptospirosis.
 - M17B. Diagnóstico de Tuberculosis renal.

- M18. Saliva (hisopo sublingual)
- M19. Sangre de talón (Tamiz Neonatal).
- M20. Suero
- M21. Larvas y pupas (vectores)
 - M21A. Larvas y artrópodos
- M22. Imagos en seco (vectores)
- M23. Chinches (ejemplares vivos)
- M24. Otras muestras entomológicas
- M25. Baciloscopía para diagnóstico de Lepra
 - M25A. Lóbulo de la oreja
 - M25B. Lesión cutánea
 - M25C. Mucosa nasal

II.1.3 Envío de muestras biológicas

- II.1.3.A Consideraciones Generales
- II.1.3.B Embalaje

II.2 Marco analítico de pruebas en apoyo a la vigilancia epidemiológica.

III. Pruebas de laboratorio en apoyo a la protección contra riesgos Sanitarios

- III.1 Toma, manejo y envío de muestras de agua, alimentos y muestras ambientales
 - III.1.1 Consideraciones generales
 - III.1.2. Procedimientos para la toma, manejo y envío de muestras
 - M26. Agua purificada envasada
 - M27. Agua para uso y consumo humano.
 - M27A. Análisis microbiológico
 - M27B. Análisis fisicoquímico
 - M27C. Análisis toxicológicos (determinación de metales pesados)
 - M28. Agua de contacto (Lagunas o albercas recreativas)
 - M28A. Análisis microbiológico
 - M28B. Análisis fisicoquímico.
 - M28C. Análisis de amebas de vida libre
 - M29. Hielo
 - M29A. Análisis microbiológico.
 - M29B. Análisis fisicoquímico.
 - M29C. Análisis toxicológicos (determinación de metales pesados)
 - M30. Derivados lácteos (queso, crema, mantequilla, yogur)
 - M30A. Análisis Microbiológico y Fisicoquímico.
 - M30B. Detección de *brucella spp* por PCR
 - M31. Alimentos. Análisis microbiológico en general.
 - M32. Pescados
 - M32A. Análisis microbiológico

- M32B. Metales pesados (plomo y cadmio).
- M33. Carne magra. (Determinación de Clenbuterol).
- M34. Productos cárnicos. Análisis microbiológico
- M35. Loza vidriada (Determinación de metales pesados plomo y cadmio).
- M36. Agua residual (Búsqueda de *Vibrio cholerae*)
- M37. Colinesterasa (Determinación de la actividad de la enzima de Colinesterasa en suero).

III.2 Conservación, transporte y envío de muestras.

III.3. Identificación de las muestras.

III. 4 Marco Analítico de Pruebas en Apoyo a la Protección Contra Riesgos Sanitarios

- III.4.1. Análisis Microbiológico
- III.4.2. Análisis Fisicoquímico
- III.4.3. Análisis Toxicológico
- III.4.4. Análisis por PCR

IV. Servicio externo

IV.I. Servicios ofertados

V. Referencias

- V.1. Vigilancia epidemiológica
- V.2. Protección contra riesgos sanitarios

VI. Formatos para envío de muestras

VII. Directorio

I. CRITERIOS GENERALES DE ACEPTACION DE MUESTRAS

En este catálogo, las muestras se clasifican en muestras biológicas y muestras ambientales.

Se consideran muestras biológicas a las muestras clínicas obtenidas en el hombre tales como suero, sangre total, plasma, líquido cefalorraquídeo, exudados, expectoraciones, materia fecal, citologías, gota gruesa, cepas bacterianas, así como aquellas provenientes de animales como encéfalos, entomológicas (ejemplares de artrópodos), entre otras, y que son obtenidas como parte de la Vigilancia Epidemiológica.

Las muestras ambientales, para efecto del presente catálogo, corresponden a muestras de agua, alimentos (incluyendo sal, productos crudos, preparados y de consumo inmediato), loza vidriada, entre otros, obtenidas como parte de la Vigilancia para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Toda muestra que ingrese al LESPH deberá estar perfectamente identificada y ser entregada con oficio de solicitud que indique claramente el **tipo de estudio solicitado y formato** o historia clínica de acuerdo al estudio solicitado.

En el área de Atención y Orientación a Usuarios (AYOU) se determina si las muestras cumplen con los criterios de calidad necesarios para su aceptación y realización de los estudios solicitados, mediante la revisión de las características propias de la muestra, condiciones de transporte y envío, así como de la documentación anexa (oficio de solicitud, formatos o historias clínicas debidamente llenadas).

Como resultado de esta revisión, las muestras son o no aceptadas o bien se mantienen en resguardo, de acuerdo a lo siguiente:

1. No aceptación de muestras desde ventanilla.

Muestras ambientales y biológicas: Cuando las muestras se encuentren fuera de programación o no cumplan con los criterios de calidad establecidos en este documento, se clasifican como inadecuadas y procede su rechazo.

La notificación se realiza de la siguiente manera:

- a. Muestras ambientales: mediante el formato de No aceptación de Muestras (AYOU-F-010).
- b. Muestras biológicas: mediante el formato de No aceptación o resguardo de muestras (AYOU-F-009)

El original se entrega al usuario que ingresa las muestras. Las muestras se identifican como *RECHAZO*, y se entregan al área correspondiente para su inactivación y/o adecuado desecho.

Para las muestras citológicas, tamiz metabólico neonatal y virus respiratorios, antes de dar folio de entrada, se revisa si la información correspondiente de estas muestras, se encuentra capturada en el programa SICAM o en la plataforma correspondiente para tamiz metabólico neonatal y SISVER, en caso afirmativo se ingresan al laboratorio; en caso de que no estén capturadas se regresan al usuario junto con su papelería, para la captura de la información desde la jurisdicción.

2. Resguardo de muestras. Aplica para aquellas muestras que cumplen con los criterios de calidad técnicos establecidos, pero con documentación incompleta, información discordante entre los datos de la etiqueta o recipiente de la muestra y la documentación, cuando no se especifique el tipo de

estudio solicitado o cuando el análisis solicitado no corresponda al tipo de muestra. En este caso, se requisita el formato de No aceptación o resguardo de muestras, (AYOU-F-009) quedándose las muestras en custodia del área de Atención y Orientación a Usuarios, por un tiempo máximo de siete días naturales.

Si dentro de este periodo el usuario solicitante hace llegar al laboratorio la documentación faltante, especifica el tipo de estudio o realiza la aclaración de la discordancia de datos, se da ingreso oficial a las muestras. Si pasado este tiempo no lo hicieran, se procede a su desecho, notificando al usuario el **rechazo definitivo**.

El criterio de resguardo de muestras aplica únicamente para muestras de Vigilancia Epidemiológica.

Para el caso de las muestras de Análisis Sanitarios, el período de resguardo es no mayor a 24 horas posteriores a la hora de toma de muestra. Si la muestra presenta derrame, envase inadecuado, volumen insuficiente, se encuentra fuera de programación o el producto no aplica para el tipo de análisis solicitado, será rechazada y desechara en forma inmediata.

3. **Rechazo interno.** Aplica para aquellas muestras que no fueron rechazadas por ventanilla, pero que el área de proceso las rechaza por no cumplir con los criterios técnicos y soporte documental, por exceder días de tránsito, etc. En este caso, se realiza la notificación oficial del rechazo a la unidad correspondiente y posteriormente se procede a inactivar y/o desechar las muestras.
4. **Aceptación.** Aplica para toda muestra que cumpla los criterios de calidad técnicos y soporte documental, señalados en este catálogo.

Las principales causas de rechazo de muestras que se envían al LESPH, se resumen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Principales causas de rechazo de muestras

| TIPO DE MUESTRA | CAUSAS DE |
|---------------------------|--|
| Todas las muestras | <ul style="list-style-type: none"> • No cumplir con especificaciones de envase-envío-transporte (tipo de envase, cantidad, temperatura de transporte, etc.). • Muestras derramadas y/o contaminadas. • Documentación incompleta: formato o historia clínica, formatos electrónicos, (muestras biológicas) o solicitud de análisis (muestras ambientales) • Discordancia de datos entre la muestra y la documentación. • Sin documentación. • Muestra inadecuada para el análisis solicitado. • En las muestras para control de calidad no tener resultado del laboratorio de origen. • Muestras no identificadas |
| Suero | <ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis, lipemia, ictericia (considerar esta condición, ya que pacientes con problemas de ictericia no necesariamente solicitan estudios de hepatitis), contaminada. • No especificar el tipo de estudio. • Sin documentación. • Discordancia de datos entre muestra y documentación (identificación inadecuada). • Cantidad insuficiente, considerando tipo y número de diagnóstico para una sola muestra. • Extemporaneidad o días de tránsito (tiempo desde su obtención hasta la entrega al laboratorio), dependiendo del diagnóstico. • Sueros tomados después del quinto día de inicio de síntomas (Dengue, zika y chikungunya PCR), a menos que la Subsecretaría de Epidemiología del Estado indique el inicio de algún brote de arbovirosis en nuestra entidad. • No cumplir con la Definición Operacional de Caso. • No estar capturado en plataforma SINAVE. • Envase inadecuado (VIH, Hepatitis) • No enviar muestras en red de frío, cuando así se requiera. |
| Hisopo rectal | <ul style="list-style-type: none"> • Muestra no identificada. • Muestra inadecuada. • <u>Medio de transporte</u> inadecuado. |
| Materia Fecal | <ul style="list-style-type: none"> • Envase inadecuado. • Cantidad insuficiente. • No conservarse, ni entregarse a la temperatura adecuada para el diagnóstico solicitado. • Muestra no identificada. |
| Orina | <ul style="list-style-type: none"> • Envase inadecuado. • Contaminación. • No cumplir con criterios clínicos de inclusión para diagnóstico de tuberculosis. • No conservarse, ni entregarse a la temperatura adecuada para el diagnóstico solicitado. • Muestra no identificada |

| TIPO DE MUESTRA | CAUSAS DE RECHAZO |
|---|---|
| Muestras histológicas o Encéfalos | <ul style="list-style-type: none"> • Muestra en estado de descomposición (putrefactas) • Envases de vidrio. • Envases derramados. • Conservadas en formol (dependiendo del diagnóstico). Utilizar solución no indicada para su conservación. • Datos insuficientes en la etiqueta. • Sin documentación. • Envío de ejemplares completos: cabezas, animales completos (rabia) |
| Exudado Faríngeo o Nasofaríngeo | <ul style="list-style-type: none"> • Que no cumplan con definición operacional de caso. • Para diagnóstico viral que no vengan de red de frío. • Extemporaneidad en la toma. <ul style="list-style-type: none"> a) Tomados después del quinto día de inicio del exantema (EFE's). b) Tomadas después de 72 horas de inicio de sintomatología (Influenza y COVID-19) • Días de tránsito. <ul style="list-style-type: none"> a) Más de 48 horas desde su obtención hasta la entrega al laboratorio para EFE's. b) Más de 5 días para influenza y COVID-19. c) Más de 24 horas para tosferina y agentes bacterianos. • Hisopo o medio de transporte inadecuados. • Para muestras de COVID-19, que los hisopos de ambos exudados no estén en el mismo tubo. • No conservarse, ni entregarse a la temperatura adecuada para el diagnóstico solicitado. • No estar capturado en plataforma SISVER (Influenza Y COVID-19) o no traer el formato correspondiente |
| Sangre en papel filtro (tamiz metabólico neonatal) | <ul style="list-style-type: none"> • Muestra no impregnada en la parte posterior del papel. • Muestra coagulada o contaminada. • Rastros de separación de la sangre o dilución por alcohol. • Muestra insuficiente. • Muestra sobresaturada. • Toma de muestra antes de las 72 horas de vida posteriores al nacimiento. |
| Citologías, laminillas de Gota gruesa, impronta y Laminillas para BAAR | <ul style="list-style-type: none"> • Muestra sin identificación. • Muestra envuelta con tela adhesiva. • Laminilla rota. • Muestra no capturadas en programa SICAM (citologías). • Mala toma de muestra. |
| Biopsias (Influenza, COVID-19) | <ul style="list-style-type: none"> • No cumplir con especificaciones de envase, envío, transporte (tipo de envase, temperatura de transporte o sin medio de transporte para influenza y COVID-19). • Medio de transporte insuficiente • Falta de documentación: Formato o historia clínica. |
| Biopsias (Tuberculosis) | <ul style="list-style-type: none"> • No cumplir con especificaciones de envase, envío, transporte (tipo de envase, temperatura de transporte, derrame masivo, muestra congelada, muestra sin bolsa transparente o en bolsa de otro color). • Conservadas en formol. • Documentación con información discordante. |

| TIPO DE MUESTRA | CAUSAS DE |
|---|--|
| Expectoración (Agentes Bacterianos) | <ul style="list-style-type: none"> • Muestra insuficiente. • No cumpla con el criterio III de Welch Kelly (Menos de 10 células epiteliales y mayor de 25 leucocitos por campo). |
| Hemocultivo | <ul style="list-style-type: none"> • Medio de transporte inadecuado. • No conservarse, ni entregarse a la temperatura adecuada para el diagnóstico solicitado. |
| Muestra Endocervical en medio de transporte para captura de Híbridos | <ul style="list-style-type: none"> • Envase sin etiqueta. • Envase sin medio de transporte. • Envase sin cepillo. • Muestra sin red de frío. • Datos ilegibles o incorrectos. • Nombre incompleto de la paciente. • Formato mal llenado. • Omisión de datos. • Envase con etiqueta tapando la muestra. |
| Muestras ambientales | <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad insuficiente. • Envases inadecuados. • Muestras no identificadas. • Extemporaneidad (tiempo de tránsito mayor a 24 horas desde su obtención hasta la entrega en el laboratorio). • Temperatura inadecuada. • Recipientes rotos o derramados. • Muestra fuera de programación • Discordancia de datos entre muestra y papelería |

II. PRUEBAS DE LABORATORIO EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

II.1. TOMA, MANEJO Y ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.

II.1.1. Consideraciones generales

El diagnóstico de laboratorio correcto y oportuno, depende del cuidado con que se realice la toma, manejo y envío de muestras, siguiendo al detalle las instrucciones al respecto. Asimismo, la interpretación del resultado del laboratorio debe estar apoyada por un buen diagnóstico clínico y los antecedentes epidemiológicos del caso.

En términos generales, deben tomarse en cuenta los siguientes aspectos:

- La muestra para diagnóstico de Influenza y otros agentes virales, debe ser tomada **ANTES** de dar **TRATAMIENTO ANTIVIRAL**.
- La muestra para aislamiento de agentes bacterianos infecciosos, debe ser tomada **ANTES** de establecer un **TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS**.
- La muestra debe **IDENTIFICARSE** con todos los datos relevantes del caso: nombre completo o clave, diagnóstico presuntivo, fecha de toma y tipo de muestra, indicando si es la *primera, segunda o tercera muestra*.
- La muestra debe acompañarse del formato específico de estudio de caso y de un resumen clínico del caso y antecedentes como cualquier dato epidemiológico relevante (cuando así lo requiera).
- Para evitar contaminación, recolectar los sueros en tubos limpios, estériles y mantenerlos tapados y en condiciones de refrigeración después de la obtención.

II.1.2. Procedimientos para la toma, manejo y envío de muestras.

A continuación, se describen, los procedimientos adecuados de toma, manejo y envío de muestras biológicas para diagnóstico y referencia.

M1. BIOPSIAS.

La toma de la muestra debe efectuarse por personal médico capacitado bajo condiciones de asepsia rigurosa.

M1A. GANGLIONAR Y PIEL para diagnóstico de Tuberculosis por prueba de PCR, Gene Xpert, BAAR y cultivo.

La obtención de este tipo de muestras debe realizarse por personal médico entrenado y con experiencia, en condiciones de asepsia. Una vez obtenida colocarla en un tubo estéril con 0.5ml de solución salina fisiológica estéril, mantener a 4 °C y enviar inmediatamente al laboratorio. (Las muestras para PCR son referidas al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos).

M1B. BIOPSIA para diagnóstico de Rabia en casos humanos (antemortem)

Se deben obtener en condiciones de estricta esterilidad para garantizar su estabilidad. La biopsia debe tener una dimensión aproximada de 1 cm de diámetro por lado y 0.5 cm de profundidad y de preferencia debe provenir de la nuca, tomada de la zona límite con el cuero cabelludo. Se coloca en un recipiente hermético con glicerol al 50% diluido en solución salina fisiológica estéril, refrigerar inmediatamente y enviar con refrigerantes al laboratorio (debe llegar antes de 48 horas). Esta muestra es útil si se obtiene de 10 a 14 días posteriores al inicio de los primeros síntomas de daño neurológico.

M1C. BIOPSIA PULMONAR. Diagnóstico de Enfermedad respiratoria viral.

Se debe obtener en condiciones de estricta esterilidad. La biopsia debe tener una dimensión aproximada de 2cm³, del parénquima pulmonar visiblemente afectado y colocar en tubo de plástico con suficiente medio de transporte viral para que cubra la muestra, mantener en refrigeración de 4 – 8 °C y enviar debidamente etiquetada (con el nombre completo del paciente), acompañada del formato de la plataforma correspondiente. Enviar lo más pronto posible al LESPH.

M2. CEPAS BACTERIANAS (Para identificación o Control de Calidad).

Se deberán enviar cultivos puros, en tubos de 13 x 100 mm con tapón de rosca sembrados en medio de agar base sangre (BAB) y/o en caja Petri en medios nutritivos agar sangre o agar chocolate. Los tubos y cajas, deberán estar perfectamente cerrados, cubiertos de papel parafilm e identificados adecuadamente.

Enviar a temperatura ambiente, lo más pronto posible.

M3. CITOLOGÍAS

M3A. CITOLOGÍA CERVICAL. Actualmente la citología se utiliza con cuatro indicaciones que son:

1. Método de detección primaria.
2. Valoración pronostica y de seguimiento de las lesiones de bajo grado.
3. Control de curación post-tratamiento.
4. Evaluación de lesiones de significado incierto que pueden llegar a desarrollar lesiones de bajo grado (ASCUS y AGUS).

Registrar los datos de la usuaria: edad, nombre completo, domicilio, número de registro, antecedentes gineco-obstétricos, cirugías ginecológicas, radioterapias, citologías previas y consignar los hallazgos clínicos que pudieran servir para el mejor manejo. Esta información deberá incluirse en el **formato de solicitud y reporte de resultados de citología cervical**.

Realizar valoración ginecológica por inspección, buscando lesiones macroscópicas como distopía genital, prolapso uterino, micosis, herpes genital, manchas acromáticas, pediculosis, huellas de raspado, leucorrea, lesiones exofíticas, neoplasias, etc.



Con el espejo vaginal del tamaño adecuado, se separan los labios mayores para descartar cualquier patología que no se perciba a simple vista. Está contraindicado el uso de lubricantes (agua destilada, aceite mineral, jaleas, etc.). Se introduce el espejo en eje de vagina y conforme va penetrando, se rota hasta una posición perpendicular; se abren las valvas para visualizar el cuello uterino y una vez que se tenga éste, se fija al espejo.

Hacer una inspección del cérvix tratando de descubrir sangrado, erosión, ulceración, ectropión, leucorrea, inflamación, cambio de coloración, lesiones herpetiformes, lesiones exofíticas, quistes, pólipos, tumoraciones, atrofia, etc. La muestra consiste en tomar células activas de exocérvix y endocérvix, girando 360° la espátula de Ayre modificada. En mujeres postmenopáusicas, nuliparas se sugiere la toma con citobrush.

En caso de haber lesión, se toma muestra de esa zona. **NUNCA SE PRACTIQUEN TOMAS DE FONDO DE SACO**, en pacientes histerectomizadas, la muestra se toma de la cúpula vaginal.

En el tercio superior de una porta objetos anotar los datos de identificación de la usuaria y la fecha;

previo a la toma.

Hacer un extendido longitudinal delgado uniforme y de forma continua del material biológico obtenido. Fijar de inmediato con alcohol etílico 96°. Retirar el espejo haciendo rotación sutil y lentamente. Ayudar a la usuaria a incorporarse.

Enviar la muestra al LESPH para su proceso con la técnica de tinción de Papanicolaou y evaluar al microscopio para emitir una interpretación basada en la clasificación del sistema Bethesda 2014.

M3B. PARA DIAGNOSTICO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Se siguen las indicaciones ya señaladas, utilizando el “cepillo vaginal” incluido en el “kit” para toma de muestras para VPH. Una vez tomada la muestra, el cepillo deberá colocarse en el tubo.

M4. ENCÉFALO. Diagnóstico de Rabia en casos humanos y de animales (postmortem)

Encéfalo: Debe enviarse al laboratorio el encéfalo completo. Cuando no sea posible, pueden enviarse fragmentos de 5 a 10 g de las siguientes regiones anatómicas: asta de Ammón, cerebelo, bulbo raquídeo y médula espinal. Si por motivos religiosos (en muestras humanas) o de otra índole no se autoriza la necropsia, debe tomarse un “cilindro” de materia encefálica por punción retro-orbital o por el orificio occipital, tomando cerebelo y encéfalo.

Las muestras de tejido de casos humanos, deberán conservarse en una solución de glicerol al 50% (preparada con solución salina fisiológica o agua desionizada estéril). NUNCA se deben conservar las muestras en formaldehído o formalina, ya que esta sustancia interfiere con la técnica de Inmunofluorescencia Directa (IFD).

Las muestras se colocan en doble bolsa de polietileno o en un frasco de plástico con boca ancha y tapa de rosca y se conservan en refrigeración.

Identificar las muestras con: fecha de toma, especie, procedencia (localidad, municipio), número antirrábico. Y en el caso de apoyo a otro estado el nombre

ENVÍO. Estas muestras deben enviarse en condiciones de refrigeración y con la historia clínica del paciente en original y una copia. Por fuera del paquete y a sellado, se coloca correctamente y a la vista el nombre del remitente y del destinatario, además de la leyenda:



M5. EXPECTORACIÓN (esputo)

TOMA: En un frasco de polipropileno estéril, de boca ancha y tapa de rosca, con capacidad de 30 a 50 mL, recolectar 5 mL de expectoración del paciente.

En los casos de sospecha de tuberculosis, hay que cuidar que la muestra sea mucopurulenta y esté libre de saliva. Se toman tres muestras para diagnóstico por baciloscopías, la primera cuando se está auscultando al paciente y se produce tos; la segunda se toma al día siguiente, en la mañana cuando despierta el paciente y la tercera cuando el paciente entrega la segunda muestra en el laboratorio.

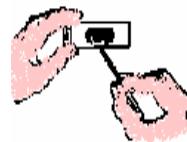


Si se requiere cultivo para diagnóstico de tuberculosis pulmonar, se toman tres muestras de expectoración (una por día), las cuales deben conservarse en refrigeración entre 4 y 8°C y enviarse a la brevedad posible al laboratorio para su procesamiento. (sin rebasar 5 días desde la fecha de toma hasta la fecha de recepción en el LESP).

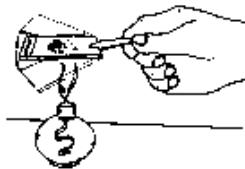
En caso de que se requieran baciloscopías, y las muestras se obtengan en campo, el personal operativo deberá realizar el extendido y la fijación de la laminilla.



En un portaobjetos limpio, desengrasado con alcohol, y previamente rotulado con los datos del paciente, colocar con ayuda de un aplicador de madera una parte de la muestra de expectoración, cuidando que sea de la porción más espesa.



Extender la muestra con movimientos circulares del centro hacia fuera, para obtener un extendido de 2cm de largo por 1 cm de ancho aproximadamente.



Dejar secar a temperatura ambiente, y posteriormente fijar al calor (con ayuda de una lámpara de alcohol o un mechero).

ENVÍO: Las muestras de expectoración, se preservan de la luz solar y del calor excesivo con refrigerante, debiendo ser enviadas lo más pronto posible al laboratorio para su procesamiento, acompañadas de la historia clínica, formato para el envío de muestras biológicas al F-REM-01, drogosenibilidad y tipificación de micobacterias.

M6. LAVADO GÁSTRICO O JUGO GÁSTRICO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

TOMA: La obtención la realiza personal médico, realizar toma en ayunas por la mañana. Se toman tres muestras de lavado o jugo gástrico (una por día), se coloca cada una en envase estéril, transparente, desechable, tapa de rosca, cierre hermético. Conservar en refrigeración entre 4° y 8° C y enviar a la brevedad posible al laboratorio para su procesamiento.

M7. LIQUIDO PLEURAL, ASCÍTICO, PERICÁRDICO, ARTICULAR, SINOVIAL Y OTROS PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS ESTRAPULMONAR.

TOMA: La obtención la realiza personal médico. Se toma una muestra y se coloca cada una en envase estéril, transparente, desechable, tapa de rosca, cierre hermético. Conservar en refrigeración entre 4° y 8° C y enviar a la brevedad posible al laboratorio para su procesamiento.

M8. MUESTRA CONJUNTIVAL

M8A. PARA BÚSQUEDA DE AGENTES VIRALES

TOMA: Elevar un poco la cabeza del paciente, pedirle que observe hacia arriba, exponer la conjuntiva (jalando ligeramente el párpado inferior hacia abajo con el dedo índice, asimismo el párpado superior) introducir el **hisopo estéril** que debe ser **de rayón o dacrón** con mango de plástico nunca **de madera**, raspando vigorosamente ambas superficies conjuntivales, rotando el hisopo durante el proceso de la obtención de la muestra para asegurar que toda la superficie de la conjuntiva se está muestreando, de tal forma que se puedan obtener células infectadas por el virus (MTV).



Realizar la toma de muestras por separado de ambos ojos (derecho e izquierdo), utilizando un hisopo para cada ojo, y colocar ambos hisopos en un mismo tubo con medio de transporte viral (MTV)

ENVÍO: Colocar los hisopos en un tubo con MTV (medio de transporte viral), cerrar perfectamente el tubo y mantenerse a 4°C. Los tubos deberán mantenerse en cadena fría hasta su entrega lo más pronto posible al laboratorio.

M8B. PARA BÚSQUEDA DEL VIRUS DE LA RABIA

TOMA: Elevar un poco la cabeza del paciente, pedirle que observe hacia arriba, exponer la conjuntiva (jalando ligeramente el párpado inferior hacia abajo con el dedo índice, asimismo el párpado superior) con una porta objetos limpio y desengrasado recoger el detritus del canto interno del ojo, obtener una laminilla por cada ojo con material suficiente para poder circunscribir 2 campos 1cm de diámetro. Se secan al aire.

ENVÍO: Empacar individualmente en papel higiénico y entregar al laboratorio lo más pronto posible, temperatura de refrigeración, proteger de la humedad, la luz solar o del calor excesivo.

M8C. PARA BÚSQUEDA DE AGENTES BACTERIANOS

TOMA: Antes de realizar la toma, portar el equipo de seguridad adecuado (cubreboqu, googles, guantes, etc.). Realizar la toma de muestra de la zona afectada, evitando contaminación cruzada. Una vez tomada la muestra introducir el hisopo en el **medio de transporte de Amies con carbón, Amies viscosa y Stuart**.

Realizar toma de muestras por separado de ambos ojos (derecho e izquierdo) e identificar cada uno de los tubos.

ENVÍO: Enviar de inmediato al laboratorio a temperatura ambiente

M9. EXUDADO FARÍNGEO.

El paciente deberá presentarse en ayuno y sin realizar aseo bucal, ni enjuague con antiséptico local.

M9A. AGENTES BACTERIANOS

MATERIAL EMPLEADO: Medio de transporte de Stuart o Amies con carbón activado, abatelenguas.

TOMA: Se solicita al paciente que coloque su cabeza hacia atrás, que abra la boca, respire profundo y diga "ah". Se deprime suavemente la lengua con un abatelenguas y se guía el hisopo que viene en el medio de transporte hacia la parte posterior de la faringe por encima de la lengua. Se pasa el hisopo con suavidad por las áreas hiperémicas, purulentas o necróticas. Tener precaución de no tocar las

paredes laterales de la cavidad bucal. Introducir el hisopo en el medio de transporte.

Para búsqueda de **agentes bacterianos** es importante tomar la muestra en los primeros tres días de iniciada la sintomatología.

ENVÍO: Enviar a temperatura ambiente, lo más pronto posible al laboratorio.

M9B. AGENTES VIRALES.

MATERIAL EMPLEADO: Se debe utilizar hisopo de rayón o dacrón con mango de plástico.



TOMA: Cuando se sospecha de **agentes virales** tomar la muestra de la cavidad orofaríngea, evitando el contacto con las zonas purulentas y/o manchas de Koplic (para sarampión), si es que las presenta, considerando que se requieren células epiteliales para lograr la identificación del virus, ya sea por inmunofluorescencia, RT-PCR o por cultivo.

En caso de diagnóstico presuntivo de sarampión la muestra deberá ser obtenida exclusivamente dentro de los primeros cinco días de iniciado el exantema.

Para el caso de enfermedad viral respiratoria, la muestra deberá obtenerse durante las primeras 72 horas de iniciada la sintomatología y enviarse a la brevedad.

ENVÍO. El hisopo con la muestra se introduce en un tubo de tapón de rosca con un mínimo de 2.5 ml de medio de transporte viral (MTV) estéril y se cierra el tubo herméticamente. Mantener las muestras a una temperatura de 4 a 8 °C hasta su entrega al laboratorio, la cual deberá realizarse lo más pronto posible. Para diagnóstico de COVID-19 la muestra debe enviarse en triple embalaje.

M10. EXUDADO NASOFARÍNGEO

M10A. AGENTES BACTERIANOS (*Bordetella pertussis*)

MATERIAL EMPLEADO.

Para diagnóstico de Tos ferina (aislamiento e identificación de *Bordetella pertussis* o *Bordetella parapertussis*): hisopo de rayón o dacrón con mango metálico o de aluminio en solución salina con cefalexina como medio de transporte.

Para otros agentes bacterianos: Medio de transporte AMIES o STUART con hisopo de rayón o dacrón.

TOMA: Se pide al paciente que se siente y coloque su cabeza hacia atrás. Se levanta suavemente la punta de la nariz, introduciendo lentamente el hisopo en una de los orificios nasales perpendicularmente a la nariz hasta llegar a la nasofaringe, girar suavemente tratando de producir un acceso de tos, retirar el hisopo e introducirlo en el medio de transporte correspondiente cortar el hisopo hasta la superficie del tubo, cerrar herméticamente.



NOTA. Si durante la introducción del hisopo hay alguna resistencia, posiblemente sea debido a un tabique nasal desviado, entonces repetir el procedimiento a través del otro orificio nasal.

ENVÍO.

Síndrome Coqueluchoide. Enviar de inmediato entre 4-8°C

Agentes bacterianos. Enviar de inmediato al laboratorio a temperatura ambiente.

M10B. AGENTES VIRALES

MATERIAL EMPLEADO.

Enfermedad viral respiratoria. Hisopo de rayón o dacrón. Medios de transporte viral (MTV) con 2.5 ml.

TOMA: Cuando se trate de muestras para diagnóstico de enfermedad viral respiratoria, la muestra deberá ser tomada realizando una limpieza previa de las fosas nasales para evitar una contaminación bacteriana con moco. La toma de muestra se realiza usando el mismo hisopo en ambas fosas nasales como se describe arriba (M8A), colocando el hisopo en el MTV.

ENVÍO: Agentes virales. Enviar de inmediato al laboratorio entre 4 – 8°C.

Para muestras de COVID-19 la muestra de exudado nasofaríngeo debe estar acompañada de la muestra de exudado faríngeo correspondiente dentro del mismo tubo y deberán ser enviadas en triple embalaje entre 4 – 8°C lo más pronto posible.

M11. IMPRONTA DE LEISHMANIA

MATERIAL EMPLEADO: Solución yodada, alcohol al 70%, solución salina fisiológica, torundas, gasa estéril, portaobjetos limpios y desengrasados, hoja de bisturí.

TOMA: Se realiza la asepsia de la zona en donde se encuentre la lesión (ulcera), primero con una torunda impregnada con solución de yodo, con un movimiento circular de adentro hacia afuera. Con otra torunda impregnada en una solución de alcohol al 70% y por último con una solución salina fisiológica terminar de limpiar la lesión y desprender la costra.

Hacer presión con el dedo pulgar e índice sobre el borde indurado donde se tomará la muestra, este paso se realiza para disminuir la irrigación de sangre hacia la lesión.

Raspar cuidadosamente el borde indurado de la lesión por la piel que cubre la lesión con uno de los lados de un portaobjetos u hoja de bisturí, si se produce sangrado limpiar la lesión con una gasa estéril, esperar que se produzca un exudado seroso.

Aplicar la superficie de un portaobjetos desengrasado sobre el exudado.

Tomar tres impresiones en cada portaobjetos. Repetir la operación con los portaobjetos (Son tres laminillas con tres improntas en cada uno por paciente)

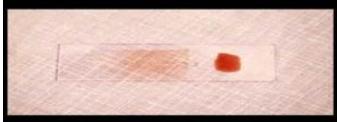
Dejar secar a temperatura ambiente, identificar cada laminilla, fijar con metanol absoluto y preparar para su embalaje.

ENVÍO: Cada laminilla se protege individualmente, en cartón preferentemente y, se empaqueta cuidadosamente con doble cubierta para evitar la ruptura y se envía lo antes posible al laboratorio. No hay que refrigerar el paquete, pero si protegerlo de la humedad y la luz solar.

M12. GOTA GRUESA (Paludismo y Enfermedad de Chagas)

TOMA: Se limpia la yema del dedo anular izquierdo del paciente o el lóbulo de la oreja (sólo si el paciente es un bebé), con una torunda de algodón impregnada en alcohol etílico al 70% y se deja secar. Con una lanceta estéril se hace una punción firme, profunda y rápida en la parte externa del dedo anular. Se limpia la primera gota de sangre con un algodón seco, se presiona suavemente la parte puncionada para que salga una segunda gota de sangre, que se depositará en la mitad de un portaobjetos limpio dejando éste en una superficie plana.

Con la ayuda de una arista del portaobjetos auxiliar, extender la sangre con un movimiento de "Z", partiendo del centro de la gota hacia el lado superior izquierdo aproximadamente 0.5mm de longitud, sin despegar llevarlo hacia el lado derecho aproximadamente 1 cm, regresar por el centro hacia el lado inferior izquierdo, aproximadamente 1 cm seguir hacia el lado derecho, volver al centro de la gota y con un moviendo rápido levantar la arista del portaobjetos.



Se vuelve a limpiar con una torunda seca la zona puncionada del paciente, y obtener una tercera gota de sangre para realizar el extendido fino que se colocará en la mitad del extremo opuesto del portaobjetos que tiene la gota gruesa y esperar que seque la muestra.

ENVÍO: Cada laminilla se protege individualmente, en cartón preferentemente y se empaqueta cuidadosamente con doble cubierta para evitar la ruptura y se envía lo antes posible al laboratorio. No hay que refrigerar el paquete, pero si protegerlo de la humedad y la luz solar.

M13. HISOPO RECTAL

MATERIAL EMPLEADO. Medio de transporte Cary Blair, previamente rotulado con los datos del paciente.

TOMA: Introducir el hisopo en el recto más allá del esfínter anal, girar el hisopo suavemente y sacarlo, éste debe salir manchado con material fecal, colocar el hisopo en el medio de transporte.

Para diagnóstico de diarrea de origen bacteriano tomar 2 hisopos de la muestra por cada paciente en medio de transporte Cary Blair

Llenar el formato correspondiente, registrando con número consecutivo los pacientes, anotar el número consecutivo correspondiente en el hisopo.

ENVÍO: Enviar lo más pronto posible al Laboratorio, a temperatura ambiente.

M13A. HISOPO RECTAL PARA PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA)

MATERIAL EMPLEADO. Se requiere hisopo de algodón con mango de madera y como medio de transporte solución salina estéril o bien solución fisiológica.

TOMA Introducir el hisopo en esfínter anal, más de un centímetro, girar el hisopo suavemente y sacarlo, éste debe salir manchado con material fecal. Introducir en 1 a 5 ml de solución salina fisiológica en tubo de plástico y tapón de rosca.

ENVÍO: Envío inmediato al Laboratorio, a temperatura de refrigeración de 0 a 10°C.

M14. LAVADO O ASPIRADO BRONQUIAL (Para diagnóstico de SARS-CoV-2, Influenza, y Tuberculosis).

Si el paciente está entubado, en los primeros 5 días de iniciados los síntomas se toma lavado bronquial, no menos de 2 mL, se colocan en Medio de Transporte Viral y se conservan a 4 – 8 °C. Enviar inmediatamente al laboratorio con el formato correspondiente. En el caso de que se sospeche de

Tuberculosis la muestra debe tomarse por personal especializado, en volumen mínimo de 3 mL y colocado en un frasco transparente, debidamente etiquetado con el nombre del paciente, edad, sexo, datos de la unidad recolectora; asimismo debiendo introducir la muestra en una bolsa de plástico transparente y enviar en hielera con congelantes a una temperatura entre 4 y 8° C; resguardada de la radiación solar.

M15. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

TOMA: La obtención de la muestra es responsabilidad exclusiva del médico, quien la tomará bajo condiciones rigurosas de asepsia. Se deben recuperar unos 3 ml, los cuales se conservan en tubos de vidrio estériles de tapón de rosca.

ENVÍO: Si se sospecha de otra infección bacteriana, la muestra no debe refrigerarse, ni acompañarse de hielo. A excepción del diagnóstico de tuberculosis la muestra debe conservarse a temperatura de refrigerador entre 4 – 8 °C y enviarse de inmediato al laboratorio si se sospecha de infección viral, entonces la muestra deberá conservarse a temperatura de refrigeración entre 4-8°C. **Enviar de inmediato al laboratorio.**

M16. MATERIA FECAL

TOMA: Se deben obtener aproximadamente 10 a 15 gramos o mililitros de materia fecal (similar al tamaño de una nuez), o 10 ml en caso diarreico, que será colocada directamente en recipientes limpios de plástico de boca ancha y con tapa hermética que permitan su fácil transporte. Las heces obtenidas del suelo o del excusado, **NO SON SATISFACTORIAS**, debido a que pueden contaminarse con material extraño.

ENVÍO: La muestra se debe enviar a la brevedad al laboratorio.

ESTUDIOS VIRALES: El tiempo de envío debe ser menor a 24 horas y en condiciones de refrigeración de 0 a 10°C.

IDENTIFICACION DE POLIOVIRUS PARA PARALISIS FLACIDA AGUDA (PFA): Se debe tomar 5 a 10 gramos (como el tamaño de una nuez). Colocar una muestra en envase de plástico de boca ancha con tapa de rosca. Mantener la red fría desde la toma de muestra hasta que llega al laboratorio de diagnóstico (de 0 a 10°C)

IDENTIFICACIÓN DE ENTEROVIRUS. Se debe tomar 5 a 10 gramos (como el tamaño de una nuez). Colocar una muestra en envase de plástico de boca ancha con tapa de rosca. Mantener la red fría desde la toma de muestra hasta que llega al laboratorio de diagnóstico (de 0 a 10°C).

ESTUDIOS PARASITOSCÓPICOS (control de calidad). Una vez procesadas las muestras por los laboratorios locales, estos deberán adicionar formol al 10% v/v neutralizado y homogeneizar bien. El envío se hace a temperatura ambiente, junto con el formato correspondiente, incluyendo los resultados obtenidos.

ESTUDIOS PARASITOSCÓPICOS (diagnóstico). Se deben de tomar tres muestras consecutivas de diferente día, manteniéndose en refrigeración hasta su envío. Cuando la muestra presente sangre y/o moco, de preferencia mandar de esa parte.

M17. ORINA

Para evitar contaminación de las orinas:

1. Recolectar la orina directamente en frascos estériles de plástico.
2. Conservar la muestra bajo las condiciones de temperatura que se requieran, dependiendo del tipo de análisis requerido y enviar lo más pronto posible para su procesamiento.

M17A. DIAGNÓSTICO DE LEPTOSPIROSIS.

TOMA. Recolectar 30 ml de la primera micción del día a partir de la segunda semana de la enfermedad, en un frasco estéril de boca ancha y tapa de rosca, resistente a las roturas, cerrar herméticamente para evitar derrames. Se debe rotular adecuadamente y mantener a temperatura ambiente. Marcar en el frasco la hora de recolección.

Para asegurar el aislamiento de la bacteria, el pH de la muestra debe ser neutro, en caso contrario debe neutralizarse agregando HCl o NaOH 1N según sea el caso, para obtener un pH de 7.0 a 7.5. En los casos humanos la cantidad de leptospirosis es baja y la emisión suele ser intermitente, por lo que se deben efectuar varios intentos de aislamiento.

ENVÍO Para diagnóstico de leptospirosis, la muestra debe enviarse de inmediato al Laboratorio a temperatura ambiente y en un lapso no mayor a 12 horas después de haber recolectado la muestra.

M17B. DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS RENAL

TOMA: Se usa un recipiente estéril de plástico, de boca ancha y tapa de rosca, con capacidad de 50 ml. Aunque el sondeo vesical es la forma ideal para evitar la contaminación, se utiliza en casos muy excepcionales en el hospital, debido a la posibilidad de extender la infección en el paciente. Por esto, la micción espontánea es la técnica más aconsejable: después de una cuidadosa limpieza de la región urogenital con agua y jabón y después con benzal al 1%, se instruye al paciente para que deseche la primera parte de la micción y se colecta el chorro medio.

ENVÍO. Para diagnóstico de Micobacterias, las muestras se deben conservar a temperatura de refrigeración entre 4 a 8 °C y enviar de inmediato al laboratorio con refrigerante.

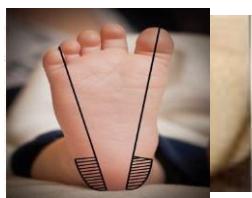
M18. SALIVA (HISOPO SUBLINGUAL)

TOMA. Para diagnóstico de rabia. Con un hisopo de algodón previamente humedecido en solución salina estéril se hace un raspado sublingual frotando las glándulas salivales.

ENVÍO. El hisopo se envía en un tubo estéril con 2 ml de solución salina, lo más pronto posible al laboratorio, en condiciones de refrigeración (4°C).

M19. SANGRE DE TALÓN (tamiz neonatal)

PASOS PRELIMINARES: Anotar los datos demográficos completos. Evitar tocar el papel filtro para evitar una contaminación. Debe tomarse entre las 72 horas y 5 días de vida.



TOMA DE MUESTRA: Colectar muestra de un recién nacido después de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida del recién nacido. Calentar el talón del recién nacido, ya que esto ayudará a que se incremente el flujo de sangre; se puede utilizar un paño húmedo (tibio, a una temperatura no mayor a 42° C por 3 minutos, además colocar el pie por debajo del nivel del corazón para aumentar la presión local.

- Limpiar con alcohol (isopropanol al 70 % o etílico al 70%) el sitio a puncionar y dejar que seque al aire, no utilizar solución yodada ni otro tipo de antisépticos.
- Puncionar el talón del recién nacido con un dispositivo de incisión o una lanceta estéril específica para este tipo de toma.
- Deseche la primera gota de sangre utilizando una gasa estéril.
- Aplique una presión suave e intermitente al talón para facilitar la formación de la gota.
- Dejar caer la gota de sangre en el círculo preimpreso, permita que por capilaridad el círculo se

- Llene con esta. Asegurándose que pase al otro lado del papel.
- Llene todos círculos impresos.
- Ponga una torunda seca en el sitio puncionado.
- Verifique que la muestra ya haya sido absorbida por el papel filtro antes de bajar la pestaña protectora.
- Siempre valore la calidad de la muestra antes de que el recién nacido se vaya, para que en caso de ser necesario se pueda repetir la toma de la muestra.

SECADO

- La muestra se deberá colocar en una superficie horizontal, no absorbente al menos por 3 horas. a temperatura ambiente (19 -25° C).
- Verificar que el secado se realice en posición horizontal, y que esté apartada de la luz, lámparas o cualquier fuente de calor artificial.

TRANSPORTE

- El papel filtro cuenta con ficha demográfica en original y dos copias, las cuales se deben enviar como sigue:
- El formato adherido a la muestra y una copia se envían al laboratorio.
- Una copia se resguarda en la unidad médica donde se toma la muestra.
- Las muestras deberán ser empacadas y trasportadas en bolsa de papel sin exponer a la luz solar u otras de calor.

ENVIO

- Las muestras se envían al laboratorio para su procesamiento dentro de las primeras 24 horas después de la recolección y hasta un período no mayor a 5 días a partir de la fecha de la toma.
- Entregar muestras junto con el oficio de solicitud de estudio para Tamiz Metabólico Neonatal y la Lista de Muestras para Envío a Laboratorio.

M20. SUERO

TOMA. Para la obtención de muestras séricas, se deberán utilizar tubos sin anticoagulantes (EDTA o citrato de sodio). Seguir los pasos señalados a continuación:



- a. Preparar todo el material que se va a utilizar, incluidos los tubos de toma de muestra etiquetados con los datos del paciente (nombre completo, edad, fecha de toma), torniquete, torundas de algodón impregnadas con alcohol etílico al 70% o con Isodine, jeringas cuando sea necesario, agujas estériles y el adaptador para vacutainer.
- b. Solicitar al paciente que cierre el puño, para que las venas resulten visibles y palpables. Colocar el torniquete en el antebrazo (no dejarlo más de 1 minuto) y palpar las venas. Se limpia la zona de venopunción con una torunda impregnada con alcohol, de arriba hacia abajo, evitando tocar con el algodón la misma área que se limpió. La extracción también se puede realizar en venas de la muñeca y venas de la mano.
- c. Fijar firmemente la vena con ayuda de los dedos pulgar y medio o índice y pulgar.
- d. Realizar la venopunción formando un ángulo de 15° con el brazo, la aguja debe entrar con

suavidad y con el bisel hacia arriba, siguiendo la dirección de la vena, si se utiliza jeringa, se tira hacia atrás el émbolo con tensión lenta y uniforme a medida que la sangre va fluyendo en su interior, para evitar la hemólisis o que se colapse la vena. Si se utiliza tubo vacutainer, en cuanto la aguja haya penetrado la vena, se dirigirá el tubo todo lo posible hacia delante, se procede a quitar el torniquete una vez que empiece a fluir la sangre, ya que se haya llenado el tubo o la jeringa se retiran suavemente del sitio de punción.

- e. Colocar una torunda estéril de algodón en el sitio de punción y ejercer presión, indicar que doble el brazo por 5 minutos y abra el puño.
- f. Eliminar el material utilizado de manera adecuada.
- g. Si la punción se realizó con jeringa quitar la aguja y vaciar por las paredes del tubo.

Una vez obtenida la muestra de sangre, se deberá dejar coagular a temperatura ambiente por 2 ó 3 horas. Cuando ya esté retraído el coágulo, desprenderlo suavemente de las paredes del tubo con un aplicador, dejar reposar por 1 ó 2 horas más a temperatura ambiente o centrifugar a 2,500-3,000 rpm por 10 min.

Separar el sobrenadante (suero) en tubo estéril con ayuda de una pipeta Pasteur, y colocar en un tubo estéril de tapa rosca (preferentemente) y sellar con parafilm, mantener a temperatura de refrigeración.

Etiquetar el tubo de la muestra con todos los datos del paciente y guardar en refrigeración de 4 a 8°C. Actualmente existen equipos comerciales de tubos al vacío con un gel especial. Con este sistema se puede separar el suero directamente en los tubos, centrifugando a 3,000 rpm por 5 minutos. Este procedimiento tiene la ventaja de que no se destapan los tubos en ningún momento, conservando estéril el contenido hasta su separación.

ENVÍO. Las muestras de suero, se deben enviar de inmediato, protegiéndolo del calor con hielo o refrigerantes para garantizar una temperatura de 4 a 80 centígrados. Si es necesario congelarlo, hay que empaquetarlo bien con hielo seco al momento de su envío. Si el suero muestra indicios de contaminación debe desecharse de inmediato.

Para evitar hemólisis en muestras de suero:

1. Esperar el tiempo indicado antes de proceder a la centrifugación.
2. Si la muestra fue tomada con jeringa retirar la aguja de ésta antes de vaciar la sangre al tubo y depositarla lentamente por las paredes del tubo.
3. No refrigerar muestras de sangre total, mantenerlas a temperatura ambiente, hasta la obtención del suero.

En caso de que la muestra presente un color naranja, colocar el tubo que la contiene frente a un fondo blanco para corroborar si no se trata de hemólisis, ya que de ser así la muestra se considerará como inadecuada.

Para evitar la contaminación de las muestras de suero:

1. Recolectar el suero en tubos estériles.
2. Mantener los tubos tapados permanentemente con tapones de hule.
3. Refrigerar el suero inmediatamente después de haber sido obtenido.

Para evitar la obtención de sueros lipémicos:

1. Verificar si el paciente tiene el tiempo de ayuno requerido.
2. En caso necesario se deberá indicar al paciente una dieta baja en grasas durante el día previo a la obtención de la muestra, para asegurar la obtención de una muestra adecuada.

De tratarse de pacientes colesterolémicos o con problemas de hiperlipidemia indicarlo en la historia clínica.

Cuando la muestra presente un color amarillo opaco, turbio o lechoso puede indicar lipemia y se considerará como una muestra inadecuada, ya que puede ocasionar interferencias en la prueba diagnóstica y en caso de procesarla el resultado no será confiable al 100%.

M21. LARVAS Y PUPAS (vectores)

Las muestras (larvas, pupas, imagos) se colectan de acuerdo al tipo y número de ejemplares disponibles. Dependiendo el ejemplar son las condiciones de conservación y envío.

M21A. LARVAS Y ARTRÓPODOS.

Para la colecta de larvas y otras muestras de artrópodos tamaño pequeño, se recomienda utilizar frascos viales o tubos de ensaye de tapa de rosca, dependiendo del tamaño del vector, con cierre hermético y con etanol al 75%.

Para las larvas se puede recurrir al uso de ovitrampas en sitios que se cree funcionan como criaderos, tales como las orillas de los charcos y otros cuerpos de agua de tamaño pequeño. Las ovitrampas son recipientes oscuros que se entierran en la mitad del suelo y en su interior se agrega agua hasta llenar la mitad del recipiente junto con un abatelenguas en forma inclinada y cubierto con un papel terciopelo. El abatelenguas debe sobresalir del nivel del agua para que los mosquitos hembras puedan ovipositar. Las trampas se pueden dejar uno o dos días y después se retiran y se dejan secar. Las larvas así obtenidas se conservan en frascos, viales o tubos con etanol al 75%. Los contenedores idealmente deben tener como máximo 10 ejemplares de larvas para evitar su deterioro (de acuerdo con el tamaño de los ejemplares y del contenedor), y se debe evitar agregar más agua al alcohol diluido.

ENVÍO. Etiquetar con los datos de colecta: país, estado, municipio, localidad, fecha de colecta, colector y número de colecta (si es más de una). Siempre se deben incluir todos los datos posibles por obvios que parezcan, ya que son de gran utilidad para quien posteriormente estudie el material y además para evitar confusiones en el envío de resultados.

Para el caso de artrópodos (arañas, alacranes, chinches, garrapatas, piojos, etc.) es importante incluir también los siguientes datos:

Dirección de la casa donde se realizó la colecta y nombre del dueño o jefe de familia; hora de colecta; tipo de contenedor del cual se obtuvo el material y capacidad aproximada (en muestras larvarias); calidad del agua (limpia, sucia, con sedimento, etc.); método de colecta (trampa, capturador, etc.); huésped sobre el que se colectó la muestra (humano, perro, etc.).

DATOS ADICIONALES DE REFERENCIA

Si el sitio de colecta se encuentra lejos de un poblado o referencia natural conocido, se menciona el número de kilómetros y la orientación del sitio de colecta con respecto al poblado más próximo, señalando en su caso el número oficial de la carretera o si es camino de terracería.

Los frascos con alcohol se colocarán en cajas de cartón o unicel debidamente protegidos para evitar que choquen entre sí; en caso de frascos pequeños, éstos se pueden introducir en frascos de plástico más grandes con alcohol para evitar la evaporación y que las muestras se sequen. El frasco plástico debe sellar herméticamente.

M22. IMAGOS EN SECO (vectores).

Se recomienda para mosquitos adultos, ya que con ello se evita la descamación y el maltrato del material. La colecta se hace mediante



trampas de luz. Los ejemplares colectados se colocan en cámaras letales con cloroformo y posteriormente se guardan en cajas pastilleras, entre dos círculos de papel cebolla y algodón. Es importante colocar algún tipo de conservador, como sílica gel, naftalina o timol para evitar proliferación de hongos.

ENVÍO. Los ejemplares en seco se colocan en cajas pastilleras en número tal que no se toquen entre sí, cuidando sobretodo partes frágiles como patas. Cada muestra debe llevar asociados los datos mencionados en el envío del apartado M19A. Pueden usarse etiquetas autoadheribles en la parte externa del frasco, o etiquetas que se colocan dentro de los frascos de alcohol. Estas etiquetas se hacen con papel bond, y con los datos escritos en tinta china, tinta indeleble al alcohol o con un lápiz de taquigrafía (o mediano, del número dos o dos y medio). Independientemente del tipo de etiqueta, nunca debe emplearse tinta de bolígrafo. Se deben mandar por separado muestras colectadas en distintos lugares y cada muestra llevará el número correspondiente de colecta. Todo envío deberá acompañarse de la relación de muestras impresa en el formato correspondiente, sus datos de colecta y el diagnóstico presuntivo.



M23. CHINCHES (ejemplares vivos).

Cuando se encuentren chinches, se deben mantener y enviar vivas, para poder realizar la búsqueda parasitológica de *Trypanosoma cruzi*. Para mantenerlas vivas, procurar mantenerlas en recipientes que semejen refugios, sin preocuparse por darles de comer ya que tienen gran resistencia al ayuno.

Las chinches deben colocarse en frascos preferentemente de plástico, de tamaño adecuado al número de organismos y utilizando un frasco para cada colecta, etiquetado como se señala en la forma de envío (apartado M19A).

En el interior del frasco se colocará un círculo de papel en la base y sobre éste una tira de papel plegado en forma de acordeón, el cual no debe alcanzar más arriba de la mitad de la altura del frasco; además se cubrirá con la tapa adecuada y perforada para permitir la respiración de los insectos, cuidando que los orificios no sean tan grandes que permitan su salida, ni la salida de los huevecillos y/o ejemplares juveniles.

La manipulación de las chinches se hará con pinzas, evitando dañar al ejemplar. También se puede acercar el frasco induciendo a las chinches a entrar, ayudándose con una varita u otro objeto, esto en caso de no contar con pinzas. **EVITAR TOMARLAS CON LAS MANOS** y de picar o presionar su abdomen, sobre todo si están alimentadas.

ETIQUETADO Y ENVÍO DE MUESTRAS: Cada frasco deberá llevar una etiqueta, con los siguientes datos mínimos: país, estado, municipio, localidad, dirección (en caso de que los ejemplares se colecten dentro de viviendas, puede usarse el número de la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo [CNEP] para ubicar la casa), nombre del jefe de familia, lugar en donde fue colectado (dentro de la vivienda, en las casas, afuera de éstas, en relación a animales domésticos, etc.), fecha de colecta, sitio de la colecta y nombre del recolector. Todo envío deberá acompañarse de la relación impresa y electrónica de las muestras, con los datos de colecta en el formato único para envío y diagnóstico de triatomas.

Si los ejemplares a enviar están muertos, su transportación será más segura dentro de latas pequeñas, cajas de cerillos u otro recipiente que evite dañarlos, en lo posible estas cajas deben enviarse protegidas,

envueltas en papel tisú y dentro de otra caja, evitando que se muevan. Los frascos deben transportarse protegidos, envolviéndolos en papel, excepto la tapa, y transportándolos en cajas de cartón o unicel, de tal forma que se evite su daño.

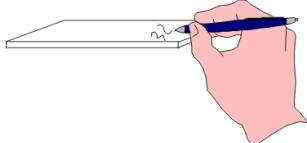
Las cajas con las chinches colectadas vivas o muertas serán enviadas a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente según el municipio o localidad de colecta y posteriormente al Laboratorio, cuidando que no pasen más de cinco días entre la fecha de colecta y la recepción en el LESPH.

M24. OTRAS MUESTRAS ENTOMOLÓGICAS

Para diversos diagnósticos especiales y para las investigaciones de brotes se pueden requerir otros tipos de muestras. En estos casos dirigirse directamente al LESPH para solicitar la información correspondiente a los requisitos del LESPH y/o del InDRE.

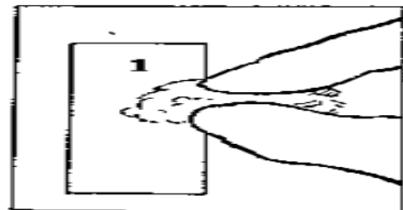
M25. BACILOSCOPIA PARA DIAGNOSTICO DE LEPROSIA

BACILOSCOPIA.



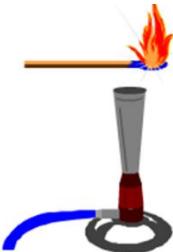
Elaboración de frotis.

Limpiar la laminilla con algodón, humectando con alcohol. Posteriormente evitar el contacto con los dedos.



Colocar la laminilla con la marca hacia arriba, dejarla en la mesa, donde sea fácil de alcanzar.

Encender la lámpara de alcohol o mechero bunsen.



TOMA. Existen diferentes tipos de muestra. Las más importantes son las obtenidas del lóbulo de la oreja y de una lesión cutánea. En casos en los cuales no haya lesión activa o se dificulte su toma, se hará de la

mucosa nasal.

M25A. LÓBULO DE LA OREJA

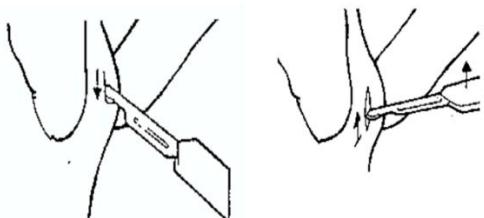


Pedir al paciente que se siente. Explicar el procedimiento para evitar que se preocupe o moleste. El sitio para la toma de muestra es el borde inferior del lóbulo de la oreja.



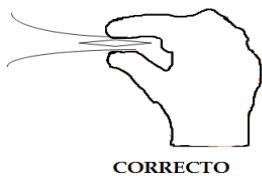
Limpiar el sitio donde se tomará la muestra con algodón y alcohol. Dejar que seque antes de hacer otro corte.

Presionar la piel haciendo un pliegue con los dedos en el borde del lóbulo, aplicando suficiente presión hasta producir isquemia. En caso necesario auxíliese con las pinzas curvas de ramas largas protegidas con tubo de hule sin usar el seguro de estas. Las pinzas no son recomendables por que la fuerza de presión puede ser excesiva y no detectable ni por el tomador de la muestra ni por el paciente, causando algún daño en el sitio.

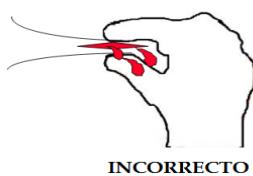


Con el bisturí estéril hacer un corte de aproximadamente 5 mm. de largo en el borde del lóbulo y por lo menos 2 mm. de profundidad de la dermis.

Después del corte girar el bisturí hacia la derecha y raspar con él para obtener tejido desde esa orilla hasta el principio del corte, sin dejar de presionar durante todo el proceso.

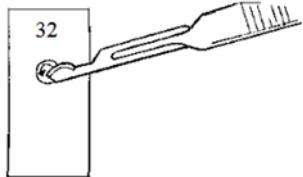


CORRECTO



INCORRECTO

Presionar lo suficiente hasta producir isquemia. (Detención o disminución de sangre)



Transferir la muestra a la laminilla, colocándola en el extremo más cercano al número de identificación y extenderla en forma circular, para facilitar la lectura del frotis. Realizarlo como se muestra en la figura. El frotis se hace de 5 a 7 mm. De diámetro aproximadamente.

La muestra tiene una apariencia de incolora a rosa la mayoría de veces.



Colocar una torunda de algodón, humedecida en alcohol sobre la incisión y presionar.

Realizar la limpieza de la hoja del bisturí del siguiente corte. Limpiar el bisturí con algodón humedecido en alcohol. Pasar la navaja sobre la flama, sin que se ponga rojo.



Dejar enfriar el bisturí cuidando que no tocarlo.

M25B. LESIÓN CUTÁNEA

La muestra se toma de acuerdo al tipo de lesión:

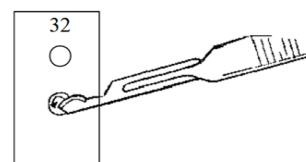


Nódulos: Tomar la muestra del centro.

Manchas: Tomar la muestra de la orilla.

Placas: Tomar la muestra de la orilla.

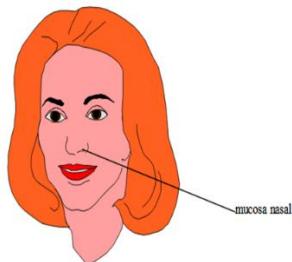
Hacer el corte como se ha descrito previamente. Transferir el material hacia la laminilla colocándola en la parte central y extenderla.



Repetir la limpieza del bisturí cada vez que se tome muestra siempre y cuando se lleve a cabo a la misma persona.

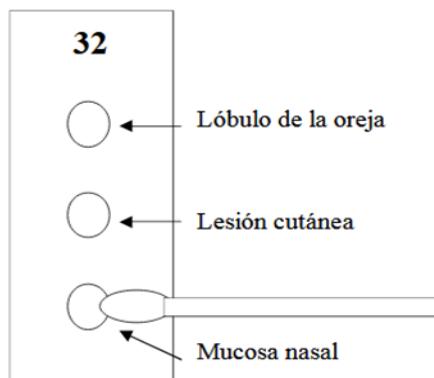
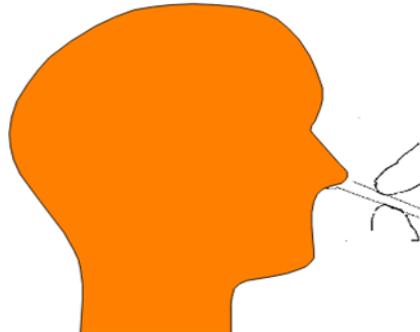
M25C. MUCOSA NASAL

En los casos que no es posible tomar la muestra de lesión activa, se debe obtener de la mucosa nasal.



Para tomar la muestra de la mucosa, se indica al paciente, que se limpie la nariz para no obtener moco nasal.

Se frota con un hisopo la parte anterior y posterior del tabique nasal. Se recomienda que el algodón del hisopo este bien compactado.



Con la muestra obtenida se realiza el extendido sobre la laminilla en el extremo opuesto al número de identificación.

Dejar secar los frotis a temperatura ambiente sobre la mesa de trabajo (10 a 15 minutos aproximadamente)

Después del secado, los frotis están listos para su fijación.

Pasar la laminilla 3 veces sobre la flama del mechero.

ENVÍO. Enviar al laboratorio la laminilla fijada y teñida. Para su traslado se procede como sigue:

- Envolver la laminilla con una hoja de papel y colocarla en una caja para su transporte.
- Anexar la solicitud de estudio baciloscópico para lepra y enviar al laboratorio lo antes posible.

II.1.3. ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

II.1.3.A CONSIDERACIONES GENERALES

Para que una muestra potencialmente patógena sea un riesgo, el empaque debe estar dañado al grado de que el contenido del envase primario se libere fuera del envase secundario, además de tener falla o daño en el material absorbente, que pudiera limitar el derrame de contenidos líquidos.

Para que se establezca una infección, los microorganismos patógenos se deben encontrar en cantidades suficientes y en la forma adecuada para dañar al huésped. La forma y pureza de una sustancia afecta directamente la capacidad del patógeno de ocasionar infecciones; asimismo, las condiciones ambientales pueden afectar la viabilidad de los microorganismos, tal como la deshidratación, calor ($>70^{\circ}\text{ C}$ para la mayoría de las bacterias y virus), congelación y exposición a luz ultravioleta.

Los agentes patógenos presentes en sangre como los virus de la hepatitis B (HBV) o el de la inmunodeficiencia humana (VIH), pueden entrar a un huésped por una inyección o picadura con aguja, o a través de piel dañada que entre en contacto con sangre o fluidos corporales contaminados; mientras que una infección por exposición durante el transporte de las muestras puede ocurrir durante la limpieza de material derramado si no se utilizaron las medidas de bioseguridad adecuadas. (tabla 2)

Tabla 2. Vías de entrada de agentes patógenos

| VÍA DE ENTRADA | COMENTARIOS |
|-------------------|---|
| Piel | La piel intacta es una barrera efectiva contra la mayoría de los microorganismos; las heridas, abrasiones o quemaduras son los sitios más comunes de entrada de un microorganismo cuando no se tienen las precauciones adecuadas, y por consiguiente de una infección. Otro mecanismo es cuando los artrópodos se alimentan, ya que al picar la piel intacta introducen microorganismos, virus (dengue) o parásitos (<i>Trypanosoma cruzi</i>). |
| Conjuntiva (ojos) | La conjuntiva se mantiene limpia generalmente por la acción de las lágrimas y el pestaño, por lo que los microorganismos que entran exitosamente por ella poseen mecanismos específicos de adherencia. |
| Orofarínge | Los microorganismos que entran por la nariz o por la boca se pueden inhalar y alcanzar el tracto respiratorio, posteriormente entrar al tracto gastrointestinal o adherirse a la faringe |

II.1.3.B EMBALAJE

Con la finalidad de asegurar que el transporte de las muestras es el adecuado y seguro para el personal que lo realiza, se deben utilizar las precauciones estándar de bioseguridad y transporte, las cuales están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos, al proveer barreras protectoras. Aplican para muestras de sangre, fluidos corporales, secreciones, piel no intacta y membranas mucosas.

Como consecuencia los trabajadores de salud deben utilizar prendas de protección, incluyendo guantes y cubrebocas para su protección, así como de los pacientes y muestras contra posibles infecciones. Para propósitos del transporte, la barrera de protección se representa por el empaque, sin embargo, el personal que maneje las muestras debe utilizar guantes y cubrebocas durante su manejo y entrega de las mismas al laboratorio.

Asimismo, se deberán utilizar sistemas de triple embalaje de acuerdo a lo siguiente:

Recipiente primario

Las muestras humanas, histológicas o de origen animal, como sangre, sueros, materia fecal, tejidos o fluidos titulares, etc., deben depositarse en recipientes herméticos: tubo, frasco, u otros con tapa de rosca, los

cuales se colocan en gradillas o con material que funcione como amortiguadores.

1. Verificar que todas las muestras estén identificadas adecuadamente.
2. Los frascos, viales, tubos, etc., deben estar cerrados herméticamente, colocando bien las tapas o tapones, los cuales se asegurarán con papel parafilm.
3. Cuando se manden varios tubos, en caso de no contar con gradillas, éstos se aseguran con ligas y se colocan en bolsas cerradas.
4. Los frascos se colocan en bolsas de plástico resistentes y herméticamente cerradas.
- 5.- Las laminillas se deben enviar secas, envueltas individualmente y cada una debe estar bien identificada con un número o el nombre del paciente.
6. Para el envío, las muestras se colocan en cajas térmicas resistentes, empaquetándolas con relleno de papel, plástico o madera (viruta), para amortiguar los golpes.



Recipiente secundario

Los recipientes primarios, se deben colocar en un segundo recipiente también hermético, a prueba de filtraciones, generalmente una hielera de unicel, con objeto de protegerlos.



usar
no

Se pueden colocar varios recipientes primarios, cuidando de suficiente material amortiguador y absorbente para protegerlos y evitar que choquen entre ellos. Tener cuidado de saturar el contenedor, ya que dentro de éstos se deben colocar refrigerantes cuando se requiera. Cada envase secundario deberá estar etiquetado en su exterior con el tipo de muestras que contiene. En el caso de las muestras para **Poliovirus, Influenza virus y Rabia**, se debe considerar que las muestras se deben entregar al área de proceso dentro de los contenedores secundarios, por bioseguridad.

Contenedor externo o Embalaje terciario.

El recipiente secundario se coloca en un Contenedor externo o Embalaje externo (hielera de unicel) para proteger el contenido de los cambios externos del ambiente, así como evitar posibles daños físicos y filtración de agua, mientras se encuentra en tránsito.

En el caso de las muestras para **COVID-19**, se debe considerar que las muestras se deben entregar al área de proceso dentro de los contenedores terciarios, por bioseguridad.

1. Indicar en el paquete y en un lugar visible, si éste contiene muestras de cólera, rabia, poliomielitis, aguas residuales, covid-19, citología, paludismo, VIH, etc.
2. Remitir las muestras al laboratorio lo más pronto posible después de obtenidas, para garantizar su adecuada preservación.
3. Enviar las muestras a la temperatura indicada en el apartado correspondiente de este catálogo, de acuerdo al tipo de diagnóstico solicitado.

Toda muestra que sea enviada al LESP, para diagnóstico o control de calidad deberá entregarse con un oficio de solicitud en original y copia (para acuse), el cual deberá contener, por lo menos, los siguientes datos:

- Dirigido a la Dirección del LESP Hidalgo, en papelería oficial con hojas membretadas.
- Describir en forma clara el (los) diagnóstico (s) solicitado(s)
- Mencionar el número de muestras que se remiten por tipo de diagnóstico
- Incluir en el oficio o anexar al oficio la relación de las muestras (Especificar el nombre o clave del paciente)
- Motivo del envío (Diagnóstico o Control de Calidad)
- Fecha de envío y número de oficio.

También se deberá entregar historia clínica, formato específico o encuesta, enfatizando la fecha de inicio del padecimiento, la fecha de la toma de la muestra, edad y sexo. Escribir en los formatos de preferencia a máquina o con letra de molde, evitar tachaduras y enviar en original.

Antes de empacar las muestras, verificar que su identificación coincida con los datos de la solicitud e historia clínica o formato, y que la cantidad de muestra y el número de las mismas, enviadas sean de acuerdo a los estudios solicitados. (Cuadro II.2)

II. 2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------|--|--|-------------|--|-----------------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| Agentes virales | Infecciones gastrointestinales | Rotavirus | Identificación de RNA por rotaforesis en gel de poliacrilamida | Materia fecal (reciente de 10 a 15 gr), en envase de plástico | Una semana | 4° a 8° C | 3 |
| | | Sarampión | Determinación de anticuerpos IgM antivírus del sarampión por ELISA | Suero entre 0 y 35° día de inicio del exantema (3 ml), ayuno de 4 horas | Inmediato | 4° a 8° C | 4 naturales (b) |
| | | | Aislamiento viral por cultivo (InDRE) | Exudado faríngeo (M8) en medio de transporte viral u orina 50 ml (M15) en envase de polipropileno estéril. Del 0 al 5° día de inicio del exantema. | Inmediato | 4° a 8° C | 21 - 35 (a) |
| | Infecciones exantemáticas | Rubéola | Determinación de anticuerpos IgM antivírus de la rubéola por ELISA, muestra única | Suero entre 0 y 35° día de inicio del exantema (3 ml), ayuno de 4 horas (M19) | Inmediato | 4° a 8° C | 4 naturales (b) |
| | | | Determinación de anticuerpos IgG antivírus de la rubéola por ELISA, muestras pareadas. | | | 4° a 8° C | 4 |
| | | Arbovirosis | Aislamiento viral por cultivo (InDRE) | Exudado faríngeo (M8) en medio de transporte viral, del 0 al 5° día de inicio del exantema. | Inmediato | 4° a 8° C | 21 - 35 (a) |
| | | | DenV NS1, DenV IgM (DCSA y DG) Fase convaleciente. | Suero obtenido entre el día 6° al 14° de inicio de la sintomatología (3 – 3.5 ml), ayuno 8 hr (M19). En caso de ser una muestra de alto valor epidemiológico y la calidad no sea adecuada, se considerará como muestra concesionada con la nota de que la interpretación del resultados puede verse comprometida. | Inmediato | 4° a 8° C | 3 (b) |
| | | Arbovirosis | Reconversión molecular "A" (RT-qPCR TRIPLEX) a serológica "B" (ELISA NS1) para la vigilancia de Dengue en situaciones de brote confirmado y serotipos identificados por RT-qPCR (en muestras de fase aguda). | Suero obtenido entre el día 0 al 5° de inicio de la sintomatología (3 – 3.5 ml), ayuno 8 hr (M19) | Inmediato | 4° a 8° C | 3 (b) |
| | | | Zika IgM ELISA (Fase convaleciente, Embarazadas y recién nacidos) | Suero obtenido entre el día 6° al 30° de inicio de la sintomatología (3 – 3.5 ml), ayuno 8 hr (M19) | Inmediato | 4° a 8° C | 3 (b) |
| | | | ChikV IgM ELISA (Fase convaleciente) | Suero obtenido entre el día 6° al 12° de inicio de la sintomatología (3 – 3.5 ml), ayuno 8 hr (M19) | Inmediato | 4° a 8° C | 3 (b) |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | | |
|-----------------|---|------------------------|---|------------------------------|--|-----------|---------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | | | |
| AGENTES VIRALES | Infecciones de transmisión sexual | VIH/SIDA | Determinación de anticuerpos anti VIH/2 por ELISA | Suero 5 ml, ayuno 8 hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 8 |
| | | | Prueba suplementaria (Western-blot), para la detección de anticuerpos anti VIH | Suero 5 ml, ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 12 |
| | Hepatitis virales | Hepatitis tipo A (HAV) | Determinación de anticuerpos IgM anti-HAV, por ELISA | Suero 3 ml, ayuno 8 hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |
| | | | Determinación de anticuerpos Ig totales anti-core (HBc) por ELISA | Suero 3 ml, ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |
| | | Hepatitis tipo B (HBV) | Determinación de antígeno de superficie (HBsAg) por ELISA | Suero 3 ml, ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |
| | | | Prueba suplementaria para antígeno de superficie (HBsAg) por ELISA | Suero 3 ml. Ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 15 días |
| | | Hepatitis tipo C (HCV) | Determinación de anticuerpos totales anti HCV por ELISA | Suero 3 ml. Ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |
| | | | Prueba suplementaria (western blot) | Suero 3 ml, ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 15 días |
| | Panel viral para hepatitis B (HBV) y hepatitis C (HCV) | | Determinación de anticuerpos anti HBV y anti HCV por ELISA | Suero 5 ml. Ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |
| | Panel viral para Hepatitis A (HAV), hepatitis B (HBV) y hepatitis C (HCV) | | Detrminación de anticuerpos anti HAV, anti HBsAg, anti HBcore Ig totales y anti HCV por ELISA | Suero 5 ml. Ayuno 8hr (M19) | Una semana | 4° a 8° C | 9 días |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNÓSTICO | MÉTODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MÁXIMO DE EMISIÓN DE RESULTADO (DIAS HÁBILES) | |
|-----------------|---------------------|---|--|--|-------------|--|------------------------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACIÓN | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| AGENTES VIRALES | Zoonosis virales | Rabia | Identificación del virus de la rabia en material de necropsia o biopsia, por inmunofluorescencia directa (IFD) | Postmortem: encéfalo que incluya cerebro, medula y hasta de aminón. (animales o humanos) (M4); Antemortem: impronta corneal, biopsia de cuero cabelludo, biopsia del mentón (humanos) (M1B) | 24 horas | 4-8°C | 3 - 5 ^(b) |
| | | | Determinación de anticuerpos contra el virus rágico por ELISA | Suero 3 a 4 ml, ayuno 4 hrs (M19). Se programa la recepción de muestras en el LESPH. | Una semana | 4-8°C | 15 - 28 |
| | Otros virus | Citomegalovirus (CMV) | Determinación de anticuerpos IgM anti- CMV e IgG anti-CMV por ELISA | Suero 3 ml, ayuno 4-8 hrs (M19) | Una semana | 4-8°C | 7 |
| | | Herpes simple virus (HSV) | Determinación de anticuerpos IgM anti- HSV por ELISA | Suero 3 ml, ayuno 4-8 hrs (M19) | Una semana | 4-8°C | 7 |
| | | Poliomielitis (PFA) (InDRE) | Aislamiento viral de poliovirus | Materia fecal (reciente de 5 a 10 gramos), en envase de plástico estéril de boca ancha con cierre hermético (si el paciente no puede evacuar, tomar hisopo rectal manchado con 1 a 5 ml de solución salina fisiológica en tubo de plástico y tapón de rosca), dentro de los primeros 14 días de haber iniciado la parálisis. Mantener la red fría desde la toma de muestra hasta que llega al laboratorio de diagnóstico (0-10°C). | 5 días | 4-8°C | 20 a 30 ^(a) |
| | | Epstein-Barr (InDRE) | Determinación de anticuerpos totales anti Epstein-Bar. | Suero 3 ml, ayuno 8hrs (M19) | Una semana | 4-8°C | 15-20 ^(a) |
| | | Enterovirus [ECHO virus, Coxsackie virus] Enterovirus (InDRE) | Aislamiento viral | Materia fecal reciente de 5 a 10 g, en envase de plástico estéril de boca ancha con cierre hermético. | Una semana | 4-8°C | 20 ^(a) |
| | | Meningitis viral (InDRE) | Aislamiento o PCR para Virus del oeste del Nilo | Líquido cefalorraquídeo 3ml y/o suero 4ml (M13, M19). Se requieren muestras pareadas. | Una semana | 4-8°C | 20 ^(a) |
| | Conjuntivitis viral | Identificación del adenovirus por inmunofluorescencia indirecta (IFI) | Exudado conjuntival de ambos ojos, en medio de transporte viral por separado. | Inmediato | 4-8°C | 20 | |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|-------------------|---------------------------|----------------------------------|---|--|-------------|--|----------------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| AGENTES VIRALES | Infecciones respiratorias | COVID-19 | Identificación del virus SARS CoV-2 por PCR | Exudado nasofaríngeo con hisopo de rayón/dacrón, mango de plástico o metal, y exudado faríngeo con hispo de rayón/dacrón mango de plástico, en medio de transporte viral. AMBOS EXUDADOS SE DEBEN COLOCAR EN EL MISMO TUBO | ≤ 5 días | 4 a 8°C | 1 día natural |
| | | | | Lavado bronquioalveolar (mínimo 1ml de muestra + 2.5ml MTV) en medio de transporte viral | ≤48 horas | 4-8°C | 72 hrs |
| | | | | Biopsia de pulmón (2cm ³ de la parte visiblemente más afectada) | ≤ 5 días | 4-8°C | 72 hrs |
| | | Influenza | Identificación del virus de la influenza y virus respiratorios | Exudado faríngeo con hisopo de rayón/dacrón mango de plástico o Exudado nasofaríngeo con hisopo de rayón/dacrón, mango de metal o plástico, en medio de transporte viral. | ≤ 5 días | 4 a 8°C | 4 días hábiles |
| | | | | Lavado bronquioalveolar (mínimo 1ml de muestra + 2.5ml MTV) en medio de transporte viral | ≤48 horas | 4-8°C | 4 días hábiles |
| | | | | Biopsia de pulmón (2cm ³ de la parte visiblemente más afectada) | ≤ 5 días | 4-8°C | 4 días hábiles |
| | | Tosferina | Cultivo y caracterización de <i>bordetella pertussis</i> | Exudado nasofaríngeo tomado con hisopo de alginato de calcio o dracón y mango metálico, en solución salina con cefalexina (M 8) | 24 hrs | 4°-8°C | 9 |
| | | Infecciones respiratorias agudas | Cultivo y caracterización de <i>streptococcus pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i> , <i>staphylococcus spp</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> | Exudado faríngeo (M8) o nasofaríngeo | Inmediato | Temperatura ambiente | 7 |
| AGENTE BACTERIANO | Micobacterias | Tuberculosis pulmonar | Identificación de bacilos pseácidoo alcohol resistentes (BAAR) | 3 expectoraciones cada una en frasco estéril de plástico, boca ancha (M5). Tapa rosca. | Inmediato | 4°-8°C | 4 |
| | | | Aislamiento de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> | 3 expectoraciones cada una en frasco estéril de plástico, boca ancha (M5) Tapa rosca | Inmediato | 4°-8°C | 65 |
| | | Tuberculosis extrapulmonar | Identificación de bacilos pseácidoo alcohol resistentes (BAAR) al aislamiento de <i>Mycobacterium tuberculosis (Renal)</i> | 6 muestras de orina (la primera de la mañana) en frasco estéril, recolectada bajo condiciones de asepsia (MIS) (Al inicio y al final) | Inmediato | 4°-8°C | 65 |
| | | | | Expectoración o jugo gástrico (Mensual o bimestral, de acuerdo a prescripción médica para control) | Inmediato | 4°-8°C | 65 |
| | | | | Derrame de Pleura o líquido pulmonar (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 |
| | | | | LCR (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|-------------------|-------------------------|--|---|---------------|-------------|--|--|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| AGENTE BACTERIANO | Micobacterias | Identificación de bacilos paseácido alcohol resistentes (BAAR) al aislamiento de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (Renal) | 6 muestras de orina (la primera de la mañana) en frasco estéril, recolectada bajo condiciones de asepsia (MIS) (Al inicio y al final) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Expectoración o jugo gástrico (Mensual o bimestral, de acuerdo a prescripción médica para control) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Derrame de Pleura o líquido pulmonar (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | LCR (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Biopsia ganglionar (ganglio afectado) (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Líquido sinovial (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Aspirado de médula ósea LCR (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | | | Biopsia de piel (parte afectada) (únicamente para diagnóstico) | Inmediato | 4°-8°C | 65 | |
| | Tuberculosis pulmonar | PCR (INDRE) | Expectoración o jugo gástrico | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis Pleural | PCR (INDRE) | Derrame de Pleura o líquido pulmonar | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis Renal | PCR (INDRE) | Orina | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis Meningea | PCR (INDRE) | LCR | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis Ganglionar | PCR (INDRE) | Biopsia ganglionar (ganglio afectado) | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis ósea | PCR (INDRE) | Suero o líquido sinovial | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis Milliar | PCR (INDRE) | Aspirado de médula ósea LCR | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |
| | Tuberculosis cutánea | PCR (INDRE) | Biopsia de piel (parte afectada) | Inmediato | 4°-8°C | 15 | |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|---------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------------------|----------------------|--|---|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| AGENTES BACTERIANOS | Infecciones de transmisión sexual | Sifilis (Treponema pallidum) | Prueba VDRL (determinación cualitativa y semicuantitativa en suero, de reaginas plasmáticas en pacientes que sufren infección por treponema pallidum) | Suero 3 ml con ayuno de 8 horas | Una semana | 4°-8°C | 5 |
| | | | Método para la detección semicualitativa de anticuerpos humanos totales (IgM, IgG e IgA)contra Treponema pallidum en suero (ELISA) | Suero 3 ml con ayuno de 8 horas | Una semana | 4°-8°C | 5 |
| | | | Western Blot para Anti-Treponema pallidum (IgM) | Suero 3 ml con ayuno de 8 horas | Una semana | 4°-8°C | 5 |
| | | | Western Blot para Anti-Treponema pallidum (IgG) | Suero 3 ml con ayuno de 8 horas | Una semana | 4°-8°C | 5 |
| | Gonococos | Cultivo y caracterización de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | Exudado cérvico-vaginal (M6). Exudado uretral | Inmediato | Temperatura ambiente | 5 a 7 | |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------|---|---|--------------------|--|-------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| AGENTES BACTERIANOS | Infecciones gastrointestinales | Coprocultivo | Aislamiento e identificación de <i>Vibrio cholerae</i> , <i>Salmonella spp</i> , <i>Shigella spp</i> , <i>plesiomonas shigelloides</i> o <i>Aeromonas spp</i> | Hisopo rectal en medio de Cary Blair | Una semana | Ambiente | 7 |
| | Zoonosis bacterianas | Brucelosis | Perfil serológico: demostración de anticuerpos anti-Brucella por aglutinación de bacterias teñidas con rosa de Bengala, aglutinación estándar y aglutinación con 2-mercaptoetanol | Suero 3 ml, ayuno 4-6 horas | Una semana | 4º a 8ºC | 3 a 5 |
| | | Leptospirosis | Observación de bacterias en orina y sangre, por microscopía de campo obscuro. | Orina: (M16A) después de 7 días de inicio de la sintomatología (5 ml). sangre: (entre el 1 y 7 día de inicio de la sintomatología (3 ml) La muestra debe ser analizada inmediatamente después de haber sido tomada. | Máximo 1 - 2 horas | Ambiente | 3 a 5 |
| | | | Determinación de anticuerpos séricos por microaglutinación en muestras pareadas | Suero 3 ml, ayuno 4 hr (M19) | Una semana | 4º a 8ºC | 3 a 5 |
| | Otras Bacterias | Conjuntivitis bacteriana | Aislamiento e identificación de <i>Haemophilus spp</i> , <i>Moraxella spp</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>S.pyogenes</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Neisseria spp</i> . | Exudado conjuntival (M7B) en medio de Amies con carbón activado | 24 horas | Temperatura ambiente | 7 |
| PROTOZOARIOS | Protozoarios intestinales | Coproparasitoscopico | Identificación morfológica de quistes y trofozoítos en heces | Materia fecal reciente (10-15 g), en envase de plástico (M14) | Una semana | 4º a 8ºC | 3 a 5 |
| | Otros | Toxoplasmosis | Determinación de anticuerpos IgM por ELISA | Suero 3ml, ayuno 4-8hr (M19) | Una semana | 4º a 8ºC | 7 |

II.2 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CONTINUACIÓN)

| GRUPO | DIAGNOSTICO | METODO DE LABORATORIO | MUESTRA | | | TIEMPO MAXIMO DE EMISION DE RESULTADO (DIAS HABILES) | |
|--------------|-----------------------------|--|---|---|----------------|--|-------|
| | | | TIPO Y CANTIDAD | CONSERVACION | | | |
| | | | | TIEMPO MAXIMO | TEMPERATURA | | |
| PROTOZOARIOS | Protozoarios sistémicos | Tripanosomiasis (enfermedad de Chagas) | Identificación morfológica de <i>Trypanosoma cruzi</i> en muestras de sangre | Extendido y gota gruesa de sangre total en portaobjetos, 5 muestras de un mismo dedo | Una semana | ambiente | 2 a 4 |
| | | | Determinación de anticuerpos séricos por HAI y ELISA | Suero 3-4ml, ayuno 4hr (M19) | Una semana | 4º a 8ºC | 5 a 7 |
| | | Paludismo | Identificación morfológica diferencial de especies en muestras de sangre | Extendido y gota gruesa de sangre total en portaobjetos | 24 horas | Inmediato | 2 |
| | | Leishmania | Identificación de amastigotes de Leishmania por microscopia | Impronta, 3 laminillas con 3 impresiones cada una | 3 días hábiles | ambiente | 5 |
| HELMINTOS | Helmintos intestinales | Coproparasitoscópico | Identificación morfológica de helmintos intestinales en heces | Materia fecal reciente (10-15 g) en envase de plástico (M14) | Una semana | 4º a 8ºC | 5 a 7 |
| | Cisticercosis | Cisticercosis por <i>Taenia Solium</i> | Determinación de anticuerpos anticisticerco de <i>Taenia solium</i> por ELISA | Suero 3-4 ml, ayuno 4 hr (M19) | Una semana | 4º a 8ºC | 7 |
| VECTORES | Identificación taxonómica | Triatominos o moscos (Chagas, paludismo, dengue) | Identificación taxonómica | Mosco adulto (M20) en seco, larvas o imágnes (M21) en alcohol al 70%, Triatoma vivo (M22) | Una semana | ambiente | 5 |
| | | Triatominos (Chagas) | Estudio coprológico | Triatoma vivo (M22) | 5 días | ambiente | 5 |
| CITOLOGIAS | Estudio citológico | Cáncer Cérvico Uterino | Revisión de laminillas de citología cérvico-vaginal teñidas por tinción Papanicolau | Dos laminillas endocervicales fijadas con citospray o alcohol etílico 96 (M3) | 12 días | ambiente | 3 a 5 |
| | | Virus del Papiloma Humano | Captura de Híbridos para el virus del VPH | Una muestra de cepillado endocervical | 1 mes | 2º a 8ºC | 35 |
| OTROS | Enfermedades No Infecciosas | Tamiz neonatal | Determinación de la hormona TSH por DELFIA en papel filtro | Sangre de talón impregnada en papel filtro (tarjeta de Guthrie) (M17) | un mes | ambiente | 6 |

(a)Muestras enviadas al Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) para su análisis

(b)Las muestras positivas se notifican inmediatamente a las Subdirecciones de Epidemiología o Prevención y Control de Enfermedades según corresponda

III. PRUEBAS DE LABORATORIO EN APOYO A LA PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.1. TOMA, MANEJO Y ENVÍO DE MUESTRAS DE AGUA, ALIMENTOS, Y MUESTRAS AMBIENTALES.

III.1.1 Consideraciones generales

La toma de muestras se refiere a una serie de actividades desarrolladas para seleccionar una determinada porción, número de recipientes, unidades de un mismo lote, materia prima o producto en proceso.

Para análisis microbiológicos, todo el material e instrumentos que se utilicen para la toma, manejo y transporte de las muestras que estén en contacto directo, deben estar limpios y estériles para no afectar la viabilidad de los microorganismos. Lo anterior de acuerdo a la NOM-109-SSA1-1994. Bienes y servicios. Procedimientos para la toma, manejo y transporte de muestras para su análisis microbiológico.

De igual manera, para análisis microbiológico, fisicoquímico y toxicológico (metales pesados) de agua de uso y consumo humano, apegarse a la NOM-230-SSA1-2002. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo de agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.

El tamaño mínimo de muestra es la cantidad necesaria que el laboratorio requiere para garantizar sus resultados. El tamaño o cantidad de la muestra debe ser suficiente para practicar los análisis fisicoquímicos, microbiológicos y/o toxicológicos deseados, sin embargo, la cantidad es variable dependiendo del número de determinaciones que se pretenda llevar a cabo y del tipo de producto a analizar.

Es importante considerar que las condiciones de la muestra al llegar al laboratorio deberán reflejar las condiciones existentes al momento del muestreo para poder garantizar resultados confiables.

III.1.2. PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA, MANEJO Y ENVÍO DE MUESTRAS

M26. AGUA PURIFICADA ENVASADA

Este producto debe de transportarse preferentemente en su envase original, de acuerdo a lo establecido en el cuadro III.4. Los análisis que se le pueden realizar son fisicoquímicos, microbiológicos y metales pesados.



La etiqueta deberá colocarse entre la tapa y el cuerpo del frasco en forma tal que se evite que la muestra sea alterada o violada.

M27. AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO.

M27A. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

Los envases para tomar la muestra deben ser de polipropileno, botes estériles de cierre hermético, inertes al agua, con *tapa rosca* del mismo material que aseguren un cierre hermético y *además contener tiosulfato de Sodio, cuando las muestras de agua estén cloradas*. También se pueden utilizar bolsas estériles, con cierre tipo zip-lock, que *contengan tiosulfato de sodio, cuando las muestras de agua estén cloradas*.



Para obtener muestras a partir de bomba de mano o grifo del sistema de distribución deben removese los accesorios o aditamentos externos como mangueras, boquillas y filtros antes de tomar la muestra.

Limpiar el orificio de salida con una torunda de algodón impregnada de solución de hipoclorito de sodio con una concentración de 100 mg/ml. Dejar correr el agua aproximadamente 3 minutos.

Cerca del orificio de salida, quitar el tapón del frasco, mantenerlo hacia abajo y proceder a la toma de la muestra sin pérdida de tiempo, después de la toma, colocar el tapón al frasco.

Para obtener muestras en captación de agua superficial o tanques de almacenamiento el personal se deberá lavar manos y antebrazos con agua y jabón.

Sumergir el frasco 15 a 30 cm abrir y enderezar a continuación con el cuello hacia arriba, si existe corriente en el cuerpo de agua, la toma de muestra debe hacerse en contracorriente

M27B. ANÁLISIS FISICOQUÍMICO

Los envases para tomar la muestra deben ser de polietileno o polipropileno con capacidad de dos litros y tapones de rosca del mismo material que proporcionen cierre hermético.

a) **Obtención de la muestra en sistemas formales de distribución**

- Dejar correr el agua aproximadamente 3 minutos hasta asegurarse que la temperatura de la muestra sea estable antes de la toma o hasta asegurarse que el agua contenida en la línea haya sido renovada.
- Tomar un poco del agua que se va a analizar, cerrar el envase y agitar fuertemente para enjuagar, desechar esta agua. Realizar esta operación dos o tres veces.
- Proceder enseguida a la toma de la muestra.

b) **Obtención de muestras en captación de agua superficial o tanques de almacenamiento**

- El personal se deberá lavar manos y antebrazos con agua y jabón, previo a la toma de la muestra.
- Sumergir el frasco cerrado entre 15 y 30 cm, destaparlo y enderezar a continuación con el cuello hacia arriba; si existe corriente en el cuerpo de agua, la toma de muestra debe hacerse en contracorriente



M27C. ANÁLISIS TOXICOLÓGICOS (DETERMINACIÓN DE METALES PESADOS)

Toma de muestras. De acuerdo a los lineamientos establecidos en la NOM-230-SSA1-2002. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.



Los envases para la toma de muestras, deben ser de polietileno o polipropileno de color blanco, inertes al agua, de dos litros de capacidad como mínimo y tapones de rosca del mismo material, que proporcionen cierre hermético.

NOTA: El procedimiento de muestreo debe iniciarse con la toma de muestras para análisis microbiológico.

M28. AGUA DE CONTACTO. Lagunas o albercas (*recreativas*)

M28A. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

Para el análisis microbiológico el personal deberá lavar manos y antebrazo. La muestra de agua debe ser tomada de 30 a 45 centímetros bajo la superficie del agua, donde la profundidad es de aproximadamente 1 m, cuando la alberca tenga una profundidad menor a 50 cm la muestra deberá tomarse a una profundidad media, en bolsas o *frascos* estériles con tiosulfato de sodio. El punto de muestreo debe ubicarse en la orilla de la alberca, lo más alejado de los sitios de alimentación de agua.

M28B. ANÁLISIS FISICOQUÍMICO.

Los envases deben ser de polietileno con capacidad de 2 litros y deben lavarse perfectamente. Tomar un poco del agua que se va a analizar, cerrar el envase y agitar fuertemente para enjuagar, desechar esa agua. Efectuar esta operación dos o tres veces, procediendo enseguida a la toma de la muestra. Sumergir el recipiente 15 a 30 cm, abrir y enderezar a continuación con el cuello hacia arriba, si existe corriente en el cuerpo de agua, la toma de muestra debe hacerse en contracorriente.

M28C. ANÁLISIS DE AMEBAS DE VIDA LIBRE



Para el análisis de *ameba* de vida libre, la muestra debe ser colectada de 10 a 15 centímetros bajo la superficie del agua, en bolsas o recipientes estériles con tiosulfato de sodio después de un raspado de las paredes de la alberca, teniendo cuidado de colectar el material que se pueda desprender. El punto de muestreo debe ubicarse en la orilla de la alberca, lo más alejado de los sitios de alimentación de agua. Estas muestras deberán llegar al laboratorio protegidas de la luz.

M29. HIELO

M29A. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO.

Este producto debe de transportarse en su envase original o bien en bolsas de plástico cuando la toma de la muestra sea a granel, conservándose a temperatura de *refrigeración* hasta su entrega, *la cual deberá ser dentro de las 24 horas posteriores a su muestreo*.

M29B. ANÁLISIS FISICOQUÍMICO.

Este producto debe de transportarse en su envase original o bien en bolsas de plástico cuando la toma de la muestra sea a granel, conservándose a temperatura de congelación hasta su entrega.

M29C. ANÁLISIS TOXICOLÓGICOS (DETERMINACIÓN DE METALES PESADOS)

Este producto debe de transportarse en su envase original o bien en bolsas de plástico cuando la toma de la muestra sea a granel, conservándose a temperatura de congelación hasta su entrega.

M30. DERIVADOS LÁCTEOS (queso, crema, mantequilla, yogur, etc).**M30A. ANÁLISIS MICROBIOLOGICO Y FISICOQUÍMICO.**

Estos productos deben de transportarse en sus empaques originales o en bolsas de plástico estériles y enviarlas lo antes posible al laboratorio para su análisis.

M30B. DETECCIÓN DE BRUCELLA spp POR PCR.

Queso fresco no pasteurizado de al menos 250 gr en refrigeración de 4 a 8 °C, enviar de inmediato al LESPH, en menos de 24 horas, en su empaque original.

M31. ALIMENTOS. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN GENERAL.

1. Los alimentos expuestos al aire libre y a otras contaminaciones, no requieren precauciones estrictamente asépticas.
2. Cuando se requiera tomar muestras asépticamente, éstas no deben tomarse en áreas donde las condiciones sanitarias puedan dar lugar a la contaminación de las mismas.
3. Es necesario que el personal que lleve a cabo el muestreo se lave las manos antes de desarrollar éste.
4. Para muestreo aséptico se debe utilizar bata, cofia y cubre bocas.
5. De ser necesario el contacto directo de las manos con el producto, deberán usarse guantes estériles.
6. La toma de muestra debe hacerse con rapidez, pero cuidadosamente. Los recipientes para la toma de muestra deben abrirse únicamente al momento de introducir ésta y cerrarlos de inmediato.
7. Para alimentos preparados sin envasar de consumo inmediato, se recomienda que la persona que los elabora, sea la que introduzca la muestra a los recipientes o bolsas con los utensilios que usa normalmente.
8. Los alimentos que se deban muestrear en caliente, se trasladarán a la temperatura que se muestrearon si el traslado al laboratorio no es mayor de una hora, de lo contrario se deben enfriar a temperatura ambiente y trasladar en condiciones de refrigeración.
9. En caso de alimentos líquidos o semilíquidos se deberán agitar o mezclar hasta conseguir homogenizar y después efectuar la toma de la muestra en diferentes niveles.
10. En alimentos sólidos cuando sea necesario cortar usar utensilios estériles como cucharas, cuchillos, etc.
11. La toma de muestras de productos envasados con presentación comercial se llevará a cabo en forma aleatoria y no aséptica, tomándose del mismo lote y dentro de la fecha de caducidad. Deben ser transportadas en los envases originales.

M32. PESCADOS**M32A ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO**

La toma de muestra podrá realizarse en productos refrigerados o congelados, pero deberán tomarse del mismo lote, producción o recipiente, procediéndose a identificar las muestras en envases que puedan ser cerrados y sellados.

M32B METALES PESADOS (plomo y cadmio).

Tomar una muestra de pescado fresco aproximadamente entre 250 – 300g, envolverla con papel aluminio, colocar dentro de una bolsa de plástico transparente, hacerle un nudo y poner sobre este la etiqueta de identificación de la muestra. Colocar dentro de otra bolsa transparente y anudar.

Nota: Si el envío no es inmediato mantener la muestra en refrigeración.

M33. CARNE MAGRA. (Determinación de clenbuterol)

Cortar una porción de carne cruda libre de nervio y grasa (aproximadamente 250g) con un cuchillo limpio y seco. Seguir las indicaciones del punto M33B para envolver la muestra.

Importante: Los utensilios utilizados para el corte de muestras deberán ser exclusivos para los productos que se van analizar.

M34. PRODUCTOS CÁRNICOS. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO

Cortar una porción de carne crudo (aproximadamente 300 gramos) con un cuchillo limpio y seco. Colocar la muestra dentro de una bolsa de polietileno transparente y limpia. Extraer el aire interior y anudar la bolsa, doblar el nudo sobre el cuerpo de la bolsa y colocar sobre ésta la etiqueta de identificación adherible. En dicha etiqueta asentar la firma de la persona que realiza la toma de muestra, la cual deberá abarcar parte de la etiqueta y parte de la bolsa. Posteriormente cubrir por completo con cinta ancha transparente. Colocar dentro de una segunda bolsa de plástico transparente, extraer el aire y anudar.

M35. LOZA VIDRIADA. (Determinación de metales pesados plomo y cadmio)

Tomar 4 piezas de barro con las mismas características, mismo lote, tamaño, forma y decorado con un diámetro no mayor a 25 cm, que no presente ruptura, porosidad o se encuentren despostilladas.

Se debe dar prioridad a la categoría de artículos que representen el mayor riesgo a la salud de los usuarios. Para los artículos de vajilla, deben ser seleccionados para la prueba aquellos que tengan mayor relación área superficial/volumen en contacto con alimentos, principalmente aquellos que tengan mayor contenido de coloración o decoración (principalmente rojo, naranja y verde).

CRITERIOS DE MUESTREO

PIEZAS PLANAS

Son aquellas tales como platos, platones y otros, cuya altura interior no excede de 2.5 cm. medidos del punto más bajo del fondo de la pieza al plano horizontal que pasa por los bordes superiores. Pueden tener la capacidad de una pieza hueca pequeña o una pieza hueca grande.

PIEZAS HUECAS

Son aquellas que tienen una profundidad mayor de 2.5 cm., medida desde el punto más bajo del plano horizontal hasta el punto superior del borde. Estas piezas se subdividen en tres categorías basadas en el volumen:

- **Pequeñas:** Huecas con capacidad menor a 1.1 L.
- **Grandes:** Huecas con capacidad igual o mayor a 1.1 L. hasta 2.9 L.
- **Almacenaje:** Huecas con capacidad igual o mayor a 3 L.



TAZAS Y TARROS

Son piezas huecas pequeñas comúnmente usadas en el consumo de bebidas, como café o té a elevadas temperaturas. Son vasijas de aproximadamente 240 ml. con asa. Las tazas generalmente tienen lados curveados y los tarros tienen lados cilíndricos. Generalmente se ubican en las piezas huecas pequeñas.



PARA PREPARAR ALIMENTOS Y BEBIDAS

Se refiere a aquellas piezas que son usadas para preparar, cocer, freír, vaporizar, etc., alimentos las cuales no deben exceder los 25 cm. de diámetro y 3 L. de volumen.

Estas muestras deben enviarse envueltas en papel libre de tintas, plástico o hule burbuja para evitar el choque entre cada pieza, colocar en bolsa de plástico, cerrar y colocar la etiqueta sobre el nudo.

M36. AGUA RESIDUAL (Búsqueda de *Vibrio cholerae*)

Para la toma de muestra se requiere de un hisopo de Moore y un frasco con agua peptonada alcalina (APA), los cuáles serán proporcionados por el laboratorio.

Atar el hisopo de Moore con un hilo resistente, sumergirlo en el punto de muestreo, sujetarlo firmemente para evitar que la corriente lo arrastre, dejarlo por un lapso de 24 horas, posteriormente retirarlo y depositarlo dentro del frasco que contenga el APA y cerrar herméticamente, adherir la etiqueta de identificación debidamente requisitada en el cuerpo del frasco y colocarlo dentro de una bolsa de plástico transparente y anudar.

M37. COLINESTERASA (Determinación de la actividad de la enzima de Colinesterasa en suero)

Para la toma de muestra seguir los pasos señalados en los incisos de la (a) a la (g), del apartado **M20** así como para la separación del suero revisar el apartado **M20**.

ENVÍO. Las muestras de suero, se deben enviar lo más pronto posible al laboratorio debiendo garantizar una temperatura de 4 a 8° centígrados.

III.2 CONSERVACIÓN, TRANSPORTE Y ENVÍO DE MUESTRAS.

1. La cantidad mínima de muestreo, el tiempo máximo entre la toma de la muestra y la entrega al LESPH, la temperatura de conservación y el tiempo de emisión de resultados se refieren en la tabla III.4.
El Servicio externo es otorgado de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.
2. El manejo y trasporte de las muestras deberá efectuarse de tal manera que se impida su ruptura, alteración o contaminación, evitando su exposición a la luz solar directa, cuando aplique. Ver tabla III.4.
3. Las muestras deben entregarse dentro del tiempo establecido en el presente catálogo.
4. Los alimentos perecederos, al igual que aquellas muestras en donde se indique que la

temperatura de conservación sea de 4 a 8 °C, se transportan en hieleras con suficientes refrigerantes para garantizar dicha temperatura, debiéndose mantener esa temperatura hasta el momento de realizar las pruebas, de acuerdo a la tabla III.4, debiendo evitar su congelación.

5. Los productos envasados no perecederos (bebidas alcohólicas, entre otros), se transportan en sus envases originales a temperatura ambiente sin exceder los 45 °C.
6. Durante el transporte de las muestras no está permitido el empleo de sustancias químicas para su conservación.
7. Para las muestras blandas evitar ejercer una presión excesiva que origine derrames, evitando que se dañen, humedezcan o contaminen con otras.
8. Evitar que las muestras se dañen, humedezcan o contaminen con otras.
9. Las muestras deben ir acompañadas del oficio de envío y el formato de solicitud de análisis correspondiente debidamente requisitado.
10. Cuando las muestras requieran ser protegidas de la incidencia directa de la luz, éstas deberán resguardarse en bolsas de plástico color negro.
11. En caso de que la muestra esté relacionada con un brote de infección e intoxicación alimentaria, se deberá especificar en la solicitud de análisis.

III.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS.

Es indispensable identificar el recipiente claramente durante, o después de realizar la toma de la muestra, con una etiqueta conteniendo, entre otros, los siguientes datos:

- Fecha y hora de la toma de muestra
- Cantidad de muestra
- Lugar de muestreo
- Tipo de producto
- Nombre de la persona que toma la muestra.
- Identificación del sitio de muestreo
- Cloro residual (cuando aplique)
- Técnica de preservación empleada (cuando aplique)
- Especificar en caso de que la muestra esté relacionada con un brote de infección e intoxicación alimentaria.
- Para agua purificada, la etiqueta deberá colocarse entre la tapa y el cuerpo del frasco, cierre de la bolsa o caja, en forma tal que se evite que la muestra sea alterada.

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|-----------|--|---|--|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| AGUA | Agua purificada envasada | Coliformes totales | NOM-201-SSA1-2002. Bienes y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasado y a granel. Especificaciones sanitarias. | 500 ml | 24 hrs | Ambiente | 6 |
| | | | | 1 litro | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Agua para uso y consumo humano | Coliformes totales, Coliformes fecales | | 1 litro | 24 hrs | 4-8°C | 11 |
| | | E. coli ⁽¹⁾ | | 3 litros | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Agua de contacto | Vibrio cholerae | | 1 litro | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | | Coliformes fecales | | 1 litro | 24 hrs | Ambiente | 10 |
| HIELO | Hielo para consumo humano, envasado y a granel | Coliformes totales | NOM-201-SSA1-2002. Bienes y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasado y a granel. Especificaciones sanitarias. | 500 gramos en empaque original (mínimo) | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | | E. coli ⁽¹⁾ | | | | | 11 |
| ALIMENTOS | Salsa y purés cocidos | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas y suplementos. | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Mayonesas, aderezo, salsa tipo mayonesa | Mesofílicos aerobios, mohos y levaduras | | 150 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Ensaladas rusas cocidas o mixtas (ingredientes cocidos y crudos) | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Ensaladas verdes crudas de verduras o frutas | Mesofílicos aerobios, coliformes fecales, E. coli | | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 11 |

(1) Bajo situaciones de emergencia, las autoridades competentes deben establecer los agentes biológicos nocivos a la salud a investigar.

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico (continuación)

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|-------------|--|---|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| ALIMENTOS * | Alimentos cocidos que no contengan carne de res, cerdo, pollo ni productos de la pesca | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas y suplementos. | 300 gramos | 24 horas | 4-8°C | 8 |
| | Alimentos cocidos que contengan carne de res, cerdo o pollo | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>Salmonella</i> spp | | 300 gramos | 24 horas | 4-8°C | 8 |
| | Alimentos cocidos que contengan productos de la pesca | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>Salmonella</i> spp, <i>Vibrio cholerae</i> | | 300 gramos | 24 horas | 4-8°C | 8 |
| | Postres no Lácteos | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | | 250 gramos | 24 horas | 4-8°C | 8 |
| | Postres Lácteos como: Pastel de crema, dulce de leche, gelatina de leche, flan | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | | 250 gramos | 24 horas | 4-8°C | 8 |
| | Aguas preparadas | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, coliformes fecales | | 250 mL | 24 horas | 4-8°C | 8 |

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico (continuación)

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|-----------------------|--|---|---|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| PRODUCTOS DE LA PESCA | Pescados frescos, refrigerados o congelados | S. aureus, Salmonella spp, E. coli y Vibrio cholerae | NORMA Oficial Mexicana NOM-242-SSA1-2009, Productos y servicios. Productos de la pesca frescos, refrigerados, congelados y procesados. Especificaciones sanitarias y métodos de prueba. | 500 gramos (pescado entero) 300 gramos (pescado en filete) | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Crustáceos frescos refrigerados o congelados | S. aureus, Salmonella spp, E. coli , Vibrio parahaemolyticus y Vibrio cholerae | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Moluscos cefalópodos y gasterópodos frescos, refrigerados o congelados | Mesofílicos aerobios, coliformes fecales, Salmonella spp, Vibrio parahaemolyticus y Vibrio cholerae | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Moluscos bivalvos frescos, refrigerados o congelados | Mesofílicos aerobios, coliformes fecales, Salmonella spp, Vibrio parahaemolyticus y Vibrio cholerae | | 60 piezas chicas o 30 piezas grandes, con concha y anexar el licor | 24 hrs | 4-8°C | 8 |

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico (continuación)

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|---------------------------|--|---|--|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| LECHE Y DERIVADOS LÁCTEOS | Paletas helados y sorbetes | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>Salmonella</i> spp | NOM-243-SSA1-2010. Productos y servicios. Leche, fórmula láctea, producto lácteo combinado y derivados lácteos. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Métodos de prueba NOM-210-SSA1-2014. Productos y servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Bases o mezclas para helados | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>Salmonella</i> spp, mohos y levaduras | | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | En punto de venta: leche, fórmula láctea, producto lácteo combinado; pasteurizados. | Coliformes totales, <i>S. aureus</i> ⁽¹⁾ , <i>Salmonella</i> spp ⁽¹⁾ , <i>E. coli</i> ⁽¹⁾ | | 1 Litro en envase original | 24 hrs | 4-8°C | 11 |
| | En planta: leche, fórmula láctea, producto lácteo combinado; pasteurizado o deshidratado | Coliformes totales, <i>S. aureus</i> ⁽¹⁾ , <i>Salmonella</i> spp ⁽¹⁾ , <i>E. coli</i> ⁽¹⁾ | | 1 Litro en envase original | 24 hrs | 4-8°C | 11 |
| | Leche, fórmula láctea, producto lácteo combinado; pasteurizado o deshidratado | <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>E. coli</i> , Enteroxina estafilococcica, <i>Listeria monocytógenes</i> | | 1 Litro en envase original | 24 hrs | 4-8°C | 11 |
| | Crema | Coliformes totales, <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp | | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 7 |
| | Quesos frescos | <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>E. coli</i> , Enteroxina estafilococcica, <i>Listeria monocytógenes</i> , mohos y levaduras. <i>Vibrio cholerae</i> ⁽²⁾ | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 7 |
| | Quesos maduros | <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>E. coli</i> , Enteroxina estafilococcica, <i>Listeria monocytógenes</i> , mohos y levaduras | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 7 |
| | Quesos procesados | <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>E. coli</i> , Enteroxina estafilococcica, <i>Listeria monocytógenes</i> , mohos y levaduras | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 7 |
| | Quesos de suero | <i>S. aureus</i> , <i>Salmonella</i> spp, <i>Listeria monocytógenes</i> , mohos y levaduras. Coliformes totales, <i>Vibrio cholerae</i> ⁽¹⁾ | | 500 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 7 |
| | Leche utilizada como materia prima para la elaboración de quesos | <i>E. coli</i> , enterotoxina estafilococcica | | 1 Litro en envase original | 24 hrs | 4-8°C | 11 |

(1) Se determinará únicamente en situaciones de emergencia sanitaria.

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico (continuación)

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|--------------------------|---|---|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| CEREALES Y SUS PRODUCTOS | Pan blanco, pan de harinas integrales y productos de bollería | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | NOM-247-SSA1-2008, Productos y servicios. Cereales y sus productos. Cereales, harinas de cereales, sémolas o semolinas. Alimentos a base de: cereales, semillas comestibles, de harinas, sémolas o semolinas o sus mezclas. Productos de panificación. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Métodos de prueba. | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Pan dulce | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>S. aureus</i> ⁽³⁾ | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Galletas con relleno o cobertura o sus combinaciones | Mesofílicos aerobios, coliformes totales | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Pasteles, panqués y pays | Mesofílicos aerobios, coliformes totales, <i>Salmonella spp</i> , <i>E. coli</i> ⁽²⁾ , <i>S. aureus</i> ⁽¹⁾ | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |

- (2) Debe determinarse únicamente en el producto que contenga relleno o cobertura a base de huevo, leche, crema pastelera u otro alimento preparado

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|-----------|---|--------------------------|--|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| TORTILLAS | Masa, tortillas, harina para preparar tortillas de trigo, harina de maíz nixtamalizado para preparar tortillas y tostadas, harinas integrales para preparar tortillas | Coliformes totales | NOM-187-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Masa, tortillas, tostadas y harinas preparadas para su elaboración y establecimientos donde se procesan. Especificaciones sanitarias. Información comercial. Métodos de prueba. | 250 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 4 |

III. 4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.1 Análisis Microbiológico (continuación)

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|----------|--|--|---|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (días hábiles) |
| CÁRNICOS | Carne congelada | Salmonella spp | NOM-194-SSA1-2004. Productos y servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faenado de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. Especificaciones sanitarias de productos. | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 9 |
| | Carne refrigerada | E. coli, Salmonella spp | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 9 |
| | Carne molida refrigerada | E. coli, Salmonella spp | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 9 |
| | Productos cárnicos cocidos | Mesofílicos aerobios, coliformes fecales, <i>Salmonella spp, E. coli</i> | NOM-213-SSA1-2002. Productos y servicios. Cárnicos troceados y curados. Productos cárnicos curados y madurados. Disposiciones y especificaciones sanitarias | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 8 |
| | Productos cárnicos crudos | E. coli, Salmonella spp | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 9 |
| | Productos cárnicos curados | Coliformes fecales, <i>Salmonella spp, E. coli</i> | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 11 |
| | Productos cárnicos marinados o en salmuera | Coliformes fecales, <i>Salmonella spp, E. coli</i> | | 300 gramos | 24 hrs | 4-8°C | 11 |

| PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|----------|--------------------------|--|-----------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | | | CANTIDAD MINIMA | TIEMPO MAXIMO ENTREGA AL LESPH | TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS |
| HUEVO | Salmonella spp | NOM 210, apendice A, Identificación de <i>Salmonella spp</i> | 20 piezas | 24 horas | ambiente | 15 días |

Nota: En caso de brote, queja o denuncia sanitaria, se aceptara la cantidad de muestra con la que cuente el establecimiento

III.4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.2 Análisis Fisicoquímico

| Grupo | Producto | Prueba | Muestra | | | Tiempo de emisión de resultados (días hábiles) |
|---------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | |
| AGUA | Agua purificada envasada | BÁSICO: Cloro libre residual y Flúor | Envase original (mínimo 500 mL) | 24 horas | Ambiente* | 8 |
| | | OPCIONAL: pH, sólidos totales, cloruros y dureza. | Envase original (mínimo 2 Litros) | 24 horas | Ambiente* | 8 |
| | Agua para uso y consumo humano | pH, sólidos totales, turbiedad, cloruros, cloro libre residual, color, dureza, flúor, conductividad, nitritos y sulfatos. | 2 Litros | 24 horas | 4 - 8°C | 8 |
| | Agua destilada | Conductividad, pH y dureza | Envase original (mínimo 2 Litros) | 24 horas | Ambiente | 8 |
| | Agua de contacto | Cloro libre residual, pH y turbiedad | 2 Litros | 24 horas | 4 - 8°C | 8 |
| HIELO | Hielo para consumo humano (envasado y a granel) | Cloro libre residual, fluoruros | 1 Kilogramo | 24 horas | Congelación | 8 |
| LÁCTEOS | Quesos | Fosfatasa alcalina residual | 250 gramos | 24 horas | 4 - 8°C | 10 |

*En caso de no venir en su envase original, la muestra deberá conservarse de 4 - 8°C

III.4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.3 Análisis Toxicológico

| GRUPO | PRODUCTO | DETERMINACIÓN A REALIZAR | REFERENCIA | MUESTRA | | | |
|---------------|--------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | | CANTIDAD MINIMA | TIEMPO MAXIMO DE ENTREGA AL LESPH | TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN | TIEMPO DE EMISIÓN DE RESULTADOS (Días hábiles) |
| AGUA | Agua purificada envasada | Metales pesados (Arsénico) | NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica. | 500 mL | 24 hrs | Ambiente | 12 |
| | Agua para uso y consumo humano | Metales pesados (Plomo y Arsénico) | | 2 litros | 24 hrs | 4-8 °C | 12 |
| CARNICOS | Carne Magra | Clenbuterol | NOM-194-SSA1-2004, Productos y Servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faenado de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. Especificaciones sanitarias de productos. | 250 gramos | 24 hrs | 4-8 °C | 10 |
| LOZA VIDRIADA | Los descritos en el punto M34 | Plomo y Cadmio | NOM-231-SSA1-2016, Artículos de alfarería vidriada, cerámica vidriada, porcelana y artículos de vidrio- Límites máximos permisibles de plomo y cadmio solubles- Método de Ensayo | 4 piezas por muestra | | temperatura ambiente | 15 |
| AGUA RESIDUAL | Agua residual | <i>Vibrio Cholerae</i> | Manual de procedimientos para aislamiento y caracterización de <i>Vibrio Cholerae</i> | Hisopo de moore en 500 mL de APA | 24 hrs | 4-8 °C | 9 |
| ALIMENTOS | Pescado | Plomo y Cadmio | NOM-117-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrometría de absorción atómica. | Pieza de 250 - 300 gramos | 24 hrs | 4-8 °C | 60 |
| OTRO | Suero | Actividad de la enzima Colinesterasa | NOM-047-SSA1 -2011, Salud ambiental indices biológicos de exposición, para el personal ocupacionalmente expuesto a sustancias químicas | Suero (3mL), ayuno 4 hrs | 48 hrs | 4-8 °C | 12 |

III.4 MARCO ANALÍTICO DE PRUEBAS EN APOYO A LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

III.4.4 Análisis por PCR

| Grupo | Producto | Prueba | Muestra | | | Tiempo de emisión de resultados (días hábiles) |
|---------|----------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | | Cantidad mínima | Tiempo máximo de entrega al LESPH | Temperatura de conservación | |
| LÁCTEOS | Queso | <i>Brucella spp</i> | Envase original (mínimo 250 gramos) | 24 horas | 4 - 8°C | 10 |

IV. SERVICIO EXTERNO

La micro, pequeña y mediana empresa, representan una proporción importante de los establecimientos a nivel estatal y nacional, que otorgan productos y servicios a la población; de aquí la importancia de fortalecer la confianza de que los bienes que producen son de calidad, confiables y seguros.



El objetivo del Laboratorio es participar con las empresas en esta vinculación de conocimientos para conformar un sector empresarial cada día más fuerte y sólido; basado en la satisfacción de sus usuarios. En el LESPH, estamos convencidos de que, al apoyar a las empresas en su fortalecimiento, seguridad y confianza, contribuimos al fortalecimiento del estado.

El Servicio a Externo es otorgado de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes, en las instalaciones del Laboratorio, contando con un área para la toma de muestras serológicas, exudados faríngeos, muestras citológicas (Papanicolaou)

Para su ingreso, las muestras deberán cumplir con los criterios especificados en este catálogo, debiendo cubrir el 100% del pago para poder iniciar con el procesamiento de la(s) muestra(s)

IV.1 SERVICIOS OFERTADOS

| ACTIVIDADES DE DIAGNOSTICO EN VIGILANCIA SANITARIA | |
|--|--|
| ANÁLISIS FISICOQUÍMICOS DE AGUA Y ALIMENTOS | |
| 1. AGUA PURIFICADA, HIELO O AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO | |
| pH | |
| Color | |
| Cloro libre residual | |
| Conductividad | |
| Dureza (como Ca ₂ CO ₃) | |
| Nitrógeno de Nitritos | |
| Sólidos totales | |
| Sulfatos (como Ión sulfato) | |
| Turbiedad | |
| Flúor como ión flúor | |
| Cloruros | |
| 2. CÁRNICOS | |
| Determinación de Clenbuterol | |
| ANÁLISIS MICROBIOLÓGICOS DE AGUA Y ALIMENTOS | |
| Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa | |
| Método para la determinación de bacterias coliformes por la técnica del NMP | |
| Investigación de <i>Staphylococcus aureus</i> | |
| Investigación de <i>Salmonella</i> en alimentos | |
| Investigación de <i>Listeria Monocytogenes</i> | |
| Investigación de <i>Escherichia coli</i> | |
| Investigación de ameba de vida libre en agua de contacto | |
| Método para la determinación de cuentas de mohos o levaduras en alimentos | |
| Investigación de <i>Vibrio cholerae</i> en pescados y mariscos | |
| Método para la determinación de bacterias coliformes totales en placa | |
| Método para la determinación de organismos coliformes fecales por la técnica del NMP | |
| Determinación de Enterotoxina Estafilococica en Alimentos | |
| ANÁLISIS TOXICOLÓGICOS | |
| 1. AGUA PURIFICADA, HIELO O AGUA PARA USO Y CONSUMO HUMANO | |
| Determinación de Arsénico por técnica de generador de hidruros | |
| Determinación de Arsénico por técnica de horno de grafito | |
| Determinación de Plomo y Cadmio, por técnica de horno de grafito | |
| Determinación de Cobre, Manganeso, por técnica de flama | |
| 2. LOZA VIDRIADA | |
| Determinación de Cadmio por técnica de horno de grafito | |
| Determinación de Plomo, Cadmio, por técnica de flama | |

| ACTIVIDADES DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EN VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | |
|---|--|
| A. AGENTES VIRALES | |
| 1. Infecciones Respiratorias virales | |
| Virus herpes simple I y II (Determinación de anticuerpos IgM en muestra única de suero) | |
| 2. Infecciones gastrointestinales virales | |
| Rotavirus (Identificación de RNA viral por rotaforesis) | |
| 3. Infecciones exantemáticas virales | |
| Virus de sarampión (Determinación en suero de anticuerpos IgM por el método de ELISA) | |
| Virus del dengue: Detección en suero de anticuerpos IgM por el método de ELISA, muestra única. | |
| Virus Zika: Detección en suero de anticuerpos IgM por ELISA de captura. | |
| Virus Chikungunya: Detección en suero de anticuerpos IgM por ELISA. | |
| Virus de la rubéola (Determinación de anticuerpos IgM por el método de ELISA). | |
| Determinación de anticuerpos IgG anti Rubéola (ELISA) en pares de sueros | |
| 4. Virus de transmisión sexual | |
| Virus de la inmunodeficiencia humana (Determinación de anticuerpos anti VIH-1/2 (ELISA) | |
| Virus de la inmunodeficiencia (Prueba serológica confirmatoria de Western blot) | |
| 5. Hepatitis virales | |
| Virus A de la hepatitis (Determinación en suero de anticuerpos IgM anti HAV (ELISA) | |
| Virus B de la hepatitis (Perfil serológico de la HBV: HBs Ag, Ig totales anti-HBc) | |
| Virus C de la hepatitis (Determinación en suero de anticuerpos totales anti-HCV por el método de ELISA) | |
| 6. Zoonosis virales | |
| Virus de la rabia (Identificación del virus en material de necropsia o biopsia por IFD) | |
| Determinación en suero de anticuerpos totales anti-virus rábico (ELISA) | |
| 7. Otros virus | |
| Citomegalovirus (Determinación de anticuerpos IgM en muestras únicas de suero por ELISA) | |
| Citomegalovirus (Determinación de anticuerpos IgG en pares de sueros por ELISA) | |
| B. AGENTES BACTERIANOS | |
| 1. Infecciones gastrointestinales bacterianas | |
| Coprocultivo e identificación de agentes bacterianos (Salmonella typhi) | |
| Aislamiento a partir de muestras fecales (Salmonella spp) | |
| Aislamiento a partir de muestras fecales (Shigella spp) | |
| Aislamiento a partir de muestras fecales (Vibrio cholerae) | |
| Aislamiento a partir de muestras fecales (Escherichia coli) | |

| |
|---|
| 2. Infecciones bacterianas de transmisión sexual |
| Treponema pallidum |
| Método para la detección semicuantitativa de anticuerpos humanos totales (IgM, IgG e IgA) contra Treponema pallidum en suero (ELISA) |
| Western Blot para Anti-Treponema pallidum (IgM) |
| Western Blot para Anti-Treponema pallidum (IgG) |
| Prueba USR (Prueba de floculación no treponémica para la determinación cualitativa y semicuantitativa de los anticuerpos reaginicos contra Treponema pallidum en suero) |
| 3. Zoonosis bacterianas |
| Brucella spp |
| Perfil serológico de la brucelosis |
| Leptospira spp |
| Identificación de la bacteria en orina (microscopía de campo oscuro) |
| Determinación de anticuerpos séricos en muestras únicas (microaglutinación) |
| 4. Micobacterias |
| Mycobacterium tuberculosis |
| Identificación de BAAR en expectoración (Ziehl-Neelsen) |
| Aislamiento a partir de esputo, lavado gástrico o secreciones. Cultivo en medio sólido (Löwenstein Jensen o Stonebrink) |
| Aislamiento a partir de orina. Cultivo en medio sólido (Löwenstein Jensen o Stonebrink) |
| Identificación por AGMTB64 (Inmuno Cromatografía) |
| Prueba de Farmacosensibilidad de primera línea (PFS de 1L): Gene Xpert MTB/RIF |
| C. PROTOZOARIOS |
| 1. Protozoarios intestinales, Identificación morfológica en heces |
| Coproparasitoscópico |
| 2. Protozoarios sistémicos |
| <i>Toxoplasma gondii</i> (Determinación en suero de anticuerpos IgM por el método de ELISA) |
| Trypanosoma cruzi |
| Identificación morfológica del agente en muestras de sangre |
| Determinación de anticuerpos séricos (IFI, ELISA, HAI) |
| <i>Plasmodium spp</i> (Identificación diferencial de especies en muestras de sangre) |
| D. HELMINTOS |
| 1. Helmintos intestinales |
| Identificación de parásitos en heces (coproparasitoscópico) |
| 2. Taenia spp |
| Determinación de anticuerpos anti-cisticercos de T.solium en suero o LCR por el método de ELISA |
| E. ARTROPODOS DE IMPORTANCIA MEDICA |
| Identificación taxonómica de triatominos o insectos de importancia médica |
| Estudio coprológico en triatominos |
| F. EXAMENES CITOLOGICOS |
| Revisión de laminilla de citología cérvico-vaginal por Papanicolaou |
| G. OTROS |
| Tamiz neonatal, determinación de TSH, en papel |
| Colinesterasa sérica |
| Prueba confirmatoria de Hepatitis C (RIBA) |
| Aislamiento e identificación de <i>Streptococcus spp</i> en exudado faríngeo |
| Cursos y adiestramientos en servicio (por semana) |

V. REFERENCIAS

V.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Ley General de salud, México. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Ultima reforma publicada DOF 27/01/2017.
2. Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Ultima reforma publicada DOF 27/01/2017.
3. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
4. Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En Materia de Información en Salud.
5. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades transmitidas por Vectores. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología
6. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Prevenibles por Vacunación. Secretaría de Salud
7. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de la Rabia. DGE-InDRE-RNLSP
8. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de Brucelosis. DGE-InDRE-RNLSP
9. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la leptospirosis. DGE-InDRE-RNLSP
10. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las rickettsiosis. DGE-InDRE-RNLSP
11. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio del dengue y otras arbovirosis. DGE-InDRE-RNLSP
12. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la enfermedad de chagas. DGE-InDRE-RNLSP
13. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DGE-InDRE-RNLSP
14. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la tuberculosis. DGE-InDRE-RNLSP
15. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la enfermedad diarreica aguda bacteriana. DGE-InDRE-RNLSP
16. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la tosferina. DGE-InDRE-RNLSP
17. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las infecciones respiratorias agudas bacterianas. DGE-InDRE-RNLSP
18. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la enfermedad febril exantemática. DGE-InDRE-RNLSP
19. Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral. DGE-InDRE-RNLSP
20. Lineamiento para la vigilancia por laboratorio de la parálisis flácida aguda. DGE-InDRE-RNLSP
21. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio del paludismo. DGE-InDRE-RNLSP
22. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la leishmaniasis. DGE-InDRE-RNLSP
23. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de las hepatitis virales. DGE-InDRE-RNLSP
24. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la sífilis y otras infecciones de transmisión sexual. DGE-InDRE-RNLSP
25. Lineamientos para la vigilancia entomológica. DGE-InDRE-RNLSP
26. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de cáncer del cuello del útero: Laboratorio de

- citología. DGE-InDRE-RNLSP
27. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la gastroenteritis viral por rotavirus, norovirus, astrovirus y adenovirus entéricos. DGE-InDRE-RNLSP
 28. Lineamientos para la gestión del riesgo biológico. DGE-InDRE-RNLSP
 29. Manual de Procedimiento Estandarizado para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia en Humano. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología
 30. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Micobacteriosis (Tuberculosis y Lepra). Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología. Febrero 2019
 31. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA. . Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología
 32. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
 33. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
 34. NOM-011-SSA2-2011. Para la prevención y control de la rabia humana y en perros y gatos.
 35. NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico-uterino.
 36. NOM-016-SSA2-2013, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
 37. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.
 38. NOM-021-SSA2-2000. Para la prevención y control del binomio Taeniosis/Cisticercosis en el primer nivel de atención médica.
 39. NOM-022-SSA2-2012. Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
 40. NOM-027-SSA2-2007. Para la prevención, control y eliminación de la lepra
 41. NOM-029-SSA2-2014. Para la prevención y control de la Leptospirosis en el humano.
 42. NOM-032-SSA2-2014. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores
 43. NOM-051-SCT2/1995. Especificaciones especiales y adicionales para los envases y embalajes de las substancias peligrosas de la división 6.2, agentes infecciosos.
 44. Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, que establece las características de los residuos peligrosos, el listado de los mismos y los límites que hacen un residuo peligroso por su toxicidad al ambiente.
 45. NOM-003-SCT/2000. Características de las etiquetas de envases y embalajes destinadas al transporte de sustancias y residuos peligrosos.
 46. NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Que establece almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.
 47. Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.
 48. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.
 49. Organización Mundial de la Salud. Transport of Infectious Substances. Background to the amendments adopted in the 13th revision of the United Nations Model Regulations guiding the transport of infectious substances. WHO. Global Health Security. 2004.

V.2. PROTECCION CONTRA RIESGOS SANITARIOS

50. APHA, AWWA, WEF. 1998. "Standard Methods for the Examination of water and Wastewater. 20th Ed.
51. NOM-027-SSA1-1994. Bienes y servicios. Productos de la pesca. Pescados frescos refrigerados y congelados. Especificaciones sanitarias.
52. NOM-029-SSA1-1993. Bienes y servicios. Productos de la pesca. Crustáceos frescos refrigerados y congelados. Especificaciones sanitarias.
53. NOM-031-SSA1-1993. Bienes y servicios. Productos de la pesca. Moluscos bivalvos frescos refrigerados y congelados. Especificaciones sanitarias.
54. NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios. Sal yodatada y sal yodatada fluorada. Especificaciones sanitarias.
55. NOM-092-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa.
56. NOM-110-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Preparación y dilución de muestras de alimentos para su análisis microbiológico.
57. NOM-111-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Métodos para la cuenta de mohos y levaduras en alimentos.
58. NOM-112-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Determinación de bacterias coliformes. Técnica del número más probable.
59. NOM-113-SSA1-1994, Bienes y Servicios. Método para la cuenta de microorganismos coliformes totales en placa.
60. NOM-117-SSA1-1994. Bienes y servicios. Método de prueba para la determinación de cadmio, arsénico, plomo, estaño, cobre, fierro, zinc y mercurio en alimentos, agua potable y agua purificada por espectrofotometría de absorción atómica.
61. NOM-127-SSA1-1994. Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización.
62. NOM-129-SSA1-1995. Bienes y servicios. Productos de la pesca: secos-salados, a humados, moluscos cepalópodos y gasterópodos frescos refrigerados y congelados. Disposiciones y especificaciones sanitarias.
63. NOM-131-SSA1-1995. Alimentos para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificación sanitarias y nutrimentales. Apéndice normativo B. determinación de ácido fólico. Método microbiológico.
64. NOM-142-SSA1-1995. Bienes y servicios. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial.
65. NOM-194-SSA1-2004. Productos y servicios. Especificaciones sanitarias en los establecimientos dedicados al sacrificio y faena de animales para abasto, almacenamiento, transporte y expendio. Especificaciones sanitarias de productos.
66. NOM-201-SSA1-2015. Bienes y servicios. Agua y hielo para consumo humano, envasado y a granel. Especificaciones Sanitarias. Determinación de color, turbiedad, fluoruros, nitrógeno de nitritos y cloro residual. (FQAA 4 feb 2020)
67. NOM-210-SSA1-2014. Productos y Servicios. Métodos de prueba microbiológicos. Determinación de microorganismos indicadores
68. NOM-213-SSA1-2002. Productos y servicios. Productos cárnicos procesados. Especificaciones sanitarias. Métodos de prueba.

69. NOM-230-SSA1-2002. Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento público y privados durante el manejo de agua. Procedimientos Sanitarios para el muestreo.
70. NOM-243-SSA1-2010. Productos y servicios. Leche, formula láctea, producto lácteo combinado y derivados lácteos. Disposiciones y especificaciones sanitarias. Método de prueba.
71. NOM-247-SSA1-2008. Productos y servicios. Cereales, sémolas o semolinillas. Alimentos o sus mezclas. Productos de panificación. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Métodos de prueba.
72. NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos.
73. NOM-EM-015-ZOO-2002. Especificaciones técnicas para el uso de B-agonistas en animales.
74. PROY-NOM-087-SSA1-1994. Bienes y servicios. Aves frescas refrigeradas y congeladas enteras o troceadas.
75. PROY-NOM-186-SSA1-2000. Bienes y servicios. Cacao y derivados. I Cacao. II Chocolate. III Derivados. Especificaciones sanitarias. Denominación comercial.
76. PROY-NOM-187-SSA1-2000. Bienes y servicios. Tortillas y tostadas. Especificaciones sanitarias.
77. NMX-AA-008-SCFI-2016. Análisis de agua. Determinación de pH, método de prueba.
78. NMX-AA-034_SCFI-2015. Análisis de agua. Determinación de sólidos y sales disueltas en aguas naturales, residuales y residuales tratadas. Método de Prueba.
79. NMX-AA-051 SCFI-2001. Determinación de metales pesados por Absorción atómica en aguas naturales, residuales y residuales tratadas.
80. NMX-AA-072-SCFI-2001. Análisis de agua. Determinación de dureza total en aguas naturales, residuales y residuales tratadas. Método de prueba.
81. NMX-AA-073-SCFI-2001. Análisis de agua. Determinación de cloruros totales en agua naturales, residuales y residuales tratadas. Método de prueba.
82. NMX-AA-074-SCFI-2014. Análisis de agua. Determinación de Ion sulfato. Determinación de Ion sulfato en aguas naturales, residuales y residuales tratadas
83. NMX-AA-093-SCFI-2000. Análisis de agua. Determinación de la conductividad electrolítica. Método de prueba.
84. NOM-231-SSA1-2016, Artículos de alfarería vidriada, cerámica vidriada, porcelana y artículos de vidrio- Límites máximos permisibles de plomo y cadmio solubles- Método de Ensayo.

VI. FORMATOS PARA ENVIO DE MUESTRAS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico
"Dr. Manuel Martínez Bárz" (InDRE)

Francisco de P. Miranda 177, Col. Lomas de Plata, C.P. 01480
Tel.: (55) 5062-1600 ext. 59386 Fax: (55) 5063-0043
www.indre.salud.gob.mx indre@salud.gob.mx

REMU-F-125

**FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE**

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------------|
| No. de paquete: _____ | Fecha de envío: _____ | |
| Institución solicitante: _____ | | |
| Calle: _____ | Colonia: _____ | |
| Municipio: _____ | Estado: _____ | C.P. _____ |
| Teléfono: _____ | Fax (indispensable): _____ | E-mail: _____ |
| Nombre del médico solicitante: _____ | | |

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| Nombre y/o Referencia: _____ | Nombre(s) _____ | Apellido Paterno _____ | Apellido Materno _____ |
| Domicilio: _____ | Colonia: _____ | | |
| Estado: _____ | Municipio: _____ | Localidad: _____ | C.P. _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ | o Edad: _____ Años _____ Meses _____ Días _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I | CURP: _____ |
| Entidad de nacimiento: _____ | Nacionalidad: _____ | Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Situación: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto |

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

| | | |
|---|--|--|
| Justificación del envío: <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Control de calidad | Tipo de Vigilancia: <input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Brote <input type="checkbox"/> Contingencia | |
| Origen: <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Ambiental | | |
| Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Cepa <input type="checkbox"/> Hisopo <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Esputo <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Hemocultivo | | |
| <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Laminilla <input type="checkbox"/> Gargarismo <input type="checkbox"/> Imprenta | | |
| <input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tejido cerebral <input type="checkbox"/> Piel cabelluda <input type="checkbox"/> Lavado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Agua | | |
| Heces: <input type="checkbox"/> Sólidas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas | | |

| | | | |
|--------------|---------------------------|----------------------|------------------------------------|
| Otras: _____ | Cantidad o volumen: _____ | Fecha de toma: _____ | Fecha de inicio de síntomas: _____ |
|--------------|---------------------------|----------------------|------------------------------------|

DIAGNÓSTICO SOLICITADO

| | | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------|
| Impresión diagnóstica: _____ | Estudio solicitado: _____ | Clave: _____ | Descripción: _____ |
|------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------|

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

| | | |
|---|--|--|
| Estudios realizados previamente: _____ | ¿Se presentó algún tipo de parálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Vive en zona endémica: _____ | ¿Ha estado en contacto con casos similares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora | |
| Fecha de inicio de la parálisis: _____ | | |
| En caso afirmativo indique la fecha: _____ y el lugar geográfico: _____ | | |
| ¿Efectuó algún viaje los días previos al inicio de la enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántos días antes? _____ | |
| Especifique los lugares visitados: _____ | | |
| Ingestión de lácteos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuáles?: _____ | Ingestión de carne de res o cerdo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Exposición con animales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espece animal: _____ | |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

| | | |
|--|--|---------------------------|
| En casos de sospecha de RABIA conteste lo siguiente: ¿Sufrió agresión por parte de algún animal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de la agresión: _____ | |
| Especie agresora: _____ | | |
| Sitio anatómico de la lesión: _____ | Núm. de personas que estuvieron en contacto con el animal: _____ | |
| Edad del animal: _____ | Fecha de muerte del animal: _____ | Causa de la muerte: _____ |
| Tipo de vacuna: _____ | Fecha de última dosis: _____ | No. de caso: _____ |
| Datos clínicos del animal: <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Salivación profusa <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Agresor <input type="checkbox"/> Víctima | | |

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

| | |
|---|---|
| <p>En caso de sospecha de Tuberculosis conteste lo siguiente:</p> <p>¿Ha recibido tratamiento antituberculoso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo indique cual(es): <input type="checkbox"/> Estreptomicina <input type="checkbox"/> Isoniacida <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Etambutol <input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etionamida Otras: _____</p> <p>Fecha última toma: _____/_____</p> <p>Antecedentes citopatológicos:</p> <p>Tipo de revisión: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Después de 3 años <input type="checkbox"/> Subsecuente</p> <p>Actividad sexual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Edad de inicio: _____</p> <p>Número de parejas sexuales: _____</p> <p>Antecedentes de Vacunación para VPH: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de vacunación: _____/_____</p> <p>Sintomatología: <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Secreción y/o Leucorrea</p> <p>Situación Gineco-obstétrica: <input type="checkbox"/> Puerperio o postabortion <input type="checkbox"/> Postmenopausia <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Uso de hormonas <input type="checkbox"/> Histerectomia <input type="checkbox"/> Embarazo actual <input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico <input type="checkbox"/> Tratamiento colposcópico previo <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>Factores de riesgo para infección por VIH:</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Hemofílico <input type="checkbox"/> Hijo de madre infectada <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Sexoservidor(a) <input type="checkbox"/> Uso de droga IV <input type="checkbox"/> Número de parejas</p> <p>Fiebre:</p> <p>Fecha de inicio: _____/_____ Temperatura: _____</p> <p>Duración: _____ Días Periodicidad: _____</p> <p>Signos y síntomas generales:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Perdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Escalofrío <input type="checkbox"/> Mialgias <input type="checkbox"/> Sudoración profusa <input type="checkbox"/> Postación <input type="checkbox"/> Nauseas <input type="checkbox"/> Dolor retroocular <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Presencia de quiste/nódulo <input type="checkbox"/> Uveitis <input type="checkbox"/> Geofágia <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Lesión en mucosas <input type="checkbox"/> Coriorretinitis <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Linfadenopatía (Cervical, Supraclavicular o Retroauricular)</p> <p>Exantema y piel:</p> <p><input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Papular <input type="checkbox"/> Eritematoso <input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/> Pústula <input type="checkbox"/> Ulcera <input type="checkbox"/> Costra <input type="checkbox"/> Presencia de nódulos <input type="checkbox"/> Koplik <input type="checkbox"/> Chagoma de inoculación</p> <p>Fecha de inicio: _____/_____ Fecha de término: _____/_____</p> <p>Respiratorios:</p> <p><input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Dolor o ardor de garganta <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Faringitis <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Apneas <input type="checkbox"/> Tos productiva <input type="checkbox"/> Hemoptisis <input type="checkbox"/> Coriza</p> <p>Cardiovascular:</p> <p><input type="checkbox"/> Miocarditis <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Pericarditis <input type="checkbox"/> Vasculitis <input type="checkbox"/> Flebitis</p> <p>Sistema Nervioso Central:</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Cambios de conducta <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Paranoia <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Calcificaciones <input type="checkbox"/> Hipertensión endocraneal <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cambio del ciclo circadiano</p> <p>Génito urinario:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor durante la micción <input type="checkbox"/> Uretritis <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal</p> <p>Lesiones en genitales: <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Vesículas <input type="checkbox"/> Chancro <input type="checkbox"/> Chancroide <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Embarazo</p> <p>Fecha de última regla: _____/_____</p> <p>Semanas de gestación: _____</p> | <p>Gastrointestinal:</p> <p><input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Tenesmo <input type="checkbox"/> Diarrea recurrente <input type="checkbox"/> Diarrea sanguinolenta <input type="checkbox"/> Mucosa <p>Consistencia de diarrea: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Prolongada (<1 sem.)</p> <p>- No. de evacuaciones en las últimas 24 horas: _____</p> <p>- No. de evacuaciones en los últimos 15 días <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>- No. de cuadros diarréicos durante el año: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Deshidratación: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa</p> <p>Num. de vómitos en las últimas 24 hrs. _____ Num. de días con vómito: _____</p> <p>Ha expulsado lombrices: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de expulsión: _____/_____</p> <p>Ha expulsado proglótidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de expulsión: _____/_____</p> <p>Estadio de la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Diseminado <input type="checkbox"/> Recaida <input type="checkbox"/> Convaleciente <input type="checkbox"/> Defunción</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Fragilidad capilar <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Gingivorragia <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Rectorragia <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Metrorragia <input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Plaquetopenia <input type="checkbox"/> Hemocentration <input type="checkbox"/> Eosinofilia</p> <p>Tratamiento:</p> <p>¿Ha recibido tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>Fecha de inicio: _____/_____ Fecha de término: _____/_____</p> <p>Dosis <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Especial</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Antecedentes vacunales:</p> <p>Tipo de vacuna: _____</p> <p>Fecha de primera vacuna: _____/_____</p> <p>Fecha de última dosis: _____/_____</p> <p>Notas adicionales: <small>(Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)</small> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fuente de información:</p> <p><input type="checkbox"/> Registro hospitalario <input type="checkbox"/> Vig. Epid. Activa <input type="checkbox"/> Certificado de defunción</p> <p>Servicios de atención:</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Hidratación oral <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización</p> <p>Motivo del término de la atención:</p> <p><input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Defunción</p> <p>Fecha de término de la atención: _____/_____</p> <p>Observaciones:</p> <p>A) No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de este formato B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formato C) Utilizar letra de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tela adhesiva, escrita con lápiz donde se incluyan los datos relevantes del caso como: -Nombre o clave, Diagnóstico presuntivo, Fecha de toma, tipo de muestra indicando también si es la 1a, 2a, 3a, etc., Si es cepa anotar la fecha de siembra y el tipo de muestra. E) Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado F) No se recibirán muestras en envases de cristal</p> </p></p> |
|---|---|

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL "FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS"

Este formato debe llenarse por cada una de las muestras que se envía al laboratorio del InDRE

Datos de la Institución solicitante

Institución : El nombre de la unidad de Salud y la Institución a la que pertenece.

Persona responsable del envío : Nombre completo del responsable del envío de la muestra.

Calle : Nombre de la calle donde se ubica la unidad de salud.

Colonia : Nombre de la colonia, barrio o sector.

Población : Nombre de la localidad o municipio donde se encuentra la unidad.

Estado : Entidad Federativa a la que pertenece la población, localidad.

C.P. : Anotar el código postal que corresponda a la colonia, barrio o sector donde está la unidad que envía la muestra.

Tel : Anotar el número telefónico de la unidad, incluyendo la clave lada.

Fax : Anotar el número de fax, incluyendo la clave lada. Este número es indispensable para informar el resultado del estudio.

Datos del paciente

Nombre o clave : Nombre o nombres, apellido paterno y materno del paciente.

Clave única de Registro de Población (CURP) : Número otorgado en una credencial por la Secretaría de Gobernación, como número de identificación para cada poblador de la República Mexicana.

Localidad : Nombre de la localidad o población donde reside el paciente.

Municipio : Nombre del municipio donde se encuentra la localidad.

Estado : Entidad Federativa a la que pertenece la población, localidad.

Edad : Anotar la edad del paciente numéricamente, el día, mes y año que nació el paciente.

Fecha de nacimiento : Anotar numéricamente el día, mes y año en que nació el paciente.

Género : Marcar con una "X" el cuadro que corresponda al sexo del paciente, masculino o femenino.

No. De expediente : Anotar el número de expediente del paciente otorgado por la unidad de salud.

Ocupación : Anotar la ocupación actual del paciente, profesionista, empleado(a), obrero(a), jornalero(a), maestro(a), albañil, campesino(a), hogar, etc.

Hospitalización : Marcar con una "X" el cuadro que indique si el paciente está o no hospitalizado.

Situación del paciente : Marcar con una "X" el cuadro que indique si el paciente está vivo o muerto.

Información de la muestra

Tipo : Marcar con una "X" el cuadro que al tipo de muestra enviada.

Otras : Anotar el tipo de muestra enviada, si esta no aparece en ninguno de los cuadros anteriores.

Muestra : Marcar con una "X" en el cuadro correspondiente, si la muestra es 1a. 2a. O 3a y si es suficiente o insuficiente.

Información para el diagnóstico

Diagnóstico presuntivo : Anotar el diagnóstico que sospecha el médico.

Estudio(s) solicitado(s) : Anotar el nombre de los estudios solicitados.

Justificación del envío : Marcar con una "X" en el cuadro que indique la justificación del envío.

Fecha de toma, inicio de síntomas, de envío y de recepción en el laboratorio : Anotar numéricamente las fechas solicitadas en el siguiente orden: día, mes y año.

Información complementaria para el diagnóstico

En caso de sospecha de tuberculosis, conteste lo siguiente:

¿Ha recibido tratamiento antituberculoso? Marcar con una "X" el cuadro que indique si o no.

Fecha de la ultima toma : Anotar el año, mes y día en que tomó por última vez su tratamiento.

En caso afirmativo, indique cual(es): Marcar con una "X" los cuadros correspondientes a los medicamentos que tomó la última vez.

Otras : Anotar otros medicamentos si no están señalados en los cuadros anteriores.

Síntomas : Marcar con una "X" los cuadros que indiquen los síntomas referidos por el paciente para complementar la información diagnóstica en: fiebre, respiratorios, sistema nervioso central, generales y estadio de la enfermedad.

SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO
 COMITÉ ESTATAL DE FOMENTO Y PROTECCIÓN PECUARIA DEL ESTADO DE HIDALGO A.C.
 CAMPAÑA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA EN BOVINOS Y ESPECIES GANADERAS
 NOM-011-SSA2-2012, NOM-067-ZOO-2007
 "HISTORIA CLINICA"

ADJUNTO AL PRESENTE ENCEFALO PARA DIAGNÓSTICO DE RABIA
 PROCEDENTE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA I _____

DATOS GENERALES

I. DEL ANIMAL.

NO. DE MUESTRA: _____ FOLIO LESPH: _____
 RESPONSABLE DE LA TOMA DE MUESTRA: _____

INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA:

SSH CEFPPHG PRESIDENCIA OTRO _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PREDIO: _____

DOMICILIO DEL PREDIO: _____

LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____

GEOREFERENCIACIÓN DEL CASO:

N° _____

W° _____

MSNM _____

| | |
|--------------------------------|-------|
| TOTAL DE ANIMALES EN EL PREDIO | _____ |
|--------------------------------|-------|

| | |
|--------------------------|-------|
| No. DE ANIMALES ENFERMOS | _____ |
|--------------------------|-------|

| | |
|-------------------------|-------|
| No. DE ANIMALES MUERTOS | _____ |
|-------------------------|-------|

| | | | |
|---------------------------|-------------|-------|--------|
| ESPECIE: | SEXO: | EDAD: | COLOR: |
| VACUNADO CONTRA LA RABIA: | SI | NO | FECHA: |
| FECHA DE MUERTE | SACRIFICADO | | SI NO |

DATOS CLÍNICOS

| | | |
|-------------------|-----------------------|-------------------------|
| DECAYIMIENTO | AGRESIVIDAD | MANDIBULA TRABADA |
| APETITO DEPRAVADO | DEGLUCIÓN DIFÍCULTOSA | VÓMITO |
| DIARREA | CONVULSIONES | PARALISIS |
| MUERTE SUBITA | SIALORREA | AGRESIÓN POR MURCIELAGO |

OBSERVACIONES:

DESTINO DEL CADAVER: _____

II. PERSONA(S) LESIONADA(S) Y/O CONTACTO(S)

| NOMBRE | EDAD | FECHA DEL CONTACTO | DOMICILIO |
|--------|------|--------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTA: EN CASO DE EXISTIR MÁS CONTACTOS, FAVOR DE REGISTRARLOS AL REVERSO DE LA HOJA.

ATENTAMENTE

III. ESTUDIOS DE LABORATORIO

| | |
|--------------|------------|
| FECHA: | RESULTADO: |
| TECNICA: | |
| RESPONSABLE: | |

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
 Programa de Detección de Cáncer Cervico Uterino



No. Folio: _____

SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL**III. Identificación de la unidad**

1. Institución _____ 2. Entidad / Delegación _____ 3. Jurisdicción _____
 4. Municipio _____ 5. Unidad médica _____ 6. CLUES _____

III. Identificación de la paciente

7. Nombre _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____
 8. Entidad de nacimiento _____ 9. CURP _____
 10. Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ 11. Edad en años _____
 12. Residencia habitual _____ Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio / Delegación _____
 C.P. _____ Entidad Federativa _____ Jurisdicción _____ Teléfono _____
 13. Otro domicilio _____ Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ Municipio / Delegación _____
 14. Otro teléfono _____ 15. Correo electrónico _____
 16. Afiliación _____ 1. Seguro popular 2. IMSS 3. ISSSTE 4. PEMEX 5. SEDENA 6. SEMAR 7. IMSS PROSPERA 8. Ninguno 9. Otro 16.1 Número de afiliación o póliza _____

III. Antecedentes

17. Citolgia _____ 1. Primera vez en la vida 2. Primera vez después de 3 años 3. Subsecuente 4. Complementaria a resultado positivo de VPH
 18. Situación Ginecoobstétrica _____
 1. Puerperio o Postaborto 2. Postmenopausia 3. Uso hormonales 4. DIU 5. Histerectomía 6. Tratamiento farmacológico 7. Embarazo actual 8. Tratamiento colposcópico previo 9. Ninguno de los anteriores
 19. Inicio de vida sexual _____ 19.1 Edad _____ años 20. Antecedentes de vacunación VPH _____ 1. Si 2. No 20.1 Edad en años _____
 20.2 No. de dosis _____ 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Completo 21. Fecha de última regla Día _____ Mes _____ Año _____
 22. A la exploración se observa _____ 1. Cuello aparentemente sano 2. Cuello anormal 3. Lesión del cuello 4. Cervicitis 5. Leucorrea 6. Sangrado anormal 7. No se observó cuello _____
 23. Utensilio con el que tomó la muestra _____ 1. Espátula de Ayre modificada 2. Cytobrush 3. Hisopo 4. Otro especifique _____
 24. RFC del responsable de la toma de citología _____
 25. Fecha de toma de la muestra Día _____ Mes _____ Año _____
 26. Factores de riesgo _____ 1. Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años 2. Múltiples parejas sexuales 3. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual 4. Tabaquismo 5. Ninguno
 27. Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer _____ 1. Si 2. No
 28. Muestra repetida _____ 1. Si 2. No 28.1 Número citológico anterior _____

IV. Resultado de citología cervical

29. Fecha de interpretación Día _____ Mes _____ Año _____ 30. Número citológico _____ 31. Laboratorio _____
 32. Características de la muestra _____ 1. Adecuada 2. Inadecuada
 33. Interpretación del citotecnólogo _____ 33.1 Otros hallazgos _____
 A. Categoría general del diagnóstico citológico (BETHESDA)
 1. Negativa para lesión intraepitelial o malignidad
 2. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 3. Células escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H)
 4. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
 5. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
 6. Carcinoma epidermoide
 7. Trichomomas vaginallis
 8. Microorganismos infecciosos morfológicamente compatibles con *candida* sp.
 9. Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana
 10. Micro-organismos morfológicamente compatibles con *actinomyces* sp
 11. Cambios celulares compatibles con virus herpes simple
 12. Cambios celulares compatibles con citomegalovirus
 13. Metaplasia escamosa tubular o cambios queratiníticos
 14. Células glandulares endocervicales atípicas (AGC)
 15. Células glandulares endometriales atípicas (AGC)
 16. Células glandulares atípicas (AG)
 17. Adenocarcinoma endocervical in situ
 18. Adenocarcinoma endocervical, endometrial o extraterríneo
 B. Otros hallazgos
 1. Cambios asociados al embarazo
 2. Inflamación (No incluye reparación atípica)
 3. Atrofia
 4. Radioterapia
 5. Dispositivo intrauterino
 6. Lesión post- histerectomía
 7. Presencia de células endometriales no atípicas en mujeres de 45 años o más
 34. Repetir estudio _____ 1. Si 2. No 34.1 Motivo _____ 1. Artificios, hemorragia, inflamación y/o necrosis en más del 75% extendido 2. Lamínilla rota 3. Frotis grueso
 4. Muestra mal fijada 5. Otros. Especifique _____
 35. RFC del citotecnólogo (a) _____
 36. La muestra fue revisada por el patólogo (a) _____ 1. Si 2. No 36.1. Interpretación del patólogo (a) (De acuerdo a la nomenclatura del reactivos 33 A) _____
 36.2. Interpretación del patólogo (a) otros hallazgos (De acuerdo a la nomenclatura del reactivos 33 B) _____
 37. Cédula profesional del patólogo (a) _____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADOS DE CITOLOGÍA CERVICAL

INDICACIONES GENERALES. - Complete todos los rubros (utilice bolígrafo de tinta oscura, letra clara de molde y número arábigos). En el área de la derecha coloque las claves que correspondan. Utilice una casilla para cada letra o número. Los incisos 1 al 28.1 serán llenados por el personal que tomó la muestra. Los incisos del 29 al 37 serán llenados por el personal del laboratorio de citología. El instructivo solo contempla los incisos que requieren explicación. Los incisos deben llenarse obligatoriamente en forma completa en los espacios correspondientes.

- I. **IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE.** - Debe disponerse de las claves de los niveles y áreas correspondientes a la unidad que toma la muestra (Institución, entidad, jurisdicción, municipio/delegación, unidad); registre la claves.
- II. **IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE.** - Se refiere a los datos de la mujer a la que se realiza la detección.
 7. **Nombre.** - Debe anotar el nombre completo de soltera de la paciente.
 8. **Entidad de nacimiento.** - En caso de no conocer los datos debe anotar "se ignora" en el espacio correspondiente.
 9. **CURP:** Registrar el dato de la credencial de elector.
 10. **Fecha de Nacimiento.** - En caso de ignorar la fecha de nacimiento anote en la casilla el año correspondiente a la edad aproximada de la paciente y complete las casillas: día y mes con los números: 01/01
 11. **Edad.** Años cumplidos. En caso de ignorar el dato, anote la edad aproximada.
 12. **Residencia habitual (domicilio).** Anote el lugar en el que la paciente ha vivido los últimos 6 meses.
 13. **Otro domicilio o referencia.** Llenar cuando exista otro domicilio o referencia donde localizar a la paciente.
 14. **Otro teléfono:** Registrar el número de teléfono donde se le pueda localizar.
 15. **Correo electrónico:** Registrar en caso de tener el dato.
 16. **Afilación:** Elija una sola opción (1. S.Popular, 2. IMSS), **16.1. Núm. De Afiliación o póliza:** Se deberá registrar el dato.
- III. **ANTECEDENTES.** - Se refiere a los antecedentes de la mujer a la que se realiza la detección.
 17. **Citología:** Elija una sola opción.
 18. **Situación ginecobstetricia.** Elija una opción. **La opción (2) Postmenopausia** se anotará en caso de que la paciente no haya presentado menstruación desde hace un año y medio o más. **La opción (8) tratamiento colposcópico previo.** Se anotará en caso de que la paciente refiera haberlo recibido.
 19. **Inicio de vida sexual.** Elija una sola opción. **19.1.** Registre la edad en que inició vida sexual.
 20. **Antecedentes de vacunación VPH.** Elija una sola opción y **20.1.** Registre la edad en que se aplicó. **20.2 # de dosis recibidas.**
 21. **Fecha de última regla.** Según refiera la paciente. En caso de imprecisión, anote el primer día del mes y año aproximados.
 22. **A la exploración se observa.** Elija el resultado de la exploración ginecológica efectuada con espejo vaginal.
 23. **Utensilio con el que se tomo la muestra.** Elija una sola opción.
 24. **Responsable de la toma citológica.** Anote el RFC del responsable de la toma citológica.
 25. **Fecha de toma de la muestra.** Anote la fecha en que se tomó la muestra citológica.
 26. **Factores de riesgo.** Elija de una a tres opciones del mismo inciso.
 27. **Cuenta con Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.** Elija una opción
 28. **Muestra repetida.** Registrar una sola opción. **28.1. Núm. Citológico anterior.**
- IV. **RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL.** Se refiere a los resultados de la citología de la mujer a la que se le realizó la detección.
 29. **Fecha de interpretación.** Anote la fecha en que se interpretó la citología.
 30. **Número citológico.** El que el laboratorio asigne a la muestra.
 31. **Laboratorio.** Deberá ser llenado por el laboratorio.
 32. **Características de la muestra.** Anote según la presencia de células identificadas en el frotis.
Adecuada: Cuando la muestra puede ser interpretada sin calificativos y reúne principalmente los siguientes criterios: 1) Número de células escamosas bien conservadas, que puedan verse fácilmente y que cubran más del 10% de la superficie de la laminilla. 2) presencia de células de endocérvid o de la zona de transformación (en pacientes con cérvix)
Inadecuada: Cuando la muestra no es aceptable para una evaluación diagnóstica y se necesita repetir la muestra y reúne principalmente los siguientes criterios. 1) Escasas o insuficientes células epiteliales escamosas, cubriendo menos del 10% de la superficie de la laminilla. 2) Sangre. Células características de inflamación muestra gruesa en la laminilla; pobre fijación, secado al aire sin fijar, artefactos, contaminantes, que imposibilitan la interpretación en 75% o más de las células epiteliales. 3) Sin embargo, si se detectan células anormales, las muestras nunca deberán clasificarse como inadecuadas, debiendo ser consideradas adecuadas pero limitadas.
 33. **Interpretación del citotecnólogo.** Elija una sola opción del resultado de interpretación de la laminilla. **33.1. Otros hallazgos.** Elija una sola opción.
 34. **Repetit estudio.** Elija una sola opción, considerando la más importante de acuerdo a la lista. **34.1 Motivo.** Elija una opción considerando la más importante de acuerdo a la lista.
 35. **RFC del Citotecnólogo.** Anote el RFC del citotecnólogo que interpretó la laminilla.
 36. **La muestra fue revisada por el Patólogo.** Recordar que lo ideal es que el patólogo revise el 100% de las laminillas con anomalías.
 - 36.1 **Interpretación del Patólogo.** Elija una opción de acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33"A". **36.2. Interpretación del Patólogo otros hallazgos.** Elija una opción de acuerdo a la nomenclatura del reactivo 33"B".
 37. **Cedula profesional del Patólogo.** Firma y cédula profesional del Patólogo que revisó la laminilla



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DGE
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA

SISVER
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de
Enfermedades Respiratorias



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

IMPRESIÓN DE LA CÉDULA DEL PACIENTE
(3/02/2021 11:03:33)

DATOS GENERALES

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|--------------------------------|--|
| FOLIO: | | | |
| APELLIDO PATERNO: | | APELLIDO MATERNO: | |
| CURP: | | FECHA DE NACIMIENTO: | |
| NACIONALIDAD: | | | |
| ENTIDAD DE NACIMIENTO: | | | |
| SEXO:* | ESTA EMBARAZADA?: | | |
| ENTIDAD DE RESIDENCIA: | | MUNICIPIO: | |
| LOCALIDAD: | | | |
| CALLE: | | NUMERO: | |
| ENTRE QUE CALLES: | | | |
| COLONIA: | C.P.: | TELÉFONO: | |
| SE RECONOCE COMO INDIGENA?: | | HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA?: | |
| OCCUPACIÓN:* | | | |

DATOS CLÍNICOS

| | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| SERVICIO:* | FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL:* | FECHA DE INICIO DE SINTOMAS:* |
| A PARTIR DE LA FECHA 21/09/2020 TIENE O HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS? | | |
| INICIO SUBITO DE LOS SINTOMAS | | |
| FIEBRE | | |
| TOS | | |
| CEFALEA | | |
| DISNEA | | |
| IRRITABILIDAD | | |
| DIARREA | | |
| DOLOR TORACICO | | |
| ESCALOFRIOS | | |
| ODINOFAGIA | | |
| MIALGIAS | | |
| ARTRALGIAS | | |
| ATAQUE AL ESTADO GENERAL | | |
| RINORREA | | |
| POLIPNEA | | |
| VOMITO | | |
| DOLOR ABDOMINAL | | |
| CONJUNTIVITIS | | |
| CIANOSIS | | |
| ANOSMIA | | |
| DISGEUSIA | | |
| OTRO | | |
| CO-MORBILIDAD: | | |
| DIABETES | | |
| EPOC | | |
| ASMA | | |
| INMUNOSUPRESION | | |
| HIPERTENSION | | |
| VIH/SIDA | | |
| OTRA CONDICION | | |
| ENF. CARDIOVASCULAR | | |
| OBESIDAD | | |
| INSUFICIENCIA RENAL CRONICA | | |
| TABAQUISMO | | |
| OTROS | | |

DIAGNOSTICO PROBABLE:

TRATAMIENTO

DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO?*

SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIMICROBIANOS?*

SE INICIA TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES?*

SELECCIONE EL ANTIVIRAL:*

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

TUVO CONTACTO CON OTROS CASOS DE INFLUENZA 2 SEMANAS PREVIAS?*

DURANTE LAS SEMANAS PREVIAS AL INICIO DE LOS SINTOMAS TUVO CONTACTO CON:*

AVES

CERDOS

OTRO ANIMAL

REALIZO ALGUN VIAJE ENTRE EL 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2020 Y EL 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2020?*

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL?*

FECHA DE APLICACION DE VACUNA ESTACIONAL:

RECIBIO VACUNA CONTRA LA INFLUENZA AH1N1?*

FECHA DE APLICACION DE VACUNA CONTRA INFLUENZA:

PRUEBA DE ANTÍGENO COVID 19

SE LE TOMO MUESTRA AL PACIENTE?*

PRUEBA DE LABORATORIO DE PCR

SE LE TOMO MUESTRA AL PACIENTE?*

RESULTADO DE LA MUESTRA:

RESULTADO DEL CASO:

LABORATORIO:*

TIPO DE MUESTRA:

FECHA:

EVOLUCION

EVOLUCION:*

POR:

FECHA DE EGRESO:

SOLICITUD DE ESTUDIO BACILOSCÓPICO PARA LEPRO
DATOS DEL CASO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD Y SEXO F ____ M ____
DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

UNIDAD DE SALUD _____ INSTITUCIÓN _____
LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO (MARQUE CON X)

| | | |
|----------------------|---------------------|---------------|
| MB | PB | ESTUDIO PARA: |
| LEPRA LEPROMATOSA | LEPRA TUBERCULOIDE | DIAGNÓSTICO |
| LEPRA DOMORFA | LEPRA INDETERMINADA | CONTROL |
| LEPRA SIN CLASIFICAR | | |

| |
|--|
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |

| |
|--|
| |
| |
| |

DATOS CLÍNICOS

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO _____
ANTECEDENTES IMPORTANTES: _____

MONOTERAPIA PQT TRATAMIENTO
OTRO ESQUEMA SIN TRATAMIENTO

1. LÓBULO DE LA OREJA 2. LESIÓN CUTÁNEA 3. MUCOSA NASAL

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN TOMO LA MUESTRA _____
FECHA _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL ESTUDIO _____
FECHA _____

INFORME DE RESULTADO BACILOSCÓPICO
LABORATORIO _____ JURISDICCIÓN _____ ESTADO _____
NUMERO DE REGISTRO DEL LABORATORIO _____ FECHA DE RECEPCIÓN _____

| SITIO DE LA MUESTRA | INDICE BACTERIOLOGICO | INDICE MORFOLÓGICO | CALIDAD DE LA MUESTRA | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| | | | ADECUADA | INADECUADA |
| LÓBULO DE LA OREJA | | | | |
| LESIÓN CUTÁNEA | | | | |
| MUCOSA NASAL | | | | |
| PROMEDIO | | | | |

OBSERVACIONES _____

ÍNDICE BACILOSCÓPICO

Negativo

1+

2+

3+

4+

5+

6+

+

+

BACILOS POR CAMPO

No hay bacilos en 100 campos

1 - 10 bacilos en 100 campos

1 - 10 bacilos en 10 campos

1 - 10 bacilos en cada campo

10 - 100 bacilos en cada campo

100 - 1000 bacilos en cada campo

+ de 1000 bacilos en cada campo

bacilos aislados

bacilos en globias

ÍNDICE MORFOLÓGICO IM= Número de bacilos uniformemente colocados x 100 = % de bacilos viables
Número total de bacilos observados

FECHA DE ESTUDIO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LAB. _____

MICO - F -

SOLICITUD DE ESTUDIO BACILOSCÓPICO PARA LEPRO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO

DATOS DEL CASO:

Nombre del paciente:

Anotar el(los) nombre(s) y luego apellidos paterno y materno sin abbreviar

Edad y sexo:

Registrar con número arabigo, la edad en línea correspondiente al sexo F=FEMENINO M=MASCULINO

Domicilio o referencia del paciente:

Anotar los datos completos mencionando el nombre de la calle y número exterior o interior, colonia, barrio o sector

Localidad:

Anotar el municipio al que pertenece la localidad.

Estado:

Entidad federativa a la que pertenece el municipio

DATOS DEL SOLICITANTE:

Unidad de salud:

Nombre del centro de salud, clínica, hospital, etc.

Institución:

Escribir el nombre de la localidad en que se ubique el domicilio de la unidad de salud para la que se ofrece el servicio

Municipio:

Al que pertenece la localidad.

Estado:

Entidad federativa a la que pertenece el municipio.

Diagnóstico clínico:

Marcar con una "X" el diagnóstico del enfermo.

Estudio para:

Marcar con una "X" si el estudio es para diagnóstico o control.

DATOS CLÍNICOS:

Tiempo de evolución del padecimiento:

Anotar el tiempo que tiene la enfermedad a partir de su inicio

Antecedentes importantes:

Especificar si es lepra familiar y aquellos antecedentes que el médico considere de interés.

Tratamiento:

Marcar con una "X" el tipo de tratamiento.

Sitio de toma de muestra:

Se marcará con una "X" el tipo de lesión de donde proviene la muestra.

Nombre y firma de quien tomo la muestra:

Se anotará el nombre y firma de la persona que toma la o las muestras, registrando también la fecha de toma

Nombre y firma de quien solicita el estudio:

Se anotará el nombre y firma del médico solicitante del estudio y la fecha de la misma.

Formato 01: Resumen clínico epidemiológico para valoración



SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

1 de 2 Anverso

Resumen Clínico Epidemiológico para la Valoración de los
Casos con Tuberculosis Resistente a Fármacos

Formulario 01TB-FR

IDENTIFICACIÓN

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
| Nombre: | Género: | Edad: |
| Fecha de Nacimiento: | Entidad de nacimiento: | CURP: |
| Calle y número: | Localidad o Colonia: | Municipio: |
| Estado: | Institución | Tratante: |
| Jurisdicción Sanitaria: | Unidad de Atención: | Derechohabiente: |
| Ocupación: | Indígena: Si _____ No _____ | |
| Privado de la libertad: Si _____ No _____ | Personal de salud: Si _____ No _____ | |
| Centro penitenciario: | Especifique: _____ | Folio de plataforma: _____ |

ANTECEDENTES

| | | | | | | | |
|---|-----------------|------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| Localización Anatómica de la Tuberculosis | | | | Exámenes | | | |
| Pulmonar: _____ extrapulmonar: _____ especifique: _____ | | | | Se ofertó la Prueba rápida de VIH Si: _____ No: _____ | | | |
| Fecha de Diagnóstico de TB-FR: _____/_____/_____ | | | | Ofertó la Detección para Diabetes Si: _____ No: _____ | | | |
| Enfermedades Concomitantes | | | | Se realizó la Prueba rápida de VIH Si: _____ No: _____ | | | |
| Diabetes Mellitus: _____ | VIH/sida: _____ | Insuficiencia Crónica: _____ | Renal: _____ | Se realizó la Detección para Diabetes Si: _____ No: _____ | | | |
| Hipertensión Sistémica: _____ | Arterial: _____ | OTRAS: _____ | | No solicitado: Rechazado: _____ | | | |
| Año de diagnóstico de DM: _____ | | | | Resultado: _____ (fecha) _____ | | | |
| ADICIONES: | | | | Positivo: _____ Negativo: _____ | | | |
| Alcoholismo Si: _____ No: _____ | | | | Drogas intravenosas Si: _____ No: _____ | | | |
| Tabaquismo Si: _____ No: _____ | | | | Drogas Inhalantes Si: _____ No: _____ | | | |
| Otras Si: _____ No: _____ | | | | Especificar _____ | | | |

Esquemas de tratamientos previos recibidos

| Nº. | Institución | Fecha de inicio | Fecha de término | Esquemas | | Clasificación final |
|-----|-------------|-----------------|------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| | | | | Tipo de tratamiento | Fármacos (escriba sólo siglas) | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

CONDICIÓN CLÍNICA Y BACTERIOLOGÍCA ACTUAL

| | | | | | |
|--------------------|-------------|------------|------------|--------------|-----------------------|
| Temperatura: _____ | Peso: _____ | T/A: _____ | IMC: _____ | HbA1c: _____ | Glicosa sérica: _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

BACTERIOLOGÍA ACTUAL

| TIPO DE ESTUDIO | FECHA DE TOMA | FECHA DE RESULTADO | RESULTADO | LABORATORIO QUE PROCESÓ |
|-----------------|---------------|--------------------|-----------|-------------------------|
| BACILOSCOPIA | | | | |
| CULTIVO | | | | |

RESUMEN CLÍNICO



| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Resumen Clínico Epidemiológico para la Valoración de los Casos con Tuberculosis Resistente a Fármacos

Formulario 01TB-FR

2 de 2 Reverso

ESTUDIO DE CONTACTOS

Fecha, Nombre y Firma del Médico que elaboró

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| |
|--|
| <p>Nombre: apellido paterno, materno nombre (s)</p> <p>Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> (M; masculino F; femenino)</p> <p>Edad: deberá corresponder con fecha de nacimiento</p> <p>Fecha de nacimiento: dia/mes/año</p> <p>Ocupación: actual y/o anterior</p> <p>Centro de atención: IMSS/ISSSTE/PEMEX/SEDENA/SEGURIDAD POPULAR</p> <p>Enfermedades concomitantes:</p> <p>Otras: especificar enfermedad.</p> <p>Se realizó prueba de VIH: Colocar una equis (x) en el rubro según corresponda</p> <p>Fecha de diagnóstico: dd/mm/aa de cuando fue diagnosticado por primera vez como caso con TB FR/RR/ MFR/XDR (fecha de resultado de las pruebas de farmacocobertura)</p> <p>Estudios previos de tratamiento de tuberculosis: Anotar en forma progresiva cuantos tratamientos ha tomado el paciente previamente, la institución donde se han otorgado (IMSS/ISSSTE/SSA/PEMEX/ IMSS PORTUNIDADES, etc)</p> <p>Esquema: Tratamiento primario: 2HREZ/4HREz Sustituido por 2HREZ/4HREz 2HREZ/1HREZ/5HREz Sustituido por Individualizado de segunda línea: Ejemplo 6 Kmfp+Rto+Cs+Z+E/ 18 Utx Rto+Cs+Z+E</p> <p>Otro tratamiento: esquema de tratamiento que no se encuentre normado en la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013. Para la prevención y control de la tuberculosis</p> <p>Clasificación final: Curado: Cuando se termina el tratamiento, desaparecen los signos clínicos y tiene negativa negativa en los 2 intervalos de tratamiento, o cultivo negativo al final del tratamiento.</p> <p>Curado en tuberculosis resistente a fármacos: Se completó el tratamiento indicado y presenta al menos 3 cultivos negativos consecutivos con intervalo de 30 a 60 días durante los últimos 12 meses de tratamiento.</p> <p>Pérdida en el seguimiento (Abandono en tratamiento primario): a la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis durante treinta o más días consecutivos.</p> <p>Pérdida en el seguimiento (Abandono en tuberculosis resistente a fármacos): al paciente que interrumpió el tratamiento durante dos o más meses consecutivos.</p> <p>Fracaso de tratamiento: Persistencia de cultivo en la expectoración al término del tratamiento o a quien después de un período de negativización se hace positivo el estudio bacteriológico.</p> <p>Fracaso en tuberculosis resistente a fármacos: a la falta de conversión bacteriológica, o reversión bacteriológica, o evidencia de resistencia adicional adquirida a las quimioterapias o inyectables de 2da línea o reacciones adversas a medicamentos que pongan en riesgo la vida de la persona afectada por TB.</p> <p>Término de tratamiento: al caso de tuberculosis que ha completado el esquema de tratamiento, han desaparecido los signos clínicos y no se realizó descolonización o cultivo al finalizar el tratamiento.</p> <p>Término de tratamiento en tuberculosis resistente a fármacos: Afectado por TB FR/RR/MFR/XDR que ha finalizado el tratamiento siguiendo el protocolo establecido, pero sin cumplir criterio de curación por falta de resultados bacteriológicos.</p> <p>Resumen clínico: al escrito elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete, adicionales del caso.</p> <p>Bacteriología actual: Especificar el seguimiento bacteriológico, y/o de cultivo.</p> <p>Estudio de contactos: Identificar y estudiar a todos los contactos intendencia y extender de los casos índice, para realizar las acciones correspondientes</p> <p>Tipo de contacto: Padres, hijos, Hermanos, Familiares 3ros, Amigos, Trabajo, Otros.</p> |
|--|

RESUMEN CLINICO

Leyenda: Solicitud de: GENE XPERT, Cultivo, PFS de primera línea e identificación de micobacteria, para pacientes que están dentro del grupo de riesgo para farmacorresistencia, con la intención de dar prioridad a dichas pruebas

Nombre:

Edad:

Sexo:

Originario:

Domicilio actual:

Tiempo de radicar en domicilio actual:

Ocupación:

Estado Civil:

No. Folio de Seguro Popular:

Folio en PUI-TB

APNP:

APP:

PA:

Bariloche de Dx:

| Serie de tres | Fecha de toma | Fecha de resultado | Resultado | Laboratorio que proceso |
|---------------|---------------|--------------------|-----------|-------------------------|
| 1° | | | | |
| 2° | | | | |
| 3° | | | | |

Monitoreo de GluCosa, T/A y Peso

| Fecha | GluCosa Sérica | | Dextrostix | | Hemoglobina Glucosilada | T/A | Peso |
|-------|----------------|---------------|-------------|---------------|-------------------------|-----|------|
| | Preprandial | Post prandial | Preprandial | Post prandial | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Por lo anterior reúne características para ser clasificado como **GRUPO DE RIESGO PARA FARMACORRESISTENCIA**:

1. Caso Nuevo de Tuberculosis _____ asociado a DM (Binomio TBP/DM).
2. Caso Nuevo de Tuberculosis _____ asociado a VIH (Binomio TB ____ VIH)
3. Caso Nuevo de Tuberculosis _____ en Personal de Salud
4. Caso Nuevo de Tuberculosis _____ en CERESO
5. Caso Nuevo de Tuberculosis _____ en Asilos
6. Contacto de caso de Tuberculosis con Resistencia a fármacos.
7. Caso de Tuberculosis que continúa al segundo mes de tratamiento con baciloscopía positiva
8. TB _____ clasificado como RECAIDA
9. TB _____ clasificado como REINGRESO
10. TB _____ clasificado como FRACASO

Formato 02 Cronograma farmacológico de Tx previos



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Formulario 02 TB-FR

Historial farmacológico detallado de tratamientos previos

Nombre del paciente: _____ Estado: _____
Unidad de Atención: _____ Jurisdicción: _____
Institución(es) Tratante(s): _____ Fecha de elaboración: _____

Marque con una X los fármacos que ha utilizado por más de 30 días, así como el periodo de uso

| Medicamentos/ Mes | AÑO: _____ | | | | | | | | | | | | AÑO: _____ | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|----------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | |
| Antituberculosis orales de primera línea | H | Isoniacida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | R | Rifampicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | E | Etambutol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Z | Pirazinamida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antituberculosis inyectables | S | Intubación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Km | Kanamicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Am | Amikacina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cm | Capreomicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fluoroguinoquina | Ofx | Ofloxacina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Lfx | Levofloxacino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mfx | Moxifloxacino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Eto | Eritromicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pfizeros | Pto | Proteonamida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cs | Cicloserina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Trd | Terididona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PAS | Asido P- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fármacos antituberculosos de 2da línea | Lgd | Linomolid | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Amx | Amoxicilina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cbx | Cloxacilina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tha | Tiacetasina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Clr | Claritromicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Imn | Iminenen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Cfs | Clofasimina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Baciloscopía | | Fecha de resultado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cultivo | Resultado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fecha de toma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fecha de resultado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Resultado del cultivo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* En caso de haber recibido un esquema y a este se agregó un nuevo medicamento se debe considerar como un esquema diferente tomado por menos de 30 días, especificarlo

* Cuando los fármacos se hayan



Formato 03: Escala de Riesgo de Abandono



SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Escala de riesgo de abandono

Formulario 03 TB-
FR

Instrucción de Llenado: En el valor de criterio marque con una X, según corresponda el caso del paciente y anote en la columna de puntaje obtenido la calificación correspondiente al inciso que fue marcado, al final sume y clasifique de acuerdo al puntaje.

Fecha de elaboración: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

Ocupación: _____

Unidad de atención: _____

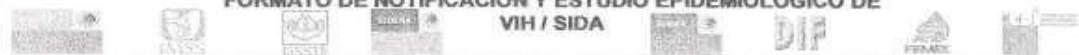
| FACTOR DE RIESGO | VALOR DEL CRITERIO | | PUNTAJE OBTENIDO |
|---|---------------------|----------------------|------------------|
| | SI | NO | |
| Abandonos anteriores | 15 puntos | 0 puntos | |
| Vive sólo | 5 puntos | 0 puntos | |
| Fármacodependencia (alcohol, marihuana, cocaína, heroína, etc.) | 15 puntos | 0 puntos | |
| El paciente cuenta con Red Social de apoyo | 0 puntos | 10 puntos | |
| ¿Cuenta con trabajo fijo? | 0 puntos | 10 puntos | |
| Tiene seguridad social (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX, etc.) | 0 puntos | 5 puntos | |
| Se cuenta con personal de salud quien supervise el tratamiento | 0 puntos | 15 puntos | |
| Tiempo de residencia | >2 años 0 puntos | < 2 años 5 puntos | |
| Calificación de riesgo (Bajo/ moderado/ alto) | | | |

| TIPO DE RIESGO | PUNTAJE | CRITERIO |
|----------------|--------------------------|---|
| BAJO | Hasta 20 puntos | Asegurar que el tratamiento sea estrictamente supervisado |
| MODERADO | De 21 a 39 puntos | Realizar actividades específicas en apoyo a la adherencia terapéutica |
| ALTO | De 40 puntos en adelante | Antes de iniciar tratamiento, realizar actividades específicas que aseguren la adherencia a tratamiento |

Describa las actividades específicas para apoyar a esta persona en la adherencia a tratamiento

Elaborado por: _____
Nombre y firma

FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE



CLASIFICACIÓN: SEROPOSITIVO

SIDA

| | | | |
|--|--|--|--|
| I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | FOLIO: NO. DE EXPEDIENTE: | |
| NOMBRE: _____ | | Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | | ESTADO: _____ de nacimiento: _____ JURISDICCIÓN: _____ de nacimiento: _____ | |
| Día Mes Año | | EDAD: _____ Años Meses Días | |
| MUNICIPIO: _____ de nacimiento: _____ | | SEXO: Masculino () Femenino () | |
| OCCUPACIÓN: _____ (Autos o Ótima) | | ESCOLARIDAD: _____ (Último año aprobado) | |
| RESIDENCIA ACTUAL: _____ Colonia: _____ | | Estado: _____ | |
| Jurisdicción Sanitaria: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ | | Delegación (para IMSS): _____ | |
| Entre qué calle y qué calle: _____ | | ES MIGRANTE: _____ MIGRANTE NACIONAL () MIGRANTE E.E.U.U. () MIGRANTE OTRO () | |
| ANTERIOR LUGAR DE RESIDENCIA POR MÁS DE SEIS MESES A PARTIR DE 1980 (Si son diferentes al habitual y si han durado más de 6 meses) | | Espéjate P.D.S. | |
| Ciudad o localidad: _____ Estado: _____ País: _____ Meses: _____ | | HABLA LENGUA INDÍGENA: _____ Col. _____ País y Ciudad: _____ | |
| Ciudad o Localidad: _____ Estado: _____ País: _____ Meses: _____ | | ES INDÍGENA: _____ | |
| ¿HA TENIDO HIJOS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS? (Sí / No / No Aplica) | | HA ESTADO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL O JUVENIL: _____ | |
| ¿CUANTOS? (Sí / No / No Aplica) | | SE LE DIAGNOSTICÓ VIH: _____ ANTES _____ DURANTE _____ DESPUES DE SU ESTANCIA EN EL CERESO _____ | |
| II NOTIFICANTE | | Clave Unidad _____ Estado/Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ | |
| Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) | | Nombre del Médico Notificador _____ | |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN: _____ Día Mes Año | | | |
| III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS | | 1. SEXUALIDAD A. He tenido relaciones sexuales con: Hombres (Sí) (No) () Mujeres (Sí) (No) () NO APPLICA B. A partir de 1980 he tenido relaciones sexuales con: Homosexuales (Sí) (No) () Trabajadores del sexo comercial (Sí) (No) () Heteróflicos (Sí) (No) () Bisexuales (Sí) (No) () Trabajadores del sexo comercial (Sí) (No) () Internos de Centros de Readaptación Social (Sí) (No) () Heterosexuales (Sí) (No) () Personas Transgénero (Sí) (No) () Personas con VIH/SIDA (Sí) (No) () Migrantes (Sí) (No) () Usuarios Drogas Intravenosas/Inyectables (Sí) (No) () Recipientes de Transfusión sanguínea o de transplante de órganos/tejidos (Sí) (No) () | |
| C. Es o ha sido trabajador del sexo comercial: (Sí) (No) () NO APPLICA D. Es una persona transgénero: (Sí) (No) () | | Fecha en que ocurrió: _____ Día Mes Año _____ Fecha de seroconversión a VIH: _____ Día Mes Año _____ | |
| E. Fue víctima de violación sexual: Recibió quimioterapia (Sí) (No) () | | Fecha de inicio: _____ Día Mes Año _____ Colonia: _____ horas después de la violación: _____ Duración de la Quimioterapia: _____ Días | |
| 2. HA SIDO TRANSFUNDIDO: Nr. UNIDADES TRANSFUNDIDAS DESPUES DE 1980: _____ | | UNIDAD 1 _____ Día Mes Año _____ Clave Unidad _____ Estado/Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ | |
| | | Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) | |
| UNIDAD 2 _____ Día Mes Año _____ | | Clave Unidad _____ Estado/Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ Localidad _____ | |
| Institución _____ Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) | | | |
| 3. ES HEMOFÍLICO: 4. ES USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: 5. HA DONADO SANGRE: 6. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: TIPO DE INTERVENCIÓN | | (Sí) (No) () (Sí) (No) () (Sí) (No) () (Sí) (No) () | |
| FECHA: _____ Día Mes Año _____ | | Clave Unidad _____ Estado/Delegación _____ Jurisdicción Sanitaria _____ Municipio _____ | |
| 7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: EXPOSICIÓN A: SANGRE (Sí) (No) () SECRECIONES (Sí) (No) () ESTERILIZANTE (Sí) (No) () | | Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros) _____ Día Mes Año _____ | |
| RESULTADO DE PRUEBA BASAL: (Sí) (No) () | | FECHA DE EXPOSICIÓN: _____ Día Mes Año _____ | |
| RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS (Sí) (No) () | | FECHA: _____ Día Mes Año _____ FECHA DE SEROCONVERSIÓN A VIH: _____ Día Mes Año _____ | |
| 9. ¿SOSPECHA DE TRANSMISIÓN PERINATAL? (Sí la respuesta es afirmativa pase a la sección IV) | | QUANTAS HORAS DESPUES DE LA EXPOSICIÓN: _____ DURACIÓN DE LA QUIMIOPROFILAXIS: _____ Días | |
| IV TRANSMISIÓN PERINATAL | | SOLÓ LLENAR ESTE APARTADO EN CASOS CON SORPRESA DE TRANSMISIÓN PERINATAL. E. ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? 1. INFECTADO DE VIH/SIDA 2. FALLECIDO POR VIH/SIDA 3. BEBÉN 4. PAREJA SEXUAL INFECTADA POR VIH/SIDA O PRÁCTICAS DE RIESGO 5. MAS DE UNA PAREJA SEXUAL 6. TRABAJADOR DEL SEXO COMERCIAL 7. TRANSFUNDIDO DESPUES DE 1980 8. HEMOFÍLICO 9. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES 10. DONACIÓN DE SANGRE REMUNERADA 11. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH | |
| MADRE (Sí) (No) () | | PADRE (Sí) (No) () | |
| V MECANISMO DE TRANSMISIÓN: | | 1. Sexual: (Sí) (No) () 2. Transfusional: (Sí) (No) () | |
| 3. Drogas Intravenosas/Inyectables: (Sí) (No) () | | 4. Ocupacional: (Sí) (No) () 5. Perinatal: (Sí) (No) () | |
| 6. Otros: (Sí) (No) () | | 9. Desconocido: (Sí) (No) () | |

NOTA: ÚNICAMENTE PERSONAL MÉDICO REGISTRARÁ Y MANEJARÁ LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMATO.
LA INFORMACIÓN DE VISIONA ES CONFIDENCIAL Y DEBERÁ ENVÍARSE EN SOBRE CERRADO.

| VI ANTECEDENTES CLÍNICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----------------------|------|--|---|---|--|--|--|--|--|------|------|-----------------------|------|-------------|-------------|------------|---|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| FECHA DE DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE VIH: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO DE CUADRO CLÍNICO DE SIDA: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de residencia al inicio <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE SIDA: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE SIDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE (Hospital, Clínica, Otras) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN (ESPECIFICAR) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUNICIPIO <input type="text"/> ESTADO <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TUBERCULOSIS <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> FECHA DE DIAGNÓSTICO <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> <div style="flex: 1;"> RESULTADO DE LA DETECCIÓN <input type="text"/> RECIBIÓ QUIMIOPROFILAXIS CON ISONIACIDA. <input type="text"/> POR CUÁNTO TIEMPO SERÁ ADMINISTRADA </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE REALIZACIÓN DE LA DETECCIÓN <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> <div style="flex: 1;"> TIPO DE ESTUDIO REALIZADO <input type="text"/> PPD <input type="text"/> IRX DE TORAX </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO DE QUIMIOPROFILAXIS <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> <div style="flex: 1;"> MESSES <input type="text"/> POSITIVO <input type="text"/> NEGATIVO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ES UN CASO DE TUBERCULOSIS LOCALIZACIÓN DE LA TB FECHA DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> ILS MONAR <input type="text"/> EXTRALI MS MONAR </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECIBIÓ TRATAMIENTO PARA LA TB <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> <div style="flex: 1;"> <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMBARAZO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> CUÁNTOS EMBARAZOS HA TENIDO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> ALGUNO DE SUS HIJOS ESTÁ INFECTADO CON VIH <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> SI NO ESTÁ EMBARAZADA SE LE OFRECIÓ ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> CUÁL MÉTODO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> SI ESTÁ EMBARAZADA, NÚMERO DE GESTA <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> SEMANA DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH Y EMBARAZO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> RECIBIÓ TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ANTES DEL EMBARAZO <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> SEMANA DE GESTACIÓN AL INICIO DE LOS ANTIRRETROVIRALES <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> COMPONENTES DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> EXISTIÓ RECHAZO AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LA EMBARAZADA <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO </div> <div style="flex: 1;"> TIENE CONTROL PRENATAL <input type="text"/> SI <input type="text"/> NO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMIENTO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> RECIBE ANTIRRETROVIRALES <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> UNIDAD TRATANTE <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otras) <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> CLAVE DE LA UNIDAD <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> INSTITUCIÓN <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> ESTADO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> JURISDICCIÓN <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> MUNICIPIO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> LOCALIDAD <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VII AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN, EL PACIENTE SE ENCUENTRA: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> VIVO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> MUERTO <input type="text"/> </div> <div style="flex: 1;"> FECHA DE LA DEFUNCIÓN <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> ESTADO ACTUAL <input type="text"/> VIVO <input type="text"/> MUERTO <input type="text"/> SE IGNORA </div> <div style="flex: 1;"> Nº DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN <input type="text"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIII <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> Detección Inicial: EUSA <input type="checkbox"/> Reactivo <input type="checkbox"/> No reactivo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Fecha de Test <input type="checkbox"/> Fecha de Resultado Aglutinación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="flex: 1;"> Detección Repetida: EUSA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aglutinación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prueba rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> Confirmatoria: Western blot <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Western blot para IgM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CD4 <input type="text"/> CD4% <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carga Viral <input type="text"/> Carga Viral <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="flex: 1;"> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Fecha de Test <input type="checkbox"/> Fecha de Resultado <input type="checkbox"/> </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IX OBSERVACIONES <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="flex: 1;"> X CONTACTOS Nombre (especificar paciente, paciente, familiar) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">SEXO</th> <th style="width: 10%;">EDAD</th> <th style="width: 10%;">Relación con paciente</th> <th style="width: 10%;">CURP</th> <th style="width: 10%;">LABORATORIO</th> <th style="width: 10%;">EDO. ACTUAL</th> <th style="width: 10%;">NOTIFICADO</th> </tr> <tr> <td>M</td> <td>F</td> <td></td> <td></td> <td>Post. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></td> <td>Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="height: 40px;"></td> </tr> </table> </div> </div> | | | | | | | | | | | | SEXO | EDAD | Relación con paciente | CURP | LABORATORIO | EDO. ACTUAL | NOTIFICADO | M | F | | | Post. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| SEXO | EDAD | Relación con paciente | CURP | LABORATORIO | EDO. ACTUAL | NOTIFICADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | F | | | Post. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FIRMA DEL MÉDICO NOTIFICANTE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH / SIDA (VIH/SIDA 2010-1)

El "Formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH/SIDA" está conformado por diez apartados y debe ser llenado exclusivamente por el médico tratante, el epidemiólogo del hospital o el epidemiólogo jurisdiccional para notificar por primera vez, un seropositivo al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o un caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El formato puede ser llenado con máquina de escribir o con letra de molde y números arábigos, que sean legibles y utilizando tinta azul o negra. Se requiere que sea llenado en su totalidad, para validar la clasificación del paciente y facilitar la captura de la información. Lea cuidadosamente las instrucciones antes del llenado.

Tipo de paciente. - Marque con una cruz el cuadro correspondiente, dependiendo de si se trata de un paciente seropositivo al VIH o de un caso de SIDA, de acuerdo al Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA y a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

SECCIÓN I DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

No. Afiliación. - Escriba el número con el que se identifica al paciente, con respecto a su derechohabiencia en salud.

Folio. - Corresponda a la clave que se asigna a cada uno de los registros, la cual se genera de forma automática por el Sistema de Información Plataforma RHOVE una vez que la información del formato es capturada.

CURP. - Escriba la Clave Única de Registro de Población.

No. de expediente. - Escriba el número del expediente clínico en el que se registra la información del paciente.

Nombre. - Escriba el nombre completo del paciente, sin abreviaturas, iniciando con el apellido paterno, el apellido materno y el o los nombres.

Fecha de nacimiento. - Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que nació el paciente.

Estado. - Escriba el nombre de la entidad federativa donde nació el paciente.

Jurisdicción. - Escriba el nombre de la Jurisdicción Sanitaria donde nació el paciente.

Municipio. - Escriba el nombre del municipio donde nació el paciente.

Edad. - Escriba con número los dos dígitos de la edad del paciente en años, meses y días cumplidos.

Sexo. - Marque con una cruz dentro de los incisos la letra M si el paciente es masculino o con la letra F si es femenino.

Estado civil. - Marque con una cruz dentro de los incisos el estado civil actual del paciente.

Ocupación. - Escriba el nombre de la actividad laboral que actualmente esté desempeñando el paciente (escribir si está desempleado).

Escolaridad. - Escriba el máximo grado de estudios cursado por el paciente.

Residencia actual. - Escribir el nombre completo de la calle, el número exterior, el número interior, la colonia o localidad, la entidad federativa, la jurisdicción sanitaria, la delegación política o el municipio, la localidad, el código postal y en caso de que sea derechohabiente del IMSS anotar la Delegación en donde se encuentre actualmente radicando el paciente, anotando la ubicación entre qué calles se encuentra el domicilio.

Es migrante. - Marque con una cruz el cuadro con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore la respuesta. En caso afirmativo marque con una cruz sólo una opción, dependiendo si se trata de un migrante nacional, de los E.E.U.U. o de otro país, especificando el país y la ciudad.

MIGRANTE: Persona que se mueve por más de seis meses de su lugar de residencia debido a causas económicas o de subsistencia, o bien por causas sociales por desplazamiento o por mejorar el estatus social. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Migrantes "Vale sano y Regresa Sano"

Anterior lugar de residencia por más de seis meses a partir de 1980. - Registrar los dos últimos lugares sólo si son diferentes al domicilio actual, anotando la ciudad o localidad, el estado y el número de meses que el paciente residió en un lugar por más de seis meses, a partir del año 1980.

Es un caso binacional. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se desconozca, en caso afirmativo especifique el país y la ciudad. Caso binacional de VIH/SIDA es todo aquel que durante los cinco años antes del inicio de la enfermedad viajó o vivió en otro país, o tuvo contacto con personas que viajaron o vivieron en el otro país.

Habla lengua indígena. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo. Si el paciente habla lengua indígena especifique cuál.

Es indígena. - Registre en el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se desconozca. Población Indígena incluye a todas las personas que forman parte de un hogar donde el jefe o cónyuge y/o los padres de éstos hablan lengua indígena y a los hablantes de lengua indígena que no forman parte de estos hogares (Fuente: CDI-PNUD. Sistema de indicadores sobre la población Indígena de México, con base en: INEGI, XII Censo de Población y Vivienda, México, 2000 y el Conteo de Población y Vivienda, México, 2005).

¿ Ha tenido hijos en los últimos 2 años ?. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo, o en el cuadro que dice NO APLICA, cuando se trate de un menor de edad. En caso afirmativo escribir con número, cuántos hijos ha tenido en los últimos dos años.

Ha estado en un centro de readaptación social o juvenil. - Marque con una cruz el espacio con Sí, con NO o ?. En caso de respuesta afirmativa marque si a la persona se le realizó el diagnóstico de VIH antes, durante o después de su estancia en el Centro de Readaptación Social (CERESO).- Lugar destinado a la reclusión de las personas que cumplen una sentencia por haber cometido un delito ("cárcel").

SECCIÓN II UNIDAD NOTIFICANTE

Clave Unidad. - Escriba la clave (alfabética, numérica o alfanumérica) con que se identifica a la unidad médica.

Estado/Delegación. - Escriba el nombre de la entidad federativa en donde se ubica la unidad de notificación.

Jurisdicción Sanitaria. - Escriba el número y el nombre de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece la unidad de notificación.

Municipio. - Escriba el nombre del municipio en donde se ubica la unidad de notificación.

Localidad. - Escriba el nombre de la localidad en donde se ubica la unidad de notificación.

Institución. - Escriba las siglas del nombre de la institución del Sector Salud a la que pertenece la unidad de notificación **Fecha de notificación.** - Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se reporta el caso.

Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros). - Escriba el nombre completo de la unidad médica que realiza la notificación.

Nombre del médico notificador. - Escriba el nombre completo del médico responsable de la notificación del caso.

Fecha de notificación. - Escriba con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se reporta el caso.

SECCIÓN III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Sexualidad

Ha tenido relaciones sexuales con. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo, o con ? en caso de que se ignore o el paciente no proporcione una respuesta sobre su actividad sexual con hombres o con mujeres. En caso de que se trate de un menor, marque el cuadro que dice NO APLICA.

A partir de 1980 ha tenido relaciones sexuales con: - - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore, dependiendo del tipo de contacto.

Es o ha sido trabajador del sexo comercial. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo, o con ? en caso de que se ignore, o el que dice NO APLICA, cuando se trate de un menor.

Es una persona transgénero. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore.

Fue víctima de violación sexual. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore si el paciente fue violado sexualmente, anotando la fecha en que ocurrió la violación y escriba la fecha de la seroconversión en que el resultado fue reportado como positivo. Marque con una cruz en el espacio correspondiente si el paciente recibió la administración de medicamentos para evitar la transmisión (quimioterapias), registre la fecha del inicio de ésta, cuántas horas después de la violación y su duración en días.

Ha sido transfundido. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore si el paciente ha recibido sangre total o alguno de sus derivados.

No. Unidades transfundidas después de 1980. - Escriba con número la cantidad de unidades transfundidas después de 1980 y la fecha en que se transfundió cada una de las unidades, así como la clave de la Unidad Médica, el nombre del estado o delegación (del IMSS), el número y nombre de la jurisdicción sanitaria, el nombre del municipio y la localidad, las siglas de la institución de salud en donde le fue aplicada la transfusión y el nombre completo de la unidad médica donde se realizó la transfusión.

Es hemofílico. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore.

Es usuario (a) de drogas intravenosas/inyectables. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore.

Ha donado sangre. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore.

Ha recibido transplantes de órganos/tejidos o inseminación artificial. - Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore. En caso afirmativo, escriba el órgano o tejido transplantado o si fue inseminación artificial, así como la fecha en que se realizó el transplante o la inseminación, así como la clave de la Unidad Médica, el nombre del estado o delegación (del IMSS), el número y nombre de la jurisdicción sanitaria, el nombre del municipio y la localidad, las siglas de la institución de salud en donde se realizó el transplante o la inseminación y el nombre completo de la unidad médica donde se realizó.

Exposición ocupacional a sangre o secreciones con VIH.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore. En caso afirmativo, indicar si la exposición fue con sangre, marcando con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo. En caso de existir exposición con otra secreción, escriba el tipo de secreción a la que se estuvo expuesto e indique la fecha de la exposición. Si se realizó prueba basal, marque con una cruz el espacio con (+) en caso de resultado positivo, con (-) en caso de resultado negativo o con (?) en caso de que se ignore el resultado y escriba la fecha de la seroconversión en que el resultado fue reportado como positivo. Marque con una cruz en la opción correspondiente si el paciente recibió la administración de medicamentos para evitar la transmisión ocupacional (quimioprofilaxis), anotando la fecha del inicio de ésta, cuántas horas después de la exposición y su duración en días.

Sospecha de transmisión perinatal.- Marque con una cruz el cuadro con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore. En caso afirmativo, *pasar a la sección IV.*

SECCIÓN IV TRANSMISIÓN PERINATAL

Esta sección sólo deberá ser llenada para los niños seropositivos o casos de SIDA con sospecha de transmisión perinatal.

¿Alguno de los padres tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore si el padre y/o la madre del niño cursan actualmente o han tenido alguna de las condiciones anotadas.

SECCIÓN V MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Esta variable deberá ser establecida por el médico que realizó el diagnóstico y deberá marcar con una cruz el cuadro correspondiente al mecanismo de transmisión de la enfermedad en el paciente (sexual, transfusional, drogas intravenosas/inyectables, ocupacional, perinatal o desconocido). En el caso de la transmisión sexual, marcar con una cruz el cuadro específico para denotar la preferencia homosexual, bisexual o heterosexual.

SECCIÓN VI ANTECEDENTES CLÍNICOS

Fecha del diagnóstico serológico de VIH.- Escriba con número los dos dígitos del día, mes y el año en que el paciente fue diagnosticado como seropositivo a VIH por un médico.

Fecha de inicio de cuadro clínico.- Escriba con número los dos dígitos del día, mes y el año en que el paciente tuvo por primera vez, signos y síntomas de SIDA.

Estado de residencia al inicio.- Escriba del estado donde habitaba el paciente al momento del inicio del cuadro clínico.

Fecha del diagnóstico de SIDA.- Escriba con número los dos dígitos del día, mes y el año en que el paciente fue diagnosticado como caso de SIDA por un médico.

Institución donde se realizó el diagnóstico de SIDA.- Escriba el nombre completo de la unidad médica en donde se realizó el diagnóstico de SIDA, con las siglas de la institución de salud a la que pertenece y el domicilio de la misma unidad (municipio y estado).

Infecciones.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo, si es que el paciente fue diagnosticado o no con uno o más de los padecimientos enlistados, y anotar con número, los dos dígitos del día, el mes y el año en que se realizó el diagnóstico. En el caso de que se haya hecho un diagnóstico de otro padecimiento no enlistado en este apartado, especificarlo en el apartado de OTRAS.

Neurogénicos.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo, si es que el paciente fue diagnosticado o no con uno o más de los padecimientos enlistados, y anotar con número, los dos dígitos del día, el mes y el año en que se realizó el diagnóstico. En el caso de que se haya hecho un diagnóstico de otro padecimiento no enlistado en este apartado, especificarlo en el apartado de OTRAS.

Neoplasias.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo, si es que el paciente fue diagnosticado o no con uno o más de los padecimientos enlistados, y anotar con número, los dos dígitos del día, el mes y el año en que se realizó el diagnóstico. En el caso de que se haya hecho un diagnóstico de otro padecimiento no enlistado en este apartado, especificarlo en el apartado de OTRAS.

Otras.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo, si es que el paciente fue diagnosticado o no con uno o más de los padecimientos enlistados. En el caso de que se haya hecho un diagnóstico de otro padecimiento no enlistado en este apartado, especificarlo en el rincón de OTRAS.

Tuberculosis.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore, si el paciente tuvo contacto con alguna persona con Tb activa, así como anotar la CURP de dicha persona. También si el paciente tiene sintomatología sugestiva de Tb activa, si se ha realizado algún tipo de detección (marcar el tipo de estudio, la fecha del mismo y el resultado de la detección). Si se le administró isoniacida para prevenir tuberculosis activa (quimioprofilaxis) y en caso afirmativo, anote el tiempo en número de meses y con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se inició ésta. Asimismo, marcar con una cruz el cuadro con Sí en caso afirmativo o con NO en caso negativo, si es que al paciente se le diagnosticó tuberculosis. En caso afirmativo, marcar la localización de la misma (pulmonar o extrapulmonar) y anote con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se confirmó el diagnóstico y si recibió tratamiento para la Tb.

Embarazo.- Anote en el espacio el número de embarazos que ha tenido y marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore si alguno de los hijos está infectado con VIH, asimismo registre si la paciente actualmente está embarazada, si no está embarazada registre si se le ofreció algún método anticonceptivo y anotar el método, anotar el número de gesta si está embarazada y el número de semanas de gestación al momento del diagnóstico de VIH, si recibía tratamiento antirretroviral antes del embarazo, anotar el número de semanas de gestación al inicio del tratamiento y tipo de tratamiento. Marcar si existió rechazo al tratamiento y si tiene control prenatal.

Tratamiento.- Marque con una cruz el espacio con Sí en caso afirmativo, con NO en caso negativo o con ? cuando se ignore, si es que el paciente recibe tratamiento con antirretrovirales. En caso afirmativo, anote con número los dos dígitos del día, mes y el año en que se inició el tratamiento. También escriba los datos de la unidad médica que proporciona el tratamiento, anotando el nombre completo, la clave de la unidad y las siglas de la institución del Sector Salud a la que pertenece, la entidad federativa, la jurisdicción sanitaria, el municipio y la localidad de ubicación de la unidad.

SECCIÓN VII ESTADO ACTUAL

Al momento de la notificación, el paciente se encuentra.- Marque con una cruz el cuadro correspondiente en el caso de que el paciente se encuentre VIVO, MUERTO o si SE IGNORA el momento de la notificación. En el caso de que esté muerto, anote con número los dos dígitos del día, mes y año en que falleció el paciente, así como el número de folio del certificado de defunción correspondiente.

SECCIÓN VIII LABORATORIO

Detección inicial.- Marque con una cruz el cuadro que indique si el resultado fue Reactivo, No reactivo o Indeterminado, dependiendo del tipo de prueba (Elisa, Aglutinación o prueba rápida), anotando con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se tomó la muestra y en que se obtuvo el resultado de la detección inicial.

Detección repetida.- Marque con una cruz el cuadro que indique si el resultado fue Reactivo, No reactivo o Indeterminado, dependiendo del tipo de prueba (Elisa, Aglutinación o prueba rápida), anotando con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se tomó la muestra y en que se obtuvo el resultado de la detección repetida.

Confirmatoria.- Marque con una cruz el cuadro que indique si el resultado fue Positivo, Negativo o Indeterminado, dependiendo del tipo de prueba: presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo, a través de la inmunoelectrotransferencia (Western blot), detección de ácidos nucleicos del VIH mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) y presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo, a través de la inmunoelectrotransferencia específicamente para la Immunoglobulina A (Western blot para IgA), anotando con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se tomó la muestra y en que se obtuvo el resultado de la prueba confirmatoria. Asimismo, anotar el resultado de la cuantificación de linfocitos T cooperadores (CD4), expresado en células/ml y su representación en porcentaje (%) y el resultado de la determinación de RNA viral, expresado en copias/ml, anotando con número los dos dígitos del día, el mes y el año en que se tomó la muestra y cuando se reportó el resultado.

SECCIÓN IX OBSERVACIONES

En esta sección se podrá anotar alguna otra información que el médico considere de importancia para el diagnóstico del padecimiento.

SECCIÓN X CONTACTOS

En esta sección anote los nombres de las personas que están relacionadas directamente con el paciente seropositivo o caso de SIDA, especificando el sexo, la edad de los mismos y su relación de parentesco con el paciente así como su CURP, y marque con una cruz sus resultados de laboratorio si se les realizaron que el resultado sea positivo, marque con una cruz si fueron notificados o no como seropositivos o casos a las autoridades de salud correspondientes.

Nota: En la medida de lo posible, se deberá estudiar a los contactos sexuales, a las personas con quienes haya compartido el uso de agujas y jeringas y a quienes le hayan donado o a quienes el paciente haya donado sangre, órganos, tejidos o células germinales, durante los cinco años previos a la fecha probable de la infección. Asimismo, se deberá estudiar a los hijos del paciente, nacidos después de la fecha probable de infección, o a los menores de cinco años de edad.

Firma.- Registrar la firma del médico notificante.

Este formato una vez requisitado deberá ser enviado al nivel inmediato superior a más tardar dentro de las primeras 72 hrs. posteriores al diagnóstico.

SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
SOLICITUD DE ANÁLISIS MUESTRAS AMBIENTALES

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

Organismo o persona que solicita el servicio: _____

2.- DATOS DEL MUESTREO

Jurisdicción Sanitaria: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

Nombre de la persona que realiza el muestreo: _____

2.1.- Seguimiento: Normal () Denuncia () Programas especiales () Aseguramiento () Brote ()
Otro: (especificar) _____

3.- DATOS DE LA MUESTRA

Producto: _____ Fecha de caducidad: _____ Marca: _____

Lote: _____ Volumen o peso de la muestra: _____

No. De unidades _____ Categoría o forma farmacéutica _____

Fabricante y/o distribuidor _____

No. de etiqueta _____ No. de acta _____

Lugar exacto del muestreo: _____

3.1.- Procedencia de agua natural o consumo humano: Pozo () Toma domiciliaria () Río ()

Manantial: () Arroyo: () Otro: (especificar) _____

3.2.- Sistema: Formal: () Informal: ()

3.3.- Conservación de la muestra: Refrigerada: () Congelada: () Temperatura ambiente: ()

4.- TIPO DE ANÁLISIS

Fisicoquímico () Microbiológico () Toxicológico () Biología Molecular: ()

Especificar: _____

5.- ENTREGA DE LA MUESTRA

Nombre (mensajero, verificador, etc.,) _____ Firma: _____

6.- DATOS DE INGRESO AL LABORATORIO

Fecha: _____ Hora: _____ Folio: _____

Documentos de ingreso: Oficio de solicitud () Formato de brote () Otros: ()

Observaciones: _____

**EFE****ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA**

EFE - PAG. 1

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____

APELLIDO PATERNO: _____ DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

APELLIDO MATERNO: _____ SEXO: _____ MASC. FEM.

NOMBRE (S): _____ EDAD: AÑOS: _____ MESES: _____ DÍAS: _____

ESTADO DE NACIMIENTO: _____

JURISDICCIÓN: _____

INICIO: _____

RESIDENCIA ACTUAL:

CALLE: _____

NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____

COLONIA: _____

ESTADO: _____

JURISDICCIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____

ENTRE CALLE: _____

Y CALLE: _____

C.P.: _____

TELÉFONO: .ADA: _____

¿SE RECONOCE COMO INDÍGENA? 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE¿HABLA LENGUA INDÍGENA? 1=SI, 2=NO

¿CUÁL?: _____

Es migrante: 1=SI, 2=NO

País de Nacionalidad: _____

País de Origen: _____

Países de tránsito en los

últimos tres meses: 1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- Otro: _____

Fecha de Ingreso al País: _____/_____/_____

Día Mes Año

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLAVE DE LA UNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

TIPO DE VIGILANCIA 1=ACTIVA, 2=PASSIVA

INSTITUCIÓN: _____

DELEGACIÓN: _____

FECHA

DÍA MES AÑO

PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: _____

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____

NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____

FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____

III. UNIDAD TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____

CLAVE DE LA UNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____

INSTITUCIÓN: _____ DERECHOHABIENTE: SI NO NO. DE EXPEDIENTE: _____**IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**VACUNACIÓN ANTISARAMPIÓN: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

NÚMERO DE DOSIS: _____

FECHAS: 1a

DÍA MES AÑO

2a

DÍA MES AÑO

FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: _____

ANTIRRUBÉOLA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

FECHA: _____

DÍA MES AÑO

TIPO DE VACUNA: SARAMPIÓN: _____ TRIPLE VIRAL: _____

RUBÉOLA: _____ SARAMPIÓN-RUBÉOLA: _____

FUENTE DE INFORMACIÓN: 1=CARTEL, 2=VERBAL, 3=OTRO, 4=DECONOCE

OTRO: _____

¿PRESENTÓ OTRO EXANTEMA TRES MESES PREVIOS A ESTE? 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

ESPECIFIQUE LUGAR Y FECHA DE VIAJES REALIZADOS Y/O VISITAS RECIBIDAS EN LOS 21 DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL EXANTEMA: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS MISMOS SÍNTOMAS? 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

ESPECIFIQUE CON QUIÉN, LUGAR Y FECHA: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON MUJERES EMBARAZADAS? 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

ESPECIFIQUE EL LUGAR Y FECHA: _____

V. CUADRO CLÍNICOFIEBRE: 1=SICUANTIFICACIÓN: C

FECHA DE INICIO: _____

DÍA MES AÑO

EXANTEMA: 1=SI

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE TÉRMINO: _____

DURACIÓN DE EXANTEMA: _____

TIPO DE EXANTEMA: 1=MACULOPAPULAR, 2=VESICULAR, 3=OTROS

DISTRIBUCIÓN DEL EXA: _____

1-CÉFALOCAUDAL 2-CENTRÍFUGA 3-CENTRÍPETA

4-SIMULTÁNEA 5-OTRA 6-NO ESPECIFICADO

CONTINUA CON EXANTEMA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCESEXTO DÍA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCETOS: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCEMANCHAS DE KÖPLIK: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCECORIZA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCECONJUNTIVITIS: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCEESPLENOMEGALIA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCEATAQUE AL ESTADO GENERAL: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCEADENOMEGLIA/SERVICIALES: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCERETROAURICULARES: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCESUPRACLAVICULARES: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCENINGUNA: 1=SI, 2=NO, 3=DECONOCE

OTROS DATOS CLÍNICOS:

*DIAGNÓSTICO(S) DE PRESUNCIÓN: 1=SARAMPIÓN, 2=RUBÉOLA, 3=OTRO

OTRO (ESPECIFIQUE): _____

| | |
|---|--|
|         | PFA ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA |
|---|--|

NO LLENAR LOS APARTADOS SOMBREADOS EN CASOS DE 15 AÑOS Y MÁS

PFA - PAG. 1

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (R): _____
 RFC: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DÍA MES AÑO: _____ SEXO: _____
 DÍA MES AÑO: _____ MASC. FEM.

EDAD: AÑOS: _____ MESES: _____

RESIDENCIA ACTUAL:
 CALLE: _____ NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____ COLONIA: _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____
 ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO (LADA): _____

Es migrante: 1= Sí, 2= No País de Nacionalidad: _____ País de Origen: _____

Países de tránsito en los últimos tres meses: 1- _____ 2- _____ 3- _____

4 - Otro: _____ Fecha de Ingreso al País: _____ Día Mes Año

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 LOCALIDAD: _____ INSTITUCIÓN: _____ CLUES: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD: _____ DÍA MES AÑO FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____ DÍA MES AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____ DÍA MES AÑO NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: _____ DÍA MES AÑO

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: _____ DÍA MES AÑO

IV. DIAGNÓSTICO PROBABLE

DIAGNÓSTICO INICIAL: 1=POLIO, 2=PFTA

V. ANTECEDENTE VACUNAL *(MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD)

¿CUENTA CON APLICACIÓN DE VACUNA DE POLIOMIELITIS? 1=PV (PENTAVALIENTE ACUCLAR), 2=SABIN, 3=NO, 9=SE DESCONOCE
 FUENTE: 1=CARTEL, 2=COMPROBANTE, 3=CEÑO NOMINAL, 9=SE DESCONOCE FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: _____ DÍA MES AÑO

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROCEDENCIA DEL CASO: 1=LOCAL (MISMA ENTIDAD), 2=FORÁNEO.

¿HA VISITADO LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? 1=Sí, 2=No, 9=SE DESCONOCE FECHA EN QUE VISITÓ: _____ DÍA MES AÑO

SI ES FORÁNEO: PAÍS: _____ ENTIDAD: _____ CIUDAD O LUGAR: _____ DÍA MES AÑO

¿ESTUVO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? 1=Sí, 2=No, 9=SE DESCONOCE

VII. DATOS CLÍNICOS

PRÓDROMOS (21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA PARÁLISIS): FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: _____ DÍA MES AÑO

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE DESCONOCE

| | | | | | |
|-----------------|----------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Fiebre: _____ | Respiratorio: _____ | Digestivo: _____ | Mialgias: _____ | Signos meníngeos: _____ | Artritis: _____ |
| Exantema: _____ | Conjuntivitis: _____ | Cefalea: _____ | Artralgias: _____ | Dolor retroocular: _____ | Otros: _____ |

FECHA DE INICIO DE LA PARÁLISIS/PARESIA: _____ DÍA MES AÑO ¿TUVO FIEBRE AL INICIO DE LA PARÁLISIS? 1=Sí, 2=No, 9=SE DESCONOCE

FECHA DE ESTABILIZACIÓN DE LA PARÁLISIS: _____ DÍA MES AÑO ¿DÍAS DE INSTALACIÓN? 1=1 A 5 DÍAS, 2=6 A 10 DÍAS, 3=11 A 15 DÍAS, 4=16 A 20 DÍAS, 9=SE DESCONOCE

PROGRESIÓN: 1=ASCENDENTE, 2=DESCENDENTE FECHA DE INICIO: _____ DÍA MES AÑO

| | | |
|---|--|---|
| FECHA DE 1 ^a VALORACIÓN NEUROLOGICA: _____ DÍA MES AÑO | CARACTÉRISTICA DE LA PARÁLISIS: _____ | ISOMÉTRICA, 2NEUROSTÉTICA: _____ |
| OPCIONES: <input type="checkbox"/> 1=SÍ, <input type="checkbox"/> 2=NO, <input type="checkbox"/> 3=SE DESCONOCE | PRESENCIA DE PARÁLISIS: <input type="checkbox"/> 1=IZQUIERDO, <input type="checkbox"/> 2=DERECHO FECHA DE INICIO: <input type="checkbox"/> 1=IZQUIERDO, <input type="checkbox"/> 2=DERECHO | TIPO: <input type="checkbox"/> 1=IZQUIERDO, <input type="checkbox"/> 2=DERECHO, <input type="checkbox"/> 3=AMBOS, <input type="checkbox"/> 4=SE DESCONOCE |
| | REFLEJOS: <input type="checkbox"/> 1=IZQUIERDO, <input type="checkbox"/> 2=DERECHO | SENSIBILIDAD: <input type="checkbox"/> 1=IZQUIERDO, <input type="checkbox"/> 2=DERECHO |

| | | |
|---|---|--|
| FECHA DE 2 ^a VALORACIÓN NEUROLOGICA: _____ DÍA MES AÑO | PIERNAS: _____ | PIÉS: _____ |
| OPCIONES: <input type="checkbox"/> 1=SÍ, <input type="checkbox"/> 2=NO, <input type="checkbox"/> 3=SE DESCONOCE | OPCIONES: <input type="checkbox"/> 1=PROXIMAL, <input type="checkbox"/> 2=DISTAL, <input type="checkbox"/> 3=AMBOS, <input type="checkbox"/> 4=SE DESCONOCE | OPCIONES: <input type="checkbox"/> 1=AUMENTADOS, <input type="checkbox"/> 2=DISMINUIDOS, <input type="checkbox"/> 3=AUSENTES, <input type="checkbox"/> 4=NORMALES, <input type="checkbox"/> 5=SE DESCONOCE |
| | | OPCIONES: <input type="checkbox"/> 1=SÍ, <input type="checkbox"/> 2=NO, <input type="checkbox"/> 3=SE DESCONOCE |

FECHA DE INGRESO: _____ DÍA MES AÑO FECHA DE EGRESO: _____ DÍA MES AÑO

AFFECTACIÓN DE PARES CRANIALES: 1=SÍ, 2=NO, 3=SE IGNORA
 PARÁLISIS DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS:

VIII. GABINETE

ELECTROMIOGRAFIA COMPATIBLE CON: 1 = poliomielitis, 2 = cgb, 3 = normal, 4 = otro. ¿REALIZADO? 1=SI, 2=NO

VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN COMPATIBLE CON: 1 = poliomielitis, 2 = cgb, 3 = normal, 4 = otro. ¿REALIZADO? 1=SI, 2=NO

IX. LABORATORIO

FOLIO DE MUESTRAS

ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

FECHA: DIA MES AÑO ASPECTO: CÉLULAS: 1mm³ LEUCOS: 1mm³ LINFOS: % GLUCOSA: mg/dl PROTEÍNAS: mg/dl

| HECES 1 | TOMA | RECOPILACIÓN AL LABORATORIO | ENVIÓ AL LABORATORIO | RECOPILACIÓN AL LABORATORIO | RESULTADO |
|------------|--|--|--|--|--|
| FECHAS DE: | <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO | <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO |

MUESTRA: 1=ADECUADA, 2=INADECUADA

RESULTADO:

AISLAMIENTO VIRAL: 1=POSITIVO, 2=NEGATIVORT-PCR* RT-PCR TIEMPO REAL** SERONEUTRALIZACIÓN*

*SI P1=POLIO 1, P2=POLIO 2, P3=POLIO 3, S23=POLIO 1,2 y 3, NP=NO POLIO, N=NEGATIVO, R=REVERTANTE, NR=NO REVERTANTE, S=SALVAJE, M=MEZCLA DE POLIO CON ENTEROVIRUS NO POLIO

**R=NEGATIVO, E=VIRUS ENTEROVIRUS NO POLIO, P=POSSIBLE POLIO, P1=MSL-POLIO 1 NO SABIN LIKE, P2=MSL-POLIO 2 NO SABIN LIKE, P3=MSL-POLIO 3 NO SABIN LIKE, PVI=SABIN, PV2=SABIN, PV3=SABIN

SE TOMÓ MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO ZIKA: 1=SI, 2=NO, 3=SE DESCONOCE

Sero

Fechas toma: Fecha de recepción: Fecha resultado PCR-Tiempo Rest: Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo:

Saliva

Fechas toma: Fecha de recepción: Fecha resultado PCR-Tiempo Rest: Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo:

Orina

Fechas toma: Fecha de recepción: Fecha resultado PCR-Tiempo Rest: Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo:

Laboratorio donde se procesó la muestra: _____

EN CASO DE TENER SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS 15 DÍAS PREVIOS A LA PARÁLISIS, TOMAR MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE ENTEROVIRUS D68:

Excedido asesoriase:

Fechas toma: Fecha de recepción: Fecha resultado PCR-Tiempo Rest: Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo:

X. ESTUDIO DE CONTACTOS

| No. | NOMBRE | EDAD | | SEXO | | CONTACTO * | | TOMA DE MUESTRA | | FECHA DE TOMA DE MUESTRA | | |
|-----|--------|------|-------|------|-----|------------|---|-----------------|----|--------------------------|-----|-----|
| | | AÑOS | MESES | MAS | FEM | I | E | SI | NO | DÍA | MES | AÑO |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |

*Información de CONTACTO: Endemicos, E=Extradicional

XI. EVOLUCIÓN

REVISADO POR: GRUPO DE EXPERTOS: 1=SI, 2=NO CEVE 1=SI, 2=NO COMITÉ NACIONAL: 1=SI, 2=NO FECHA DE REVISIÓN: DÍA MES AÑO

CLASIFICACIÓN FINAL PARA POLIOMIELITIS: 1=DESCARTADO A POLIOMIELITIS, 2=CONFIRMADO A POLIOMIELITIS POR VIRUS SALVAJE, 3=CONFIRMADO A POLIOMIELITIS DERIVADO A LA VACUNA, 4=CONFIRMADO ASOCIADO A LA VACUNACRITERIO DE CLASIFICACIÓN: 1=LABORATORIO+GABINETE, 2=CLÍNICA, 3=ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO, 4=CLÍNICO+EPIDEMIOLÓGICODIAGNÓSTICO FINAL: 1=POLIO, 2=NO, 3=POLIOMIELITIS, 4=ASOCIADO A VACUNA DE INFLUENZA, 5=ASOCIADO A VACUNA DE INFLUENZA PANDEMICA, 6=POLIOMIELITIS, 7=EV, 8=LEM, 9=LEM DEL HERPES CÍSTICO, 10=NEUROITIOPATÍA, 11=OTRO ASOCIADO A DIA, 12=TRAUMA, 13=TUMOR, 14=OTRO (*ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES RESULTADO DE LABORATORIO EN CASO DE DUDA)ESTADO ACTUAL: 1=COHABITANTE, 2=RECOUPERADO, 3=SEGUILLAS, 4=DEFUNCIÓN, 5=SE DESCONOCE

FECHA DE DEFUNCIÓN: DIA MES AÑO NÚMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: CAUSA BÁSICA: _____

XII. OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES: _____

XIII. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____

CARGO: _____

TELÉFONO (LADA): _____



LAS VARIABLES MARCADAS EN COLOR GRIS, EL LLENADO ES OBLIGATORIO ADEMÁS DE ANEXAR CARTILLA DE VACUNACIÓN.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE _____ No. de afiliación o expediente _____ Folio _____

NOMBRE _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____ RFC _____ CURP _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Fecha de nacimiento _____ Estado de nacimiento _____ Jurisdicción de nacimiento _____

Municipio de nacimiento _____ de mes año _____ SEXO: m f EDAD: Años Meses

RESIDENCIA ACTUAL: Domicilio _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Calle y número _____ Colonia o localidad _____

Localidad _____ Municipio _____ Estado _____

Entre calle _____ Y calle _____ C.P. _____

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

CLUES: _____

Clave de la unidad _____ Nombre de la unidad _____ Institución _____

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD _____ de mes año _____ FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN _____ de mes año _____

FECHA DE INICIO DE ESTUDIO POR LA JURISDICCIÓN _____ de mes año _____ FECHA DE INICIO DEL BLOQUEO _____ de mes año _____

III. DIAGNÓSTICO INICIAL

Poliomielitis SGB Otro _____ Poliomielitis SGB Otro _____

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS

PROCEDENCIA: Local Foráneo

HA VISITADO LUGARES en los últimos 30 días: Sí No FECHA EN QUE VISITÓ _____ de mes año _____

País _____ Estado _____ Municipio _____ Localidad _____

V. ANTECEDENTE VACUNAL

1=Sí / 2=No / 3=se ignora

Cuenta con esquema básico de vacunación completo para la edad: _____ FUENTE: cartilla comprobante censo nominal otro _____

VACUNA No. DÓSIS ÚLTIMA DÓSIS VACUNA No. DÓSIS ÚLTIMA DÓSIS VACUNA No. DÓSIS ÚLTIMA DÓSIS

Antipoliomielítica (Tipo Sabin oral) _____ de mes año _____ Antineumocócrica 7 Valente _____ de mes año _____ Antirrotavirus _____ de mes año _____

Pentavalente acelular _____ de mes año _____ Antineumocócrica 23 Valente _____ de mes año _____ Antinfluenza Est. _____ de mes año _____

DPT / refuerzo _____ de mes año _____ Doble Viral SR _____ de mes año _____ Antinfluenza A/H1N1 _____ de mes año _____

Triple viral SRP _____ de mes año _____ Td refuerzo _____ de mes año _____ OTRA _____ de mes año _____

BCG _____ de mes año _____ Hepatitis B _____ de mes año _____ _____ de mes año _____

VI. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGÍA _____ de mes año _____

PRODRÓMOS (21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA PARÁLISIS) INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=Sí / 2=No / 3=se ignora

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| Fiebre <input type="checkbox"/> | Respiratorio <input type="checkbox"/> | Digestivo <input type="checkbox"/> | Mialgias <input type="checkbox"/> | Signos meníngeos <input type="checkbox"/> | Otros: _____ |
| Exantema <input type="checkbox"/> | Conjuntivitis <input type="checkbox"/> | Cefalea <input type="checkbox"/> | Afitigas <input type="checkbox"/> | Dolor Retroocular <input type="checkbox"/> | Artritis <input type="checkbox"/> |

FECHA DE INICIO DE LA PARÁLISIS / PARESIA _____ de mes año _____

CARACTERÍSTICAS DE LA PARÁLISIS: SIMÉTRICA ASIMÉTRICA

Fiebre al inicio de la parálisis S N Se ignora

| PRESENCIA | TIPO | REFLEJOS | SENSIBILIDAD |
|---------------------------|----------------------------------|---|---|
| 1=Sí / 2=No / 3=se ignora | 1=proximal / 2=digital / 3=ambos | 1=aumentado / 2=disminuido / 3=ausente / 4=normal | 1=disminuido / 2=ausente / 3=normal / 4=se ignora |

PROGRESIÓN: Ascendente Descendente

| | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brazo derecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brazo izquierdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pierna derecha | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pierna izquierda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1=Sí / 2=No / 3=se ignora

FECHA DE ESTABILIZACIÓN DE LA PARÁLISIS / PARESIA _____ de mes año _____

Pares craneales Parálisis respiratoria

| | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|---|---|---------------------------------------|
| FUE HOSPITALIZADO: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | FECHAS: INGRESO dia mes año | EGRESO dia mes año | | | | | |
| VII. LABORATORIO CLÍNICO Y GABINETE | | | | | | | | | |
| ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: *Repetir de acuerdo a la evolución del enfermo | | | | | | | | | |
| Fecha: dia mes año | Aspecto: _____ | Células _____ x/mm ³ | Leucos _____ x/mm ³ | Linfos _____ % | Glucos: _____ mg/dl | Proteinas: _____ mg/dl | | | |
| Fecha: dia mes año | Aspecto: _____ | Células _____ x/mm ³ | Leucos _____ x/mm ³ | Linfos _____ % | Glucos: _____ mg/dl | Proteinas: _____ mg/dl | | | |
| Fecha: dia mes año | Aspecto: _____ | Células _____ x/mm ³ | Leucos _____ x/mm ³ | Linfos _____ % | Glucos: _____ mg/dl | Proteinas: _____ mg/dl | | | |
| LCR COMPATIBLE CON Poliomielitis | | <input type="checkbox"/> | SGB: <input type="checkbox"/> | Normal: <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> | No realizado: <input type="checkbox"/> | | | |
| ELECTROMIOGRAFÍA COMPATIBLE CON Poliomielitis | | <input type="checkbox"/> | SGB: <input type="checkbox"/> | Normal: <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> | No realizado: <input type="checkbox"/> | | | |
| VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN COMPATIBLE CON Poliomielitis | | <input type="checkbox"/> | SGB: <input type="checkbox"/> | Normal: <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> | No realizado: <input type="checkbox"/> | | | |
| VIII. LABORATORIO DIAGNÓSTICO | | | | | | | | | |
| No. InDRE _____ | | | | | | | | | |
| MUESTRA: | | | | | | | | | |
| HECES 1 | F. toma dia mes año | F. llegada al LESP dia mes año | F. de envío al InDRE dia mes año | F. llegada al InDRE dia mes año | F. resultado dia mes año | | | | |
| | | | | | | | | | |
| RESULTADO: | | | | | | | | | |
| AIISLAMIENTO VIRAL | + <input type="checkbox"/> | - <input type="checkbox"/> | RT-PCR& <input type="checkbox"/> | RT-PCR TIEMPO REAL** <input type="checkbox"/> | SERONEUTRALIZACIÓN& <input type="checkbox"/> | | | | |
| <small>& P1 = Polio 1 / P2 = Polio 2 / P3 = Polio 3 / 123 = Polio 1,2 y 3 / NP = No polio / N = Negativo / V = Vacunal / R = Revertante / NR = No revertante / S = Salvaje / M = Mezcla de polio con enterovirus no polio / N=Negativo, EVNP=Enterovirus no polio, PP=Posible Polio, PV1-NSL= Polio 1 no Sabin Like, PV2-NSL= Polio 2 no Sabin Like, PV3-NSL= Polio 3 no Sabin Like, PV1-SABIN, PV2-SABIN, PV3-SABIN</small> | | | | | | | | | |
| IX. ESTUDIO DE CONTACTOS | | | | | | | | | |
| No. | Nombre | edad | sexo | caso | contacto | seguimiento | | | |
| | | | m - f | 1=sí / 2=no | 1=intradomiciliario/ 2=extradomiciliario | 1=Sí / 2=No / 9=se ignora | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE CONTACTOS | | | | | | | | | |
| No. de contactos con muestra <input type="checkbox"/> | | Resultado * | | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTACTO | F. toma dia mes año | F. de envío dia mes año | F. llegada al InDRE dia mes año | F. resultado dia mes año | AIISLAMIENTO <input type="checkbox"/> | RT-PCR <input type="checkbox"/> | RT-PCR TIEMPO REAL <input type="checkbox"/> | SERONEUTRALIZACIÓN <input type="checkbox"/> | |
| | 1 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 2 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 3 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 4 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| | 5 | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / | / / |
| <small>* P1 = Polio 1 / P2 = Polio 2 / P3 = Polio 3 / 123 = Polio 1,2 y 3 / NP = No polio / N = Negativo / V = Vacunal / R = Revertante / NR = No revertante / S = Salvaje / M = Mezcla de polio con enterovirus no polio / N=Negativo, EVNP=Enterovirus no polio, PP=Posible Polio, PV1-NSL= Polio 1 no Sabin Like, PV2-NSL= Polio 2 no Sabin Like, PV3-NSL= Polio 3 no Sabin Like, PV1-SABIN, PV2-SABIN, PV3-SABIN</small> | | | | | | | | | |
| X. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| ESTADO ACTUAL: | Convaleciente <input type="checkbox"/> | Recuperado <input type="checkbox"/> | Secuelas <input type="checkbox"/> | Especifique _____ | | | | | |
| DEFUNCION | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | Fecha de defunción dia mes año | Folio _____ | Causa básica _____ | | | | |
| REVISADO POR | | | | | | | | | |
| GRUPO DE EXPERTOS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | CLASIFICACIÓN FINAL#: | | | | | FECHA dia mes año | |
| <small># Clasificación final: K=POLIO/L=SGB/Q=MELITIS TRANSVERSA/M=TRAUMA/D=TUMOR/P=OTRO/W=KAWASAKI/V=ACCD VASCULAR CEREBRAL/C=LESIÓN DEL NERVIO CIÁTICO/N=NEUROINFECCIÓN/L1=SGB ASOCIADO A VACUNA CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL/L2=SGB ASOCIADO A VACUNA A(H1N1)</small> | | | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN FINAL REALIZADA POR: Laboratorio/gabinete <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Estudio Anatomopatológico <input type="checkbox"/> Asociación epidemiológica <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| XI. OBSERVACIONES | | | | | | | | | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO | | | | | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA | | | | | | | |
| RUBCG - PÁG. 1 | | | | | | | |
| I. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO | | | | | | | |
| NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: | | | | FOLIO: _____ | | | |
| NOMBRE: _____ | | APELLIDO PATERNO: _____ | | APELLIDO MATERNO: _____ | | CURP: _____ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | | DÍA: _____ | MES: _____ | AÑO: _____ | SEXO: _____ | MASC. <input type="checkbox"/> | FEM. <input type="checkbox"/> |
| RESIDENCIA ACTUAL: _____ | | CALLE: _____ | | NÚMERO EXTERIOR: _____ | NÚMERO INTERIOR: _____ | COLONIA: _____ | |
| LOCALIDAD: _____ | | MUNICIPIO: _____ | | ESTADO: _____ | | | |
| ENTRE CALLE: _____ | | Y CALLE: _____ | | C.P.: _____ | | | |
| TELÉFONO: _____ | | LADA: _____ | | _____ | | | |
| Es migrante: <input type="checkbox"/> 1= Sí, <input type="checkbox"/> 2= No | | País de Nacionalidad: _____ | | País de Origen: _____ | | _____ | |
| Paises de tránsito en los últimos tres meses: | | 1- _____ | | 2- _____ | | 3- _____ | |
| 4- Otro: _____ | | _____ | | _____ | | Fecha de Ingreso al País: _____ | |
| Día / Mes / Año | | | | | | | |
| II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN | | | | | | | |
| PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: | | DÍA: _____ | MES: _____ | AÑO: _____ | FUENTE DE NOTIFICACIÓN: (RUTINARIA); (VEA); (LABORATORIO); (OTRA): <input type="checkbox"/> | | |
| NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: | | _____ | | NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: | | | DIA/SEÑO: <input type="checkbox"/> |
| NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: | | _____ | | FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____ | | | _____ |
| III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE DEL PRODUCTO | | | | | | | |
| NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ | | INSTITUCIÓN: _____ | | CLUES: _____ | | | |
| ENTIDAD: _____ | | MUNICIPIO: _____ | | JURISDICCIÓN: _____ | | LOCALIDAD: _____ | |
| NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: | | INSTITUCIÓN: _____ | | NO. DE EXPEDIENTE: _____ | | | |
| ENTIDAD: _____ | | MUNICIPIO: _____ | | JURISDICCIÓN: _____ | | LOCALIDAD: _____ | |
| IV. ANTECEDENTES Y CUADRO CLÍNICO DEL PRODUCTO | | | | | | | |
| MALFORMACIONES APARENTES AL NACIMIENTO: | | | | SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE EN EL APARTADO V. NO <input type="checkbox"/> | | | |
| MALFORMACIONES DETECTADAS POSTERIORMENTE: | | | | SI <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE EN EL APARTADO V. NO <input type="checkbox"/> | | | |
| V. ALTERACIONES, DEFECTOS, MALFORMACIONES IDENTIFICADAS | | | | | | | |
| INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA | | | | *INDIQUE MOMENTO DE DETECCIÓN (1=NACIMIENTO, 2=POSTNATAL, 3=SE DESCONOCE, 4=NO APlica) *FECHA DE DETECCIÓN DÍA MES AÑO | | | |
| PATOLOGÍA OCULAR | | | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| CATARATA CONGÉNITA NISTAGMUS ESTRABISMO MICROFALMIA GLAUCOMA CONGÉNITO RETINOPATÍA PIGMENTARIA | | | | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> |
| AUDITIVAS | | | | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| HIPACUSIA CONDUCTIVA HIPACUSIA NEUROSENSORIAL | | | | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |
| NEUROLÓGICAS | | | | 17 <input type="checkbox"/> | 18 <input type="checkbox"/> | 19 <input type="checkbox"/> | 20 <input type="checkbox"/> |
| MICROCEFALIA RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR | | | | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> | 23 <input type="checkbox"/> | 24 <input type="checkbox"/> |
| ENFERMEDAD CARDIÁCA | | | | 25 <input type="checkbox"/> | 26 <input type="checkbox"/> | 27 <input type="checkbox"/> | 28 <input type="checkbox"/> |
| CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE ESTENOSIS CONGÉNITA DE LA VÁLVULA PULMONAR COARTACIÓN DE LA AORTA TETRALOGÍA DE FALLOT COMUNICACIÓN INTERAURICULAR COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR | | | | 29 <input type="checkbox"/> | 30 <input type="checkbox"/> | 31 <input type="checkbox"/> | 32 <input type="checkbox"/> |
| HEMATOPOYÉTICA | | | | 33 <input type="checkbox"/> | 34 <input type="checkbox"/> | 35 <input type="checkbox"/> | 36 <input type="checkbox"/> |
| PÚRPURA TRAMBOCITOPENIA | | | | 37 <input type="checkbox"/> | 38 <input type="checkbox"/> | 39 <input type="checkbox"/> | 40 <input type="checkbox"/> |
| OTROS | | | | 41 <input type="checkbox"/> | 42 <input type="checkbox"/> | 43 <input type="checkbox"/> | 44 <input type="checkbox"/> |
| OTRA ALTERACIÓN CONGÉNITA DE TIPO NO CLASIFICABLE. DESCRIBA Y FECHA DE IDENTIFICACIÓN: | | | | | | | |
| RUBCG - PÁG. 1 | | | | | | | |

| VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO DEL PRODUCTO | | | | | | | | | | RUBCG - PAG. 2 | | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|-------------|-------------|--------------------------|-----|-----|---|-----|-----|--------------------------------------|---|--|--|--------------------------------------|--|
| MUESTRA DE: | TOMA | | | ENVÍO | | | LLEGADA | | | RESULTADO | | | RESULTADO | LABORATORIO (LESPINOREL/CF-RAZAI) | | | | |
| SUERO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | | | | | | |
| EXUDADO FARINGEO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TÉCNICA EMPLEADA: | RESULTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VII. ANTECEDENTES Y CUADRO CLÍNICO DE LA MADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EDAD DE LA MADRE AL MOMENTO DE PARTO: | AÑOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS: | GESTA: | PARA: | CESÁREA: | ABORTOS: | OCCUPACIÓN: | | | | | | | | | | | | | |
| INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ UN CUADRO DE EFE? | <input type="checkbox"/> | | | SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL CUADRO DE EFE: | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| SI TUVO UN CUADRO DE EFE: | | | | DÍA MES AÑO | | | | | | | | | | | | | | |
| EXANTEMA MACULOPAPULAR | <input type="checkbox"/> | | | FECHA DE INICIO DEL EXANTEMA: | | | <input type="checkbox"/> | | | DURACIÓN: | | | <input type="checkbox"/> DÍAS | | | | | |
| FIEBRE | <input type="checkbox"/> | | | FECHA DE INICIO DE FIEBRE: | | | <input type="checkbox"/> | | | DURACIÓN: | | | <input type="checkbox"/> DÍAS | | | | | |
| TOS | <input type="checkbox"/> | | | CORIZA | | | <input type="checkbox"/> | | | CONJUNTIVITIS | | | <input type="checkbox"/> | LINFADENOPATÍAS | | | <input type="checkbox"/> | |
| ANTECEDENTE DE VIAJE 21 DÍAS ANTES DEL EMBARAZO Ó EN LAS PRIMERAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿TUVO CONTACTO CON UN CASO DE EFE, O HABÍA UN BROTE EN SU LOCALIDAD? | <input type="checkbox"/> | | | ¿DÓNDE? | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | | | | |
| SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DEL CONTACTO DEL CUADRO DE EFE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿SE HIZO DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA EN QUÉ SEMANA DE GESTACIÓN? | <input type="checkbox"/> | | | CRITERIO DIAGNÓSTICO: | | | <input type="checkbox"/> | | | 1= LABORATORIO, 2= CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO | | | | | | | | |
| ¿ESTUVO O TIENE CONTROL PRENATAL? | <input type="checkbox"/> | | | NO. DE VISITAS: | | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| VACUNACIÓN ANTIRRUBEOLA: | <input type="checkbox"/> | | | TIPO DE VACUNA: | | | <input type="checkbox"/> | | | 1= SRP, 2=SR, 3=OTRA | | | DOSIS: | FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: | | | <input type="checkbox"/> DÍA MES AÑO | |
| FUENTE DE INFORMACIÓN: | <input type="checkbox"/> | | | 1=CARTILLA, 2=VERBAL, 9=SE DESCONOCE | | | | | | | | | | | | | | |
| V. ESTUDIOS DE LABORATORIO DE LA MADRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MUESTRA DE: | TOMA | | | ENVÍO | | | LLEGADA | | | RESULTADO | | | RESULTADO | LABORATORIO (LESPINOREL/CF-RAZAI) | | | | |
| SUERO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | | | | | | |
| TÉCNICA EMPLEADA: | RESULTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VI. ANTECEDENTES DEL EMBARAZO Y PERÍODO PERINATAL (NOTA: EN CASO DE QUE LA MADRE TENGA UN DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO POSITIVO A RUBÉOLA LLENAR ESTE APARTADO) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABORTO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | MUERTE INTRAUTERINA | | | | |
| RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | MUERTE PRECOZ O HEDDOMADAL | | | | |
| PARTO PRETÉRMINO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | MUERTE NEONATAL | | | | |
| VII. SEGUIMIENTO DEL PRODUCTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI / 2=NO / 9=SE IGNORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEGUIMIENTO: | <input type="checkbox"/> | | | ¿POR CUÁNTO TIEMPO? | | | <input type="checkbox"/> | | | FECHA DE DEFUNCIÓN: | | | <input type="checkbox"/> DÍA MES AÑO | | | | | |
| ¿VIVE EL NIÑO(A)? | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAUSA DE DEFUNCIÓN: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIII. CLASIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE CLASIFICACIÓN | DÍA MES AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCARTADO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | DÍA MES AÑO | | | | |
| CONFIRMADO | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | FECHA DE DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA: <input type="checkbox"/> | | | | |
| IX. REVISIÓN POR EL COMITÉ ESTATAL/NACIONAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REVISIÓN POR EL COMITÉ ESTATAL: | SI: <input type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/> | FECHA: <input type="checkbox"/> | | | DÍA MES AÑO | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S): | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REVISIÓN POR EL COMITÉ NACIONAL: | SI: <input type="checkbox"/> | NO: <input type="checkbox"/> | FECHA: <input type="checkbox"/> | | | DÍA MES AÑO | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S): | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X. OBSERVACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| XI. ELABORACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICO TRATANTE: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICO QUE AUTORIZÓ: | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARGO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LADA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA DE HIDALGO
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICOS
ÁREA: SEROLOGÍA**

FORMATO PARA ENVÍO DE MUESTRAS DE CONTROL DE CALIDAD PARA USO VDRL (PRUEBA NO TREPONÉMICA DE SÍFILIS)

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROCESO _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LABORATORIO

LABORATORIO DE LA REL QUE PROCESA:

SEMANA EPIDEMIOLOGICA NUMERO:

HOSPITAL O JURISDICCION:

MARCA DE REACTIVO: _____

CADUCI DAD: _____

1078

卷之三

SER0-F-017

INSTRUCTIVO PARA REQUISITAR FORMATO SERO-F-017

No realizar modificaciones a los rubros, así como el espacio de filas y columnas del formato.

❖ **No. Prog:**

Número consecutivo de muestras enviadas para realizar control de calidad.

❖ **FOLIO LESPH:**

Dejar en blanco ya que exclusivamente será llenado por el área de AYOU del LESPHidalgo

❖ **NOMBRE o CLAVE:**

Identificación de la muestra, plasmada de igual manera etiquetar el tubo.

❖ **EDAD: F / M:**

Edad del paciente colocada en su respectivo género: Femenino o Masculino

❖ **EMBARAZO:**

Indicar SI o NO de acuerdo al estado del paciente.

❖ **RESULTADO DE LABORATORIO DE LA REL:**

Resultado obtenido: Negativo ó Positivo con la respectiva dilución.

❖ **PACIENTE EN CONTROL DE TRATAMIENTO:**

Paciente con diagnóstico anterior de LESPHidalgo, anotar SI (Requisitar observaciones) ó NO si es caso nuevo.

❖ **CASO NUEVO:**

Anotar: SI (primera vez con resultado positivo a prueba USR-VDRL)

❖ **OBSERVACIONES:**

Desde que tiempo se encuentra en tratamiento, ITS, u otro dato importante

❖ **PARTE INFERIOR DEL FORMATO:**

Requisitar como se solicita en cada renglón sin omitir ninguna información.

NOTA: El llenado puede ser de manera manual con letra legible o de manera electrónica.



PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR
FORMATO ÚNICO PARA ENVÍO Y ESTUDIO TAXONÓMICO DE ARTRÓPODOS
SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO

COLECTOR (ES):
OBSERVACIONES

11 of 11

Unicamente a la muestra
recibida.

ENT0-F-003



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

No. de afiliación o expediente: _____

Folio de Caso: _____

Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (x): _____

RFC: _____

CURP: _____

DATOS DEL NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

Estado de nacimiento: _____

Municipio de nacimiento: _____

Sexo: M F

Edad: Años Meses Días

RESIDENCIA ACTUAL

Estado: _____

Jurisdicción: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Colonia: _____

Calle: _____

Num. Ext: _____

Num. Int: _____

Teléfono: _____

Entre: _____

Calle: _____

y calle: _____

C.P.: _____

LUGAR LABORAL

Domicilio: _____

Calle y Num.: _____

Colonia: _____

Estado: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Telefono: _____

Ocupación: _____

¿Habla lengua indígena?

↓ QUIT: _____

↓ Es indígena?

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

Nombre de la Unidad: _____

Estado: _____

Jurisdicción: _____

Clave de la Unidad: _____

Municipio: _____

Localidad: _____

Institución: _____

Delegación: _____

FECHA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

COMO CASO PROBABLE DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA O GRAVE:

FECHA DE INICIO DE ESTUDIO: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

FECHA DE NOTIFICACIÓN AL ESTADO: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

FECHA DE TERMINACIÓN DEL ESTUDIO: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

DIAGNÓSTICO PROBABLE: _____

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

HA SALIDO DE SU LUGAR DE RESIDENCIA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS: S NO En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:

País: _____

Estado/Provincia: _____

Jurisdicción: _____

Ciudad/Municipio: _____

País: _____

Estado/Provincia: _____

Jurisdicción: _____

Ciudad/Municipio: _____

Procedencia: De la Jurisdicción:

Otra jurisdicción dentro del estado:

De otro estado:

De otro País:

Clasificación: Autóctono Foráneo Importado

CONTACTO CON ANIMALES: MOSCO CHINCHE GARRAPATA OTRO _____

EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD: SI NO

HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUINAS: ÚLTIMOS SEIS MESES SI NO

ANTECEDENTES DE MUERTES INUSUALES DE ANIMALES: SI NO

EQUINO AVE

OTRO _____

ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN: Fiebre amarilla: SI No

Dengue: SI No

Dosis: 1a 2a 3a

Esquema completo SI No

HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS ENFERMAS DE ZIKA: SI No

¿TIENE ACCESO A AGUA POTABLE PERMANENTE?: SI No

¿Tiene cobertura de eliminación de basura?(al menos una vez por semana) SI No

HA PADECIDO PALUDISMO (ÚLTIMOS TRES AÑOS): SI No

Subclasificación de caso de Paludismo: Índice Inducido Introducido Recalda Recrudescencia

MANEJO: AMBULATORIO HOSPITALARIO

FECHA: INGRESO: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

CLUES: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____

Clave de la Unidad: _____

Institución: _____

Servicio de atención:

Urgencias médicas

Terapia intensiva

Medicina Interna

Gineco Obstetricia

Pediatría

Otras, especifique: _____

Terapia Intensiva

Diagnóstico inicial hospitalario: _____

COMORBILIDAD U OTRAS CONDICIONES: Trastornos hemorrágicos: Diabetes: Hipertensión:

Ent. ulceró péptica: Ent. Renal:

Inmunosupresión:

Cirrosis hepática:

Embarazo:

Semanas de gestación: _____

Fecha última regla: _____/_____/_____
(Día Mes Año)

Otros:

Especifique: _____

Activar Windows

V. EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL

ESTABLE GRAVE MUERTE

SEGUIMIENTO HEMATOLÓGICO

En caso de tener datos de es capa de líquidos o hemorragias, realizar:

Fecha: _____ Hb: _____ % Hb: _____ g/dl Recetas: _____ x10³ Alumbra: _____ g/dl Leucocitos: _____ x10³ Linfocitos: _____ x10³
 Fecha: _____ Hb: _____ % Hb: _____ g/dl Recetas: _____ x10³ Alumbra: _____ g/dl Leucocitos: _____ x10³ Linfocitos: _____ x10³

Líquido celofalor aquoso con as pedo de agua de roca: Si No Biliaria directa _____ mg/dl Biliaria total _____ mg/dl

DHL _____ UL ALT _____ UL AST _____ UL

ESTUDIOS DEGASINTE

Fecha de ultres onido: _____ Fecha de radiografía: _____

Liquido peritoneal y/o en cavidad abdominal Liquido en cavidad torácica Megacolon Megacólico Fecha de defunción: _____

DATOS DE BORESO Fecha de egreso: _____ Día Mes Año Alta por mejoría: Alta voluntaria: Defunción: Día Mes Año

Folio de certificado de defunción: _____ Fecha de dictaminación: _____ Diciembre: _____

VI. ESTUDIO DEL LABORATORIO:**Arbofisiología**

Se tomó muestra para laboratorio: Si No

| | | | |
|--|---|---|---|
| FA SE AGUDA (0-8 Días de evolución) | FA SE OVALOIDENTE (8-16 días) | FA SE OVALOIDENTE (8-16 días en DQ y 8-20 días en SEPARADA) | Referencia MAC |
| RT-PCR Triplex | ELISA IgM | IF IgM | MAC-ELISA |
| Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |
| Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | Genotipo: <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |
| Dengue: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | | Dengue: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | |

Fechas de resultado: _____

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: _____

Febre amarilla Fecha de toma: _____ Fecha de recepción: _____

PCR-Tiempo Real

Fecha de res ultado: _____ Res ultado: + - Genotipo: MAC-ELISA: + - Fecha de res ultado: _____

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: _____

VI. ESTUDIO DEL LABORATORIO:**Arbofisiología**

Se tomó muestra para laboratorio: Si No

| | | | |
|--|---|---|---|
| FA SE AGUDA (0-8 Días de evolución) | FA SE OVALOIDENTE (8-16 días) | FA SE OVALOIDENTE (8-16 días en DQ y 8-20 días en SEPARADA) | Referencia MAC |
| RT-PCR Triplex | ELISA IgM | IF IgM | MAC-ELISA |
| Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Zika: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |
| Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | Genotipo: <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | Chik: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |
| Dengue: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Genotipo: <input type="checkbox"/> | | Dengue: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> | |

Fechas de resultado: _____

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: _____

Febre amarilla Fecha de toma: _____ Fecha de recepción: _____

PCR-Tiempo Real

Fecha de res ultado: _____ Res ultado: + - Genotipo: MAC-ELISA: + - Fecha de res ultado: _____

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: _____

Parasitología Ova gruesa: _____ Fecha: Toma: _____ Recepción: _____ Lectura: _____ Res ultado: _____ + -
 Si pediste: Parasito morfo. P. vivax: P. falciparum: Otra: _____ Densidad Parasitaria: EAS: _____ ESS: _____

Fechas de toma de esquistosoma: _____ EAS: _____ ESS: _____ EAS: _____ ESS: _____

Muestra rechazada: Causa: Cantidad insuficiente de sangre: Lamina del fucus: Fijada: Caja de la muestra: _____

Lecithinase: Inmunofl: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + -
 Serología: Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + -

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Trichomoniasis: Ova parasitología: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + -
 Serología: Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + -

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Resorbtosis: Serología: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + -
 Téjido: _____

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito:

Virus del O. Nro

RT-PCR Subro: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + - Genotipo: = -
 LCR: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + - Genotipo: = -
 Biotisa: _____ Fechas: Toma: _____ Res ultado: _____ + - Genotipo: = -

Muestra rechazada: Causa: Líquida: Hemorragia: Muestra insuficiente: Días de tránsito: Otra: _____

Otro procedimiento

Laboratorio donde se proceso la muestra: _____ Fecha resultado: _____

PRECIO DE TRATAMIENTO: P. aludímetro: Si No R. IOK ETT 610 616: Si No
 Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____ Medicamento: _____

VI. ESTUDIO DE CASOS SIMILARES

| Nombre | Domicilio | Edad | Sexo | Caso |
|--------|-----------|------|------|------|
| | | | M | |
| | | | F | |
| | | | | |

VII. OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO _____ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZÓ: _____

NOTA: LAS FECHAS SE PONEN EN EL SIGUIENTE ORDEN: DIA-MES-AÑO

Activar Windows

VII. DIRECTORIO

Dra. María Zorayda Robles Barrera

Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud de Hidalgo

Biol. Héctor Alberto Villafuentes Téllez

Director del Laboratorio Estatal de Salud Pública de Hidalgo

Q.F. B Claudia Gabriela Arteaga Leal

I.B.Q. Connie Alejandra Herrera Gómez
Med. Pat. Ma. Guadalupe Cruz Rubio
MA. Irma Martínez Hernández
Biol. Julio César Noguez García
Q.F.B. Edith Hernández Domínguez
I.Q. José Luis Monterrubio Balderrama
Q.F.B. Cruz Sara Labra Olivares
Q. Gretel Gama Hinojosa
Biol. Federico Vázquez Vera

Departamento de Análisis Epidemiológicos

Biología Molecular
Citología
Enfermedades no Infecciosas
Entomología
Micobacterias
Microbiología Epidemiológica
Parasitología
Serología
Zoonosis

M. en C. María Elizabeth Castelazo Padilla

Biol. Fernando Briseño Tavarez
M.A.C. Gerardo Moreno González
L.Q. Silvia Córdova Monterrubio
Q. Germán Monzalvo Cortes
Biol. O. Vanessa Cuatepotzo Jiménez

Departamento de Análisis Sanitarios

Atención y Orientación a Usuarios
Fisicoquímica de Agua y Alimentos
Microbiología de Agua y Alimentos
Toxicología Ambiental
Preparación de Medios de Cultivo y Lavado de material

L.D. Patricia Vanessa Pérez Ruiz

Ing. Julio César López Moreno
L.C. Teresa Cruz Gómez
LAE. Citlali Ángeles Gómez
I.S.C. Rosa María Camargo Hernández
Ing. José Francisco Bonilla Núñez
Ing. Arístides Cantera Rangel

Departamento Administrativo

Recursos Materiales
Recursos Financieros
Recursos Humanos.
Área de Informática
Soporte Informático
Servicios Generales

Q.B.P. Guadalupe Estrada Adaya

I.Q. Gerardo Rangel Huicochea
E.B.C. Yasmín E. Rodríguez Cabrera
Q.F.B. Guillermina Eddy Müller

Departamento de Aseguramiento de Calidad

Calibración y Verificación
Coordinación de Gestión de Riesgo Biológico
Coordinación de Capacitación

Q.A. Marlenne A. Lozada Francia

T.L.C. Sagrario Hernández San Juan
L.D. Rosa Isela Hernández Medina

Coordinación de la Red Estatal de Laboratorios

SUPERVISORES DE TURNO

Q. Ventura Rosales Luna
Q.A. Aide Neria Pérez

Turno vespertino
Turno especial

| TÉLEFONO | DISPONIBILIDAD |
|--|-------------------------------------|
| Dirección (01771) 7165814 (tel/fax) | Lunes a viernes (8:00 - 16:00 hrs.) |
| Depto. Administrativo (01771) 7165817 | Lunes a viernes (8:00 - 16:00 hrs.) |
| CORREO ELECTRÓNICO DIRECCIÓN | |
| Biol. Héctor Alberto Villafuentes Téllez Encargado de la Dirección del LESP Hidalgo | direccion@lesphidalgo.gob.mx |
| CORREOS ELECTRÓNICOS JEFATURAS DE DEPARTAMENTO | |
| L.D. Patricia Vanesa Pérez Ruiz Departamento de Administración | administracion@lesphidalgo.gob.mx |
| Q.F.B Claudia Gabriela Arteaga Leal Departamento de Análisis Epidemiológicos | aepi-lesph@hotmail.com |
| M. en C. María Elizabeth Castelazo Padilla Departamento de Análisis Sanitarios | asan-lesph@hotmail.com |
| Q.B.P. Guadalupe Estrada Adaya Departamento de Aseguramiento de Calidad | calidad.lesph@hotmail.com |
| CORREOS ELECTRÓNICOS COORDINACIONES | |
| Q.A. Marlenne Araceli Lozada Francia Coordinación de la Red Estatal de Laboratorios | redlesph@gmail.com |
| Q.F.B Guillermina Eddy Müller Coordinación de Capacitación | capacitacionlesph@gmail.com |
| Biol. Alejandra Vianey Rojas Olvera Coordinación de Gestión de Riesgo Biológico | bioseglesph@hotmail.com |
| CORREOS ELECTRÓNICOS ÁREAS TÉCNICAS | |
| Atención y Orientación a Usuarios | lesph.ayou@hotmail.com |
| Biología molecular | biomlesph@hotmail.com |
| Citología | cito-lesph@hotmail.com |
| Enfermedades no infecciosas | tamiz_lesph@hotmail.com |
| Entomología | entolesph@hotmail.com |
| Fisicoquímica de agua y alimentos | fqa_lesph@hotmail.com |
| Micobacterias | lesphmico@hotmail.com |
| Microbiología de agua y alimentos | mbaa_lesph@hotmail.com |
| Microbiología Epidemiológica | microepi@hotmail.com |
| Parasitología | para_1996e@hotmail.com |
| Preparación de medios de cultivo y lavado de material | pmylm@outlook.com |
| Serología | serologialesph@live.com.mx |
| Toxicología ambiental | toxamlesph@hotmail.com |
| Zoonosis | zoonosislesph@hotmail.com |
| CORREOS ELECTRÓNICOS ÁREAS DE APOYO | |
| Calibración y verificación | cavelesph@gmail.com |
| Informática | Ti_lesph@hotmail.com |
| Recursos Financieros | recfinlesph@hotmail.com |
| Recursos Humanos | rhumanos.lesph@ssh.gob.mx |
| Recursos Materiales | Remate_lesph@hotmail.com |
| Servicios Generales | serge_lesph@hotmail.com |
| Soporte Técnico Informático | soporte@lesphidalgo.gob.mx |
| PAGINA WEB | |
| http://lesph.ssh.gob.mx/ | |