



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

REMU-F-12/7

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: M F I CURP: _____

Entidad de nacimiento _____ Nacionalidad: _____ Hospitalizado: Si No Situación: Vivo Muerto

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

Justificación del envío: Diagnóstico Referencia Control de calidad Tipo de Vigilancia: Rutina Brote Contingencia

Origen: Humana Animal Alimento Ambiental

Tipo de muestra: Plasma Suero Orina Cepa Hisopo LCR Espudo Cerebro Hemocultivo

Saliva Exudado faríngeo Exudado nasofaríngeo Biopsia Laminilla Gargarismo Impronta

Sangre Piel Tejido cerebral Piel cabelluda Lavado nasofaríngeo Agua

Heces: Sólidas Pastosas 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: _____

Vive en zona endémica: _____ ¿Se presentó algún tipo de parálisis? Si No

Fecha de inicio de la parálisis: _____ ¿Ha estado en contacto con casos similares? Si No Se ignora

En caso afirmativo indique la fecha: _____ y el lugar geográfico _____

¿Efectuó algún viaje los días previos al inicio de la enfermedad? Si No ¿Cuántos días antes? _____

Especifique los lugares visitados: _____

Ingestión de lácteos Si No ¿Cuáles?: _____ Ingestión de carne de res o cerdo Si No

Exposición con animales: Si No Especie animal: _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

En casos de sospecha de **RABIA** conteste lo siguiente: ¿Sufrió agresión por parte de algún animal? Si 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: Agresividad Fotofobia Aerofobia Hidrofobia Salivación profusa Incoordinación Parálisis Agresor Víctima

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

En caso de sospecha de **Tuberculosis** conteste lo siguiente:

¿Ha recibido tratamiento antituberculosis? Sí No

En caso afirmativo indique cual(es):

Estreptomina Isoniacida Rifampicina Etambutol
 Pirazinamida Etionamida Otras: _____

Fecha última toma: _____

Antecedentes citopatológicos:

Tipo de revisión: Primera vez Después de 3 años Subsecuente

Actividad sexual: Sí No Edad de inicio: _____

Número de parejas sexuales: _____

Antecedentes de Vacunación para VPH: Sí No

Fecha de vacunación: _____

Sintomatología: Ardor Prurito Secreción y/o Leucorrea

Situación Gineco-obstétrica: Puerperio o postaborto Postmenopausa

DIU Uso de hormonas Histerectomía Embarazo actual
 Tratamiento farmacológico Tratamiento colposcópico previo Ninguno

Factores de riesgo para infección por VIH:

Pareja Hepatitis Transfusión Hemofílico Hijo de madre infectada
 Heterosexual Homosexual Bisexual Sexoservidor(a)
 Uso de droga IV Número de parejas

Fiebre:

Fecha de inicio: _____ Temperatura: _____

Duración: _____ Días Periodicidad: _____

Signos y síntomas generales:

Enfermedad crónica Pérdida de peso Fatiga Artralgias
 Escalofrío Mialgias Sudoración profusa Postración Náuseas
 Dolor retrocular Disminución de agudeza visual Conjuntivitis
 Cefalea Presencia de quiste/nódulo Uveitis Geofagia
 Ictericia Lesión en mucosas Coriorretinitis Esplenomegalia
 Hepatomegalia Edema Linfadenopatía (Cervical, Supraclavicular o Retroauricular)

Exantema y piel:

Macular Papular Eritematoso Vesicular Pústula Úlcera
 Costra Presencia de nódulos Koplik Chagoma de inoculación

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Respiratorios:

Congestión nasal Rinitis Rinorrea Dolor o ardor de garganta
 Disfonia Faringitis Tos seca Disnea Neumonía
 Cianosis Apneas Tos productiva Hemoptisis Coriza

Cardiovascular:

Miocarditis Endocarditis Pericarditis Vasculitis Flebitis

Sistema Nervioso Central:

Convulsiones Incoordinación Cambios de conducta Fotofobia
 Meningitis Hidrocefalia Parálisis Paranoia Alucinaciones
 Hidrofobia Calcificaciones Hipertensión endocraneal Coma
 Cambio del ciclo circadiano

Génito urinario:

Dolor durante la micción Uretritis Insuficiencia renal

Lesiones en genitales: Úlceras Vesículas

Chancro Chancroide Flujo vaginal Embarazo

Fecha de última regla: _____

Semanas de gestación: _____

Gastrointestinal:

Anorexia Dolor abdominal Constipación Tenesmo

Diarrea recurrente Diarrea sanguinolenta Mucosa

Consistencia de diarrea: Sólida Pastosa Líquida Prolongada (<1 sem.)

- No. de evacuaciones en las últimas 24 horas: _____

- No. de evacuaciones en los últimos 15 días Sí No

- No. de cuadros diarreicos durante el año: _____

Deshidratación: Leve Moderada Severa

Num. de vómitos en las últimas 24 hrs. _____ Num. de días con vómito: _____

Ha expulsado lombrices: Sí No Fecha de expulsión: _____

Ha expulsado proglótidos: Sí No Fecha de expulsión: _____

Estadio de la enfermedad

Agudo Crónico Sintomático Asintomático Localizado

Diseminado Recaída Convaleciente Defunción

Otros: _____

Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:

Fragilidad capilar Petequias Equimosis Gingivorragia Epistaxis

Melena Hematuria Rectorragia Hematemesis Metrorragia

Shock Plaquetopenia Hemocentración Eosinofilia

Tratamiento:

¿Ha recibido tratamiento? Sí No

¿Cual? _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Dosis Convencional Especial

Especifique: _____

Antecedentes vacunales:

Tipo de vacuna: _____

Fecha de primera vacuna: _____

Fecha de última dosis: _____

Notas adicionales:

(Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)

Fuente de información:

Registro hospitalario Vig. Epid. Activa Certificado de defunción

Servicios de atención:

Consulta externa Hidratación oral Urgencias Hospitalización

Motivo del término de la atención:

Mejoría Alta voluntaria Defunción

Fecha de término de la atención: _____

Observaciones:

- 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