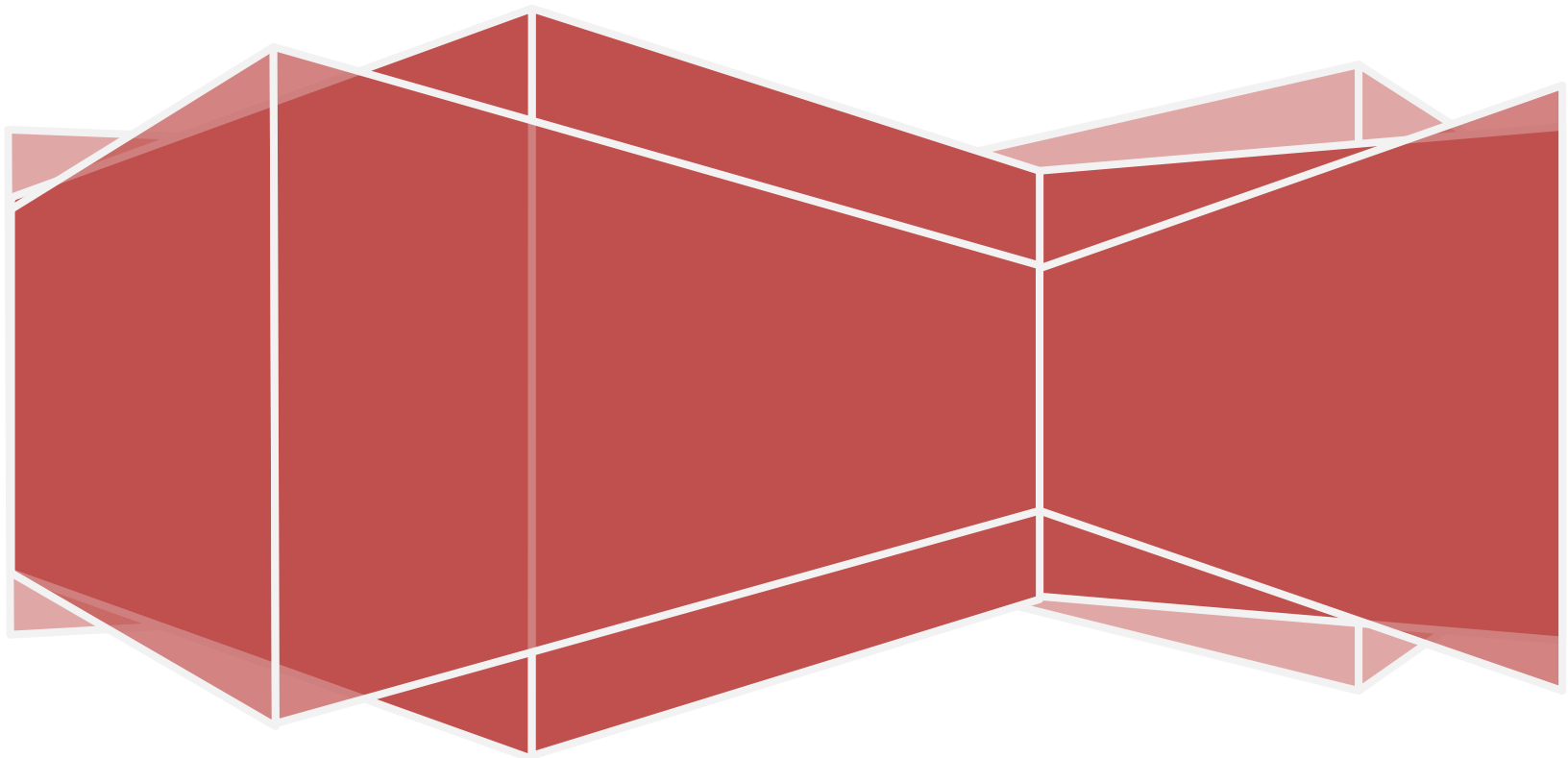


**SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA  
MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE  
MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

|                                                                                              |                                                                |                                           |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------|
| <b>ELABORADO POR:</b><br>M.S.P. Blanca Lourdes Orozco Estrada<br>Coordinadora técnica        | <b>Fecha de elaboración:</b><br>2022-12-06                     | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7               | <b>Rev N°:</b><br>7 |
| <b>REVISADO POR:</b><br>Q.F.B. Esthela Leyva Domínguez<br>Coordinadora de Gestión de Calidad | <b>Fecha de próxima revisión:</b><br>2027-01-03                | <b>Vigente a partir de:</b><br>2023-01-03 |                     |
| <b>AUTORIZADO POR:</b><br>M.S.P. Gloria Alicia Figueroa Aguilar<br>Directora del LESP        | <b>SUBSTITUYE O COMPLEMENTA A:</b><br>Substituye al MA GC 04-6 |                                           |                     |



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## **DIRECTORIO**

M.S.P. Gloria Alicia Figueroa Aguilar

**DIRECTORA DEL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA**

M.S.P. Blanca Lourdes Orozco Estrada

**COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Q.F.B. Alejandro Soria Cruz

**COORDINACIÓN DE BIOLOGÍA MOLECULAR**

Dra. Marisol Benítez Ramírez

**COORDINACIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO**

Dra. María Eugenia Austria Palacios

**COORDINACIÓN DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD**

**Domicilio:** Privada de Canadá # 90 Fraccionamientos Las Américas, C.P. 58270

**Números telefónicos:**

443-3244871, 443-3144353, 443-3144906 y 443-3244165

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## GRUPO DE TRABAJO

Biol. Francisco Leopoldo Guzmán Rodríguez  
**JEFE DEL ÁREA DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS**

Biol. Juan Luis Jaime Sánchez  
**JEFE DE LABORATORIO DE BACTERIOLOGÍA**

Biol. Armando Simón Alfredo Álvarez Díaz  
**JEFE DE LABORATORIO DE ENTOMOLOGÍA**

Q.F.B. Araceli Mendoza Ramos  
**JEFE DE LABORATORIO DE ITS-VIH /SIDA**

Lic. Sarahí Manríquez Calderón  
**JEFE DE LABORATORIO DE MICOBACTERIAS**

Q.F.B. Itsi Cindy Chávez Hernández  
**JEFE DE LABORATORIO DE PARASITOLOGÍA**

MSP. Liliana Gaona Hernández  
**JEFE DE LABORATORIO DE VIROLOGÍA**

M.S.P. Beatriz López Villafañá  
**JEFE DE LABORATORIO DE ZONOSIS**

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## CONTENIDO

|       |                                                                                                                      |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I.    | INTRODUCCIÓN .....                                                                                                   | 4   |
| II.   | VOCABULARIO .....                                                                                                    | 6   |
| III.  | POLÍTICAS DEL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA PARA LA<br>RECEPCIÓN DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS ..... | 7   |
| a)    | Políticas:.....                                                                                                      | 7   |
| b)    | Identificación, embalaje y requisitos administrativos. ....                                                          | 8   |
|       | Identificación: .....                                                                                                | 8   |
|       | Embalaje: .....                                                                                                      | 9   |
|       | Requisitos Administrativos: .....                                                                                    | 15  |
| IV.   | DIAGNÓSTICOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL LABORATORIO ESTATAL<br>DE SALUD PÚBLICA DE MICHOACÁN. ....               | 16  |
|       | Laboratorio de Entomología: .....                                                                                    | 16  |
|       | Laboratorio de Bacteriología: .....                                                                                  | 17  |
|       | Laboratorio de Micobacterias: .....                                                                                  | 18  |
|       | Laboratorio de Parasitología: .....                                                                                  | 20  |
|       | Laboratorio de ITS-VIH/sida: .....                                                                                   | 22  |
|       | Laboratorio de Virología: .....                                                                                      | 24  |
|       | Laboratorio de Zoonosis:.....                                                                                        | 35  |
|       | Laboratorio de Cáncer Cervicouterino (CaCU): .....                                                                   | 36  |
|       | Laboratorio del Virus del Papiloma Humano (VPH): .....                                                               | 36  |
| V.    | PROCEDIMIENTOS BÁSICOS PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA<br>DIAGNÓSTICOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS.....                  | 37  |
| VI.   | CRITERIOS DE RECHAZO DE MUESTRAS .....                                                                               | 59  |
| VII.  | ANEXOS .....                                                                                                         | 61  |
| VIII. | BIBLIOGRAFÍA .....                                                                                                   | 136 |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## I. INTRODUCCIÓN

El Laboratorio Estatal de Salud Pública de Michoacán como parte de la Red Nacional, siendo partícipe en las metodologías diagnósticas e integrando los algoritmos diagnósticos del Marco Analítico Básico del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE), garantiza un soporte técnico-científico útil para la vigilancia epidemiológica, generando información de calidad para la toma oportuna de decisiones.

Es responsabilidad del Laboratorio estatal de Salud Pública, como centro generador de conocimiento y formación de recursos humanos, garantizar la adecuada ejecución de los procedimientos técnico-administrativos, por consecuencia, el personal involucrado directa e indirectamente en los procesos inherentes a la toma de muestra debe ser consciente de la importancia de sus actividades, para contribuir a los objetivos de calidad de la institución.

El éxito de un buen diagnóstico inicia con la obtención de una muestra primaria adecuada, teniendo como prioridad brindar al paciente un trato digno y una orientación clara sobre su situación clínica, por lo cual, el equipo de salud requiere la información adecuada para realizar el procedimiento de toma de muestra de forma eficiente, así mismo el personal encargado del transporte de las mismas debe estar capacitado para preservarlas con integridad y garantizar la entrega en tiempo, bajo las condiciones de conservación y almacenamiento necesarias en su traslado, hasta su arribo al laboratorio.

El objetivo de este manual es lograr la unificación de los criterios para los diversos procesos de toma, identificación, manejo, conservación y transporte de muestras epidemiológicas y clínicas.

Este documento se realizó con base a una consulta de los **Lineamientos para la Toma, Manejo y Envío de Muestras para Diagnóstico a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública** emitido por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE), y se encuentra conformado por ocho apartados, en los cuales se documentan lineamientos y especificaciones a cumplir para lograr la adecuada toma de muestra, uso de embalaje apegado a la normativa vigente, traslado seguro y entrega oportuna de las mismas.

El apartado con el numeral II refiere un breve vocabulario, con la finalidad de aportar claridad en el contenido del presente manual.

El apartado con el numeral III contiene las políticas del Laboratorio Estatal de Salud Pública (LESP) para la recepción e ingreso de muestras epidemiológicas y clínicas, así como la identificación, embalaje y requisitos administrativos solicitados.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

En el apartado con numeral IV, se describen los diagnósticos epidemiológicos y clínicos que se realizan en el LESP, catalogados por laboratorio e incluyendo las especificaciones sobre la muestra requerida para las metodologías establecidas.

El apartado con numeral V establece los procedimientos básicos para la toma de muestras específicas para los diagnósticos epidemiológicos y clínicos.

El apartado VI contiene aspectos fundamentales para el ingreso de muestras bajo el nombre de criterios de rechazo de muestra.

Finalmente, los numerales VII y VIII contienen los anexos y la bibliografía, apartados que le brindan soporte a este manual.

En caso de actualización a los manuales o lineamientos vigentes, prevalecerán las acciones apegadas a los nuevos documentos generados por la Dirección General de Epidemiología (DGE) o el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos “Dr. Manuel Martínez Báez” (InDRE).

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## II. VOCABULARIO

BAAR: Bacilos ácido alcohol resistentes.

Coati: Mamífero pequeño de entre 40 y 140 centímetros de longitud (midiendo su alargada cola) el cual se caracteriza por ser de nariz alargada, extremidades cortas, colas alargadas.

Concesión: Acción y efecto de conceder.

CHIKV: Virus del Chikungunya.

Días de evolución: Es el tiempo que tarda en tomarse la muestra desde el inicio de síntomas.

Días de tránsito: Es el tiempo que tarda una muestra desde la fecha de toma de la muestra hasta su entrega en el lugar en que se va a procesar.

EDA's: Enfermedades diarreicas agudas.

EDTA: Ácido Etilen-diamino-tetraacético.

EFE: Enfermedad Febril Exantemática.

EQL: Electroquimioluminiscencia.

Espécimen: Material humano o animal que puede ser sangre o sus componentes, excretas, tejidos o fluidos corporales.

h: hora

HAi: Hemaglutinación indirecta.

HAV: Virus de la Hepatitis A.

HBsAg: Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B.

HCV: Virus de la Hepatitis C.

Impronta: es una impresión de la lesión que se toma con un portaobjetos perfectamente limpio y desengrasado.

InDRE: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

LCR: Líquido cefalorraquídeo.

LESP: Laboratorio Estatal de Salud Pública.

mL: mililitro.

N/A: No aplica.

Patotipificación: Para *Escherichia coli*, determinación de grupo de aquellas que son capaces de causar cuadros diarreicos y cuyo patotipo lo determina el mecanismo de acción de la bacteria y los efectos de este en el paciente. Solo se realiza por biología molecular.

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa.

Quirópteros: Orden de mamíferos voladores, a los que pertenecen los murciélagos.

Rtq-PCR: Prueba utilizada en Biología molecular, la cual es una reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en tiempo real (rt) y cuantitativa (q).

TA: Temperatura ambiente.

Tosferina: Infección causada por *Bordetella pertussis* y demostrada por laboratorio.

VDRL: Investigación por laboratorio de enfermedades venéreas (Venereal Disease Research Laboratory).

VPV: Virus del papiloma humano.

ZIKV: virus ZIKA

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### III. POLÍTICAS DEL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA PARA LA RECEPCIÓN DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

#### a) Políticas:

##### Generales:

La recepción de muestras en las instalaciones del LESP se realiza en un horario de 8 a 18 horas de lunes a viernes, salvo aquellas excepciones donde por algún motivo se requiere una condición diferente a lo antes descrito.

El LESP mantiene una filosofía de servicio al usuario y por tal motivo el personal del mismo conserva una postura abierta y disponible para brindar la información pertinente relacionada con las pruebas correspondientes al marco analítico.

Para la realización de las pruebas analíticas no se permiten las solicitudes verbales, sin embargo, se hará una concesión en aquellos casos de urgencia epidemiológica, que requieran de una pronta respuesta siempre y cuando los requisitos administrativos se cumplan en el periodo establecido de 24 h posteriores a la recepción de la muestra.

El LESP al ser una institución dependiente de la Secretaría de Salud se enfoca en brindar servicio a las instituciones de salud, por lo tanto, no es frecuente que se realicen estudios para usuarios particulares, sin embargo, si fuera el caso se aplica una cuota de recuperación de acuerdo al tabulador de costos estipulado y aplicado por la Coordinación Administrativa.

En caso de contingencias (brotes, epidemias, intoxicaciones, etc.), es necesario establecer una estrecha comunicación con el LESP para el envío y las condiciones de ingreso de las muestras, así como la información documental requerida.

##### El ingreso de las muestras:

Las muestras que no cumplan con los criterios de aceptación, así como con las indicaciones de envase y embalaje serán rechazadas, a través del formato **F CTE 003**, **ver Anexo 1**, y/o en las plataformas correspondientes del SINAVE (Cuando aplique).

Las muestras deberán acompañarse de los siguientes documentos:

- Oficio de solicitud de estudio.
- Estudio epidemiológico y/o cédula emitida por plataforma SINAVE (según aplique).
- Historia clínica (cuando aplique).
- Formato específico (según aplique).



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

**NOTA 1:** Los diagnósticos que se realizan en el LESP requieren de al menos uno de los documentos anteriormente señalados, sin embargo, existen casos en los que el laboratorio hará concesiones, para estos casos se realiza un análisis de la situación y se determina la resolución con base en las necesidades del usuario.

**NOTA 2:** Para las enfermedades de vigilancia epidemiológica que no cuenten con un formato específico deberán ser acompañadas del estudio epidemiológico de caso SUIVE-2 (**Ver Anexo II**).

### **Protección de datos e información personal:**

El LESP tiene como política establecer lineamientos internos que nos permitan mantener la seguridad de los datos proporcionados por nuestros usuarios y la prestación de un servicio de calidad, por ello, conscientes del desarrollo tecnológico y de los riesgos derivados del mismo, se han implementado medidas de seguridad que eviten el mal manejo de la información.

### **Atención de quejas:**

El LESP tiene políticas y procedimientos para la atención de la información proveniente de los usuarios, información que agradecemos y que nos aporta para mejorar la atención y el servicio que brindamos, en el LESP existen mecanismos para la recepción de la información proveniente del usuario y son: el buzón de quejas y sugerencias ubicado en el área de recepción de muestras del laboratorio, a través del correo electrónico [gestiondecualidad.lespmich@gmail.com](mailto:gestiondecualidad.lespmich@gmail.com), personalmente o vía telefónica con la coordinación técnica, con la coordinación de gestión de calidad o con la Dirección.

### **b) Identificación, embalaje y requisitos administrativos.**

#### **Identificación:**

Las muestras deben ingresar debidamente etiquetadas preferentemente a través de una etiqueta adherida al recipiente primario, la cual debe contener de forma clara y legible la información siguiente:

- a) **Nombre o clave del paciente:** Nombre (s) y apellido (s) completos, del paciente al que pertenece la muestra contenida en el recipiente, el cual debe coincidir con la documentación pertinente y oficio de solicitud.

Existen casos donde dada la naturaleza del recipiente portador de la muestra dificulta agregar el nombre completo del paciente por lo que se permite una clave o número de identificación siempre y cuando coincida con la documentación y sea posible la rastreabilidad del mismo.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

Para el caso de las muestras para proceso de VIH/sida, la identificación no incluye el nombre del paciente, en su lugar se identifican con una clave u homoclave. Así mismo, las muestras aplicables al diagnóstico de Virus de Papiloma Humano se identifican por medio de un código de barras.

b) **Género:** Anotar el género del paciente.

Anotar (F) para femenino y (M) para masculino.

c) **Edad:** Es la edad cumplida en años.

d) **Fecha de toma de muestra:** Fecha en la que se llevó a cabo la toma de la muestra.

**Ejemplo sugerido:**

|                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Nombre: José Enrique Palomino Pérez</p> <p>Género: M Edad: 45 años</p> <p>Fecha de la toma: 2012-05-29</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**NOTA 1:** Se pueden incluir datos adicionales a la identificación como son: lugar de procedencia de la muestra, jurisdicción, la fecha de inicio de la sintomatología, padecimiento sospechoso o comprobado y datos específicos requeridos por las diferentes áreas del laboratorio y/o estén indicados por otra institución a donde se refiera la muestra, tal es el caso de InDRE.

La inclusión de datos adicionales estará sujeta a la naturaleza de la muestra, al tamaño del recipiente primario, y por lo tanto al tamaño de la etiqueta.

**NOTA 2:** La identificación se puede llevar a cabo mediante una etiqueta predeterminada o llenada con letra de molde y tinta indeleble y en el caso de laminillas esmeriladas identificadas con lápiz y las no esmeriladas con lápiz de punta de diamante, todo lo anterior debe ir perfectamente legible (para evitar errores de identificación).

**Embalaje:**

**a) Recipiente primario:**

El espécimen para diagnóstico (material humano o animal) debe depositarse en un recipiente de plástico; ya sea tubo o frasco que cuente con tapón de rosca o hermético y que sea a prueba de filtraciones. **Ver Figura 1.** El recipiente se colocará en gradillas (cuando aplique). **Ver Figura 2.**

## LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7



Figura 1. Ejemplos de recipientes primarios



Figura 2. Ejemplos de gradillas

Si se colocan varios recipientes primarios se debe considerar:

- Usar material amortiguador que evita el daño y choque entre ellos (cuando aplique).  
**Ver Figura 3.**
- Utilizar refrigerantes congelados para la conservación de la muestra (cuando aplique).  
**Ver Figura 4.**
- Colocar material absorbente suficiente para contener el total del volumen de la muestra y desecantes cuando se requiera.  
**Ver Figura 5.**

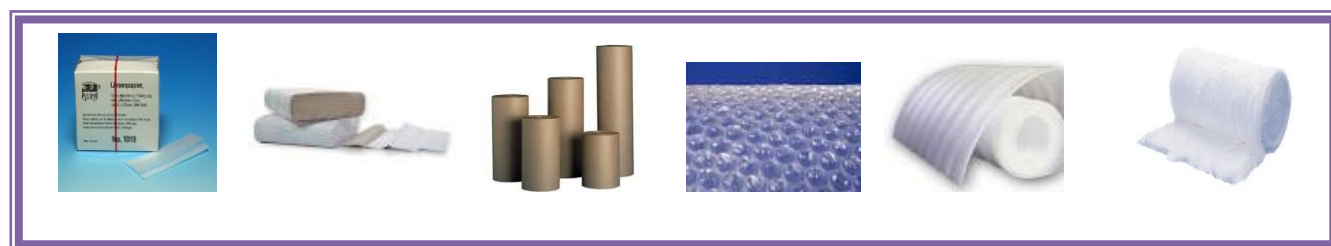


Figura 3. Ejemplos de materiales amortiguadores

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |



Figura 4. Ejemplos de refrigerantes

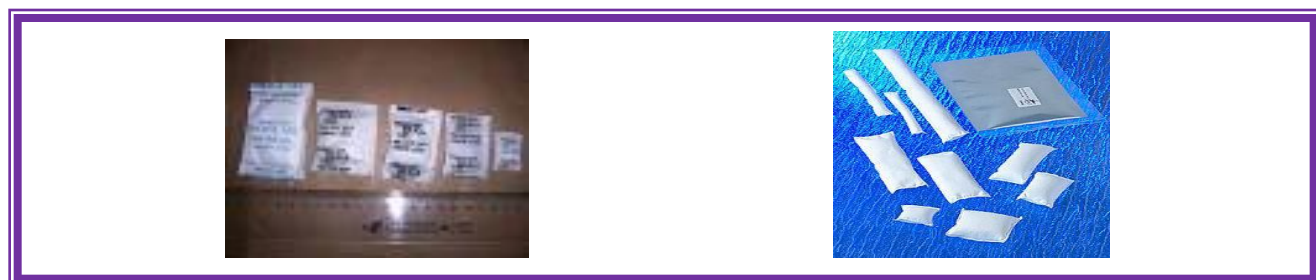


Figura 5. Ejemplos de materiales desecantes

#### ***b) Recipiente secundario:***

Los recipientes primarios uno o varios se colocan en un recipiente secundario, el cual también será hermético a prueba de filtraciones, pueden ser de plástico, uncel, cajas de cartón u otro material que garantice la protección de los recipientes primarios. **Ver Figura 6.**



Figura 6. Ejemplos de recipientes secundarios

Los recipientes secundarios deben llevar etiquetas conforme a la siguiente simbología (cuando aplique):

- Riesgo biológico. **Ver Figura 7.**
- Señal de orientación. **Ver Figura 8.**
- Cuidados. **Ver Figura 9.**

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |



Figura 7. Símbolo de riesgo biológico



Figura 8. Señal de orientación



Figura 9. Cuidados

### c) Recipiente externo:

Los recipientes secundarios se colocan en hieleras u otros recipientes externos que permiten la protección de las muestras, evitando el daño por los elementos externos del ambiente, daños físicos, filtración de agua, etc., mientras se encuentra en tránsito.

Los termos son ejemplos de recipientes externos y pueden ser plásticos o de unicel, deben venir cerrados y sellados con cinta adhesiva para evitar derrames al exterior, con refrigerantes congelados para conservar las muestras a la temperatura requerida (cuando aplique). **Ver Figura 10.**

**NOTA 1:** Para el diagnóstico de rabia animal y humana, debido al potencial infeccioso de las muestras, el embalaje debe poseer las siguientes características:

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

- **Contenedor primario:** Muestra (encéfalo, espécimen completo y biopsia) en bolsa de plástico transparente con cierre hermético debidamente identificado con la etiqueta del **ANEXO VII** o en su defecto con los datos ahí descritos.
- **Contenedor secundario:** Bolsa de plástico transparente para muestras sólidas, con material absorbente en muestras líquidas y en el caso de las improntas de córnea es necesario cuidar que no se froten entre sí.
- **Contenedor externo:** Contenedor de material termoaislante, para mantener la temperatura de la muestra, sellado y debidamente identificado.

Nota: Los contenedores y refrigerantes deben ser exclusivos para las muestras de rabia.

**NOTA 2:** Para el diagnóstico de viruela símica, debido al potencial infeccioso de las muestras, el embalaje debe poseer las siguientes características:

- **Contenedor primario:** Tubo de polipropileno estéril, seco, donde se introducirá el hisopado de la lesión dérmica (vesícula, pústula, costra) o de exudado faríngeo y nasofaríngeo. Colocar cada tipo de lesión por separado en un tubo de polipropileno de 15 mL, en SECO, debidamente identificado con los datos del paciente y sitio de la lesión o especificar que es un exudado. No utilizar tubos diseñados para venopunción, por extracción al vacío, ya que pueden contener agentes coagulantes que interfieren en el proceso de detección del virus.
- **Contenedor secundario:** Frasco contenedor que cumpla con la reglamentación internacional para el transporte seguro de sustancias infecciosas, autorizado por las Naciones Unidas para el traslado de muestras categoría A, exclusivo para muestras de viruela símica, con material amortiguador.
- **Contenedor externo:** Contenedor de material termoaislante, para mantener la temperatura de la muestra, sellado y debidamente identificado.

Nota: Los contenedores y refrigerantes deben ser exclusivos para las muestras de viruela símica.



Figura 10. Ejemplos de recipientes de envío o terciario.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

#### d) Etiquetado del embalaje:

##### a) Categoría A:

- El embalaje debe haber aprobado las pruebas de la Organización de las Naciones Unidas y estar identificado con las marcas y etiquetas correspondientes.
- La persona responsable del embalaje debe contar con la acreditación de la Organización Mundial de la Salud.



Figura 10. Categoría A

##### b) Categoría B:

- El embalaje debe ser hermético y resistente a una caída de 1.2 metros.
- La persona responsable debe contar con capacitación.

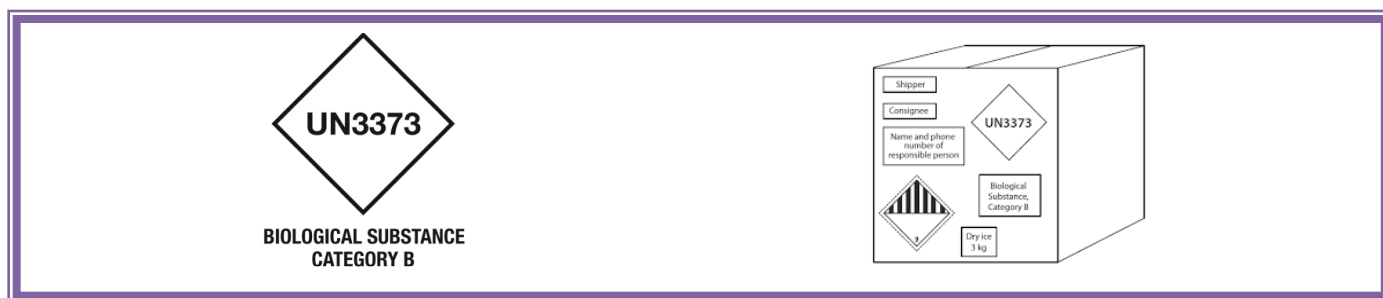


Figura 11. Categoría B

##### c) Exentos:

- El embalaje debe ser hermético y la persona responsable debe contar con capacitación.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |



Figura 12. Exentos

### Requisitos Administrativos:

- a) Las muestras deben acompañarse del oficio de solicitud dirigido a la Dirección del LESP y en atención a la coordinación correspondiente, así como un listado de las muestras enviadas y estudio epidemiológico o equivalente, especificando el diagnóstico requerido.
- b) Para los diagnósticos que cuentan con plataforma del SINAVE o cualquier otra oficial, las muestras se deben entregar con el número de registro que arroje dicha plataforma.
- c) En algunos casos especiales, además de las solicitudes que acompañen a las muestras, también es necesario incluir un resumen de la historia clínica del paciente, la cual constituye un instrumento fundamental para realizar el diagnóstico por laboratorio del padecimiento que clínicamente ha determinado el médico tratante de la unidad de salud que remite la muestra y que permiten orientar o reorientar el curso de las acciones y los procedimientos técnicos pertinentes, esto puede aplicar para casos como intoxicaciones por agentes infecciosos, biopsias o enfermedades emergentes.

**NOTA 1.** Los procesos analíticos realizados en el LESP necesitan como herramienta de consulta la información contenida en los documentos administrativos que acompañan a las muestras, por tal motivo la información descrita en los mismos es sumamente valiosa para obtener un resultado oportuno, válido y confiable, en este sentido las partes interesadas deben proporcionar datos de calidad.

**NOTA 2.** En casos especiales, si la muestra no cumple con los criterios establecidos, pero el usuario considera que la muestra es de alto valor clínico-epidemiológico, deberá notificarlo y aceptar que el resultado debe ser interpretado con cautela, quedando el laboratorio libre de toda responsabilidad legal.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

#### IV. DIAGNÓSTICOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DEL LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA DE MICHOACÁN.

##### Laboratorio de Entomología:

| Nombre del laboratorio:             | Entomología                              |                                          |                                |                                         |                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| Examen                              | Metodología                              | Tipo de muestra                          | Cantidad de la muestra         | Conservación                            | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico Taxonómico              | Identificación Taxonómica                | Larva de Mosquitos                       | Ejemplares                     | En un frasco con alcohol etílico al 75% | 8 días hábiles                       |
|                                     |                                          | Ninfas y Adultos de chinches hematófagas |                                | Vivos                                   |                                      |
|                                     |                                          | Artrópodos ponzoñosos: alacranes         |                                | En un frasco con alcohol etílico al 75% |                                      |
| Diagnóstico parasitológico          | Observación microscópica                 | Ninfas y Adultos de chinches hematófagas |                                | Vivos                                   |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio: | Biol. Armando Simón Alfredo Álvarez Díaz |                                          |                                |                                         |                                      |
| Teléfono de contacto:               | 443 2450432                              | Correo electrónico:                      | armandoalvarezdiaz@hotmail.com |                                         |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de Bacteriología:

| Nombre del laboratorio:                                                                                         | Bacteriología                 |                           |                                              |                                                                                     |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Examen                                                                                                          | Metodología                   | Tipo de muestra           | Cantidad de la muestra                       | Conservación                                                                        | Tiempo para la emisión del resultado |
| Cultivo de muestras de las vías respiratorias                                                                   | Estudio bacteriológico        | Exudado faríngeo          | 1 hisopado de amígdalas                      | Temperatura ambiente                                                                | 5 días                               |
|                                                                                                                 |                               | Lavado bronquial          | (2 a 5) mL                                   |                                                                                     |                                      |
|                                                                                                                 |                               | Aislados                  | Colonias en placa o tubo                     |                                                                                     | 4 días                               |
| Cultivo para búsqueda de <i>Bordetella pertussis</i>                                                            |                               | Exudado nasofaríngeo      | 1 hisopado en solución salina con cefalexina | (2 a 8) °C                                                                          | 12 días                              |
| Cultivo de muestras de ambiente hospitalario                                                                    |                               | Hisopado de punto crítico | 1 hisopado                                   | Temperatura ambiente (no refrigerar)                                                | 5 días                               |
| Cultivo de muestras de procesos invasivos                                                                       |                               | Hemocultivo (sangre)      | 3 mL (bebés)<br>10 mL (adultos)              | Temperatura ambiente                                                                |                                      |
|                                                                                                                 |                               | Orina                     | 15 mL (mínimo)                               |                                                                                     |                                      |
|                                                                                                                 |                               | Secreción de herida       | 1 hisopado                                   |                                                                                     |                                      |
|                                                                                                                 |                               | Abscesos abiertos         | 1 hisopado                                   |                                                                                     |                                      |
|                                                                                                                 |                               | Abscesos cerrados         | Punción aspiración                           |                                                                                     |                                      |
| Cultivo de muestras para búsqueda de Cólera y Enterobacterias ( <i>Salmonella spp.</i> , <i>Shigella spp.</i> ) |                               | Hisopado rectal           | 2 hisopados                                  | Temperatura ambiente (≥ 30°C), si es mayor, conservar en refrigeración de (2 a 8)°C |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                                                                             | Biol. Juan Luis Jaime Sánchez |                           |                                              |                                                                                     |                                      |
| Teléfono de contacto:                                                                                           | (443) 3244871 Ext.135         | Correo electrónico:       | bacteriologialesp@hotmail.com                |                                                                                     |                                      |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|               |                                    |                                                                                                                     |                      |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7 | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|

## Laboratorio de Micobacterias:

| Nombre del laboratorio:                                                                           | Micobacterias                                    |                                                    |                                |               |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------------------|
| Examen                                                                                            | Metodología                                      | Tipo de muestra                                    | Cantidad de la muestra         | Conservación  | Tiempo para la emisión del resultado |
| Aislamiento e identificación de <i>Mycobacterium tuberculosis</i>                                 | Método de Petroff y TB AG MPT64 rapid test       | Espuito                                            | (2-5) mL                       | (2-8) °C      | 2 meses                              |
|                                                                                                   |                                                  | Orina                                              | 50 mL                          | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Lavado gástrico                                    | (3-5) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido cefalorraquídeo (LCR)                      | (1-3) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Biopsias                                           | 1 g                            | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido pleural                                    | (5-10) mL                      | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Abscesos                                           | 1 mL                           | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Sangre                                             | 20 mL                          | (18-25) °C    |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Médula ósea                                        |                                | Tubo con EDTA |                                      |
| Aislamiento e identificación de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y pruebas de farmacosenibilidad | Sistema BACTEC MGIT 320 y TB AG MPT64 rapid test | Espuito                                            | (2-5) mL                       | (2-8) °C      | 2 meses                              |
|                                                                                                   |                                                  | Orina                                              | 50 mL                          | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Lavado gástrico                                    | (3-5) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido cefalorraquídeo (LCR)                      | (1-3) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Biopsias                                           | 1 g                            | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido pleural                                    | (5-10) mL                      | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Abscesos                                           | 1 mL                           | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Sangre                                             | 20 mL                          | (18-25) °C    |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Médula ósea                                        |                                | Tubo con EDTA |                                      |
| Detección del Complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y resistencia a la rifampicina           | Sistema GeneXpert MTB/RIF                        | Espuito                                            | (2-5) mL                       | (2-8) °C      | 3 días hábiles                       |
|                                                                                                   |                                                  | Lavado gástrico                                    | (3-5) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido cefalorraquídeo (LCR)                      | (1-3) mL                       | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Biopsias                                           | 1 g                            | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Abscesos                                           | 1 mL                           | (2-8) °C      |                                      |
|                                                                                                   |                                                  | Líquido pericárdico, sinovial, articular, ascítico | (5-10) mL                      | (2-8) °C      |                                      |
| Control de calidad de baciloscopias de tuberculosis                                               | Supervisión indirecta                            | Laminillas                                         | 100% positivas y 10% negativas | (18-25) °C    | 2 meses                              |
| Control de calidad de baciloscopias de lepra                                                      | Supervisión indirecta                            | Laminillas                                         | 100% positivas y 10% negativas | (18-25) °C    | 2 meses                              |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

| Nombre del laboratorio:             | Micobacterias                  |                                                    |                        |              |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Examen                              | Metodología                    | Tipo de muestra                                    | Cantidad de la muestra | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Baciloscopia                        | Tinción Ziehl-Neelsen          | Espuito                                            | (2-5) mL               | (2-8) °C     | 3 días hábiles                       |
|                                     |                                | Lavado gástrico                                    | (3-5) mL               | (2-8) °C     |                                      |
|                                     |                                | Líquido cefalorraquídeo (LCR)                      | (1-3) mL               | (2-8) °C     |                                      |
|                                     |                                | Biopsias                                           | 1 g                    | (2-8) °C     |                                      |
|                                     |                                | Líquido pleural                                    | (5-10) mL              | (2-8) °C     |                                      |
|                                     |                                | Abscesos                                           | 1 mL                   | (2-8) °C     |                                      |
|                                     |                                | Líquido pericárdico, sinovial, articular, ascítico | (5-10) mL              | (2-8) °C     |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio: | Lic. Sarahi Manríquez Calderón |                                                    |                        |              |                                      |
| Teléfono de contacto:               | (443) 3244871 Ext. 139         | Correo electrónico:                                | sarahimzcn@gmail.com   |              |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de Parasitología:

| Nombre del laboratorio:                              | Parasitología                                    |                                                                                               |                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen                                               | Metodología                                      | Tipo de muestra                                                                               | Cantidad de la muestra                                                                                           | Conservación                                                                           | Tiempo para la emisión del resultado                                                                                                                                     |
| Control de calidad Indirecto de Paludismo            | Observación microscópica                         | Laminilla con sangre periférica con gota gruesa y extendido fino                              | 100% de muestras positivas y el 10% de muestras negativas                                                        | Temperatura ambiente. Proteger el paquete de la humedad, luz solar y el calor excesivo | 14 días hábiles para Control de Calidad interno. 24 horas para todas las muestras de confirmación de casos importados y/o foráneos para cualquier especie de Plasmodium. |
| Control de Calidad Indirecto de Leishmaniasis        | Observación microscópica                         | Impronta o frotis de la lesión (secreción serosa o líquido tisular)                           | La totalidad de las muestras positivas procesadas y el 10% de negativas teñidas con Giemsa para su reobservación | Temperatura ambiente. Proteger el paquete de la humedad, luz solar y el calor excesivo | 21 días hábiles                                                                                                                                                          |
|                                                      |                                                  | Extendido de médula ósea                                                                      |                                                                                                                  |                                                                                        | 3 días hábiles                                                                                                                                                           |
| Control de Calidad Indirecto de Enfermedad de Chagas | Observación microscópica                         | Laminilla con muestra hemática                                                                | Enviar el total de muestras positivas procesadas y el 10% de negativas                                           | Temperatura ambiente                                                                   | 10 días hábiles                                                                                                                                                          |
| Diagnóstico Parasitoscópico de Paludismo             | Detección microscópica de <i>Plasmodium spp.</i> | Laminilla con sangre por punción capilar en gota gruesa y extendido fino.                     | 1 laminilla con gota gruesa y frotis                                                                             | Temperatura ambiente                                                                   | Menor o igual a 48 horas (casos confirmados, inmediato)                                                                                                                  |
|                                                      |                                                  | Muestra sanguínea. Sangre venosa en tubo con EDTA recién tomada (viabilidad de los parásitos) | 1 tubo con EDTA que contenga de 4 a 6 mL de sangre venosa.                                                       | Temperatura ambiente. (Viabilidad de los parásitos de no más de 8 horas.)              |                                                                                                                                                                          |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| Nombre del laboratorio:                                | Parasitología                                               |                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Examen                                                 | Metodología                                                 | Tipo de muestra                                                                  | Cantidad de la muestra                                                                                        | Conservación                                                                                                                                          | Tiempo para la emisión del resultado |
|                                                        |                                                             | de no más de 8 horas).                                                           |                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                      |
|                                                        |                                                             | Muestra sanguínea. Sangre impregnada en papel filtro Whatman No.3 o tarjeta FTA. | 2 a 4 gotas de sangre absorbidas en papel filtro o tarjeta FTA que forme un círculo de 1 a 1.5cm de diámetro. | Temperatura ambiente, acompañada con un desecante y sellada herméticamente en bolsa ziploc.                                                           |                                      |
| Diagnóstico Parasitoscópico de Leishmaniasis           | Identificación de amastigotes de Leishmania por microscopia | Improntas o frotis de la lesión                                                  | 3 impresiones o frotis en un portaobjeto sin teñir. Óptimo 5 laminillas con 3 impresiones o frotis.           | Las improntas, frotis y extendidos de médula ósea que son remitidos para diagnóstico deben ser fijados con metanol y enviados a temperatura ambiente. | 5 días hábiles                       |
|                                                        |                                                             | Médula ósea                                                                      | 2 extendidos sin teñir de médula ósea.                                                                        |                                                                                                                                                       |                                      |
| Diagnóstico Parasitoscópico de la enfermedad de Chagas | Detección microscópica en la fase aguda de la enfermedad    | Gota gruesa y frotis                                                             | 1 laminilla con gota gruesa y                                                                                 | Temperatura ambiente                                                                                                                                  | 3 días hábiles                       |
|                                                        |                                                             | Sangre venosa en tubo con heparina/ EDTA                                         | tubo con heparina /EDTA 2.0 ml                                                                                | Red fría (4 a 8) °C                                                                                                                                   |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                    | QFB. Itsi Cindy Chávez Hernández                            |                                                                                  |                                                                                                               |                                                                                                                                                       |                                      |
| Teléfono de contacto:                                  | 4432415409                                                  | Correo electrónico:                                                              | entoparalesp@hotmail.com                                                                                      |                                                                                                                                                       |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de ITS-VIH/sida:

| Nombre del laboratorio:                                                  | Laboratorio de ITS-VIH/sida   |                 |                        |                           |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Examen                                                                   | Metodología                   | Tipo de muestra | Cantidad de la muestra | Conservación              | Tiempo para la emisión del resultado |
| Determinación de anticuerpos anti VIH                                    | Electroquimioluminiscencia    | Suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de anticuerpos anti VIH                                    | Inmunoensayo enzimático (EIA) | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de anticuerpos anti VIH                                    | Inmunoelctrotransferencia     | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de reagentes serológicos(VDRL)                             | Floculación                   | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 3 días                               |
| Determinación de Anticuerpos Anti <i>Treponema pallidum</i>              | Electroquimioluminiscencia    | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 3 días                               |
| Determinación de anticuerpos IgG anti <i>Treponema pallidum</i>          | Inmunoelctrotransferencia     | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de anticuerpos IgM anti <i>Treponema pallidum</i>          | Inmunoelctrotransferencia     | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de Anticuerpos IgM, contra el virus de la Hepatitis A      | Electroquimioluminiscencia    | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación del Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B     | Electroquimioluminiscencia    | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de Anticuerpos totales contra el virus de la Hepatitis C   | Electroquimioluminiscencia    | suero           | 2 mL                   | (2-8) °C                  | 10 días                              |
| Determinación de anticuerpos contra el virus de la Hepatitis C           | Inmunoblot                    | suero           | 2mL                    | (2-8) °C                  | 15 días                              |
| Cuantificación de la Carga viral del virus de la Hepatitis "C"           | PCR en tiempo real            | Sangre completa | 5 mL                   | Temperatura ambiente 25°C | 15 días                              |
| Conteo linfocitario CD3/CD4/CD8                                          | Citometría de flujo           | Sangre completa | 4 mL                   | Temperatura ambiente 25°C | 2 días                               |
| Cuantificación de la Carga viral de Virus de la Inmunodeficiencia Humana | PCR en tiempo real            | Sangre completa | 5 mL                   | Temperatura ambiente 25°C | 15 días                              |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| Nombre del laboratorio:                                                        | Laboratorio de ITS-VIH/sida                                                      |                                                         |                        |              |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Examen                                                                         | Metodología                                                                      | Tipo de muestra                                         | Cantidad de la muestra | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Determinación de anticuerpos totales anti SARS-CoV-2                           | Electroquimioluminiscencia                                                       | suero                                                   | 2 mL                   | (2-8) °C     | 3 días                               |
| Control de calidad externo para VIH, VDRL, Hepatitis A,B y C                   | Electroquimioluminiscencia                                                       | suero                                                   | 2 mL                   | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Diagnóstico de Hepatitis Aguda de Etiología desconocida                        | Quimioluminiscencia (LESPMICH)                                                   | Suero                                                   | 5 mL                   | (2-8)°C      | 3 días                               |
| Referencia al InDRE de muestras para Hepatitis Aguda de Etiología Desconocida. | Quimioluminiscencia, ELFA, ELISA, RT-PCR, PCR, CULTIVO Y PCR punto final (InDRE) | Suero, Sangre completa, Exudado faríngeo, Heces fecales | 5 mL<br>5 g            | (2-8)°C      | 2 meses (InDRE)                      |
| <b>Nombre del jefe (a) de laboratorio:</b>                                     | QFB. Araceli Mendoza Ramos                                                       |                                                         |                        |              |                                      |
| <b>Teléfono de contacto:</b>                                                   | (443) 3244871 Ext. 136<br>Cel. 4432540154                                        | <b>Correo electrónico:</b>                              | vihlespmich@gmail.com  |              |                                      |



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de Virología:

| Nombre del laboratorio:                                                                                                                                                | Virología       |                 |                        |              |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Vigilancia epidemiológica por laboratorio de Dengue y otras Arbovirosis                                                                                                |                 |                 |                        |              |                                      |
| Examen                                                                                                                                                                 | Metodología     | Tipo de muestra | Cantidad de la muestra | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de Arbovirus: Dengue, Chikungunya y Zika.<br><br>(Paciente en fase aguda con 0 a 5 días de evolución)                                                      | TRIPLEX RT-qPCR | Suero           | 2 mL                   | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Detección de Anticuerpo IgM de Dengue<br><br>Sólo DCSA y DG.<br><br>(Paciente en fase convaleciente y SIN toma de muestra en fase aguda con 6 a 14 días de evolución). | ELISA IgM       | Suero           | 2 mL                   | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Detección de Anticuerpo IgM de Chikungunya.<br><br>(Paciente en fase convaleciente y SIN toma de muestra en fase aguda con 6 a 12 días de evolución).                  | ELISA IgM       | Suero           | 2 mL                   | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Detección de Anticuerpo IgM de Zika<br><br>(Paciente mujer embarazada en fase convaleciente y SIN toma de muestra en fase aguda con 6 a 30 días de evolución).         | ELISA IgM       | Suero           | 2 mL                   | (2-8) °C     | 5 días                               |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| Nombre del laboratorio:                                                               | Virología                                                                               |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |              |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Vigilancia epidemiológica por laboratorio de Dengue y otras Arbovirosis               |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |              |                                      |
| Examen                                                                                | Metodología                                                                             | Tipo de muestra                                                                                                                                                                                                 | Cantidad de la muestra                                                      | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de Zika asociado a seguimiento de casos del SGB (síndrome Guillain-Barre) | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Suero (Tomado hasta 5 días después del inicio de la parálisis y el antecedente de inicio de síntomas).                                                                                                          | 2 mL de suero de la madre y mínimo 300µL para RN                            | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Diagnóstico de Zika asociado a seguimiento de casos del SGB (síndrome Guillain-Barre) | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Orina (toma máxima hasta 17 días de inicio de la parálisis y el antecedente de inicio de síntomas).                                                                                                             | 3.0 mL (parte media-final de la micción en contenedor de plástico estéril). | (2-8) °C     | 5 días                               |
|                                                                                       |                                                                                         | En caso de que la muestra de orina no llegue al laboratorio en el transcurso de las siguientes 48 horas, después de haber sido tomada se debe realizar la metodología de centrifugación para obtener sedimento. | 2.5 mL de Sedimento de Orina en transporte viral.                           |              |                                      |
|                                                                                       |                                                                                         | Saliva (toma máxima hasta 17 días de inicio de la parálisis y el antecedente de inicio de síntomas).                                                                                                            | 2 mL de Saliva en frasco de plástico estéril.                               | (2-8) °C     | 5 días                               |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

| Nombre del laboratorio:                                                 | Virología                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                       |              |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Vigilancia epidemiológica por laboratorio de Dengue y otras Arbovirosis |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                       |              |                                      |
| Examen                                                                  | Metodología                                                                             | Tipo de muestra                                                                                                                                                                                                                                                    | Cantidad de la muestra                                                                                                                                                                | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de Síndrome congénito asociado a Zika.                      | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Suero de madre (Tomar muestra hasta 5 días después del nacimiento del bebé.                                                                                                                                                                                        | 2 mL de suero de la madre                                                                                                                                                             | (2-8) °C     | 5 días                               |
|                                                                         |                                                                                         | Suero del RN (toma inmediata en el día del nacimiento y hasta 5 días).                                                                                                                                                                                             | Mínimo 300µL suero del RN                                                                                                                                                             |              |                                      |
| Diagnóstico de Síndrome congénito asociado a Zika.                      | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Orina del RN en los primeros 5 días del nacimiento, En caso de que la muestra de orina no llegue al laboratorio en el transcurso de las siguientes 48 horas, después de haber sido tomada se debe realizar la metodología de centrifugación para obtener sedimento | 5mL Muestra obtenida mediante bolsa perineal o mediante maniobras de estimulación vesical en neonatos, en contenedor de plástico estéril Sedimento de Orina en transporte viral 2.5mL | (2-8) °C     | 5 días                               |
|                                                                         |                                                                                         | Líquido amniótico (Sólo mujeres embarazadas, en donde el producto muestre malformaciones congénitas, sustentadas con ecografías realizadas).                                                                                                                       | Volumen de muestra mínima 300µL en contenedor de plástico estéril                                                                                                                     |              |                                      |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| Nombre del laboratorio:                                                                                                 | Virología                                                                               |                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |              |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| Vigilancia epidemiológica por laboratorio de Dengue y otras Arbovirosis                                                 |                                                                                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                                      |              |                                      |
| Examen                                                                                                                  | Metodología                                                                             | Tipo de muestra                                                                                                                                      | Cantidad de la muestra                                                                                               | Conservación | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de Síndrome congénito asociado a Zika.                                                                      | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Necropsia de cerebro, cerebelo, muestra de la vellosidad coriónica o placentaria, cordón umbilical, aborto o mortinato.                              | Tomar necropsia de (2-3) cm³ en solución salina estéril al 0.85%. No usar formol en contenedor de plástico estéril.  | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Diagnóstico de Síndrome congénito asociado a Zika.                                                                      | ELISA IgM                                                                               | Suero de madre (toma hasta 5 días después del nacimiento del bebé). Suero de recién nacido (toma inmediata en el día del nacimiento y hasta 5 días). | 2 mL de suero de la madre<br><br>Mínimo 300µL suero del RN                                                           | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Diagnóstico de Dengue, Chikungunya, Zika para defunciones.                                                              | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Necropsia de hígado, ganglios, bazo, riñón, inmediatamente después de la defunción (necropsia), hasta una hora después.                              | Tomar necropsia de (2-3) cm³ en solución salina estéril al 0.85%. No usar formol, en contenedor de plástico estéril. | (2-8) °C     | 5 días                               |
| Diagnóstico de Dengue, en reconversión al algoritmo.<br><br>(Emergencia epidemiológica por brote confirmado de Dengue). | ELISA Antígeno NS1                                                                      | Suero en fase Aguda (0-5) días de evolución.                                                                                                         | 2 mL                                                                                                                 | (2-8) °C     | 5 días                               |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

| Nombre del laboratorio:                                                     | Virología                                                             |                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                                                           |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Enfermedad Febril Exantemática |                                                                       |                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                                                           |                                                       |
| Examen                                                                      | Metodología                                                           | Tipo de muestra                                                                                                                                                   | Cantidad de la muestra                                                  | Conservación                                                                              | Tiempo para la emisión del resultado                  |
| Diagnóstico de Rubéola y Sarampión                                          | Determinación de anticuerpo IgM por análisis inmunoenzimático (ELISA) | Suero (Tomar dentro de 35 días de iniciado el exantema)                                                                                                           | 2 mL                                                                    | Tubo de plástico de extracción al vacío sin anticoagulante a una temperatura de (2-8) °C. | 4 días naturales.                                     |
|                                                                             | Reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)   | Exudado Faríngeo (Tomar dentro de 5 días de iniciado el exantema)                                                                                                 | Tomar con hisopo de dacrón y colocar en 2 mL medio de transporte viral. | Conservar muestra en tubo con tapón de rosca a una temperatura de (2-8) °C.               |                                                       |
| Diagnóstico de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC)                          | Determinación de anticuerpo IgM por análisis inmunoenzimático (ELISA) | Suero (de RN y de la Madre)                                                                                                                                       | 2 mL                                                                    | Tubo de plástico de extracción al vacío sin anticoagulante a una temperatura de (2-8) °C. | 4 días naturales.                                     |
|                                                                             | Reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR)   | Exudado Faríngeo (Sólo del RN)                                                                                                                                    | Tomar con hisopo de dacrón y colocar en 2 mL medio de transporte viral. | Conservar muestra en tubo con tapón de rosca a una temperatura de (2-8) °C.               |                                                       |
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de la Leptospirosis               |                                                                       |                                                                                                                                                                   |                                                                         |                                                                                           |                                                       |
| Examen                                                                      | Metodología                                                           | Tipo de muestra                                                                                                                                                   | Cantidad de la muestra                                                  | Conservación                                                                              | Tiempo para la emisión del resultado                  |
| Detección de anticuerpos contra Leptospira                                  | Por aglutinación microscópica (MAT)                                   | Dos muestras, 1a en etapa aguda hasta 14 de días de evolución, la 2a después de 2 semanas de haber tomado la 1a y antes de 90 días de que iniciaron los síntomas. | 2 mL                                                                    | (2 a 8) °C                                                                                | 15 días después de la recepción de la segunda muestra |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

| Nombre del laboratorio:                            | Virología                         |                               |                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                      |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Rabia |                                   |                               |                                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                      |
| Examen                                             | Metodología                       | Tipo de muestra               | Cantidad de la muestra                                                                                                                | Conservación                                                                                                         | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de rabia en humanos                    | Inmunofluorescencia directa (IFD) | Biopsia de cuero cabelludo    | 125 mm <sup>3</sup><br>(5 X 5 X 5) mm                                                                                                 | En frasco estéril sin solución o solución 50 % glicerol y solución salina fisiológica a una temperatura de (4-8) °C. | 3 días                               |
| Diagnóstico de rabia en humanos                    | Inmunofluorescencia directa (IFD) | Hisopado sublingual           | Tomar con hisopo de dacrón preferentemente y colocar en 2 mL de solución salina o medio de transporte.                                | La muestra debe conservarse en tubo con tapón de rosca a una temperatura de (4-8) °C.                                | 3 días                               |
|                                                    |                                   | Impronta de cornea            | 2 impresiones por ojo en portaobjetos desengrasado. El material debe ser suficiente para circunscribir dos campos con el lápiz graso. | Colocar las laminillas en portalaminillas evitando su contacto y protegiendo de luz solar, calor excesivo y humedad. |                                      |
|                                                    |                                   | Líquido Cefalorraquídeo (LCR) | (3-5) mL                                                                                                                              | Tubo de plástico estéril con tapón de rosca a una temperatura de (4-8) °C.                                           |                                      |
|                                                    |                                   | Saliva                        | (1-3) mL                                                                                                                              | Tubo estéril con tapón de rosca a una temperatura de (4-8) °C.                                                       |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

| Nombre del laboratorio:                                                                                                                                                                                                                                                  | Virología                          |                                  |                                                           |                                                                                                                             |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Rabia                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                                  |                                                           |                                                                                                                             |                                      |
| Examen                                                                                                                                                                                                                                                                   | Metodología                        | Tipo de muestra                  | Cantidad de la muestra                                    | Conservación                                                                                                                | Tiempo para la emisión del resultado |
| Diagnóstico de rabia en humanos (Post-Mortem)                                                                                                                                                                                                                            | Inmunofluorescenci a directa (IFD) | Punción retrorrbital u occipital | No menos de 5 gramos                                      | Frasco de plástico con tapa de rosca, envuelta con parafilm.                                                                | 3 días                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    | Encéfalo completo                | Hemisferios cerebrales o regiones (no menos de 5 gramos). | Frasco de plástico con tapa de rosca, envuelta con parafilm.                                                                |                                      |
| NOTA: Para el diagnóstico de rabia en humanos post-mortem, no usar papel absorbente para envolver y enviar dentro de las primeras 24 horas de tomada la muestra a una temperatura de (4-8) °C, de no ser así, congelar de (-20 a -70) °C y enviar a la brevedad posible. |                                    |                                  |                                                           |                                                                                                                             |                                      |
| Diagnóstico de rabia en animales                                                                                                                                                                                                                                         | Inmunofluorescenci a directa (IFD) | Encéfalo completo                | Encéfalo, médula espinal, asta de Ammón y cerebelo.       | Frasco de plástico con tapa de rosca, envuelta con Parafilm (no usar papel absorbente) a una temperatura de (-20 a -70) °C. | 3 días                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    | Mamíferos pequeños               | Espécimen completo.                                       | Congelado (-20 a -70) °C.                                                                                                   |                                      |
| NOTA: Por ningún motivo, los encéfalos completos o segmentados, deben sumergirse en solventes como, por ejemplo: formaldehido, fenol y alcohol. Mantener y enviar en congelación de inmediato.                                                                           |                                    |                                  |                                                           |                                                                                                                             |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                                                                                                                                                                                                                                      | MSP. Liliana Gaona Hernández       |                                  |                                                           |                                                                                                                             |                                      |
| Teléfono de contacto:                                                                                                                                                                                                                                                    | (443) 3244871 Ext. 133             | Correo electrónico:              |                                                           | virologialesp@gmail.com                                                                                                     |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

|                                                               |                                     |                                                                                                                                                                         |                        |                         |                                                       |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|
| Nombre del laboratorio:                                       | Virología                           |                                                                                                                                                                         |                        |                         |                                                       |
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de la Rickettsiosis |                                     |                                                                                                                                                                         |                        |                         |                                                       |
| Examen                                                        | Metodología                         | Tipo de muestra                                                                                                                                                         | Cantidad de la muestra | Conservación            | Tiempo para la emisión del resultado                  |
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de la Rickettsiosis | Inmunofluorescencia indirecta (IFI) | Dos muestras, 1a en etapa aguda hasta 14 de días de evolución, la 2a después de 2 semanas de haber tomado la 1a y antes de 90 días de que iniciaron los síntomas. Suero | 2mL                    | (2 a 8) °C              | 15 días después de la recepción de la segunda muestra |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                           | MSP. Liliana Gaona Hernández        |                                                                                                                                                                         |                        |                         |                                                       |
| Teléfono de contacto:                                         | (443) 3244871 Ext. 133              | Correo electrónico:                                                                                                                                                     |                        | virologialesp@gmail.com |                                                       |

| Nombre del laboratorio:                                | Virología                    |                     |                        |                         |                                      |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Rotavirus |                              |                     |                        |                         |                                      |
| Examen                                                 | Metodología                  | Tipo de muestra     | Cantidad de la muestra | Conservación            | Tiempo para la emisión del resultado |
| Detección de Rotavirus                                 | ELISA                        | Heces Fecales       | De (5 a 20) mL         | (4 a 8) °C              | 4 días                               |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                    | MSP. Liliana Gaona Hernández |                     |                        |                         |                                      |
| Teléfono de contacto:                                  | (443) 3244871 Ext. 133       | Correo electrónico: |                        | virologialesp@gmail.com |                                      |



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| Nombre del laboratorio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Virología                                                                               |                                                          |                                                                                         |                                                    |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de la Enfermedad Respiratoria Viral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                         |                                                          |                                                                                         |                                                    |                                      |
| Examen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Metodología                                                                             | Tipo de muestra                                          | Cantidad de la muestra                                                                  | Conservación                                       | Tiempo para la emisión del resultado |
| Detección de SARS-CoV-2<br><br>Detección de influenza A (H1N1) pdm09, AH3 estacional e influenza B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Exudado faríngeo                                         | Mantener hisopo en 2.5 ml de medio de transporte viral estéril.                         | ≤ 5 días:<br>(2 - 8) °C<br>> 5 días:<br>-70 °C     | 4 días                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         | Exudado nasofaríngeo                                     |                                                                                         |                                                    |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         | Lavado bronquioalveolar                                  | Mínimo 2.0 mL (1mL de la muestra en 1 mL de medio de transporte viral).                 | ≤ 48 horas:<br>(2 - 8) °C<br>> 48 horas:<br>-70 °C |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         | Lavado bronquial (sólo de pacientes intubados).          |                                                                                         |                                                    |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         | Aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo o lavado nasal. |                                                                                         |                                                    |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                         | Biopsia de pulmón (En caso de defunción).                | Tomar 2.0 cm³ de la parte visiblemente afectada y colocar en medio de transporte viral. | ≤ 5 días:<br>(2 – 8) °C<br>> 5 días:<br>-70 °C     |                                      |
| <b>Notas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Colocar el exudado faríngeo y nasofaríngeo en el mismo contenedor con medio de transporte viral estéril, para incrementar la carga viral.</li><li>Para la toma de muestras de lavado bronquioalveolar, aspirado traqueal y/o nasofaríngeo, lavado nasal y biopsia de pulmón utilizar contenedor estéril con medio de transporte viral.</li><li>Para la toma de muestra de exudado faríngeo y nasofaríngeo, utilizar: Medio de transporte viral, Hisopos de dacrón, rayón o nylon con mango de plástico para el exudado faríngeo, Hisopos de dacrón, rayón o nylon con mango de alambre flexible para el exudado nasofaríngeo u otros como: Hisopos de fibra sintética con mango de plástico y mango flexible.</li></ul> |                                                                                         |                                                          |                                                                                         |                                                    |                                      |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MSP. Liliana Gaona Hernández                                                            |                                                          |                                                                                         |                                                    |                                      |
| Teléfono de contacto:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (443) 3244871 Ext. 133                                                                  | Correo electrónico:                                      |                                                                                         | virologialesp@gmail.com                            |                                      |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| Nombre del laboratorio:                                                                                                                              | Virología                                                                               |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Viruela Símica                                                                                          |                                                                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
| Examen                                                                                                                                               | Metodología                                                                             | Tipo de muestra      | Cantidad de la muestra                                                                                                                                                                                                                                         | Conservación                                                                                                                                                                                                                              | Tiempo para la emisión del resultado                                                                                   |
| Detección de virus de viruela símica (solamente recepción de la muestra para envío al InDRE o al LESP asignado por Regionalización del diagnóstico). | Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Reversa en Tiempo Real (qRT-PCR). | Exudado faríngeo     | Recolectar por hisopado con hisopo de dacrón o rayón, estériles. Mantener hisopo en seco y colocarlo en un tubo de polipropileno, estéril, de 8, 15 o 50 mL, con tapa de rosca y cierre hermético.                                                             | Refrigerar (4 a 8) °C dentro de la primera hora de recolección y enviar inmediatamente al LESP manteniendo la cadena fría; en caso de no poder enviar la muestra inmediatamente, almacenar en refrigeración hasta un máximo de tres días. | 4 días hábiles, una vez recibida la muestra en el InDRE o en el LESP asignado por Regionalización para el diagnóstico. |
|                                                                                                                                                      |                                                                                         | Exudado nasofaríngeo |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                                         | Exudado de vesícula  | Absorber el líquido de 2-3 lesiones similares, con hisopo de dacrón o rayón, estériles. Colocar cada tipo de lesión en un tubo diferente. El tubo debe ser estéril, de polipropileno, de 8, 15 ó 50 mL, con tapa de rosca y cierre hermético.                  |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                                         | Exudado de pústula   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                      |                                                                                         | Costra               | Con el hisopo de dacrón o rayón, en seco, tomar las costras y colocarlas en un tubo estéril, de polipropileno, de 8, 15 ó 50 mL, con tapa de rosca y cierre hermético. Si se utiliza bisturí para separar la costra, colocarlo junto con el hisopo en el tubo. |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |

## LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

### Notas:

- Colocar el exudado faríngeo y nasofaríngeo en el mismo tubo primario EN SECO. Esta muestra se tomará en los casos en los que el paciente presente el estadio de la lesión tipo mácula.
- Para la toma de muestra de exudado faríngeo y nasofaríngeo, utilizar: Hisopos de dacrón o rayón con mango de plástico para el exudado faríngeo, Hisopos de dacrón o rayón con mango flexible para el exudado nasofaríngeo u otros como: Hisopos de fibra sintética con mango de plástico y mango flexible.
- Se puede utilizar bisturí estéril para apoyarse en la toma de muestra de costras, el cual debe colocarse junto con el hisopo de dacrón o rayón en el tubo estéril, de polipropileno, de 8, 15 ó 50 mL, con tapa de rosca y cierre hermético.
- El hisopado debe tomar el contenido en la lesión cutánea (vesícula y/o pústula) frotando enérgicamente el hisopo sobre la lesión.
  - Los tubos deben sellarse con parafilm.

|                                                |                              |                            |                         |
|------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| <b>Nombre del jefe<br/>(a) de laboratorio:</b> | MSP. Liliana Gaona Hernández |                            |                         |
| <b>Teléfono de<br/>contacto:</b>               | (443) 3244871 Ext. 133       | <b>Correo electrónico:</b> | virologialesp@gmail.com |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de Zoonosis:

| Nombre del laboratorio:                                             | Zoonosis                      |                             |                                     |                                                                |                                      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Brucelosis Humana      |                               |                             |                                     |                                                                |                                      |
| Examen                                                              | Metodología                   | Tipo de muestra             | Cantidad de la muestra              | Conservación                                                   | Tiempo para la emisión del resultado |
| Rosa de bengala (diagnóstico y control de calidad)                  | Aglutinación en placa         | Suero                       | 2.0 mL                              | (2-8) °C                                                       | 5 días hábiles                       |
| Aglutinación estándar (SAT), diagnóstico o seguimiento              | Aglutinación en microplaca    | Suero                       | 2.0 mL                              | (2-8) °C                                                       | 5 días hábiles                       |
| Aglutinación con 2-mercaptoetanol (2-ME), diagnóstico o seguimiento | Aglutinación en microplaca    | Suero                       | 2.0 mL                              | (2-8) °C                                                       | 5 días hábiles                       |
| Vigilancia Epidemiológica por laboratorio de Enfermedad de Chagas   |                               |                             |                                     |                                                                |                                      |
| Examen                                                              | Metodología                   | Tipo de muestra             | Cantidad de la muestra              | Conservación                                                   | Tiempo para la emisión del resultado |
| Hemaglutinación, diagnóstico o seguimiento                          | Hemaglutinación indirecta     | Suero                       | 2.0 mL                              | (2-8) °C                                                       | 10 días hábiles                      |
| ELISA antígeno Total, diagnóstico o seguimiento                     | ELISA Total                   | Suero                       | 2.0 mL                              | (2-8) °C                                                       | 10 días hábiles                      |
| ELISA antígeno recombinante, diagnóstico o seguimiento              | ELISA Recombinante            | Suero                       | 2.0mL                               | (2-8) °C                                                       | 10 días hábiles                      |
| ELISA antígeno recombinante, tamizaje serológico                    | ELISA Recombinante, en eluido | Sangre seca en papel filtro | Gota de sangre seca en papel filtro | Temperatura ambiente, en bolsa ziploc con desecante sílica gel | 10 días hábiles.                     |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:                                 | MSP. Beatriz López Villafaña  |                             |                                     |                                                                |                                      |
| Teléfono de contacto:                                               | (443) 3244871 Ext.134         | Correo electrónico:         | lespmichzoonosis@gmail.com          |                                                                |                                      |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### Laboratorio de Cáncer Cervicouterino (CaCU):

| Nombre del laboratorio:             | CaCU                                  |                     |                        |                      |                                      |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Examen                              | Metodología                           | Tipo de muestra     | Cantidad de la muestra | Conservación         | Tiempo para la emisión del resultado |
| Citología Cérvico vaginal           | Microscopía (tinción de Papanicolaou) | Cérvico-vaginal     | Frotis en laminilla    | Temperatura Ambiente | 21 días                              |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio: | Dra. Marisol Benítez Ramírez          |                     |                        |                      |                                      |
| Teléfono de contacto:               | (443) 3244871 Ext.123                 | Correo electrónico: | seaisunbtz@gmail.com   |                      |                                      |

### Laboratorio del Virus del Papiloma Humano (VPH):

| Nombre del laboratorio:                | Laboratorio del Virus del Papiloma Humano (VPH) |                     |                        |                      |                                      |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Examen                                 | Metodología                                     | Tipo de muestra     | Cantidad de la muestra | Conservación         | Tiempo para la emisión del resultado |
| Detección de Virus del Papiloma Humano | PCR en tiempo real                              | Exudado de Cérvix   | Medio SurePath         | Temperatura Ambiente | 10 días                              |
| Nombre del jefe (a) de laboratorio:    | QFB. María Elena Silva Martínez                 |                     |                        |                      |                                      |
| Teléfono de contacto:                  | (443) 3244871 Ext.141                           | Correo electrónico: | vphbiomol@gmail.com    |                      |                                      |

**Nota 1:** Para todos los diagnósticos, los días indicados para la emisión de resultados son días hábiles.

**Nota 2:** En caso de existir una demora en la emisión de los resultados o desapego en los días de oportunidad por incumplimiento al análisis de las muestras, o se suspenda la emisión de resultado por causas ajenas al LESP, se comunicará a los usuarios a través de los canales de comunicación establecidos.

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|               |                                    |                                                                                                                     |                      |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7 | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|

## V. PROCEDIMIENTOS BÁSICOS PARA LA TOMA DE MUESTRA PARA DIAGNÓSTICOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS.

| MUESTRA                                                                                      | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Aspirado traqueal.</u><br><u>aspirado</u><br><u>nasofaríngeo o</u><br><u>lavado nasal</u> | Se debe realizar por personal médico especializado.<br><br>Para diagnóstico de virus respiratorios:<br>En caso de pacientes ambulatorios la toma de muestra no debe exceder a los 5 días de iniciados los síntomas (De preferencia en las primeras 72 horas).<br>En caso de pacientes graves la toma de muestra no debe exceder a los 7 días de iniciados los síntomas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Colocarse en un contenedor estéril con medio de transporte viral.<br>Se requiere como mínimo 2 mL (1 mL de aspirado más 1 mL de medio de transporte viral).<br>Almacenar de (2-8) °C no más de 48 horas, si excede el tiempo congelar a (-70) °C y enviar a la brevedad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Biopsias</u>                                                                              | La toma de muestra debe efectuarse por personal médico capacitado bajo condiciones de asepsia rigurosa. Para diagnóstico de lepra, micosis, parasitosis y virosis cutáneas, el médico deberá decidir la región de donde se debe tomar la biopsia de acuerdo con el sitio de infección, ya sea con bisturí o con sacabocado, de acuerdo con los criterios quirúrgicos o dermatológicos.<br><br>Para la biopsia de pulmón en caso de defunción para la búsqueda del virus de la influenza y/o SARS-CoV-2 aún después de 7 días de iniciados los síntomas.<br>Se deberán tomar 2 centímetros cúbicos del parénquima pulmonar visiblemente afectado y colocarlo en contenedor estéril en medio de transporte viral.<br><br>Para diagnóstico de Dengue, Fiebre Amarilla (postmortem) se tomará una muestra de (2-3) cm3 de hígado, bazo, ganglios y/o riñón.<br>Para diagnóstico de Virus del Oeste del Nilo (VON) postmortem tomará una muestra de dos cm3 de bazo, hígado, riñón, ganglios, cerebro y/o pulmón.<br><br>Para diagnóstico de Parálisis Flácida Aguda (postmortem) se toma una muestra de médula espinal en la región cervical o lumbar de (1 a 3) centímetros cúbicos o de colón descendente que contenga materia fecal de (3 a 5) g y una segunda muestra a las 24 h, después de tomada la primera.<br><br>Para el diagnóstico de Rickettsiosis se tomará una muestra cutánea de las lesiones maculopapulares, vesículas o escara de picadura de la garrapata, así como el raspado con hisopo de la escara, vesículas o contenido de las lesiones maculopapulares. La muestra se toma preferentemente en la etapa aguda de la enfermedad, esto es primordialmente en la primera semana de síntomas. Si la situación del paciente es muy grave o crítica, la muestra se puede tomar hasta los 14 días de la evolución del cuadro clínico.<br><br>Para diagnóstico de tuberculosis, enviar un fragmento de la parte afectada en un frasco estéril con solución salina estéril (no usar formol).<br><br>Para el diagnóstico de Rabia se debe tomar una muestra de 5 mm <sup>3</sup> proveniente del cuero cabelludo de la región de la nuca, la muestra se colocará en un recipiente hermético sin ninguna solución. <b>ES INDISPENSABLE ENVIAR HISTORIA CLINICA DETALLADA Y COMPLETA, ASÍ COMO EL FORMATO QUE APLIQUE SEGÚN EL ORIGEN DE LA MUESTRA; SI ES HUMANA O DE ANIMAL, VER ANEXO IX y X.</b> | Para el diagnóstico de lepra, la muestra se debe enviar en formol al 10%, en frasco estéril.<br><br>Para diagnóstico de enfermedad respiratoria viral; colocar en medio de transporte viral, usando frascos de plástico estériles, bien etiquetados y sellados con parafilm.<br>Mantener de (2-8) °C en los primeros 5 días, si excede el tiempo de envío congelar a (-70) °C y enviar a la brevedad. No usar formol.<br><br>Colocar en solución salina 0.85% (solución fisiológica), usando frascos de plástico estériles, bien etiquetados (indicando el tipo de tejido) y sellados con parafilm. Mantener de (2-8) °C y enviar inmediatamente.<br><br>No usar formol.<br><br>Para el diagnóstico de Rabia mantener en refrigeración de (2-8) °C y enviar inmediatamente después de la toma de la muestra. |
|                                                                                              | Para el diagnóstico de Leptospira, se tomará muestra de hígado, corazón y riñón de un tamaño de 3x3x1 cm.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Colocar en solución salina fisiológica estéril y en envase estéril de plástico (u otro material que no se rompa) con boca ancha y tapa de rosca, herméticamente cerrado y de tamaño que permita la fácil extracción del tejido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

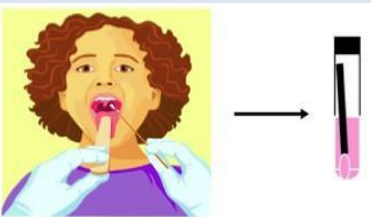
|                             |                                                  |                                                                                                                              |                                    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br><b>7</b> | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br><b>2023-01-03</b> | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br><b>MA GC 04-7</b> |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|

| MUESTRA                                                                         | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Cepas bacterianas y hongos</u>                                               | <p>Para enterobacterias, <i>Vibrios</i>, microorganismos Gram negativos no fermentadores, <i>Staphylococcus spp.</i>, y <i>Enterococcus ssp.</i>, enviar los cultivos axénicos sembrados en agar base sangre BAB en tubos de (13x100) mm con tapón de rosca y sellados con parafilm. En caso de microorganismos fastidiosos las muestras deben transportarse en medio Amies con carbón activado o el medio de aislamiento, por ejemplo: <i>Neisseria meningitidis</i> en agar chocolate, <i>Streptococcus pneumoniae</i> en agar sangre. Agregar a la información un resumen de historia clínica</p> <p>Para el caso de hongos, estos deberán estar sembrados en agar Sabouraud contenido en un tubo de (16 x150) mm con tapa de rosca y sellada con parafilm. Agregar a la información un resumen de historia clínica.</p>                                                                                       | Enviar las muestras a la brevedad y mantener a temperatura ambiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Cepas de <i>Mycobacterium tuberculosis</i></u>                               | <p>De preferencia sembradas en medio sólido (Lowenstein–Jensen o Stonebrink). Debe ser una cepa pura libre de contaminación. Cepa de primoaislamiento y no una resiembra. Con buen desarrollo. Suficientes colonias para realizar las pruebas necesarias. De preferencia con más de 20 colonias (mayores de 1 mm) para prueba de sensibilidad y con más de 50 colonias para prueba de tipificación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Transportar a una temperatura de (2-8) °C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Control de calidad de relectura de baciloscopias de tuberculosis y lepra</u> | Los laboratorios de la Red de tuberculosis y lepra deben enviar el 10% de laminillas negativas y el 100 % de positivas. Deben estar acompañadas del formato de "Relación de relectura de baciloscopias" correspondiente, llenado correctamente, evitando ocupar los espacios asignados al laboratorio supervisor. Las baciloscopias contenidas en el paquete deben coincidir con las que se encuentren descritas en el formato "Relación de relectura de baciloscopias". Las baciloscopias deben estar empacadas adecuadamente (sin restos de aceite de inmersión, separadas una por una con papel, en forma de acordeón) apartando las baciloscopias negativas de las positivas.                                                                                                                                                                                                                                 | Deberán ser enviadas durante los primeros 3 días de cada mes. El transporte puede ser a temperatura ambiental y protegidas de la luz solar directa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <u>Encéfalo</u>                                                                 | <p>La toma de muestra debe efectuarse por personal médico capacitado, quien seguirá en forma rigurosa las condiciones de asepsia.</p> <p>Para diagnóstico de rabia humana se recomienda enviar inmediatamente después del fallecimiento; los dos hemisferios del encéfalo, de lo contrario las regiones a enviar serán: médula espinal, cerebelo, asta de Ammón y corteza cerebral. El peso de los fragmentos no debe ser menor a 5 g. En caso de que la autopsia no sea autorizada, la toma de la muestra se debe hacer mediante punción retro -orbital o, a través, del orificio occipital; pudiendo aplicar esta misma técnica en animales domésticos o silvestres en los que se sospeche encefalitis por virus de rabia. ES INDISPENSABLE ENVIAR HISTORIA CLÍNICA DETALLADA Y COMPLETA, ASÍ COMO EL FORMATO QUE APLIQUE SEGÚN EL ORIGEN DE LA MUESTRA; SI ES HUMANA O DE ANIMAL, <b>VER ANEXO IX y X.</b></p> | <p>El tejido debe enviarse dentro de las primeras 24 horas después de su extracción manteniéndolo a temperatura entre (2 y 8) °C. De no ser así se debe enviar congelado (temperatura menor a 0°C) y de inmediato.</p> <p>NOTA: Por ningún motivo debe sumergirse el encéfalo o los fragmentos en solventes como: formaldehído, fenol, alcohol, etc.</p>                                                                                                                                                 |
| <u>Espujo</u>                                                                   | <p>En un frasco estéril de polipropileno de boca ancha con capacidad de 120 mL, recolectar (3-5) mL de expectoración del paciente.</p> <p>Para el diagnóstico de tuberculosis, procurar que la muestra sea mucopurulenta. Tomar 3 muestras: la primera en la consulta inicial, la segunda en la mañana siguiente cuando despierta el paciente y la tercera al momento de hacer la entrega de la segunda muestra en el laboratorio.</p> <p>Para el diagnóstico de Micosis, es indispensable que la muestra provenga de los pulmones (aspirado, lavado bronquial), que no sea saliva, se recomienda obtener (3-5) mL, de expectoración previo aseo bucal en las primeras horas del día.</p>                                                                                                                                                                                                                         | <p>El tiempo transcurrido para la entrega de la muestra no debe ser mayor a 12 h.</p> <p>Enviar las muestras lo más pronto posible. Si el tiempo de envío es menor de 1 h se puede conservar a temperatura ambiente, protegidas de la luz solar directa. En caso de que se rebase este lapso, mantener la muestra de (2 a 8) °C hasta su entrega en el laboratorio.</p> <p>Enviar las muestras lo más pronto posible, se puede conservar a temperatura ambiente, protegidas de la luz solar directa.</p> |



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Exudado de lesión Cutánea</u>       | <p>Limpia cuidadosamente el área alrededor de la lesión con solución salina estéril. Eliminar el exceso de exudado en la periferia de la lesión, con un hisopo estéril de rayón, dacrón o poliéster tomar un raspado del borde interno de la lesión y depositarlo en el medio de transporte de Stuart o de Amies.</p> <p>Para el diagnóstico de ántrax cutáneo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Etapa vesicular: Utilizando hisopos estériles, obtenga asépticamente fluido vesicular proveniente de vesículas que no hayan sido abiertas con anterioridad.<br/><b>Nota:</b> Los bacilos del ántrax tienen mayor probabilidad de ser observados mediante la tinción de Gram durante la etapa vesicular.</li> <li>Etapa de escamas o costras: levante cuidadosamente el borde externo de una costra para obtener un poco de material, inserte un hisopo estéril y rote lentamente por (2 o 3) segundos por debajo del borde de la costra pero sin removerla.</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Enviar las muestras lo más pronto posible. Si el tiempo de envío es menor de 1 h, conservar a temperatura ambiente. En caso de exceder este lapso, mantener la muestra a (2 a 8) °C hasta su entrega en el laboratorio. Al mismo tiempo es importante que los responsables del envío se comuniquen al LESP y avisen que la muestra está en camino, para estar preparados y recibirla".</p> |
|                                        | <p>Para el diagnóstico de Micosis:<br/>Recolectar la muestra con asa bacteriológica o pipeta Pasteur, colocar en tubo de plástico con tapón de rosca conteniendo solución salina fisiológica estéril.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Enviar la muestra en condiciones de refrigeración.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Secreciones de heridas</u>          | <p>Realizar asepsia del sitio de la lesión. Tomar la muestra de la secreción con un hisopo estéril de rayón y depositarlo en medio de transporte de Amies con carbón activado, tomar en cuenta las medidas de bioseguridad e higiene.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Enviar las muestras de (2 a 8) °C.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <u>Exudado faríngeo</u>                | <p>Sentar al paciente y colocar su cabeza hacia atrás, iluminar bien la cavidad orofaríngea y con un abatelenguas bajar la lengua para facilitar el acceso a la parte posterior de la faringe. Con un hisopo de dacrón o de rayón con mango de plástico, hacer un raspado firme, haciendo girar el hisopo en las áreas dañadas que deben verse hiperémicas purulentas o necróticas y también en las membranas formadas sobre las lesiones o de las manchas de Koplik. Evitar tocar la lengua, la úvula o los carrillos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Para diagnóstico bacteriológico introducir el hisopo con la muestra en un tubo que contenga medio de transporte Amies con carbón activado. Enviar la muestra de (2 a 8) °C.</p>                                                                                                                                                                                                            |
|                                        | <p>Para diagnóstico de enfermedad febril exantemática, tomar la muestra durante los primeros 5 días inmediatos a la aparición del exantema. Debe ser acompañado del formato de envío de muestra requisitado con los datos personales del paciente, fecha de inicio de exantema (maculopapular), fecha de toma, sintomatología y fecha de vacunación. El tubo debe venir rotulado con el nombre y el tipo de muestra.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Colocar el hisopo en el tubo que contiene 3 mL de medio de transporte viral estéril, el tubo se cierra perfectamente y se mantiene entre (2 a 8) °C.</p>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <u>Exudado faríngeo y nasofaríngeo</u> | <p><u>Toma de muestra para exudado faríngeo para diagnóstico de virus respiratorios:</u></p> <p>Se recomienda para niños, adolescentes y adultos. La forma adecuada para toma y obtención de una buena muestra para detección de virus respiratorios es la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Abatir la lengua del paciente con el abatelenguas y frotar con firmeza la pared posterior de la garganta (oro faringe) con el hisopo estéril con mango de plástico y punta de rayón, dacrón o nylon al frotar se obtendrán células infectadas por el virus; tener cuidado de no tocar la úvula para no provocar el vómito en el paciente.</li> <li>Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio.</li> <li>Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o "diurex"), en la cual se escribe el nombre y apellido del paciente.</li> <li>Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.</li> </ol>  | <p>Refrigerar (4 a 8°C) dentro de la primera hora de recolección y enviar inmediatamente al LESP manteniendo la cadena fría; en caso de no poder enviar la muestra inmediatamente, almacenar en refrigeración hasta un máximo de tres días.</p>                                                                                                                                               |



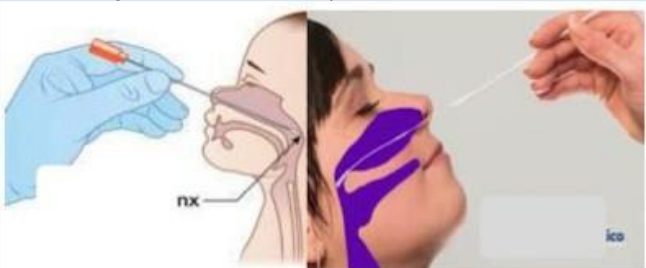
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

**Rev. N°:**  
7

**VIGENTE A PARTIR DE:**  
2023-01-03

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

**CLAVE:**  
MA GC 04-7

| MUESTRA                         | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exudado faríngeo y nasofaríngeo | <p><u>Toma de muestra para exudado nasofaríngeo para diagnóstico de virus respiratorios:</u></p> <p>La forma adecuada para tomarlo y obtener una buena muestra es la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elevar un poco la cabeza del paciente, introducir suavemente el hisopo estéril con mango de alambre flexible (con punta de rayón, dacrón o nylon), paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños); una vez ahí, rotarlo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células infectadas por el virus), retirarlo cuidadosamente sin dejar de rotar.</li> <li>2. Introducir el hisopo en el tubo de ensayo (que debe contener 2.5 ml de medio de transporte viral estéril), mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C.</li> <li>3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o "diurex"), en la cual se escribe el nombre y apellidos del paciente.</li> <li>4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.</li> </ol>  <p>En caso de pacientes ambulatorios la toma de muestra no debe exceder a los 5 días de iniciados los síntomas (De preferencia en las primeras 72 horas).<br/>En caso de pacientes graves la toma de muestra no debe exceder a los 7 días de iniciados los síntomas.</p> <p><b>MATERIAL PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubos de medio de transporte viral, con 2.5 ml de medio de transporte viral (color rojo).</li> <li>• Hisopos estériles con mango de plástico (con punta de rayón, dacrón o nylon) y abatelenguas estéril, para exudados faríngeos.</li> <li>• Hisopos estériles con mango de alambre flexible (con punta de rayón, dacrón o nylon), para exudados nasofaríngeos.</li> <li>• Gradilla (para exudados faríngeos y nasofaríngeos).</li> <li>• Hielera que contenga refrigerantes para mantener las muestras a temperatura de (2 a 8) °C.</li> <li>• Doble par de guantes de nitrilo, respirador NIOSH N95 o N100, batas desechables con manga larga, tela adhesiva y bolígrafo.</li> <li>• Contenedor para muestras (envase secundario).</li> <li>• Caja de cartón rígida.</li> <li>• Marcas y etiquetas correspondientes a la categoría "B".</li> </ul> <p><u>Toma de muestra para exudado faríngeo para diagnóstico de virus de viruela símica</u><br/>Se recomienda para niños, adolescentes y adultos. La forma adecuada para toma y obtención de una buena muestra para detección de virus es la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abatir la lengua del paciente con el abatelenguas y frotar con firmeza la pared posterior de la garganta (oro faríngeo) con el hisopo estéril con mango de plástico y punta de rayón, dacrón o nylon al frotar se obtendrán células infectadas por el virus; tener cuidado de no tocar la úvula para no provocar el vómito en el paciente.</li> </ol>  | <p>Refrigerar (4 a 8°C) dentro de la primera hora de recolección y enviar inmediatamente al LESP manteniendo la cadena fría; en caso de no poder enviar la muestra inmediatamente, almacenar en refrigeración hasta un máximo de tres días.</p> |

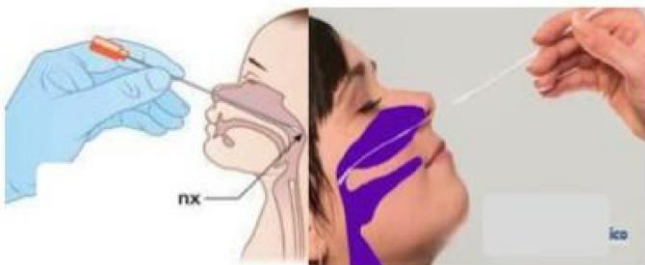
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA                         | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exudado faríngeo y nasofaríngeo | <p>2. Introducir el hisopo en seco, en un tubo de polipropileno estéril, de 8, 15 o 50 mL, mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio.</p> <p>3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellido del paciente, así como el tipo de muestra que fue tomada (exudado faríngeo).</p> <p>4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.</p> <p><u>Toma de muestra para exudado nasofaríngeo para diagnóstico de virus de viruela símica.</u></p> <p>La forma adecuada para tomarlo y obtener una buena muestra es la siguiente:</p> <p>1. Elevar un poco la cabeza del paciente, introducir suavemente el hisopo estéril con mango flexible (con punta de rayón, dacrón o nylon), paralelo al paladar, casi en su totalidad hasta llegar a la nasofaringe (aproximadamente 2.5 cm en adultos y un poco menos en niños); una vez ahí, rotarlo suavemente para frotar la pared de la nasofaringe (al frotar se obtienen células infectadas por el virus), retirarlo cuidadosamente sin dejar de rotar.</p> <p>2. Introducir el hisopo en seco, en un tubo de polipropileno estéril, de 8, 15 o 50 mL, mantener la parte del hisopo que contiene la muestra dentro del tubo, cortar y desechar el resto. Cerrar el tubo perfectamente y mantenerlo de 2 a 8 °C hasta su recepción en el laboratorio.</p> <p>3. Marcar cada uno de los tubos con una tela adhesiva (evitar papel engomado, masking tape o “diurex”), en la cual se escribe el nombre y apellidos del paciente, así como el tipo de muestra que fue tomada (exudado faríngeo).</p> <p>4. Mantener los tubos con las muestras en refrigeración o en la hielera con los suficientes refrigerantes hasta su recepción en el laboratorio.</p>  <p>Este tipo de muestra se utilizará únicamente para el diagnóstico de los casos probables cuyo estadio de la lesión es de tipo mácula, es decir, donde no es posible la toma de muestra de otro tipo de lesión en el momento de la atención o al momento que se le cite a toma de muestra.</p> <p><b>MATERIAL PARA TOMA DE MUESTRAS CLÍNICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tubos de polipropileno, de 8, 15 o 50 mL, estériles, con tapón de rosca de cierre hermético. En seco, no llevan medio de transporte viral.</li> <li>• Hisopos estériles con mango de plástico (con punta de rayón, dacrón o nylon) y abatelenguas estéril, para exudados faríngeos.</li> <li>• Hisopos estériles con mango flexible (con punta de rayón, dacrón o nylon), para exudados nasofaríngeos.</li> <li>• Gradilla (para los tubos donde se tomarán los exudados faríngeos y nasofaríngeos).</li> <li>• Hielera que contenga refrigerantes para mantener las muestras a temperatura de (2 a 8) °C.</li> <li>• Doble par de guantes de nitrilo, respirador NIOSH N95 o N100, batas desechables con manga larga (de acuerdo a la evaluación de riesgos para la toma de muestra), tela adhesiva y bolígrafo.</li> <li>• Contenedor para muestras (envase secundario).</li> <li>• Caja de cartón rígida.</li> </ul> <p>Marcas y etiquetas correspondientes a la categoría “A”.</p> | Refrigerar (4 a 8) °C dentro de la primera hora de recolección y enviar inmediatamente al LESP manteniendo la cadena fría; en caso de no poder enviar la muestra inmediatamente, almacenar en refrigeración hasta un máximo de tres días. |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|               |                                    |                                                                                                                     |                      |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7 | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |
|---------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|

| MUESTRA                               | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Exudado nasofaríngeo</u>           | <p>Medio de transporte para <i>Bordetella pertussis</i>: Solución salina con cefalexina (ambos). La solución salina con cefalexina debe permanecer en congelación hasta su uso y debe ser almacenada por no más de 3 meses.</p> <p>Medio de transporte para otros agentes bacterianos: Amies con carbón activado.</p> <p>Para el aislamiento de <i>Bordetella pertussis</i> (microorganismo de crecimiento lento) la muestra se debe tomar dentro de los primeros 15 días de la aparición de los síntomas (cuando sea posible, previo a la administración de antibióticos) y previo a la administración de antibióticos; para cultivo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Para <i>bordetella pertussis</i> y otros agentes bacterianos conservar los tubos de solución salina con cefalexina que contienen la muestra a temperatura ambiente hasta su entrega al laboratorio. Las muestras que se han recolectado en solución salina con cefalexina se deberán conservar en refrigeración y entregar al laboratorio en un lapso no mayor a 24 h.</p>   |
| <u>Exudado Conjuntival</u>            | <p>Para diagnóstico de virus causantes de conjuntivitis, tomar la muestra durante las primeras 96 horas después del inicio de los síntomas.</p> <p>Para diagnóstico de bacterias causantes de conjuntivitis, como <i>Haemophilus influenzae</i> y <i>Staphylococcus aureus</i>, usar medio de transporte AMIES más carbón activado.</p> <p>Inclinar hacia atrás la cabeza del paciente, pedirle que vea hacia arriba, exponer la conjuntiva inferior (jalando ligeramente el párpado inferior hacia abajo con el dedo índice) y la superior e introducir el hisopo de rayón o dacrón raspando vigorosamente ambas superficies conjuntivales, rotando el hisopo durante el proceso de muestreo para asegurar que toda la superficie de la conjuntiva se está muestreando, de tal forma que se pueden obtener al agente causal. Tomar la muestra de la parte afectada, utilizando hisopos estériles para cada ojo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Introducir el hisopo en el medio de transporte viral estéril con 3 mL, el tubo se cierra perfectamente y se mantiene de (2 a 8) °C hasta su procesamiento en el laboratorio. Se debe entregar al laboratorio en un lapso no mayor a 24 h.</p> <p>Para bacterias introducir el hisopo en medio de transporte AMIES más carbón activado y mantener a temperatura ambiente.</p> |
| <u>Exudado Nasal</u>                  | <p>Muestras nasales (cultivo de fosas nasales) sólo se deben usar para apoyar una exposición confirmada de</p> <p><i>Bacillus anthracis</i> o durante una investigación epidemiológica activa. La tinción de esporas de <i>Bacillus anthracis</i> provenientes de muestras nasales no se recomienda.</p> <p>1. Selección:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La muestra a elección; es la tomada con un hisopo al menos a un centímetro dentro de la fosa nasal.</li> <li>Las muestras de lesiones nasales deben tomarse del borde creciente de las lesiones.</li> </ol> <p>2. Método:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inserte cuidadosamente el hisopo humedecido con solución salina o agua estéril, al menos un centímetro dentro de la fosa nasal.</li> <li>Tome la muestra firmemente dentro de la fosa nasal, rotando el hisopo y dejándolo en un mismo lugar por (10 a 15) segundos.</li> <li>Retire el hisopo e insértelo en medio de AMIES con carbón activado y lleve la muestra al laboratorio para su cultivo.</li> </ol> <p>3. Etiquetado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Etiquete su muestra con la información del paciente.</li> <li>Indique si es posible, el grado o probabilidad de exposición.</li> </ol> | <p>a. Transporte de la muestra al laboratorio tan pronto como sea posible y mantener a temperatura ambiente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>Exudado Vaginal y Endocervical</u> | <p>Utilizar un espejo vaginal para fijar el cérvix. Tomar la muestra con hisopo de alginato de calcio o de dacrón, nunca de algodón.</p> <p>En casos de un exudado mucopurulento (probable gonorrea), evitar cualquier tipo de limpieza. El hisopo con la muestra debe sembrarse de inmediato en una placa de agar de Thayer Martin solo que esto no sea posible, transportarlo en medio de Amies. Cuando el exudado no es muy abundante, presionar ligeramente la uretra para expulsarlo.</p> <p>Ante la sospecha de infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>, eliminar el moco y el exudado del exocervix con un hisopo, el cual se desecha e introducir un nuevo hisopo o un cepillo vaginal unos (2 a 4) cm. Dentro del canal endocervical y rotarlo cuidadosamente; hay que presionar contra la pared endocervical y evitar el contacto con la superficie vaginal rotarlo durante (5 a 10) segundos. Con esta muestra hacer de inmediato 2 frotis en portaobjetos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Envolver las laminillas en forma individual con varias capas de papel absorbente. No hay que refrigerar el paquete, pero sí protegerlo de la humedad, la luz solar o el calor excesivo.</p>                                                                                                                                                                                  |

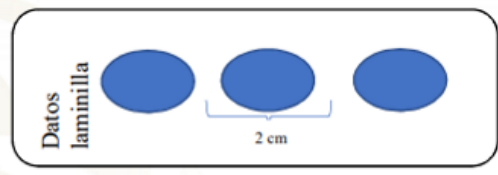
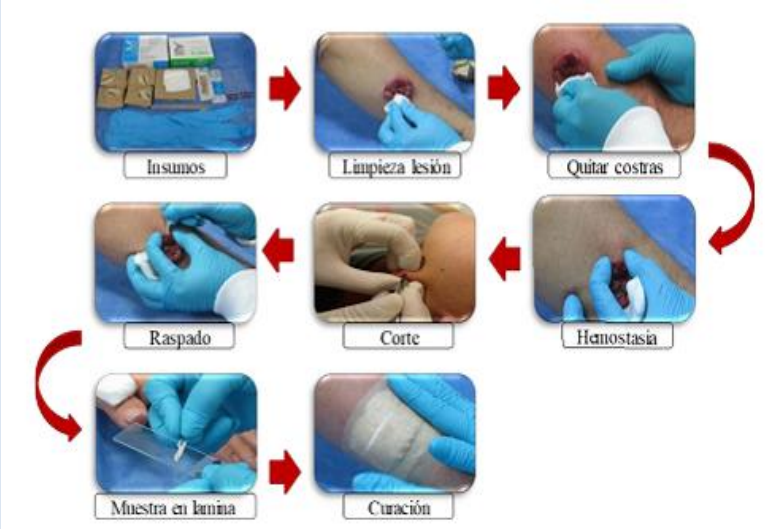
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA                        | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Frotis de lesión</u></p> | <p>Realizar la limpieza de la lesión como indica el método de impronta, con solución salina fisiológica terminar de limpiar la lesión y desprender la costra.</p> <p>Hacer presión con el dedo índice y el dedo pulgar sobre el borde indurado donde se tomará la muestra, este paso se realiza para disminuir la irrigación de la sangre hacia la lesión.</p> <p>Con la navaja de un bisturí raspar cuidadosamente el borde indurado de la lesión o la piel que cubre la lesión y del exudado seroso tomar y colocar sobre un portaobjetos en forma de un círculo en el sentido de las manecillas del reloj (de adentro hacia afuera y de un tamaño aproximado de 2 cm de diámetro).</p>  <p>Si el material es escaso, extraer más muestras con la misma hoja de bisturí ya sea de la misma incisión o de otra.</p> <p>Tomar 3 frotis en cada portaobjetos. Repetir la operación con 3 portaobjetos.</p> <p>Secar a temperatura ambiente, identificar la laminilla, por uno de sus extremos con la identificación de la muestra (código del paciente) y la fecha en que se toma la muestra con lápiz diamante.</p> <p>Fijar con metanol absoluto y teñir con Giemsa.</p> <p>Descartar la hoja de bisturí en el contenedor de RPBI.</p> <p>Aplicar crema antibiótica en la lesión con un abatelenguas y cubrirla con una gasa estéril.</p>  <p>Tener todos los materiales listos. Lancetas nuevas, torundas impregnadas con alcohol, contenedor de R.P.B.I, portaobjetos limpios, empacados, desengrasados y libres de grasa para facilitar la adhesión de la sangre a la superficie y el deslizamiento de la misma en el caso del extendido. La manera correcta de extraer de su empaque las laminillas (portaobjetos), debe ser manipulándolas siempre por los bordes.</p> <p>Después que los datos del paciente han sido registrados de forma apropiada en el formato o bitácoras y de haberse puesto los guantes protectores de látex, sostenga la mano izquierda del paciente, con la palma hacia arriba, y seleccione el dedo anular.</p> | <p>Envolver las laminillas en forma individual con varias capas de papel absorbente. No hay que refrigerar el paquete, pero si protegerlo de la humedad, la luz solar o el calor excesivo.</p> |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

**Rev. N°:**  
7

**VIGENTE A PARTIR DE:**  
2023-01-03

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

**CLAVE:**  
MA GC 04-7

| MUESTRA                                    | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Gota gruesa y extendido fino</u></p> | <p><b>Nota:</b> En los niños puede utilizar el dedo gordo del pie, pero no el talón. No utilice nunca el pulgar, ni en los niños ni en los adultos. Solicitar la mano izquierda a los pacientes diestros y la derecha a los zurdos, para cuidar la lesión producida por la toma de muestra.</p> <p>Se impregna una torunda de algodón con alcohol al 70% y se limpia perfectamente con él, la parte externa del pulpejo del dedo, frotando vigorosamente para eliminar la suciedad y la grasa que pueda tener. Seque el exceso de alcohol con un paño de algodón limpio y seco, frotando vigorosamente para estimular la circulación sanguínea.</p>  <p>Romper la envoltura de la lanceta estéril desechable y se descubre la punta de la misma.</p> <p><b>Nota:</b> la lanceta debe usarse una sola vez, tirándose una vez de empleada en R.P.B.I punzocortantes.</p> <p>Sostener el dedo del paciente con la mano izquierda, tomándolo por sus lados y manteniendo una suave presión sobre el para favorecer la salida de la sangre.</p> <p>Punzar el borde de la yema del dedo con la punta de la lanceta por medio de un movimiento brusco, firme y seguro que haga penetrarla a través de la piel 2 o 3 mm de profundidad.</p> <p>Una vez puncionado el dedo, aplique una presión suave sobre él, para exprimir la primera gota de sangre, la cual se limpia con algodón seco sin alcohol. Cuidando de no dejar hebras de algodón que luego puedan mezclarse con la sangre.</p>   <p>Se utilizan dos laminillas "portaobjetos" en una de ellas se depositan las gotas de sangre. La otra laminilla se utilizará como herramienta auxiliar para realizar el extendido y gota gruesa</p> <p>Sosteniendo los portaobjetos únicamente por los bordes laterales se pone en contacto el portaobjetos únicamente con la sangre y no con la piel. Recogiendo rápidamente la sangre del modo siguiente.</p> <p><b>Extensión fina:</b> (segunda gota) apretar suavemente el dedo y recoger la gota en el portaobjetos en el tercio externo de la laminilla, centro del portaobjetos una sola gota de sangre más o menos de este tamaño:</p>  <p><b>Gota gruesa:</b> (tercera gota) apretar el dedo anular aplicando más presión para extraer más sangre y deposite en el portaobjetos dos o tres gotas de mayor tamaño en el punto medio de la otra mitad de la laminilla aproximadamente a 1cm de distancia de la gota destinada a la extensión fina (tercio externo). Limpie la sangre que quede en el dedo con un algodón.</p> | <p>Envolver cuidadosamente en forma individual las laminillas con varias capas de papel absorbente.</p> <p>Enviar una vez tomada la muestra a temperatura ambiente, proteger el paquete de la humedad, luz solar y del calor excesivo en caja de cartón preferentemente.</p> |



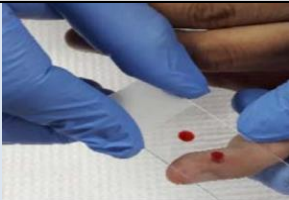
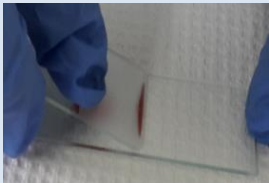
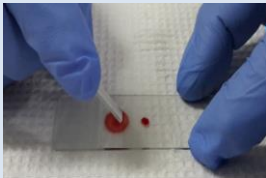
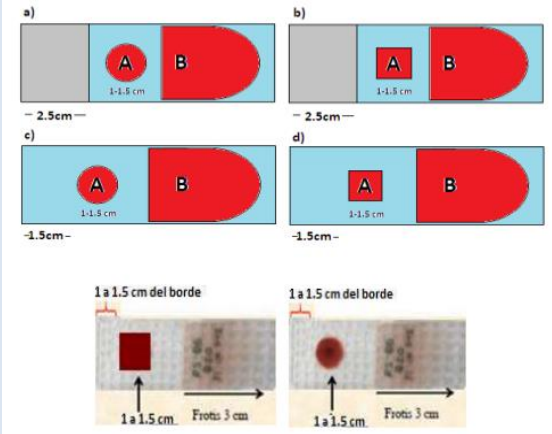
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|         |  <p>Poner el portaobjetos que tiene la sangre en una superficie plana y firme y realizar el extendido y gota gruesa de la siguiente manera.</p> <p><b>La extensión fina:</b> realizar el frotis con un portaobjetos auxiliar. Tocar la gota de sangre pequeña (segunda gota) con el canto del portaobjetos auxiliar limpio portaobjetos "extensor" haciendo que la sangre se extienda a lo largo de este canto. Deslice con firmeza el portaobjetos "extensor", con un movimiento rápido y suave. El frotis debe estar distribuido uniformemente.</p>  <p><b>Nota:</b> El canto del extensor debe permanecer en contacto uniforme con la superficie del portaobjetos mientras se extiende la sangre, manteniendo un ángulo de 45 °C.</p> <p><b>Para la gota gruesa:</b> Con la gota (tercera gota) que se colocó en el portaobjetos en el punto medio de la otra mitad de la laminilla, y utilizando un portaobjetos auxiliar limpio sosteniéndolo por los cantos, utilizar una esquina del extensor para juntar rápidamente las gotas de sangre, extendiéndolas hasta lograr una extensión gruesa uniforme. No remueva demasiado la sangre, tratando que el espesor sea uniforme en 3 a 6 movimientos rápidos formando una extensión circular o rectangular (forma de Z cerrada), de más o menos 1.0 x 1.5 cm. de diámetro.</p>  <p><b>Distribución de gota gruesa y extendido fino</b></p> <p>a) y b) Distribución de la muestra sobre portaobjetos que cuenta con un borde esmerilado.</p> <p>c) y d) Distribución de la muestra sobre un portaobjetos liso.</p>  |                                  |

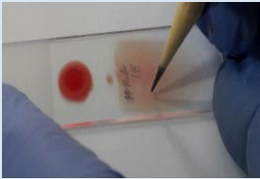
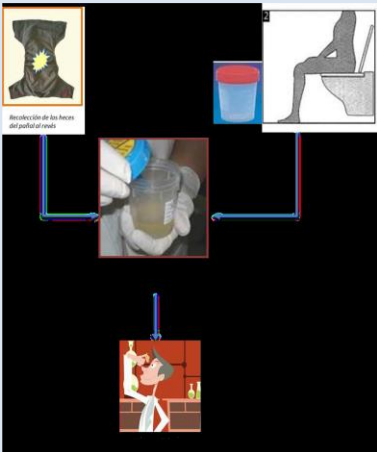
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

**Rev. N°:**  
**7**

**VIGENTE A PARTIR DE:**  
**2023-01-03**

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

**CLAVE:**  
**MA GC 04-7**

| MUESTRA                     | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <p>Dejar la preparación sobre una superficie plana horizontal hasta que seque, protegerla de polvo e insectos (moscas, hormigas) y otros insectos que pueden comerse la sangre fresca o que se está secando y dañar así las extensiones. En condiciones normales, la extensión fina se seca rápidamente. El tiempo óptimo de secado es de 24 horas. En casos urgentes considerar tiempos de secado menores, poniendo atención en la tinción y en el enjuague de las laminillas, realizando este proceso con delicadeza debida y evitando barrer las preparaciones sanguíneas. Después de haber secado la laminilla, rotular la muestra, identificando con una clave, la cual se anotará con lápiz grafito (de preferencia del No. 2) en la parte gruesa del extendido de manera clara y visible. La clave la muestra se expresa en forma de una fracción común, donde el numerador será el numero progresivo de la laminilla recibida y en el denominador la clave del Microscopista o del tomador de la muestra.</p>  <p>Fijar el extendido de las muestras sumergiendo la parte correspondiente al extendido en fino en un recipiente de boca ancha que contenga alcohol metílico absoluto durante 2 a 3 segundos tomando la laminilla por los bordes a la altura de la gota gruesa. Escurrir el alcohol excedente evitando fijar la gota gruesa porque la fija y la inutiliza. Esperar hasta que la laminilla se seque perfectamente para proceder a la tinción.</p>  |                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><u>Heces fecales</u></p> | <p>Para el diagnóstico de Rotavirus se requiere muestra de heces fecales, enviada en contenedor. No hisopado rectal.</p> <p><u>Toma y Recolección de muestra clínica:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En los casos de EDA, para el servicio de diagnóstico, se tomará muestra de materia fecal dentro de las primeras 24 horas de iniciados los síntomas en los pacientes que cumplan con definición operacional de caso.</li> <li>En pacientes con uso de pañal desechable, este debe ser puesto al revés y vaciar la muestra en un frasco recolector de polipropileno graduado con una capacidad de 20 mL. Con las medidas de protección personal básicas.</li> <li>Si la muestra es líquida vaciar en un vaso recolector de (5.0 a 10) mL de la muestra diarreica directamente en un frasco limpio con tapa de rosca. Si la muestra es sólida, utilizar un abate lengua y colocar en un frasco recolector (ver figura).</li> <li>Identificar el frasco con el nombre del paciente y fecha de la toma de muestra.</li> <li>Introducir el frasco en una bolsa de plástico individual para evitar el derrame accidental de la muestra.</li> <li>Enviar la muestra al laboratorio o adjuntando oficio de solicitud o Formato de estudio de caso NuTraVE-EDA impreso directo de la plataforma con el número de folio EDA.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                        | <p>La muestra debe ser almacenada en red de frío con una temperatura de (4 a 8) °C en cajas de unicel acompañadas de refrigerantes. Enviar con la muestra el oficio de solicitud y formatos debidamente requisitados.</p> |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

**Rev. N°:**  
**7**

**VIGENTE A PARTIR DE:**  
**2023-01-03**

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

**CLAVE:**  
**MA GC 04-7**

| MUESTRA                    | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Hisopado rectal</u>     | <p>Para el caso de etiologías bacterianas, tomar la muestra introduciendo la punta del hisopo de algodón previamente humedecido en solución estéril o en el medio de transporte en el recto y rotarlo ligeramente. La presencia de un ligero color café (trazas de materia fecal) en el hisopo indica que la muestra ha sido bien tomada. Introducir el hisopo con la muestra en el fondo de un tubo con tapón de rosca con medio de transporte.</p> <p>Para diagnóstico de infecciones virales, identificación de poliovirus casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) e identificación de enterovirus (no polio) casos de encefalitis, en los que el paciente no puede evacuar repetir el procedimiento anterior.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Medio de transporte Cary-Blair. Mantener a temperatura ambiente. Enviar al laboratorio lo más pronto posible, como tiempo máximo hasta 72 horas posteriores a la toma de muestra</p> <p>Mantener la red fría del envío a una temperatura de (2 a 8) °C desde el momento que se colecta hasta que llega al laboratorio. No utilizar medio de transporte Cary-Blair u otro medio de transporte equivalente ya que inactiva el virus. Enviar inmediatamente al laboratorio.</p> |
| <u>Hisopado sublingual</u> | <p>Para el diagnóstico de rabia humana, la muestra se debe tomar introduciendo un hisopo de dacrón preferentemente, debajo de la lengua, realizando un raspado suave y suficiente de las glándulas salivales, una vez tomada la muestra sumergir el hisopo en un tubo con tapón de rosca 2.0 mL de solución salina.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Enviarse de forma inmediata a una temperatura de (2-8)°C.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <u>Impronta de córnea</u>  | <p>Para diagnóstico de rabia humana. Se deben tomar dos impresiones de la córnea de cada ojo, utilizando para cada impronta un portaobjetos previamente desengrasado con una mezcla de etanol-éter (v/v). El material debe ser suficiente para circunscribir dos campos con lápiz grueso. Una vez tomada la muestra, los portaobjetos se deben secar a temperatura ambiente durante 30 minutos y, colocarse en un portalaminillas, de ser posible fijar las improntas con una solución de acetona fría (-20°C). Es indispensable enviar historia clínica detallada y completa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>No es necesario refrigerar, pero si se debe proteger el paquete de la humedad, la luz solar y del calor excesivo. Es importante evitar que las improntas de froten o tengan fricción entre sí.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <u>Impronta de lesión</u>  | <p>Realizar la limpieza del área de trabajo a utilizar con alcohol al 70% y/o desinfectante.</p> <p>Disponer del material necesario antes de realizar el procedimiento.</p> <p>Lavarse las manos y ponerse los guantes.</p> <p>Explicar al paciente el procedimiento y sus limitaciones aclarando las dudas que tenga el paciente.</p> <p>Seleccionar la lesión con menor tiempo de evolución y buscar los bordes más indurados que indiquen que la lesión esta activa. De acuerdo con el caso, puede ser necesario tomar más muestras de una lesión. Idealmente la lesión debe estar libre de sobreinfección bacteriana.</p> <p><b>Nota:</b> cuando haya sobreinfección es recomendable informar al médico para considerar la necesidad de preinscripción de antibióticos y volver a citar al paciente para cuando termine el tratamiento antibiótico.</p> <p>Con una gasa estéril limpiar la lesión con una solución desinfectante (solución yodada) sobre a través de movimientos circulares desde el centro hacia la periferia de la úlcera con la gasa. Desinfectar la lesión y la piel circundante con una torunda embebida en alcohol al 70%. Con solución salina fisiológica terminar de limpiar la lesión y desprender la costra. Hacer presión con el dedo índice y el dedo pulgar sobre el borde indurado donde se tomará la muestra, este paso se realiza para disminuir la irrigación de la sangre hacia la lesión.</p> <p>Raspar cuidadosamente el borde indurado de la lesión o la piel que cubre la lesión con uno de los lados de un portaobjetos, si se produce raspado limpiar la lesión con una gasa estéril, esperar a que se produzca un exudado seroso. Tomar 3 impresiones en cada portaobjetos. Realizar un total de 3 laminillas por paciente con tres impresiones por lámina de portaobjetos, y cada impresión con 8 a 10 mm de diámetro aproximadamente.</p> <div data-bbox="613 1680 847 1759" data-label="Image"> </div> <p>Secar a temperatura ambiente, identificar la laminilla, por uno de sus extremos con la identificación de la muestra (código del paciente) y la fecha en que se toma la muestra con lápiz diamante.</p> <p>Fijar con metanol absoluto y teñir con Giemsa.</p> <p>Descartar el punzocortante en el contenedor de RPBI correspondiente.</p> | <p>Envolver las laminillas en forma individual con varias capas de papel absorbente. No hay que refrigerar el paquete, pero si protegerlo de la humedad, la luz solar o el calor excesivo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                      | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              | Al terminar la toma de muestra, hacer presión en la lesión con una gasa estéril hasta controlar el sangrado, aplicar crema antibiótica y cubrir la lesión con una gasa estéril.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <u>Lavado bronquial</u>                      | Se debe realizar por personal médico especializado. Para diagnóstico de tuberculosis, enviar el mayor volumen posible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Conservada en refrigeración.<br>Sin conservadores.<br>Envío inmediato al laboratorio.                                                                                                                                                                                              |
| <u>Lavado Bronquioalveolar</u>               | Se debe realizar por personal médico especializado para paciente intubado. Para diagnóstico de virus respiratorios puede haber dilución del patógeno, pero aun así vale la pena tomarla.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Colocar en contenedor estéril con medio de transporte viral.<br>Se requiere como mínimo 2 mL (1 mL de lavado bronquioalveolar más 1 mL de medio de transporte viral).<br>Almacenar de (2-8) °C no más de 48 horas, si excede el tiempo congelar a (-70) °C y enviar a la brevedad. |
| <u>Lavado Gástrico</u>                       | La toma de muestra debe efectuarse por personal médico capacitado, quien deberá seguir en forma rigurosa las condiciones de asepsia. Depositar la muestra en un frasco estéril de boca ancha y tapar herméticamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Debe arribar al laboratorio en un plazo no mayor a 4 horas después de haberse obtenido. Si pasa más de este tiempo, neutralizar con bicarbonato de sodio (1mg/mL).                                                                                                                 |
| <u>Leche materna</u>                         | Para la detección de ZIKV por la metodología de RT-PCR la muestra de leche materna (de la madre del neonato con microcefalia) , el volumen requerido es de 1.0 mL, acompañada de la información clínica epidemiológica completa la cual debe contener el Folio de plataforma                                                                                                                                                                                                                                         | Enviar la muestra en red fría (2-8)°C                                                                                                                                                                                                                                              |
| <u>Líquido cefalorraquídeo</u><br><u>LCR</u> | La toma de muestra debe efectuarse por personal médico capacitado, quien deberá realizar la toma en condiciones totales de asepsia. Recuperar de (2 a 5) mL de LCR y verterlos en tubo estéril con tapón de rosca.<br><br>Para diagnóstico de meningitis bacteriana (Haemophilus, Neumococo, Meningococo). Nunca refrigerar la muestra.<br><br>Para diagnóstico de tuberculosis. Recipiente de plástico estéril o tubo de policarbonato; volumen mínimo 1 mL.                                                        | Mantener a temperatura ambiente.<br>Enviar inmediatamente al LESP<br>Para tuberculosis, en caso de no enviar al laboratorio dentro de las primeras 2 horas, almacenar y/o transportar de 2-8°C.                                                                                    |
|                                              | Para diagnóstico del Virus del Oeste del Nilo: tomar 2 mL, dentro de los primeros (0 a 12) días de haber iniciado con síntomas y conservar en red fría.<br><br>Para diagnóstico de rabia humana la toma de la muestra debe efectuarse en un hospital por personal médico capacitado, quien deberá seguir en forma rigurosa las condiciones de asepsia. Recuperar aproximadamente de (3 a 5) mL y verterlos en un tubo estéril con tapón de rosca.                                                                    | Contener en viales tipo Eppendorf o crioviales estériles, transportar la muestra de (2 a 8) °C y enviarla inmediatamente al laboratorio.                                                                                                                                           |
|                                              | Es indispensable enviar la historia clínica detallada y completa.<br><br>Para el diagnóstico de Epstein Barr, parvovirus B-19 y parotiditis. Acompañar la muestra con el formato de envío bien requisitado con los datos del paciente, fecha de inicio de síntomas, fecha de toma y sintomatología; en un tubo de plástico con tapón de rosca.<br><br>Las muestras que no cumplan con las especificaciones serán rechazadas.<br>Para el diagnóstico de micosis utilizar tubo de plástico estéril con tapón de rosca. | Para el diagnóstico de rabia humana el envío debe ser de manera inmediata y transportarla a una temperatura de (2-8)° C                                                                                                                                                            |
|                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                        | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Líquido Pleural</u>                         | <p>Para diagnóstico de neumonía bacteriana NUNCA REFRIGERAR la muestra que será destinada para el cultivo de microorganismos exigentes como <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i> o <i>Neisseria meningitidis</i>.</p> <p>Para diagnóstico de micosis pulmonar la muestra será enviada en un recipiente de plástico con tapón de rosca volumen mínimo de 3-5 mL.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Deben llegar al laboratorio a temperatura ambiente en un plazo no mayor a 6 h después de haberse obtenido.</p> <p>En caso de no enviar al laboratorio dentro de las primeras 2 horas, almacenar y/o transportar de (2 a 8) °C.</p>                                                                                                                                                                                                   |
| <u>Líquido pleural ascítico y pericárdico.</u> | <p>Para el diagnóstico de tuberculosis. La toma de muestra debe efectuarse por personal médico capacitado, quien deberá realizar la toma en condiciones totales de asepsia. La cantidad es de 1 a 3 mL. En frasco estéril, tapa de rosca, cierre hermético y transparente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Enviar inmediatamente al laboratorio, o conservar en refrigeración por no más de 12 horas. Para evitar la formación de coágulos, se puede adicionar 3 gotas de citrato de sodio al 10% o EDTA.</p>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <u>Mamíferos pequeños y quirópteros</u>        | <p>Para el diagnóstico de rabia animal se envían muestras de zorros, zorrillos, lobos, coatíes, gato montés, pumas, tlacuache, etc., las muestras a enviar deben ser: encéfalo, médula espinal, asta de Ammón y cerebelo, además, de ser posible, enviar fotos electrónicas y en papel, así como su clasificación taxonómica.</p> <p>Para quirópteros se debe enviar el espécimen completo congelado.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>El tejido debe enviarse dentro de las primeras 24 horas después de su extracción a una temperatura entre 2 y 8° C. De no ser así debe congelarse (temperatura menor a 0°C) y ser enviado de manera inmediata. NOTA: Por ningún motivo debe sumergirse el encéfalo o los fragmentos en solventes como: formaldehído, fenol, alcohol, etc.</p> <p>Los especímenes completos deberán enviarse congelados (temperatura menor a 0°C).</p> |
| <u>Materia fecal</u>                           | <p>La muestra de materia fecal (diarreica, pastosa o formada) debe ser reciente (menos de 24 horas) y no debe provenir del suelo o excusado debido a la contaminación ambiental.</p> <p>Estudios virales; si la materia fecal es sólida o semisólida tomar una cantidad de (2 a 5) g o que no exceda el tamaño de una nuez; si es líquida bastan (3 a 10) mL para diagnóstico de rotavirus. Depositarla en un recipiente de plástico estéril, de boca ancha y tapa de rosca.</p> <p>Para casos de PFA tomar una muestra de (5 a 10) g. colocar la muestra en un envase de plástico de boca ancha con cierre hermético. En casos de defunción tomar muestras de heces de 5 contactos. Colocar las muestras individualmente en envases de plástico de boca ancha.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Conservar la muestra de (2 a 8) °C hasta su entrega al laboratorio.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <u>Médula Ósea</u>                             | <p>La punción para biopsia de médula ósea debe efectuarse por personal médico entrenado, quien deberá seguir en forma rigurosa las condiciones de asepsia y antisepsia.</p> <p>Utilizar guantes y ropa de cirugía estéril, se procede a la desinfección del lugar de la punción con alcohol al 70% u otro antiséptico utilizado en cirugía, limpiando del centro hacia la periferia.</p> <p>Anestesiar el lugar de la punción con 0.5 mL de lidocaína al 2%. La punción puede realizarse en el esternón, hueso iliaco (hueso no recomendado para niños menores de 2 años), o tibia (hueso recomendado para niños menores de 2 años).</p> <p>Utilizar una aguja de punción de tamaño adecuado, con mandril, sujetando con firmeza la aguja e introduciéndola en la médula ósea. Cuando la aguja se encuentra firmemente introducida en la médula ósea. Cuando la aguja se encuentre firmemente introducida en el hueso, retirar el mandril y conectar una jeringa de por lo menos 10ml y aspirar. Cuando la punta de la aguja se encuentra en la posición correcta, dentro de la médula ósea, la aspiración produce un dolor intenso en el lugar de la punción.</p> | <p>Envolver las laminillas en forma individual con varias capas de papel absorbente. No hay que refrigerar el paquete, pero si protegerlo de la humedad, la luz solar o el calor excesivo.</p>                                                                                                                                                                                                                                          |

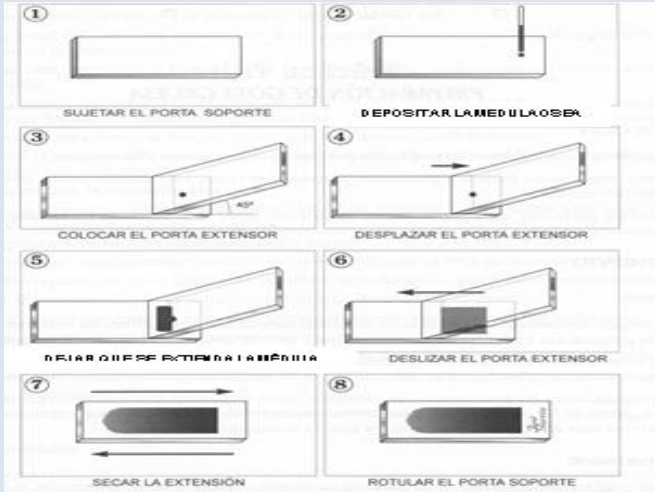
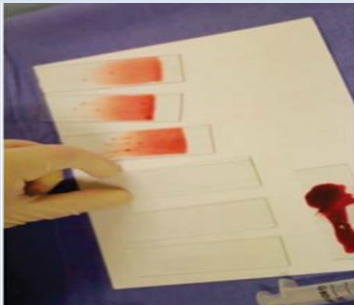
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|         | <p>Después de aspirar la medula ósea, se debe realizar los frotis en forma rápida, ya que el material se coagula velozmente.</p> <p>Colocar una gota de medula ósea de aproximadamente 10uL en los extremos de la laminilla.</p> <p>Por delante de la gota colocar una laminilla guía que servirá como extensor.</p> <p>Extender la medula ósea sobre un portaobjeto desengrasado.</p> <p>Este último punto es importante, ya que de este detalle depende la sensibilidad del diagnóstico, frotis gruesos impide una visualización correcta. Posteriormente se secan los frotis a temperatura ambiente para su posterior coloración. La realización de los frotis en tres laminillas debe ser lo suficientemente fina como para poder visualizar correctamente las formas del parásito, en forma extendida. Fijar con alcohol absoluto y teñir con Giemsa.</p>    |                                  |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                                   | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Muestras para brotes o emergencias epidemiológicas</u> | Para diagnósticos especiales, las investigaciones de brotes y emergencias epidemiológicas, el manejo de muestras puede requerir otros lineamientos diferentes. En estos casos solicitar información y asesoría al LESP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Las condiciones para envío y el tipo de muestras varían dependiendo del diagnóstico que se trate.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <u>Orina</u>                                              | Para diagnóstico de infección por agentes bacterianos. Tomar una muestra de la micción espontánea después de una cuidadosa limpieza de la región urogenital con agua y jabón. Instruir al paciente para que deseche la primera parte de la micción y se colecta el chorro medio en un recipiente estéril, de boca ancha con tapa de rosca. Si es posible tomar la muestra antes de iniciar tratamiento con antibióticos, si ya los está tomando, dejar pasar cinco días para la toma de muestras; si no es posible posponer la toma y el paciente está tomando antibióticos, el médico tratante o el responsable de la toma de muestra debe informar al Laboratorio de Bacteriología del LESP qué antibióticos se están dando al paciente.                                      | Los frascos con las muestras se empaquetan en una caja de poliestireno esponjoso con refrigerante congelado para protegerlos del calor excesivo.<br>El tiempo entre la toma de muestra y su llegada al laboratorio nunca debe exceder las 24 h.<br>Se envían las muestras a temperatura ambiente durante las 2 primeras h.                                                 |
|                                                           | Para el diagnóstico de enfermedades febriles exantemáticas tomar la primera muestra de la mañana entre el día (0-5) después de la aparición del exantema, se recomienda recoger de (10 a 50) mL en un frasco estéril. Para tratar la orina, centrifugar a 1500 rpm durante 10 minutos, decantar y al sedimento adicionar 3 mL, de medio de transporte viral. Enviar en un tubo de plástico con tapón de rosca, acompañado del formato de envío de muestra requisitado con los datos personales del paciente, fecha de inicio de exantema (maculopapular), fecha de toma, sintomatología y fecha de vacunación. El tubo debe venir rotulado con el nombre y el tipo de muestra.                                                                                                  | Se envía de (2 a 8) °C y el tiempo de llegada al laboratorio no debe exceder de 24 h.                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                           | Para el diagnóstico de tuberculosis las muestras deben ser en una serie de 3 a 6, se recomienda que sea la primera de la mañana y debe ser la porción media de la micción del paciente (previa asepsia de los genitales). Se desecha la primera parte para disminuir la carga de gérmenes contaminantes. El volumen de muestra debe ser de 50 ml aproximadamente contenido en frasco de plástico estéril, con tapa de rosca.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | La muestra debe ser procesada inmediatamente porque el pH ácido afecta la viabilidad de las micobacterias. Si tomara tiempo el traslado de la muestra hacia el Laboratorio Estatal entonces se recomienda centrifugar y neutralizar el sedimento con 1 mg/ml de Bicarbonato de Sodio o fosfato trisódico anhidro y conservarlo de (2-8) °C y enviar lo más pronto posible. |
|                                                           | Para el caso de la detección de ZIKV; por la metodología de RT-PCR, el proceso de recolección de orina debe ser descartando el primer chorro, recoger la parte media-final de la micción en el contenedor estéril (aproximadamente de 10 a 25 mL).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Las muestras de orina deben ser tratadas inmediatamente de ser recibidas en el laboratorio que realizará el envío (orina centrifugada en red fría y pellet resuspendido con 1,5 mL de medio de transporte viral).<br>Enviar la muestra en red fría (2 a 8) °C                                                                                                              |
| <u>Raspado de lesiones y/o costras</u>                    | Lavar bien el sitio de la lesión, primero con agua y jabón y luego con alcohol al 70%, utilizando gasa (no debe utilizarse algodón) y se deja secar. Con un bisturí estéril, raspar el borde de la lesión y recoger el material que se desprende. Si la epidermis está desprendida tomar porciones de ésta.<br>Para la búsqueda morfológica del agente, colocar las costras o escamas en una caja de Petri estéril y asegurar la tapa con cinta adhesiva para que no se abra o colocar en sobres de papel sellados e indicar cuál es el agente del que se sospecha.                                                                                                                                                                                                             | La muestra se envía a temperatura ambiente en las primeras 12 h.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <u>Saliva</u>                                             | Para el caso de la detección de ZIKV; por la metodología de RT-PCR para la muestra de saliva, el volumen requerido es de 1 mL, acompañado de la información clínico-epidemiológica debidamente requisitada, incluyendo el folio SiNaVE.<br>Muestras de fase aguda: en casos de presentar PFA (Parálisis Flácida Aguda), y con asociación epidemiológica de infección por ZIKV, sin toma de muestra de suero en fase aguda, tomar muestra que tenga como máximo hasta 17 días de inicio de parálisis y el antecedente de inicio de síntomas de caso probable de infección por ZIKV.<br>Para el diagnóstico de rabia humana la saliva debe extraerse con una jeringa de la región sublingual en volumen de 1.00 a 3.0 mL y ser recolectada en un tubo estéril con tapón de rosca. | Debe ser recolectada en contenedor de plástico estéril. Enviar la muestra en red fría (2 a 8) °C.<br>Para el diagnóstico de rabia humana el envío de la muestra debe ser entre (2 a 8) °C                                                                                                                                                                                  |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA             | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Sangre total</u> | La toma deberá hacerse en un lugar perfectamente iluminado y con el paciente cómodamente sentado. Localizar una vena adecuada en la cara anterior del codo y colocar el torniquete en la parte media del brazo. Desinfectar el área con un algodón humedecido con alcohol al 70%. Introducir la aguja con el bisel hacia arriba. Al empezar a fluir la sangre retirar el torniquete y una vez que se haya obtenido la cantidad de sangre requerida generalmente (4 a 7) mL, retirar la aguja y colocar una torunda con alcohol sobre el sitio de punción ejerciendo presión. No se recomienda el uso de jeringa para evitar la hemólisis. Si la muestra necesaria es sangre total utilizar el anticoagulante adecuado según el proceso que vaya a seguirse (consultar con el LESP), ya que algunos anticoagulantes pueden interferir con algunas pruebas. Si la toma de sangre es para métodos moleculares, utilizar EDTA como anticoagulante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Enviar los tubos en posición vertical a temperatura ambiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                     | Muestras para carga viral de VIH. Tomar 5 mL de muestra en ayuno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tubo con EDTA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                     | Muestras para conteo linfocitario. Tomar 4 mL de muestra en ayuno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Enviar los tubos en posición vertical a temperatura ambiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                     | Para diagnóstico de tuberculosis: dos muestras de 10 ml de sangre venosa en días consecutivos. No se requiere ayuno del paciente.<br>La investigación en sangre está indicada para pacientes con inmunosupresión severa, como en casos con infección por VIH con bajo recuento de linfocitos totales o CD4 y con baciloscopias de muestras respiratorias repetidamente negativas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tubo con citrato de sodio o heparina.<br>Enviar inmediatamente al laboratorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                     | Para el caso de la detección de ZIKV; por la metodología de RT-PCR la muestra de sangre total, la toma de muestra será hecha de forma habitual y deberá ser enviada al LESP para su posterior envío al InDRE, con la leyenda "Transito y Resguardo". Dicha muestra debe estar acompañada con el formato de estudio de caso: defectos de tubo neural y cráneo-faciales, además del formato de vectores. Esta muestra será remitida por el Instituto de Perinatología para el seguimiento de caso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Enviar la muestra en red fría (2 a 8) °C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                     | Para el caso del diagnóstico de Leptospira, el paciente debe encontrarse en la etapa aguda de la enfermedad, esto es primordialmente la primera semana de síntomas. Si la situación del paciente es grave o crítica, la muestra se puede tomar hasta los 14 días de evolución del cuadro clínico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -Volumen de 3 a 5 mililitros<br>-Anticoagulante, citratos o EDTA<br>-Tubo de plástico u otro material que no se rompa, de cierre hermético.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                     | <u>Tamizaje serológico de la enfermedad de Chagas por la técnica de ELISA en eluidos de sangre seca en papel filtro.</u><br>Se deben tener todos los insumos a la mano: Papel filtro (Whatman No. 1, con área pre-señalada con lápiz grafito, cuadrado de 14x14 mm, para llenado con sangre capilar), lancetas retráctiles (estériles), lápiz de grafito, papel de estraza para cubrir la mesa de trabajo, guantes desechables libres de talco, torundas de algodón humedecidas en alcohol al 70%, bolsa de plástico con candado tipo Ziploc, formato de registro, material desecante (bolsitas de sílica gel de 1 g), superficies adecuada para el secado de las muestra.<br>Registrar los datos requeridos en el formato. Anotar el folio y los datos de identificación de la muestra en el papel filtro del lado opuesto al área marcada para colocar la muestra de sangre (folio: número de estado, número de jurisdicción y número consecutivo de muestra), iniciales del nombre del paciente, fecha y municipio al que pertenece; asegurarse que los datos de la muestra y el documento sean trazables.<br>La toma de muestra y el secado de la misma se deberán trabajar sobre una superficie limpia, cubierta con papel de estraza.<br>Dar un masaje suave en la parte distal del dedo anular de la mano izquierda.<br>Limpiar con alcohol el dedo y dejar evaporar el exceso, no se debe utilizar antiséptico yodado, utilizar de preferencia lanceta automática,<br>En caso de usar lancetas manuales, introducir la punta de la lanceta en la parte lateral del dedo con un solo movimiento rápido y seguro. Si se usa lanceta automática, se coloca y activa el mecanismo,<br>Pinchar con la lanceta y llenar con sangre el cuadrado marcado en el papel filtro, dejando que rebasa las líneas.<br>En todo caso se debe tener cuidado de no exprimir el área vecina de la zona de punción, ya que se puede producir hemólisis y se puede mezclar el líquido intersticial con las gotas de sangre; si la sangre no fluye, se coloca el dedo hacia abajo y se da un ligero masaje para producir una mayor afluencia de sangre en el dedo. Limpiar la primera gota. Poner en contacto la superficie del papel con la gota de sangre para llenar adecuadamente la zona señalada, dejando que se impregne. | Poner las muestras secas de manera cruzada para evitar contacto entre las mismas, en una bolsa plástica con su correspondiente hoja de datos y cerrar la bolsa. En cada bolsa se pueden introducir hasta 12 muestras y su réplica, para su conservación se debe colocar 5 bolsas de sílica gel de 1 g por bolsa.<br>Enviar al LESP en un plazo no mayor a 5 días después de la toma.<br>Proteger de: calor, humedad, luz directa del sol, insectos o cualquier otro factor que las pueda deteriorar. |



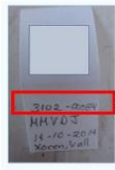
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|         | <p>Cuidar que el dedo no toque el papel.</p> <p>La gota de sangre debe ser suficientemente grande para saturar el área señalada e impregnar hasta la cara posterior del papel filtro. Esperar una nueva gota y poner otro papel filtro, ya que las muestras se tomarán por duplicado.</p> <p>Una vez completada la toma de las gotas en sangre, presionar el área de punción con un algodón limpio.</p> <p>Dejar secar las muestras de papel filtro de manera horizontal en una superficie de secado, la cual debe estar limpia y procurar no tocar con los dedos el área que contiene las muestras; cuidando que la muestra no esté en contacto con la superficie hasta que sequen, de 3 a 4 horas, dependiendo de la temperatura y la humedad ambiental. Proteger de: calor, humedad, luz directa del sol, insectos o cualquier otro factor que las pueda deteriorar.</p> <div> <div>  <p><b>1</b> Tener a mano todos los insumos necesarios para la toma de muestra para el tamizaje serológico de la Enfermedad de Chagas por la técnica de ELISA en eluidos de sangre seca en papel filtro</p> </div> <div>  <p><b>2</b> Registrar los datos en el formato de registro (estudio epidemiológico) y en el papel filtro: Folio: (Número de estado, número de jurisdicción y número consecutivo), iniciales del nombre del paciente, fecha y municipio.</p> </div> </div> <div> <div>  <p><b>3</b> Colocar la mano hacia abajo y dar un masaje suave, para favorecer la circulación sanguínea hacia el área que se va a puncionar.</p> </div> <div>  <p><b>4</b> Limpiar con una torunda con alcohol al 70%, la parte distal del dedo anular de la mano izquierda y dejar evaporar el exceso de alcohol.</p> </div> </div> <div> <div>  <p><b>5</b> Seleccionar la zona de indicada para la punción los laterales de la parte distal del dedo anular de la mano izquierda.</p> </div> <div>  <p><b>6</b> Pinchar con la lanceta, limpiar con un algodón seco la primera gota de sangre, colocando la mano hacia abajo para favorecer la circulación sanguínea.</p> </div> </div> <div> <div>  <p><b>7</b> No exprimir el área vecina de la zona de punción, ya que se puede producir hemolisis. Poner en contacto la superficie del papel con la gota de sangre en la zona señalada, dejando que se impregne. El dedo no debe tocar el papel.</p> </div> <div>  <p><b>8</b> Clasificar y desechar adecuadamente los residuos generados durante el proceso de toma de muestra.</p> </div> </div> <div> <div>  <p><b>9</b> Dejar secar las muestras de forma horizontal en una superficie limpia (3 a 4 horas), protegiendo de: calor, humedad, luz directa del sol, insectos o cualquier otro factor que las pueda deteriorar.</p> </div> <div>  <p><b>10</b> Embalar las muestras de forma cruzada en una bolsa tipo ziploc con silica gel. Enviar a temperatura ambiente en un lapso no mayor a 5 días después de la toma, protegiendo en todo momento de: calor, humedad, luz directa del sol, insectos, polvo, etc.</p> </div> </div> |                                  |

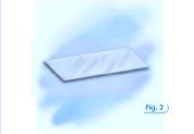
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                      |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                                                     | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Sangre para hemocultivo</u>                                              | Desinfectar el sitio de punción con una torunda impregnada de una solución yodada, aplicar de manera concéntrica y permitir que actúe el desinfectante; quitar los restos del yodo con una torunda de algodón impregnada de etanol al 70% realizando giros concéntricos del centro hacia fuera, posteriormente realizar lo mismo con otra torunda humedecida con una solución de yodo al 2% y dejar actuar por un minuto. Si se trata de un adulto, tomar de (5 a 8) mL de sangre, retirar los restos del yodo con una torunda impregnada con alcohol al 70%. Si la persona es alérgica al yodo, realizar la asepsia con algún otro antiséptico disponible y eliminar los restos de éste con alcohol al 70%. En el caso de niños extraer de (2-3) mL de sangre. Desinfectar el tapón con alcohol o solución concentrada de yodo, retirar el exceso de yodo con alcohol e inocular la muestra en el frasco para hemocultivo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Conservar a temperatura ambiente hasta su entrega al laboratorio. Enviar lo más pronto posible.<br><br>Si en su lugar de trabajo no cuenta con botellas de hemocultivo, solicitarlas al LESP. |
| <u>Suero</u>                                                                | Seguir la misma técnica que para la obtención de sangre total, usar tubo sin anticoagulante. Una vez tomada la muestra (hasta la capacidad del tubo rojo, para permitir la obtención máxima de suero) dejar el tubo a temperatura ambiente durante 15 minutos para permitir la retracción del coágulo, separar el coágulo formado con un aplicador de madera estéril. Centrifugar a (2500 - 3000) rpm durante 10 minutos. El suero no debe estar hemolizado, lipémico y se debe conservar en refrigeración.<br><br>Para algunos diagnósticos tales como Leptospira y Rickettsia, se requiere de muestras pareadas con quince días de diferencia entre una y otra. Para el diagnóstico de Rickettsia la toma de la primera muestra deberá ser dentro de los primeros 14 días de haber iniciado síntomas y, la segunda deberá tomarse a las 2 semanas con respecto a la primera y antes de cumplir 2 meses de iniciados los síntomas.<br><br>Para el diagnóstico de Leptospira deberá de tomarse la segunda muestra 2 semanas después y antes de 3 meses con respecto a la fecha de toma de la primera muestra.<br><br>Para el diagnóstico de enfermedades febriles exantemáticas enviar la muestra acompañada del formato requisitado con los datos personales del paciente, fecha de inicio de exantema, fecha de toma, sintomatología, días de evolución de (0-35) días después de la aparición del exantema (maculopapular) y cartilla de vacunación donde venga evidenciado la fecha de vacunación.<br>En caso de solicitar una segunda muestra, esta debe ser tomada 15 días después con respecto a la primera. | Colocar el suero en tubos de tapón hermético, mantener en red fría de (2 a 8)°C.                                                                                                              |
| <u>Ejemplares para conservarse en alcohol etílico o isopropílico al 75%</u> | Los ejemplares se colectan de manera directa o indirecta en el ambiente natural excepto aquellos grupos que presentan una etapa parasitaria que puede ser facultativa u obligatoria. Por el método directo, los ejemplares son colectados directamente en los hábitats naturales. En el método indirecto se obtienen por medio del empleo de alguna trampa especializada, dependiendo del grupo taxonómico, se preservan los ejemplares en seco o en alcohol. En el caso de las formas parasitarias facultativas u obligatorias, se deberán obtener del huésped.<br><br>Los siguientes artrópodos se conservan en alcohol etílico o isopropílico al 75% en frascos de vidrio o plástico con tapa de rosca:<br><br>Arácnidos, insectos (larvas, mosquitos). La etiqueta de colecta (usar una por cada muestra del hábitat donde se colectó) deberá llevar como mínimo los siguientes datos: número de envase, estado, jurisdicción, municipio, localidad, dirección, habitantes del domicilio, fecha (día/mes (con letra) /año (los cuatro números), sitio de colecta, nombre del colector, observaciones y número de ejemplares. Siempre será escrita con lápiz y se colocará en el interior del tubo. En caso de ser envases muy pequeños, colocar el número de envase en el tubo y correlacionarlo con una etiqueta que incluya los datos en un anexo al oficio solicitud de proceso de muestras.                                                                                                                                                                                                                 | No requiere de condiciones especiales, pero debe considerarse que los frascos tengan rosca para evitar en lo posible la evaporación de alcohol.                                               |
| <u>Moscas</u>                                                               | Los moscos deberán enviarse en vasos encerrados, debidamente rotulados con folio designado por entomología, el cual sea trazable con información de fecha, localidad de captura, especie capturada y sexo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Deberán ser enviados en grupos de 25 o más especímenes por vaso, en red fría (2 a 8) °C.                                                                                                      |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

| MUESTRA                                                                                                          | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Ejemplares vivos, chinches reduviidae, triatominae para búsqueda coproparasitológica de Tripanosoma cruzi</u> | <p>Los ejemplares se pueden obtener de forma directa en áreas silvestres, refugios y lugares de resguardo, como pueden ser gallineros, corrales, madrigueras y viviendas humanas.</p> <p>Las chinches Triatominae deberán preservarse vivas para su estudio coproparasitológico, bajo las siguientes condiciones:</p> <p>Deben colocarse en frasco de plástico, de tamaño adecuado al número de organismos; es importante utilizar un frasco para cada colecta. En el frasco se debe colocar un círculo de papel en la base y sobre éste una tira de papel plegado en forma de acordeón, el cual no deberá alcanzar más de la mitad de la altura del frasco. La tapa deberá estar perforada para facilitar la respiración de los insectos.</p> <p>La manipulación debe hacerse con pinzas y guantes. La etiqueta deberá de contar con los datos mencionados en las muestras conservadas en alcohol etílico o isopropílico al 75% y adherirse en el exterior del envase.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p>Las muestras se deberán colocar en el interior de una caja de cartón o unicel y estas a su vez puede ser envueltas en papel, exceptuando la tapa del frasco, posteriormente se rellenarán los espacios entre cada una de las muestras, para evitar en lo posible que se muevan al transportarse. También es importante considerar el tiempo de envío, para el cual no deberán pasar más de dos semanas. De igual manera, las cajas deben ser empacadas adecuadamente con materiales de embalaje para muestras con características de -FRAGIL-</p> |
| <u>Frotis exo y endocervical (raspado de células PAP)</u>                                                        | <p><b>PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE LA MUESTRA DE CITOLOGÍA CERVICAL Y VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</b></p> <p>Realizar el interrogatorio a la paciente y registrar la información en la hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical con precisión y claridad siguiendo el instructivo para su llenado.</p> <p><b>PREPARATIVOS PARA LA TOMA:</b></p> <p>Antes de atender a la usuaria, verificar que el material y equipo este completo y esterilizado o desinfectado, en caso de no disponer de autoclave.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>PORTAOBJETOS</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>LAPIZ PUNTA DIAMANTE</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>ESPÁTULA DE AYRE</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>HISOPO</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>GUANTES</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>ESPEJO VAGINAL</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>VASO DE COPLIN</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>MESA DE EXPLORACIÓN</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>FUENTE DE LUZ</b> </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>MESA DE MAYO DE GRAVES</b> </div> </div> <p><b>AGUA ESTÉRIL O SOL SALINA (PARA HUMEDECER HISOPO)</b></p> | <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b></p> <p>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96<sup>o</sup> en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                          |



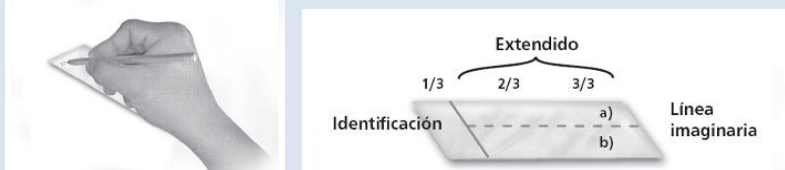
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA                                                              | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Frotis exo y endocervical</u><br/>(raspado de células PAP)</p> | <p><b>ROTULADO DE LA LAMINILLA (IDENTIFICACIÓN):</b><br/>Antes de tomar la muestra rotular en el tercio superior de la laminilla las iniciales de apellidos y de nombre (s) de la usuaria, fecha de nacimiento y número progresivo anual (numero interno de la unidad tomadora).</p>  <p>Una vez preparada la usuaria pedirle suba a la mesa de exploración y auxiliarla para adoptar la posición ginecológica.</p>  <p><b>VALORACION GINECOLOGICA EXTERIOR:</b><br/>Se inicia por la inspección de los genitales externos buscando las lesiones macroscópicas como prolapso uterino, tumores, huellas de rascado, flujo, manchas discrómicas, lesiones exofíticas, etc; posteriormente anotar los datos observados en la hoja y resultado de la citología cervical.</p>  <p>Tomar el espejo estéril o desinfectado, colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejo se sujeta con los dedos anular y meñique. Con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separar los labios menores y visualizar el vestíbulo vaginal.</p>  <p>Con las valvas cerradas, introducir suavemente el espejo formando un ángulo de 45° o en forma vertical 90° con relación al piso de la vagina. En ese momento se pide a la usuaria que puje, avanzando a la vez el espejo hasta el tercio medio de la vagina, girarlo presionando la palanca que abre la valva superior, con el dedo pulgar de la mano que sostiene el espejo; para abrir las valvas introducirlo un poco más hasta localizar el cérvix sin lastimarlo, ya localizado, se fijan las valvas para que no se deslicen.</p> <p>Es importante mencionar que antes de la toma de la muestra, no se debe realizar exploración por palpación de la vagina y cuello uterino.</p>  <p>En caso de existir secreción o sangre excesiva se recomienda limpiar el cuello con un hisopo antes de tomar la muestra cuidando de no tocar el epitelio.</p> | <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b><br/>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96° en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p> |
|                                                                      | <p><u>Frotis exo y endocervical</u><br/>(raspado de células PAP)</p> <p>La muestra del cuello uterino se realiza tomando una muestra suficiente del endocérvi y otra del exocérvi con la espátula de Ayre modificada.</p> <p><b>TOMA EXOCERVICAL:</b><br/>Deslizar la espátula de Ayre por el extremo bifurcado y colocarla en el orificio cervical. Girar a la derecha 360° haciendo una ligera presión para obtener muestra de todo el epitelio exocervical.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b><br/>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96° en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p> |

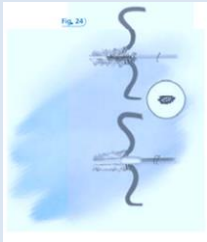
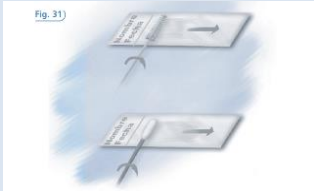
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA                                                              | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Frotis exo y endocervical</u><br/>(raspado de células PAP)</p> |  <p>Retirar la espátula y volver a introducirla por el extremo semicónico para la toma del endocervix.<br/><b>TOMA ENDOCERVICAL:</b><br/>Introducir la espátula por la parte en forma cónica en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la izquierda 360°.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b><br/>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96° en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p> |
|                                                                      |  <p>Extender la muestra en la laminilla y en menos de 5 segundos introducirla en alcohol de 96 grados (vaso de coplin) durante un tiempo mínimo de 30 minutos o más, manteniendo cerrado el recipiente. El extendido debe ser longitudinal, uniforme, delgado y en monocapa en 2/3 de la laminilla, para cada uno de los lados de la espátula. En la mitad superior de laminilla se extiende la muestra de exocervix y en la inferior la de endocervix.</p>   <p>1/3 PARA ROTULO<br/>2/3 PARA LA MUESTRA</p> <p>FIJAR MUESTRA 30 MIN.</p> <p>La toma con cepillo endocervical o con hisopo de algodón absorbente está indicada para tomar muestras en mujeres en periodo de climaterio, premenopausia o postmenopáusica, adolescentes sin eversión glandular o pacientes en seguimiento postratamiento. Se introduce el cepillo o hisopo con suavidad en el orificio cervical realizando un giro a la derecha y se retira para el extendido, tomando en cuenta la técnica descrita en la siguiente imagen:</p>   <p>Si la paciente está hysterectomizada, se procederá a tomar una muestra del fondo del saco vaginal o cúpula, con el lado bifurcado de la espátula. Esta muestra servirá para detectar alguna lesión en vagina, ya que esta zona puede desarrollar lesiones.</p> <p>Una vez tomada la muestra de citología cervical, se puede realizar la toma para detección de virus del papiloma humano, introduciendo el cepillo cervical en el orificio del canal cervical, hacer una ligera presión deslizándola y girando a la derecha.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                               |

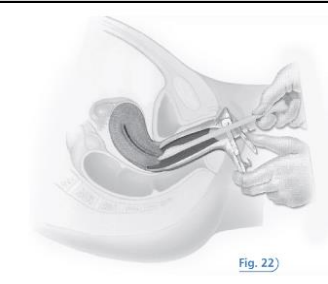
# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

CLAVE:  
MA GC 04-7

| MUESTRA                                                              | TOMA DE LA MUESTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CONDICIONES PARA SU CONSERVACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Frotis exo y endocervical</u><br/>(raspado de células PAP)</p> | <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Una vez tomada la muestra se introduce el cepillo en el frasco surepath, se enjuaga el cepillo para desprender las células y se cierra el frasco.</p> <p style="text-align: center;"><b>FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE LA MUESTRA</b></p> <p><b>RETIRO DEL ESPEJO:</b> aflojar el tornillo que fija las valvas, pedir a la usuaria que puje mientras lo retiras lenta y suavemente; en caso de observar secreciones informar y mostrar el espejo a la usuaria para evitar que se atribuya su presencia al procedimiento.</p> <p>Depositar el espejo vaginal en cubeta con agua, jabón y cloro para posteriormente lavar y desinfectar. Ayudar a la usuaria a incorporarse con mucho cuidado y respeto.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Vaso de Coplin</p> </div> <p><b>ENVÍO DE LA MUESTRA.</b><br/>Se puede colocar la laminilla con la muestra en una cartera, bolsa de papel, plástico o envolverla con papel estraza y engrapar, la hoja de solicitud, y reporte de resultados en la parte superior izquierda de la misma, no usar tela adhesiva ni diurex para pegarla o identificarla.</p> <p>Anotar en la hoja de concentrado semanal todos los estudios con los siguientes datos; jurisdicción sanitaria, unidad que envía, numero progresivo de cada muestra, nombre de la usuaria, edad y fecha de toma.</p> <p>El contenido de transporte de laminillas deberá engraparse junto a las solicitudes de estudio citológico para colocarlas posteriormente en el maletín de transporte de muestras hacia la jurisdicción sanitaria y/o laboratorio de citología.</p> <p>Las muestras deberán enviarse en un lapso no mayor a 10 días después de la toma.</p> | <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b><br/>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96º en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p> <p><b>CONSERVACIÓN DE LA MUESTRA</b><br/>Una vez tomada la muestra el portaobjetos se sumerge en un frasco (vaso de Coplin) con alcohol del 96º en menos de 5 segundos y se deja fijar por lo menos durante 30 minutos manteniendo cerrado el recipiente.</p> |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## VI. CRITERIOS DE RECHAZO DE MUESTRAS

1. Las muestras de plasma o suero no deben de estar hemolizadas, lipémicas o contaminadas (cada laboratorio según sus procedimientos).
2. Discrepancia entre los datos de la muestra y el estudio epidemiológico.
3. Muestra de sangre sin separar (sangre total coagulada).
4. Muestra sin identificación.
5. Muestra en cantidad o volumen insuficiente (cada laboratorio estipula la cantidad y la matriz según sus procedimientos).
6. Envase inadecuado (por ejemplo: tubo sin sello hermético, contenedor primario sin tapón, de vidrio, cubierto con material inadecuado como parafilm o plástico).
7. Temperatura inadecuada, es decir, fuera del rango establecido para cada método de prueba.
8. Muestra en estado putrefacto.
9. Muestra inadecuada.
10. Muestra de materia fecal en frasco de vidrio.
11. Muestra bacteriológica o virológica en medio de transporte inadecuado.
12. Muestras en recipientes rotos, con fugas o derramadas.
13. Laminilla rota.
14. Muestras que no cumplan definición operacional de caso (según el diagnóstico que corresponda).
15. Muestras que no cumplan los días de tránsito (de acuerdo al diagnóstico).
16. Muestras que no cumplan los días de evolución de la enfermedad (según el diagnóstico que corresponda).
17. Cuando la toma de la muestra no cumpla con los días de evolución y los días de tránsito establecidos para cada diagnóstico (revisar los lineamientos de cada diagnóstico).

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

18. Para el caso de diagnósticos que cuentan con plataforma, se rechazarán las muestras que no estén dadas de alta en la misma.
19. Para el caso de diagnósticos que cuentan con plataforma el **Rechazo Definitivo**, se notificará en el apartado correspondiente de la plataforma. En el caso que no estén ingresadas en la plataforma el rechazo se enviará al correo electrónico oficial.
20. Cuando no se mantienen las condiciones de colecta y transporte recomendadas.
21. La falta de algún documento o dato en el estudio epidemiológico relevante para el diagnóstico se hará un **Rechazo temporal o ingreso bajo concesión** y se le notificará al responsable del envío, por correo electrónico oficial, para cubrir el requisito faltante tendrá 24 h para enviarlo. De no cumplirse en el tiempo estipulado se llevará a cabo el **Rechazo Definitivo**, notificando al usuario correspondiente por correo electrónico a través del formato de rechazo de muestras **F CTE 003**.
22. En caso de no cumplirse las condiciones de toma, conservación, transporte, calidad de la muestra y la definición operacional de caso (cuando aplique), será causa de un **Rechazo Definitivo**, notificando al usuario correspondiente por medio de correo electrónico oficial a través del formato de rechazo de muestras **F CTE 003**.
23. La muestra de impronta para el diagnóstico de leishmaniasis, será como mínimo de 0.5 mm x 0.5 mm, el extendido de muestra no deberá ser grueso.
24. En el laboratorio de ITS-VIH/sida, sólo son aceptadas muestras de suero exclusivamente para la determinación de VIH, Sífilis, Hepatitis A, Hepatitis B y Hepatitis C, dichas muestras provienen de las unidades médicas y de la Red de Laboratorios del Estado.
25. Ninguna muestra es rechazada en recepción de muestras, el rechazo correspondiente se realiza en cada área.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## VII. ANEXOS

|              |                                                                                                                                  |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo I.     | F CTE 003 Formato de rechazo de muestras.                                                                                        |
| Anexo II.    | Estudio epidemiológico de caso SUIVE-2-2020.                                                                                     |
| Anexo III.   | Formato de notificación y estudio epidemiológico de VIH/sida.                                                                    |
| Anexo IV.    | Formulario de estudio de casos de enfermedad febril exantemática.                                                                |
| Anexo V.     | Estudio epidemiológico de caso de enfermedades transmitidas por vector (ETV).                                                    |
| Anexo VI.    | Estudio epidemiológico de caso de brucelosis.                                                                                    |
| Anexo VII.   | Etiqueta para la identificación de muestras de rabia para su envío.                                                              |
| Anexo VIII.  | Estudio epidemiológico de caso de enfermedad diarreica aguda.                                                                    |
| Anexo IX.    | Formato único para el envío de muestras para el diagnóstico de Rabia (Humana).                                                   |
| Anexo X.     | Formato para la solicitud externa de muestras de rabia animal.                                                                   |
| Anexo XI.    | Estudio epidemiológico de tuberculosis.                                                                                          |
| Anexo XII    | Estudio epidemiológico de viruela símica.                                                                                        |
| Anexo XIII.  | Algoritmo para la toma de muestras según la edad del caso en estudio (EDA).                                                      |
| Anexo XIV.   | Algoritmo para el diagnóstico serológico de brucelosis humana.                                                                   |
| Anexo XV.    | Algoritmo para el diagnóstico serológico de enfermedad de Chagas.                                                                |
| Anexo XVI.   | Algoritmo de aislamiento, identificación y serotipificación de <i>Haemophilus influenzae</i> y otras.                            |
| Anexo XVII.  | Algoritmo de diagnóstico en fase aguda (0-5 días de evolución) por RT-PCR en tiempo real para Dengue, Chikungunya y Zika.        |
| Anexo XVIII. | Algoritmo fase convaleciente (Dengue Con Signos de Alarma y Dengue Grave – ELISA IgM específica Dengue (6-14 días de evolución). |
| Anexo XIX.   | Algoritmo fase convaleciente Chikungunya por ELISA IgM Específica (6-12 Días de evolución)                                       |
| Anexo XX.    | Algoritmo para el diagnóstico serológico de EFE´S (Sarampión y Rubéola).                                                         |
| Anexo XXI.   | Algoritmo para el diagnóstico serológico de la Hepatitis “A” (HAV IgM).                                                          |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

|                |                                                                                                                 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo XXII.    | Algoritmo para la determinación de antígeno de superficie de la Hepatitis “B” (HBsAg).                          |
| Anexo XXIII.   | Algoritmo para el diagnóstico de la Hepatitis “C” (HCV).                                                        |
| Anexo XXIV.    | Algoritmo para el diagnóstico de EDA bacteriana.                                                                |
| Anexo XXV.     | Algoritmo para aislamiento bacteriano de muestras de ambiente hospitalario.                                     |
| Anexo XXVI.    | Algoritmo para el diagnóstico de virus respiratorios                                                            |
| Anexo XXVII.   | Algoritmo para el diagnóstico de leptospirosis por aglutinación microscópica (MAT).                             |
| Anexo XXVIII.  | Algoritmo para el cultivo de muestras y aislamiento de bacterias causantes de infecciones respiratorias agudas. |
| Anexo XXIX.    | Algoritmo para aislamiento de <i>Salmonella spp</i> y <i>Shigella spp</i> .                                     |
| Anexo XXX.     | Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de rotavirus por ELISA.                                            |
| Anexo XXXI.    | Algoritmo para el aislamiento de bacterias invasivas.                                                           |
| Anexo XXXII.   | Algoritmo para la vigilancia de tosferina y síndrome coqueluchoide.                                             |
| Anexo XXXIII.  | Algoritmo para el diagnóstico diferencial de la difteria.                                                       |
| Anexo XXXIV.   | Algoritmo para el aislamiento e identificación de <i>Streptococcus pyogenes</i> .                               |
| Anexo XXXV.    | Algoritmo para aislamiento de <i>Bordetella spp</i> .                                                           |
| Anexo XXXVI.   | Algoritmo para aislamiento e identificación de bacterias y hongos causantes de sepsis en hemocultivos.          |
| Anexo XXXVII.  | Algoritmo para la determinación de anticuerpos reagínicos para Control de Calidad Negativo.                     |
| Anexo XXXVIII. | Algoritmo para la determinación de anticuerpos anti <i>Treponema pallidum</i> para Sífilis congénita.           |
| Anexo XXXIX    | Algoritmo para la determinación de anticuerpos anti <i>Treponema pallidum</i> para Sífilis adquirida.           |
| Anexo XL       | Algoritmo para el diagnóstico de VIH.                                                                           |
| Anexo XLI      | Algoritmo para la determinación de anticuerpos anti VIH para Control de Calidad Negativo.                       |



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

|              |                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo XLII   | Algoritmo para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.                                                                                                                                                                              |
| Anexo XLIII  | Algoritmo para el diagnóstico de tuberculosis extra-pulmonar (adultos y niños).                                                                                                                                                      |
| Anexo XLIV   | Algoritmo para el diagnóstico por laboratorio del virus de la Rabia.                                                                                                                                                                 |
| Anexo XLV    | Algoritmo para el diagnóstico de Leishmaniasis.                                                                                                                                                                                      |
| Anexo XLVI   | Diagrama de flujo del laboratorio de Entomología y Parasitología.                                                                                                                                                                    |
| Anexo XLVII  | Algoritmo para la determinación taxonómica de larvas de mosquito del IV estadio.                                                                                                                                                     |
| Anexo XLVIII | Algoritmo para la determinación taxonómica de chinches hematófagas.                                                                                                                                                                  |
| Anexo XLIX   | Algoritmo para la determinación taxonómica de alacranes.                                                                                                                                                                             |
| Anexo L      | Algoritmo para la determinación de Trypanosoma cruzi.                                                                                                                                                                                |
| Anexo LI     | Algoritmo para el diagnóstico de Paludismo                                                                                                                                                                                           |
| Anexo LII    | Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de Zika mediante uso de ELISA IgM, para seguimiento de embarazadas en fase convaleciente y recién nacidos (6-30 días de evolución).                                                     |
| Anexo LIII   | Reconversión de algoritmo de laboratorio para la vigilancia de dengue en situaciones de brote confirmado y serotipos identificados por RT Q PCR en muestras de fase aguda.                                                           |
| Anexo LIV    | Algoritmo para el diagnóstico de la enfermedad de chagas por microscopia.                                                                                                                                                            |
| Anexo LV     | Algoritmo para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar en grupos de riesgo de farmacorresistencia.                                                                                                                  |
| Anexo LVI    | Algoritmo para pruebas de farmacosenibilidad para grupos de riesgo de tuberculosis farmacorresistente en la red de laboratorios de salud pública                                                                                     |
| Anexo LVII   | Etapa I y II: Algoritmo diagnóstico y control de calidad en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública para el Diagnóstico de Rabia.                                                                                           |
| Anexo LVIII  | Etapa I “a”: Algoritmo diagnóstico muestras ante mortem (humanos) para la inoculación intracerebral del líquido cefalorraquídeo, biopsia de cuero cabelludo, saliva e hisopo sublingual de humano en ratón por PB y cultivo celular. |
| Anexo LIX    | Algoritmo para diagnóstico de Rubéola Congénita de 0 a 6 meses.                                                                                                                                                                      |

## LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

|                      |                                           |                                                                                                                              |                             |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Rev. N°:</b><br>7 | <b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br>2023-01-03 | <b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b> | <b>CLAVE:</b><br>MA GC 04-7 |
|----------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|            |                                                                  |
|------------|------------------------------------------------------------------|
| Anexo LX   | Algoritmo para diagnóstico de Rubéola Congénita de 6 a 12 meses. |
| Anexo LXI  | Algoritmo para diagnóstico de Rickettsiosis.                     |
| Anexo LXII | Algoritmo diagnóstico para las muestras de viruela símica        |

ANEXO I

F CTE 003 FORMATO DE RECHAZO DE MUESTRAS

SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN  
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA  
F CTE 003-4 FORMATO DE RECHAZO DE MUESTRAS

Privada de Canadá N° 90, Fraccionamiento las Américas, C. P. 58279, Teléfono (443) 3244871, Morelia Michoacán

Tipo de rechazo

Temporal \*☐

Definitivo ☐

\* Un rechazo temporal implica un ingreso bajo concesión, generar el registro correspondiente el en F CTE 005

1. Datos de quien realiza el rechazo:

Coordinación: \_\_\_\_\_

Laboratorio: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

2. Datos del remitente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Jurisdicción: \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

3. Datos de envío de la (s) muestra (s):

Fecha de envío de la (s) muestra (s): \_\_\_\_\_

Fecha de recepción en el laboratorio: \_\_\_\_\_

Fecha de rechazo de la (s) muestra (s): \_\_\_\_\_

4. Relación de muestra (s) rechazada (s):

| Identificación de la muestra | N° de oficio | Nombre del paciente / Nombre de la unidad | Tipo de muestra | Estudio solicitado | Criterios de rechazo |   |   |
|------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---|---|
|                              |              |                                           |                 |                    | 1                    | 2 | 3 |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |
|                              |              |                                           |                 |                    |                      |   |   |

5. Criterios de rechazo:

1. Calidad de la (s) muestra (s)

1.1 Envase inadecuado

1.2 Envase roto

1.3 Laminilla rota

1.4 Temperatura inadecuada (especifique)

1.5 Suero-Plasma lipémico

1.6 Suero-Plasma hemolizado

1.7 Muestra insuficiente

1.8 Muestra contaminada

1.9 Muestra inadecuada (especifique)

1.10 Muestra derramada

1.11 Muestra sin identificación

1.12 Otro (especifique)

2. Administrativa

2.1 Solicitud de estudio incompleta

2.2 Sin historia clínica o Estudio epidemiológico

2.3 Incongruencia en los datos de oficio y estudio de la muestra (nombres)

2.4 Sin captura en plataforma

2.5 Sin hoja de re-lectura

2.6 Ingreso fuera de tiempo

2.7 Otro (especifique)

3. Clínico - epidemiológicos

3.1 Cuadro clínico (definición operacional de caso)

3.2 Tiempo de evolución

3.3 Fecha de inicio de síntomas

3.4 Fecha de toma de muestra

3.5 Días de tránsito

3.6 Otro (especifique)

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Nombre )  
Coordinador técnico

(Nombre )  
Jefe de laboratorio

(Nombre )  
Químico analista

1/1

|                                      |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

# ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO SUIVE-2-2020 (Hoja 1)



## SUNE-2-2020

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--|---------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| <b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |  | <b>CLAVE CLUES:</b> _____       |  |  |  | <b>CLAVE SUAVE DE LA UNIDAD:</b> _____   |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>UNIDAD NOTIFICANTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |  | <b>MUNICIPIO:</b> _____         |  |  |  | <b>JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE:</b> _____ |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>LOCALIDAD:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |  | <b>INSTITUCIÓN:</b> _____       |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>ENTIDAD O DELEGACIÓN:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>FECHA DE NOTIFICACIÓN:</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td colspan="3"></td></tr> </table> |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  | Día | Mes | Año |  |  |  | <b>INICIO DE ESTUDIO:</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td colspan="3"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  | <b>TERMINACIÓN DE ESTUDIO:</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td colspan="3"></td></tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mes | Año |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mes | Año |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                               | Mes | Año |  |                                 |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| <b>DIAGNÓSTICO PROBABLE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |  | <b>DIAGNÓSTICO FINAL:</b> _____ |  |  |  |                                          |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Núm. de afiliación o expediente: \_\_\_\_\_  

|                  |                  |        |
|------------------|------------------|--------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre |
|------------------|------------------|--------|

 Sexo: M ☐ F ☐ Edad: Años 

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

 Meses 

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

 Días 

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

 Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Calle y Núm. o Lugar de Residencia \_\_\_\_\_  

|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| Municipio <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table>                                                              |  | Clave <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  | Entidad <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  | Clave <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |                                                                                                                                  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
| Colonia o Localidad <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   | C.P. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  | Teléfono (s) _____ |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                   |                                                                                                                                  |  |                    |

**III.a DATOS CLÍNICOS**  
 Fecha de inicio de signos y síntomas: 

|     |     |     |  |  |  |
|-----|-----|-----|--|--|--|
|     |     |     |  |  |  |
| Día | Mes | Año |  |  |  |

  
 Signos y síntomas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**III.b TRATAMIENTO**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

| IV. LABORATORIO Y GABINETE |     |       |     |     | V. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (marque con una "X") |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|----------------------------|-----|-------|-----|-----|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| Estudio                    | T   | Fecha |     |     | Resultados                                    | PROCEDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                              | Local <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>                                                           |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     | Día   | Mes | Año |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Indique el lugar de procedencia para caso importado                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Localidad _____ Municipio _____ Estado _____                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Periodo de estancia en esa localidad _____                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Llegada: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td colspan="3"></td></tr></table> |                                                                                                                             |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  | Salida: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td><td colspan="3"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  | Día | Mes | Año |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día                        | Mes | Año   |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
| Día                        | Mes | Año   |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | FUENTE DE INFECCIÓN. Investigada _____ Confirmada _____                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | (marque con una "X")                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Otra persona                                                                                                                                                                                                                                              | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Alimentos                                                                                                                                                                                                                                                 | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Agua                                                                                                                                                                                                                                                      | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Fomites                                                                                                                                                                                                                                                   | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Animales                                                                                                                                                                                                                                                  | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Otras _____                                                                                                                                                                                                                                               | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | MECANISMOS DE TRANSMISIÓN: (marque con una "X")                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Persona a persona                                                                                                                                                                                                                                         | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Aérea                                                                                                                                                                                                                                                     | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Digestiva                                                                                                                                                                                                                                                 | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Fomites                                                                                                                                                                                                                                                   | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Vectores                                                                                                                                                                                                                                                  | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               | Otros _____                                                                                                                                                                                                                                               | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;"><tr><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |
|                            |     |       |     |     |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |     |     |     |  |  |  |

66/137

|                                      |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

Continuación (Hoja 2)



SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO

SUNE-2-2020

| VI. ESTUDIO DE CONTACTOS |   | EDAD | SEXO | CONTACTO* |    | CASO |  | VII. ACCIONES Y MEDIDAS DE CONTROL |  |
|--------------------------|---|------|------|-----------|----|------|--|------------------------------------|--|
| NOMBRE Y DOMICILIO       | I |      |      | E         | Si | No   |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |
|                          |   |      |      |           |    |      |  |                                    |  |

**VIII. EVOLUCIÓN**

Si No

¿Se estableció íntegramente? ☐ ☐

¿Quedó con secuelas? ☐ ☐

¿Quedó como portador? ☐ ☐

¿Se perdió? ☐ ☐

¿Falleció? ☐ ☐

Fecha de la defunción:

|     |     |     |  |  |  |
|-----|-----|-----|--|--|--|
|     |     |     |  |  |  |
| Día | Mes | Año |  |  |  |

**X. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES**

**IX. PREVENCIÓN Y CONTROL**

En caso afirmativo, anote cuántas acciones

Pláticas de fomento para la salud ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Vacunación ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Tratamientos individuales ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Tratamientos familiares ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Cloración ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Letrinización ☐ ☐ \_\_\_\_\_

Otras actividades \_\_\_\_\_

Si No Núm.

Día Mes Año

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

Nombre y cargo de quien elaboró
Vo. Bo. del Director
Vo. Bo. del Epidemiólogo
Fecha de envío al nivel inmediato superior

\*\* I= INTRADOMICILIARIO. E= EXTRADOMICILIARIO

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL EPIDEMIÓLOGO O PERSONAL DESIGNADO

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO III

### FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH/sida (Hoja 1)

VIH/SIDA 2007-1

**FORMATO DE NOTIFICACIÓN Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIH / SIDA**

| TIPO DE PACIENTE:                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SEROPOSITIVO <input type="radio"/> | CASO <input type="radio"/> |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| I<br>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                                                                            | No. APLICACIÓN: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                            | UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____ |
|                                                                                                                                                                                                      | FOLIO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                            | CLUB: _____                  |
|                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | PTO. DE NACIMIENTO: _____<br>Apto. de Paterno: _____ Apto. de Materno: _____ Nombre (s): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____<br>Lugar de nacimiento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | EDAD: _____ Años Meses Días<br>SEXO: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | OCUPACIÓN: _____<br>¿HA TENIDO RELACIONES EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | RESIDENCIA ACTUAL: _____<br>Calle: _____ Número: _____ Colonia: _____ Estado: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | ¿MIGRANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>¿MIGRANTE NACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>¿MIGRANTE EXTRANJERO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA                                                                         |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
| II<br>DATOS DE NOTIFICACIÓN                                                                                                                                                                          | Centro de Notificación: _____<br>Fecha de Notificación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Nombre (s) del Paciente: _____<br>Nombre (s) del Médico Notificador: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Notificación: _____<br>Hora: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Sexo: _____ Edad: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Tipo de Transmisión: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Diagnóstico: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Notificación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Diagnóstico: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Notificación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | Fecha de Diagnóstico: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                            |                              |
| III<br>ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS                                                                                                                                                                  | 1. SEXUALIDAD: _____<br>A. Ha tenido relaciones sexuales con: _____<br>B. A partir de 1990 ha tenido relaciones sexuales con: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 2. HA SIDO TRANSFUNDIDO: _____<br>No. Unidades Transfundidas Después de 1990: _____<br>Unidad 1: _____ Unidad 2: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 3. ES HEMOFÍLICO: _____<br>4. ES USUARIO(A) DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: _____<br>5. FUE EXPOSICIÓN: _____<br>6. HA RECIBIDO TRANSPLANTES DE ÓRGANOS/TEJIDOS O INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: _____                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 7. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: _____<br>Tipo de Exposición: _____<br>Fecha de Exposición: _____<br>Fecha de Diagnóstico: _____                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 8. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: _____<br>1. _____ 2. _____ 3. _____<br>Fecha: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 9. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 10. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 11. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 12. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 13. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
| IV<br>TRANSMISIÓN PERINATAL                                                                                                                                                                          | ¿ALGUNO DE LOS PADRES TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 1. INFECCIÓN DE VIH: _____<br>2. SEXUALIDAD: _____<br>3. RELACIÓN SEXUAL DE RIESGO POR VIH/SIDA (RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN): _____<br>4. TRANSFUSIÓN DE SANGRE: _____<br>5. TRANSFUSIÓN DE SANGRE DESPUÉS DE 1990: _____<br>6. HEMOFILIA: _____<br>7. USUARIO DE DROGAS INTRAVENOSAS/INYECTABLES: _____<br>8. DONACIÓN DE SANGRE: _____<br>9. EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A SANGRE O SECRECIONES CON VIH: _____ |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 10. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 11. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 12. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 13. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 14. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 15. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 16. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
|                                                                                                                                                                                                      | 17. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV)                                                                                                                                                                                                                |                                    |                            |                              |
| 18. ¿HA SIDO EN UN CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO APLICA<br>(Si la respuesta es afirmativa pase a la sección IV) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                            |                              |

**NOTA:** El presente formato es de uso exclusivo del personal de salud y debe ser utilizado en el momento de la toma de muestras. La información de VIH/SIDA es confidencial y deberá ser manejada en forma segura.

|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

[illegible]

|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

## FORMULARIO DE ESTUDIO DE CASOS DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMÁTICA

(Hoja 1)

70/137



|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

Continuación (Hoja 2)

[illegible]

|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTOR (ETV) (Hoja 1)

72/137

|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

| VI. EVOLUCIÓN DEL HOPITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Glóbulos <input type="checkbox"/> Gave <input type="checkbox"/> Mielra <input type="checkbox"/></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>SEGUIMIENTO HEMATOLOGICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de haber datos de escape de líquidos o hemorragias, realizar:<br>Fecha: Hto: % Hto: gr x 100ml. Plaquetas: x10 <sup>9</sup> /L. Albumina: g/dl. Leucocitos: x10 <sup>9</sup> /L. Linfocitos: x10 <sup>9</sup> /L.<br>Fecha: Hto: % Hto: gr x 100ml. Plaquetas: x10 <sup>9</sup> /L. Albumina: g/dl. Leucocitos: x10 <sup>9</sup> /L. Linfocitos: x10 <sup>9</sup> /L.                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Líquido o esfínter requerido (en caso de escape de líquidos): SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bifurcación directa: <input type="checkbox"/> mg/dl. Bifurcación total: <input type="checkbox"/> mg/dl.<br>DHL: <input type="checkbox"/> UL: <input type="checkbox"/> ALT: <input type="checkbox"/> AST: <input type="checkbox"/> UL: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ESTUDIO DE GASTROINTESTINO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de síntomas: <input type="text"/> Fecha de diagnóstico: <input type="text"/><br>Líquido o peristaltico y/o en cantidad abdominal: <input type="checkbox"/> Líquido en cantidad torácica: <input type="checkbox"/> Negación: <input type="checkbox"/> Megacolon: <input type="checkbox"/><br>Fecha de diagnóstico: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DATOS DE DEFECACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de aparición: <input type="text"/> Alta por náuseas: <input type="checkbox"/> Alta voluntaria: <input type="checkbox"/> Defecación: <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico: <input type="text"/><br>Día: Mes: Año:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Folio de certificado de defecación: <input type="text"/> Fecha de certificación: <input type="text"/> Día: Mes: Año:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>VII. ESTUDIO DE LABORATORIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>A la vista de casa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Se tomó muestra para laboratorio: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>FASE AGUDA (0-6 días de evolución)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RT-PCR Triple x: Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FASE CONVALESCENTE (6 a 30 días) ELISA captura IgM: Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Mujeres embarazadas: (6 a 12 días) Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>(6 a 14 días) Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Referencia INGRES: MAC-ELISA: Zika + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Fecha de resultado: 30/1/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muestra rechazada: Causa: <input type="text"/> Lípica: <input type="checkbox"/> Hemolizada: <input type="checkbox"/> Muestra insuficiente: <input type="checkbox"/> Día de tránsito: <input type="text"/> Otra: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pedro e Amalia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de recepción: <input type="text"/><br>RT-PCR Tiempo Real: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MAC-ELISA: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Fecha de resultado: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muestra rechazada: Causa: <input type="text"/> Lípica: <input type="checkbox"/> Hemolizada: <input type="checkbox"/> Muestra insuficiente: <input type="checkbox"/> Día de tránsito: <input type="text"/> Otra: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pedro e Mayra</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de recepción: <input type="text"/><br>RT-PCR Tiempo Real: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MAC-ELISA: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Fecha de resultado: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muestra rechazada: Causa: <input type="text"/> Lípica: <input type="checkbox"/> Hemolizada: <input type="checkbox"/> Muestra insuficiente: <input type="checkbox"/> Día de tránsito: <input type="text"/> Otra: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Graciela, Egle y Mirella</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RT-PCR Tiempo Real: Suero: <input type="checkbox"/> LCR: <input type="checkbox"/> Biopsia: <input type="checkbox"/><br>Fecha: Toma: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MAC-ELISA: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Fecha de resultado: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muestra rechazada: Causa: <input type="text"/> Lípica: <input type="checkbox"/> Hemolizada: <input type="checkbox"/> Muestra insuficiente: <input type="checkbox"/> Día de tránsito: <input type="text"/> Otra: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pedro del Nio Occidental</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RT-PCR en Tiempo Real: Suero: <input type="checkbox"/> LCR: <input type="checkbox"/> Biopsia: <input type="checkbox"/><br>Fecha: Toma: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MAC-ELISA: Resultado: + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Fecha de resultado: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Muestra rechazada: Causa: <input type="text"/> Lípica: <input type="checkbox"/> Hemolizada: <input type="checkbox"/> Muestra insuficiente: <input type="checkbox"/> Día de tránsito: <input type="text"/> Otra: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pa batiste</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>Genotipo: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diagnóstico por RT-PCR: Fecha de toma: <input type="text"/> Fecha de resultado: <input type="text"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Dengue + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> Chik + <input type="checkbox"/> -                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

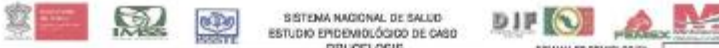
VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO VI

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE BRUCELOSIS (Hoja 1)



SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO  
BRUCELOSIS

**I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD**

UNIDAD NOTIFICANTE: \_\_\_\_\_ UNIDAD DE ATRIBUCIÓN: \_\_\_\_\_ CLAVE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ JURISDICCIÓN: \_\_\_\_\_

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NOTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ DÍA DE INICIO: \_\_\_\_\_ TERMINACIÓN DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRELIMINAR: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO FINAL: \_\_\_\_\_

**II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre de: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M ☐ F ☐ Edad: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_ Calle y No. de la casa de habitación: \_\_\_\_\_ Ciudad o localidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**III. DATOS CLÍNICOS**

Posterior al inicio de síntomas y síntomas: \_\_\_\_\_

Signos y síntomas: \_\_\_\_\_

LES TOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO: DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

**IV. LABORATORIO Y GABINETE**

| LABORIO | T | FECHA | RESULTADOS |
|---------|---|-------|------------|
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |
|         |   |       |            |

T: Tipo / PR: Preliminar / C: Confirmación / OT: Control

**V. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

PROCEDENCIA: LOCAL ☐ IMPORTADO ☐

Indique el lugar de procedencia para caso importado

Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

FECHA DE INFECCIÓN: \_\_\_\_\_

Origen de la infección: \_\_\_\_\_

Transmisión: \_\_\_\_\_

Alimento: \_\_\_\_\_

Agua: \_\_\_\_\_

Troncos: \_\_\_\_\_

Arboles: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Alimento de transmisión: \_\_\_\_\_

Personas: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_

Agua: \_\_\_\_\_

Troncos: \_\_\_\_\_

Arboles: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\* Este formulario es requisito para el registro de casos de brucelosis en el Sistema Nacional de Salud, con datos para el análisis estadístico y epidemiológico de la enfermedad.  
 \* Este formulario es requisito para el registro de casos de brucelosis en el Sistema Nacional de Salud, con datos para el análisis estadístico y epidemiológico de la enfermedad.

|                                                                   |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p align="center"><b>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA</b></p> |                                                   |                                                                                                                                     |                                     |
| <p><b>Rev. N°:</b><br/>7</p>                                      | <p><b>VIGENTE A PARTIR DE:</b><br/>2023-01-03</p> | <p><b>MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br/>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br/>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</b></p> | <p><b>CLAVE:</b><br/>MA GC 04-7</p> |

---

75/137

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO VII

### ETIQUETA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE RABIA PARA SU ENVÍO.

#### ETIQUETA DE INFORMACIÓN DE MUESTRAS PARA LA RECEPCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DE RABIA DE DIFERENTES ESPECÍMENES

|                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FECHA:</b> (toma de la muestra)<br><b>No. DE MUESTRA:</b> _____<br><b>ESPECIE:</b> _____<br><b>LOCALIDAD:</b> _____<br><b>MUNICIPIO:</b> _____<br><b>ESTADO:</b> _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

NOTA: Para muestras de humano se mandará la historia clínica y estudio epidemiológico y en caso de defunción copia del certificado.

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO VIII

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (Hoja 1)

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

ANVERSO

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |
| No. de afiliación o expediente                                                                                                                                                           | FOLIO PLATAFORMA:                                                                                                   |
| Tipo de derechohabiente                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                  | RFC:                                                                                                                |
| Apellido paterno                                                                                                                                                                         | Apellido materno                                                                                                    |
| Nombre(s)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |
| CURP:                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| II. DATOS DEL NACIMIENTO                                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| Fecha de nacimiento:                                                                                                                                                                     | Edad de nacimiento:                                                                                                 |
| DÍA / MES / AÑO                                                                                                                                                                          | Años / Meses / Días                                                                                                 |
| SEXO:                                                                                                                                                                                    | Edad:                                                                                                               |
| M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    | Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Días <input type="text"/>                                      |
| RESIDENCIA ACTUAL                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |
| DOMICILIO:                                                                                                                                                                               | Colonia:                                                                                                            |
| Calle y Num.                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |
| ENTIDAD:                                                                                                                                                                                 | JURISDICCIÓN:                                                                                                       |
| LOCALIDAD:                                                                                                                                                                               | MUNICIPIO:                                                                                                          |
| TELÉFONO:                                                                                                                                                                                | Correo electrónico:                                                                                                 |
| Entre calle:                                                                                                                                                                             | C.P.:                                                                                                               |
| ¿HABLA LENGUA INDÍGENA?:                                                                                                                                                                 | ¿ES INDÍGENA?:                                                                                                      |
| SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/>                                                                                            | SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/>                       |
| EN CASO DE MENOR DE EDAD, Nombre de Jefe de Familia:                                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| III. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE                                                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| CLUBES:                                                                                                                                                                                  | JURISDICCIÓN:                                                                                                       |
| ENTIDAD:                                                                                                                                                                                 | INSTITUCIÓN:                                                                                                        |
| MUNICIPIO:                                                                                                                                                                               | LOCALIDAD:                                                                                                          |
| NOMBRE DE LA UNIDAD:                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| SERVICIO DE INGRESO: <input type="checkbox"/> 1. Consulta externa, 2. Consulta de urgencia, 3. Obstrucción de urgencia, 4. Hospitalización                                               |                                                                                                                     |
| IV. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |
| FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                         | FECHA DE CAPTURA:                                                                                                   |
| DÍA / MES / AÑO                                                                                                                                                                          | DÍA / MES / AÑO                                                                                                     |
| V. DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |
| DX PROBABLE                                                                                                                                                                              | DX FINAL                                                                                                            |
| VI. ANTECEDENTE VACUNAL                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |
| ¿Cuenta con aplicación de vacuna ANTIRROTAVIRUS?                                                                                                                                         | FUENTE:                                                                                                             |
| 1-SI 2-No 3-De tener                                                                                                                                                                     | Cartilla <input type="checkbox"/> Comprobante <input type="checkbox"/> Cero som legal <input type="checkbox"/> Otro |
| TIPO DE VACUNA                                                                                                                                                                           | 1a dosis 2a dosis 3a dosis                                                                                          |
| ROTARIX                                                                                                                                                                                  | ROTATEQ                                                                                                             |
| DÍA / MES / AÑO                                                                                                                                                                          | DÍA / MES / AÑO                                                                                                     |
| VII. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |
| PROCEDENCIA:                                                                                                                                                                             | FECHA en que visitó                                                                                                 |
| Local (en misma entidad) <input type="checkbox"/> Importada (nacional) <input type="checkbox"/> Importada (otro país) <input type="checkbox"/>                                           | DÍA / MES / AÑO                                                                                                     |
| HABITADO LUGARES en los últimos 30 días: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                         |                                                                                                                     |
| Si es importada (otro país): País:                                                                                                                                                       | Ciudad o lugar:                                                                                                     |
| Si es importada (nacional): Entidad:                                                                                                                                                     | Municipio:                                                                                                          |
| Localidad:                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |
| OCUPACIÓN:                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |
| ENFERMEDADES ASOCIADAS: <input type="checkbox"/> 1. Diabetes Mellitus, 2. VIH/SIDA, 3. Desnutrición, 4. Enfermedades oncológicas, 5. Otras inmunosupresoras, 6. Nefrosis, 7. Iglobulinas |                                                                                                                     |
| ¿EXISTEN ENFERMOS SIMILARES EN LA LOCALIDAD?: <input type="checkbox"/>                                                                                                                   |                                                                                                                     |
| LUGAR DE TRABAJO, ESCUELA O GUARDERÍA:                                                                                                                                                   | ÚLTIMA FECHA EN LA QUE ACUDIÓ                                                                                       |
| PROBABLE FUENTE DE INFECCIÓN:                                                                                                                                                            | FECHA DE CONSUMO                                                                                                    |
| Alimentos <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Hielo <input type="checkbox"/> Otros                                                                                    |                                                                                                                     |
| TIPO DE ALIMENTOS:                                                                                                                                                                       |                                                                                                                     |
| Pescados <input type="checkbox"/> Hortalizas <input type="checkbox"/> Mariscos <input type="checkbox"/> Otros                                                                            |                                                                                                                     |
| SITIO DE CONSUMO:                                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |
| Hogar <input type="checkbox"/> Restaura <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro                                                    |                                                                                                                     |
| Nombre y domicilio del sitio de consumo:                                                                                                                                                 |                                                                                                                     |
| PROCEDENCIA DEL AGUA DE CONSUMO:                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
| Rio <input type="checkbox"/> Garrafón <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Agua estibada <input type="checkbox"/> Otro                                                 |                                                                                                                     |
| TRATAMIENTO DEL AGUA DE CONSUMO:                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
| No <input type="checkbox"/> Hierve <input type="checkbox"/> Cloro <input type="checkbox"/> Filtra <input type="checkbox"/> Otro                                                          |                                                                                                                     |
| ELIMINACIÓN DE EXCRETAS EN DOMICILIO:                                                                                                                                                    |                                                                                                                     |
| Orinal <input type="checkbox"/> Fosa séptica <input type="checkbox"/> Fecalismo a ras de suelo <input type="checkbox"/>                                                                  |                                                                                                                     |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## Continuación (Hoja 2)

REVERSO

**VII. DATOS CLÍNICOS**

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fiebre: ☐ SI ☐ No ☐ Temp.: \_\_\_\_°C NO. DE EVACUACIONES EN 24 HRS: \_\_\_\_ Dirección e inicio de diarrea: \_\_\_\_

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA DE INICIO: \_\_\_\_

CONSISTENCIA DE LAS EVACUACIONES: Sólidas ☐ Semilíquidas ☐ Líquidas ☐ ASPECTO: Agua de arroz ☐ Con sangre ☐ Otro: \_\_\_\_

PRESENCIA DE: Dolor abdominal ☐ Calambres ☐ Vómito ☐ No de vómitos en 24 hrs. \_\_\_\_ Dirección e inicio de vómito: \_\_\_\_

DESHIDRATACIÓN: SI ☐ No ☐ Choque: SI ☐ No ☐ Tipo de deshidratación: Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐

PARA <5 AÑOS: Peso \_\_\_\_kg Talla \_\_\_\_m Grado de desnutrición: Sin desnutrición ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐

TRATAMIENTO: ☐ Sin tomar ☐ Antibiótico ☐ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_ HIDRATACIÓN: Plan A ☐ Plan B ☐ Plan C ☐ No ☐

MANEJO: Ambulatorio ☐ Observación o rigurosos ☐ Hospitalizado ☐ Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**VIII. DIAGNÓSTICO POR EL LABORATORIO**

¿SE TOMÓ MUESTRA DE DOSIS HÍPOFOS RECTALES O FECALES? SI ☐ No ☐ FECHA DE TOMA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿SE TOMÓ LA MUESTRA FECAL PARA EL USQUEDA DE VIRUS? SI ☐ No ☐ FECHA DE TOMA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LABORATORIO QUE PROCESA LA MUESTRA: ☐ LOCAL ☐ LESP

FECHA DE RECEPCIÓN DE MUESTRA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CALIDAD: Adecuada ☐ Inadecuada ☐

**RESULTADOS**  
(1=Positivo / 2=Negativo)

|                                                  |                                     |                       |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Salmonella              | Serogrupo: _____                    | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Shigella                | Especie: _____                      | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Vibrio cholerae         | Serogrupo: _____ Serotipo: _____    | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Vibrio parahaemolyticus |                                     | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus               | Grupo: _____ Electroserotipo: _____ | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Escherichia coli        |                                     | Fecha: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Otro agente             | Especifique: _____                  | Fecha: ____/____/____ |

FECHA DE ENVÍO AL LESP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA DE ENVÍO AL IDRE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**UNICAMENTE A SER LLENADO POR EL IDRE**

FECHA DE RECEPCIÓN EN IDRE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|                                                                        |                       |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Serotipo: _____                                                        | Fecha: ____/____/____ |
| Serotipo: _____                                                        | Fecha: ____/____/____ |
| Toxigenicidad: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha: ____/____/____ |
| Toxigenicidad: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha: ____/____/____ |
| Geotipo: _____                                                         | Fecha: ____/____/____ |
| Patotipo: _____                                                        | Fecha: ____/____/____ |
| Otro: _____                                                            | Fecha: ____/____/____ |

**IX. ESTUDIO DE CONTACTOS**

| NOMBRE | DOMICILIO | EDAD |       | SEXO |   | CONTACTO          |                      | ¿ES CASO? |    |
|--------|-----------|------|-------|------|---|-------------------|----------------------|-----------|----|
|        |           | Años | Meses | M    | F | Inte domiciliario | Inte no domiciliario | SI        | NO |
|        |           |      |       |      |   |                   |                      |           |    |
|        |           |      |       |      |   |                   |                      |           |    |
|        |           |      |       |      |   |                   |                      |           |    |
|        |           |      |       |      |   |                   |                      |           |    |
|        |           |      |       |      |   |                   |                      |           |    |

**X. INTERVENCIÓN**

FECHA DE INICIO DE INTERVENCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIPO DE INTERVENCIÓN: \_\_\_\_\_

**XI. EVOLUCIÓN**

ESTABLE ☐ MEJORÍA ☐ GRAVE ☐ DEFUNCIÓN ☐ FECHA DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE QUIEN LLENÓ EL FORMATO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZÓ



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

**MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS**

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO IX

### FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE RABIA (HUMANA)

#### Formato único para el envío de muestras

|                                                                                                                                                           |                                                                                           |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <br><small>SECRETARÍA DE SALUD<br/>GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO</small> | <b>INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA<br/>EPIDEMIOLÓGICOS<br/>LABORATORIO DE RABIA</b> | clave/revisión<br>LRAB-R-01/0 |
|                                                                                                                                                           |                                                                                           | emisión:<br>24/Enero/2012     |
|                                                                                                                                                           | Formato Único para el Envío de Muestras Biológicas de Rabia                               | Página 93 de 96               |

|                                            |                                    |                     |
|--------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE MENSajería: _____ |                                    | NUM. DE GUIA: _____ |
| FECHA DE ENVÍO: ____/____/____             | FECHA DE RECEPCIÓN: ____/____/____ |                     |
| INSTITUCIÓN: _____                         |                                    |                     |
| CALLE: _____                               | COLONIA: _____                     |                     |
| MUNICIPIO: _____                           | ESTADO: _____                      | C.P. _____          |
| TEL: _____                                 | FAX: (indispensable) _____         | E-mail: _____       |
| MÉDICO SOLICITANTE: _____                  |                                    |                     |
| ESTUDIO SOLICITADO: _____                  | Clave: _____ Descripción: _____    |                     |

**INFORMACION DE LA MUESTRA**

NOMBRE (HUMANOS) O ESPECIE (ANIMALES): \_\_\_\_\_

NO. DE CASO O CLAVE: \_\_\_\_\_

JURISDICCIÓN SANITARIA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_ MESES \_\_\_\_ DÍAS      SEXO: ☐ M ☐ F

HOSPITALIZACIÓN: ☐ SI ☐ NO      SITUACIÓN DEL PACIENTE: ☐ VIVO ☐ MUERTO

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☐ DIAGNÓSTICO ☐ REFERENCIA ☐ ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

TIPO DE MUESTRA: ☐ PLASMA ☐ SUERO ☐ LOR ☐ SALIVA ☐ HISOPO SUBLINGUAL ☐ BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO  
☐ IMPRONTA DE CORNEA ☐ TEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO)

FECHA DE TOMA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DE ALGUN ANIMAL? ☐ SI ☐ NO

MENCIONE LA ESPECIE: \_\_\_\_\_

SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PERSONAS QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL ANIMAL: \_\_\_\_\_

EDAD DEL ANIMAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CAUSA DE LA MUERTE: \_\_\_\_\_

VACUNA ANTIRRABICA: ☐ SI ☐ NO ☐ SE IGNORA      FECHA DE ÚLTIMA DOSIS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS: ☐ AGRESIVIDAD ☐ FOTOFOBIA ☐ AEROFOBIA ☐ HIDROFOBIA ☐ SALIVACIÓN PROFUSA ☐ INCOORDINACIÓN

☐ PARÁLISIS ☐ CAMBIOS DE CONDUCTA ☐ ALUCINACIONES ☐ HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL ☐ COMA

RESULTADOS DE ORIGEN: ☐ NEGATIVO ☐ POSITIVO+ ☐ POSITIVO++ ☐ POSITIVO+++ ☐ POSITIVO++++      VARIANTE ANTIGENICA: \_\_\_\_\_

FECHA DEL RESULTADO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOTAS ADICIONALES Y OBSERVACION: \_\_\_\_\_

## LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

### ANEXO X

### FORMATO PARA LA SOLICITUD EXTERNA DE MUESTRAS DE RABIA ANIMAL

| SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN<br>LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA<br>F VA 006 FORMATO PARA LA SOLICITUD EXTERNA DE MUESTRAS DE RABIA<br><small>Privada de Canadá No. 94, Fraccionamiento Las Américas C. P. 58270, Tel. (443) 3244165</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                  |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| <b>Datos del Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                  |               |
| Nombre: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |               |
| Departamento: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |                  |               |
| Institución: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                  |               |
| Domicilio: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                  |               |
| Municipio: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | Localidad: _____ | Estado: _____ |
| Código postal: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                  |               |
| Teléfono: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                  |               |
| Fax: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                  |               |
| e-mail: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                  |               |
| Uso de la muestra: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                  |               |
| <b>Relación de Muestras Requeridas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |                  |               |
| No. de muestra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tipo de muestra | Especimen        | Diagnóstico   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                  |               |
| <b>Detalles de recepción y/o traslado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                  |               |
| El solicitante y/o receptor del material biológico declara que posee conocimiento de que el material que recibe es biopeligroso, que cuenta con los conocimientos científicos y los recursos técnicos para el manejo seguro y resguardo de los agentes biológicos mencionados anteriormente. Se compromete a cumplir con las normas nacionales en materia de disposición de residuos biológicos. Acepta que el material biológico que recibe no podrá ser donado, transferido o vendido a terceras personas bajo ninguna circunstancia a fin de minimizar el riesgo para la salud y para el medio ambiente. |                 |                  |               |
| Favor de entregar este formato a:<br>Laboratorio Estatal de Salud Pública<br>Privada de Canadá # 94, Fraccionamiento Las Américas<br>Morelia, Michoacán, CP 58270<br>Tel. (443) 3244165<br>Fax: (443) 3144353 y (443) 3144906<br>e-mail: virologialesp@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                  |               |
| NOTA: Una vez que la muestra ha salido del Laboratorio Estatal de Salud Pública es responsabilidad del solicitante el manejo de la misma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                  |               |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO XI

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TUBERCULOSIS (Hoja 1)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Afiliación</b> <input type="text" value="63987712611F770"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | <b>Folio</b> <input type="text" value=""/>                                                                                       |                                                                                                                                  |
| <b>NOMBRE:</b> <input type="text" value="A paterno"/> <input type="text" value="A materno"/> <input type="text" value="Nombre (d)"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  | <b>CURP:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                       |                                                                                                                                  |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> <input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | <b>ESTADO:</b> <input type="text" value="(de nacimiento)"/>                                                                      |                                                                                                                                  |
| <b>MUNICIPIO:</b> <input type="text" value="(de nacimiento)"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | <b>EDAD:</b> <input type="text" value="Años"/> <input type="text" value="Meses"/> <input type="text" value="Días"/>              |                                                                                                                                  |
| <b>OCCUPACIÓN:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                  | <b>SEXO:</b> <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F                                                                     |                                                                                                                                  |
| <b>ES COLARIDAD:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                  | <b>RESIDENCIA ACTUAL</b> <input type="text" value="(Actual a último año aprobado)"/>                                             |                                                                                                                                  |
| <b>Calles:</b> <input type="text" value="Número"/> <input type="text" value="Colonia"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  | <b>Estado:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                     |                                                                                                                                  |
| <b>Municipio:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  | <b>Jurisdicción Sanitaria:</b> <input type="text" value=""/>                                                                     |                                                                                                                                  |
| <b>TIPO DE MUNICIPIO:</b> Municipio prioritario TB <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  | <b>Municipio población indígena:</b> <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                                                                                                  |
| <b>Municipio de alta marginación:</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                  | <b>Municipio muy alta migración:</b> <input type="checkbox"/>                                                                    |                                                                                                                                  |
| <b>Municipio migración:</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  | <b>Municipio arranque pareja en la vida:</b> <input type="checkbox"/>                                                            |                                                                                                                                  |
| <b>TIPO DE RADICAR EN DOMICILIO ACTUAL:</b> <input type="checkbox"/> Menos de 1 año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> De 1 a 5 años                                                                                           |                                                                                                                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Más de 5 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Clave de la Unidad:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  | <b>Estado:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                     |                                                                                                                                  |
| <b>Jurisdicción Sanitaria:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                  | <b>Municipio:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Localidad:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Institución:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                  | <b>Nombre (Hospital, Clínica, Centro de Salud, Otros):</b> <input type="text" value=""/>                                         |                                                                                                                                  |
| <b>Nombre del Médico Notificante:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                  | <b>Unidad de Adscripción:</b> <input type="text" value=""/>                                                                      |                                                                                                                                  |
| <b>Fecha de inicio de signos y síntomas:</b> <input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Signos y síntomas:</b> <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>Método de diagnóstico:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| 1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología, 4 = Clínico, 5 = Radiológico.<br>6 = Epidemiológico, 7 = Clínico Epidemiológico, 8 = Otros, 9 = Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| <b>ESTUDIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>RESULTADOS</b>                                                                                                                | <b>Fecha de solicitud</b><br>Da / Mes / Año                                                                                      | <b>Fecha de resultado</b><br>Da / Mes / Año                                                                                      |
| <input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/><br><input type="text" value=""/> |
| 1 = Baciloscopia, 2 = Cultivo, 3 = Histopatología,<br>4 = Rx de tórax, 5 = TAC de cráneo, 6 = PCR,<br>7 = Oatquímico de LCR, 8 = Otros,<br>Especifique <input type="text" value=""/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |
| Resultado de baciloscopia: 1 = BK + (una cruz), 2 = BK ++ (dos cruces), 3 = BK +++ (tres cruces),<br>4 = BK - (Negativo), 5 = Positivo, 6 = No se realizó, 7 = Muestra inadecuada, 8 = De 1 a 9 bacilos, 9 = Ignorado.<br>Resultado de cultivo y PCR: 1 = Positivo, 2 = Negativo, 9 = Ignorado.<br>Resultado para Rx de Tórax, TAC de cráneo, Histopatología y Citoquímico de LCR: 1 = Con datos<br>sugestivos de TB, 2 = Sin datos sugestivos de TB, 9 = Ignorado.<br>Resultado de otro: 1 = Positivo, 2 = Sugestivo, 3 = Negativo. |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |                                                                                                                                  |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## Continuación (Hoja 2)

| <b>Tipo de paciente:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = Caso nuevo,<br><input type="checkbox"/> 2 = Reingreso,<br><input type="checkbox"/> 3 = Recaida,<br><input type="checkbox"/> 4 = Fraudo,<br><input type="checkbox"/> 5 = Otro,<br><input type="checkbox"/> 9 = Ignorado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Documento de referencia de caso:</b><br><input type="checkbox"/> Tarjeta bircional<br><input type="checkbox"/> Hoja de referencia<br><input type="checkbox"/> Otro documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Indicar el país de origen:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = E.U.A.,<br><input type="checkbox"/> 2 = Guatemala,<br><input type="checkbox"/> 3 = Belice,<br><input type="checkbox"/> 4 = Otro                                                                                                                                                                       | <b>Padece tuberculosis anteriormente:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No,<br><input type="checkbox"/> 9 = Ignorado.<br>En caso afirmativo indique el año de diagnóstico: Año <input type="text"/> | <b>Localización de la enfermedad mixta:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = Pulmonar, 2 = Meningea, 3 = Intestinal, peritoneo, 4 = Ósea, 5 = Renal, 6 = Genitourinario, 7 = Piel, 8 = Ojo, 9 = Oído, 10 = Glándula Tiroides, 11 = Glándula Suprarrenal, 12 = Ganglionar, 13 = Miliar, 14 = Pleural, 15 = Otras, 16 = SNC, 98 = Micta |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|--------------|-----|-------------------|-----|----------|--|-------------------|--|---|---|----|----|----------|----|----|----|----|----|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Lugar de detección:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = Consulta Externa,<br><input type="checkbox"/> 2 = Pesquisa, 3 = Examen de contactos, 4 = Hospitalización, 5 = Reclusorio, 6 = Búsqueda activa, 9 = Ignorado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Búsqueda activa:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = Casa-casa, 2 = Laboratorio móvil, 3 = Reclusorio, 4 = Asilo, 5 = Escuela, 9 = Otro. Si seleccionó otro en búsqueda activa, Especifique: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Sí fue Reclusorio:</b><br>Fecha de ingreso al Reclusorio: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Fecha de notificación: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Fecha de inicio de estudio: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Fecha de término de estudio: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Fecha de diagnóstico: Día / Mes / Año <input type="text"/> | Nombre del Reclusorio: <input type="text"/>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Enfermedades asociadas:</b><br><input type="checkbox"/> 1 = VIH/SIDA, 2 = Alcoholismo,<br><input type="checkbox"/> 3 = Diabetes, 4 = Desnutrición,<br><input type="checkbox"/> 5 = Círculos hepáticos, 6 = Neoplasias,<br><input type="checkbox"/> 7 = Insuficiencia Cardíaca, 8 = EPOC,<br><input type="checkbox"/> 9 = Edema Agudo Pulmonar,<br><input type="checkbox"/> 11 = Micta, 98 = Otras, Especifique: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> 97 = Ninguna, 99 = Ignorado (Puede seleccionar más de una opción)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ENFERMEDAD</th> <th rowspan="2">AÑO DE DIAG.</th> <th rowspan="2">EN TRAT.</th> <th rowspan="2">¿SE OFERTÓ LA PRUEBA?</th> <th colspan="3">FECHA DE RESULTADO</th> <th rowspan="2">RESULTADO **</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>VIH/SIDA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DIABETES</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DESNUTRICIÓN</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALCOHOLISMO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DROGAS I.V.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OTRA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AÑO DE DIAG.                                                                                                                                                                                                  | EN TRAT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ¿SE OFERTÓ LA PRUEBA? | FECHA DE RESULTADO                             |                       |                    | RESULTADO ** | DÍA | MES               | AÑO | VIH/SIDA |  |                   |  |   |   |    |    | DIABETES |    |    |    |    |    |  |  | DESNUTRICIÓN |  |  |  |  |  |  |  | ALCOHOLISMO |  |  |  |  |  |  |  | DROGAS I.V. |  |  |  |  |  |  |  | OTRA |  |  |  |  |  |  |  | * 1 = Sí, 2 = No<br>** 1 = Positivo, 2 = Negativo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ENFERMEDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AÑO DE DIAG.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | EN TRAT.                                       | ¿SE OFERTÓ LA PRUEBA? | FECHA DE RESULTADO |              |     | RESULTADO **      |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | MES                                                                                                                                                                                                           | AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIABETES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESNUTRICIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALCOHOLISMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DROGAS I.V.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tuvo contacto con alguna persona que padezca o padezca tuberculosis: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado<br>En caso afirmativo, indicar el lugar: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tiene cicatriz de BCG?: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Fecha de vacunación con BCG: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Le aplicaron PPD?: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Resultado: <input type="checkbox"/> 1 = Reactor, 2 = No reactor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inició tratamiento: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Fecha de inicio de tratamiento: Día / Mes / Año <input type="text"/><br>Esquema de tratamiento: <input type="checkbox"/> 1 = Primario acortado, 2 = Retratamiento primario, 3 = Retratamiento estandarizado, 4 = Retratamiento individualizado, 5 = Otro<br>Especifique: <input type="text"/> , 9 = Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número de contactos declarados: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE</th> <th colspan="2">SEXO*</th> <th rowspan="2">EDAD**</th> <th colspan="4">EXAMINADO***</th> <th colspan="2">CASO</th> <th colspan="2">QUIMIOPROFILAXIS†</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>F</th> <th>SI</th> <th>SI</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRE                | SEXO*                                          |                       | EDAD**             | EXAMINADO*** |     |                   |     | CASO     |  | QUIMIOPROFILAXIS† |  | M | F | SI | SI | SI       | NO | SI | NO | SI | NO |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SEXO*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | EDAD**                                                                                                                                                                                                        | EXAMINADO***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                |                       |                    | CASO         |     | QUIMIOPROFILAXIS† |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                               | SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI                    | SI                                             | NO                    | SI                 | NO           | SI  | NO                |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * 1 = Masculino, 2 = Femenino<br>** En caso de que el paciente sea menor de un año registrar en edad: 00 y para los pacientes menores de 10 años registrar un cero antes de la edad, ejemplo: si el paciente tiene nueve años registrar 09.<br>*** 1 = PPD, 2 = BAAR, 3 = Cultivo, 4 = Radiografía, 5 = Clínico, 6 = Cicatriz de BCG.<br>† De acuerdo a la Modificación de la NOM-006-SSA2-1993, Para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Nota:</b> Este apartado no es obligatorio para todos los casos; sólo se llenará cuando se sospeche farmacoresistencia al momento del diagnóstico.<br>Se realizó estudio de susceptibilidad antimicrobiana: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. Si la respuesta es sí, indicar el resultado en cada uno de los fármacos:<br>Isoniacida: <input type="checkbox"/> Rifampicina: <input type="checkbox"/> Pirazinamida: <input type="checkbox"/> Estreptomicina: <input type="checkbox"/> Etambutol: <input type="checkbox"/><br>Opciones de resultado para cada uno de los fármacos: 1 = Sensible, 2 = Resistente, 3 = No realizado, 9 = Se ignora<br>Otros fármacos: <input type="checkbox"/> 1 = Protionamida, 2 = Kanamicina, 3 = Amikacina, 4 = Capreomicina, 5 = Ofloxacina, 6 = Ciprofloxacina, 7 = Etionamida.<br>Fue analizado por el Comité Estatal de Farmacoresistencia: <input type="checkbox"/> 1 = Sí, 2 = No, 9 = Ignorado. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                                |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FIRMA DEL MEDICO NOTIFICANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | NOMBRE Y FIRMA DEL EPIDEMIOLOGO JURISDICCIONAL |                       |                    |              |     |                   |     |          |  |                   |  |   |   |    |    |          |    |    |    |    |    |  |  |              |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO XII

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIRUELA SÍMICA (Parte 1)

| ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE VIRUELA SÍMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               | FOLIO:                                                                                                                                                                   |                                                        |
| NOMBRE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| FECHA DE NACIMIENTO:<br>DÍA: ____ MES: ____ AÑO: ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               | EDAD: AÑOS: ____ MESES: ____                                                                                                                                             | SEXO ASIGNADO AL NACER:<br>MASCULINO FEMENINO INTERSEX |
| GÉNERO:<br>HOMBRE MUJER TRANSGÉNERO BIGÉNERO NO BINARIO OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ORIENTACIÓN SEXUAL:<br>HETEROSEXUAL GAY HOMBRE QUE TIENEN SEXO CON HOMBRÉS LESBIANA BISEXUAL OTRO DESCONOCIDO |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| ESTADO DE NACIMIENTO: _____ MUNICIPIO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               | CURP: _____                                                                                                                                                              |                                                        |
| RESIDENCIA ACTUAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| CALLE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NÚMERO EXTERIOR: _____ NÚMERO INTERIOR: _____                                                                 |                                                                                                                                                                          | COLONIA: _____                                         |
| ESTADO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | JURISDICCIÓN: _____                                                                                           | MUNICIPIO: _____                                                                                                                                                         |                                                        |
| LOCALIDAD: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               | C.P.: _____                                                                                                                                                              |                                                        |
| ENTRE CALLE: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               | Y CALLE: _____                                                                                                                                                           |                                                        |
| TELÉFONO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| ¿SE RECONOCE COMO INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               | ¿HABLA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCE                                                       |                                                        |
| ¿CUAL?: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| OCUPACIÓN: _____ DIRECCIÓN LABORAL: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| Es migrante: <input type="checkbox"/> 1= SI <input type="checkbox"/> 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 territorio mexicano: ____/____/____                                                                                                                  |                                                        |
| <b>II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| NOMBRE DE LA UNIDAD: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               | ESTADO: _____                                                                                                                                                            | JURISDICCIÓN: _____                                    |
| CLAVE DE LA UNIDAD: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               | MUNICIPIO: _____                                                                                                                                                         | LOCALIDAD: _____                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                               | INSTITUCIÓN: _____                                                                                                                                                       | DELEGACIÓN: _____                                      |
| PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD:<br>NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN:<br>NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               | NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA:<br>FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:                                                                                |                                                        |
| <b>III. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| Ha salido de su lugar de residencia en las últimas tres semanas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>En caso de respuesta afirmativa, especifique a dónde:</i>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| LUGARES VISITADOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| País: _____ Estado/Provincia: _____ Ciudad/Municipio: _____ Localidad: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               | Tiempo de estancia: _____                                                                                                                                                |                                                        |
| Fecha de entrada: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| País: _____ Estado/Provincia: _____ Ciudad/Municipio: _____ Localidad: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                               | Tiempo de estancia: _____                                                                                                                                                |                                                        |
| Fecha de entrada: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| Procedencia: De la Jurisdicción: <input type="checkbox"/> Otra jurisdicción dentro del estado: <input type="checkbox"/> De otro estado: <input type="checkbox"/> De otro País: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                        |
| ¿ESTUVO EN CONTACTO CON ALGUNA PERSONA CON LOS MISMOS SÍNTOMAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE IGNORA                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               | ¿ESTUVO EN CONTACTO CON UN CASO DE VIRUELA SÍMICA CONFIRMADO POR LABORATORIO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE IGNORA |                                                        |
| ¿CUAL ES EL ENTORNO DONDE OCURRIÓ LA EXPOSICIÓN AL CASO DE INFECCIÓN MÁS PROBABLE?<br><input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> FIESTA <input type="checkbox"/> BAR <input type="checkbox"/> EVENTO MASIVO SIN CONTACTO SEXUAL <input type="checkbox"/> EVENTO MASIVO CON CONTACTO SEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO |                                                                                                               | ESCRIBA, SI CONOCE EL No. DE FOLIO DEL CASO CONFIRMADO: _____                                                                                                            |                                                        |
| ESPECIFIQUE LUGAR: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               | ESPECIFIQUE FECHA: _____                                                                                                                                                 |                                                        |
| CONTACTO CON ANIMALES: <input type="checkbox"/> MASCOTAS DOMÉSTICAS <input type="checkbox"/> ROEDORES MASCOTAS <input type="checkbox"/> ROEDORES SALVAJES <input type="checkbox"/> ANIMALES SALVAJES <input type="checkbox"/> OTRO                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                               | ESPECIFIQUE: _____                                                                                                                                                       |                                                        |

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIRUELA SÍMICA (Parte 2)

### IV. MECANISMO DE TRANSMISIÓN

INDIQUE EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN QUE PROBABLEMENTE ESTÉ INVOLUCRADO:

☐ ANIMAL ☐ EN LOS SERVICIOS DE SALUD ☐ OCUPACIONAL EN LABORATORIO ☐ MADRE A HIJO ☐ CONTACTO CON FOMITE ☐ SEXUAL ☐ TRANSFUSIONAL  
☐ PERSONA A PERSONA (EXCEPTO LAS OPCIONES ANTERIORES) ☐ OTRO ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_ ☐ DESCONOCIDA

### V. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: DÍA MES AÑO  
FECHA DE INICIO DEL EXANTEMA: DÍA MES AÑO  
TIPO DE EXANTEMA: ☐ Mácula ☐ Pápula ☐ Vesícula ☐ Pústula ☐ Costra  
LOCALIZACIÓN DEL EXANTEMA: ☐ Cabeza ☐ Cara ☐ Cuello ☐ Torax ☐ Miemb. Sup. ☐ Miemb. Inf.  
DISTRIBUCIÓN DEL EXANTEMA: ☐ 1.-CÉFALOCAUDAL 2.-CENTRÍFUGA 3.-CENTRÍPETA 4.-SIMULTÁNEA 5.-OTRA 6.-NO ESPECIFICADO ☐ Mucosa oral ☐ Genitales ☐ Abdomen ☐ Espalda ☐ Reg. Perianal ☐ Plantas ☐ Palmas  
COMORBILIDADES:  
D. MELLITUS ☐ NEOPLASIA ☐ HEPATITIS C ☐ GONORREA ☐  
INF. CLAMIDIA ☐ HERPES GEN. ☐ SÍFILIS ☐ VERRUGAS GEN. ☐  
MICOPLASMA GEN. ☐ TRICOMONIASIS ☐ LINFOGRANULOMA V. ☐  
VIH ☐ Conteo de CD4: \_\_\_\_\_ ☐ NINGUNA ☐  
OTRAS 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
EMBARAZO ☐ 1-SI, 2-NO SEMANAS DE GESTACIÓN ☐  
PUERPERIO ☐ 1-SI, 2-NO  
FIEBRE: ☐ 1-SI, 2-NO CUANTIFICACIÓN: ☐ °C  
CEFALEA: ☐ 1-SI, 2-NO  
MIALGIAS: ☐ 1-SI, 2-NO  
LINFADENOPATIAS:  
☐ AXILAR ☐ CERVICAL ☐ INGUINAL ☐ OTROS  
ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INICIO: DÍA MES AÑO  
ARTRALGIAS: ☐ 1-SI, 2-NO  
LUMBALGIA: ☐ 1-SI, 2-NO  
ASTENIA: ☐ 1-SI, 2-NO  
ODINOFAGIA: ☐ 1-SI, 2-NO  
ESCALOFRIOS: ☐ 1-SI, 2-NO  
DIAFORESIS: ☐ 1-SI, 2-NO  
CONJUNTIVITIS: ☐ 1-SI, 2-NO  
NÁUSEA: ☐ 1-SI, 2-NO  
VÓMITO: ☐ 1-SI, 2-NO  
TOS: ☐ 1-SI, 2-NO  
ULCERAS ☐  
SANGRANTES: ☐ 1-SI, 2-NO  
DOLOROSAS: ☐ 1-SI, 2-NO  
OTROS DATOS CLÍNICOS: \_\_\_\_\_

### VI. MUESTRAS DE LABORATORIO

#### VIRUELA SÍMICA

TIPO DE MUESTRA: \_\_\_\_\_  
FECHA DE TOMA: DÍA MES AÑO  
FECHA DE ENVÍO AL LESP: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RECEPCIÓN AL LESPILAVE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE ENVÍO AL INDRE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RECEPCIÓN EN EL INDRE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RESULTADOS: DÍA MES AÑO  
RESULTADO: \_\_\_\_\_  
CLADO: \_\_\_\_\_  
Calidad de la muestra: ☐ Adecuada ☐ Rechazada Motivo: \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECHAZO AL LESPILAVE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RECHAZO EN INDRE: DÍA MES AÑO  
Técnica: ☐ PCR punto final ☐ PCR punto final-secuenciación  
EXUDADO FARINGEO: DÍA MES AÑO  
Calidad de la muestra: ☐ Adecuada ☐ Rechazada Motivo: \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECHAZO AL LESPILAVE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RECHAZO EN INDRE: DÍA MES AÑO  
Técnica: ☐ PCR punto final ☐ PCR punto final-secuenciación  
Otro tipo de muestras en casos graves o defunciones: DÍA MES AÑO  
1. LÍQUIDO CEFALO RAQUÍDEO: DÍA MES AÑO  
Calidad de la muestra: ☐ Adecuada ☐ Rechazada Motivo: \_\_\_\_\_  
FECHA DE RECHAZO AL LESPILAVE: DÍA MES AÑO  
FECHA DE RECHAZO EN INDRE: DÍA MES AÑO  
Técnica: ☐ PCR punto final ☐ PCR punto final-secuenciación  
2. Biopsia (especificar): \_\_\_\_\_  
Tipo de biopsia: \_\_\_\_\_

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE VIRUELA SÍMICA (Parte 3)

### VII. ESTADO DE SALUD AL MOMENTO DE LA NOTIFICACIÓN

¿FUE HOSPITALIZADO? ☐ 1-SI, 2-NO      FECHA:  DÍA  MES  AÑO       ¿REQUIRIÓ CUIDADOS INTENSIVOS? ☐ 1-SI, 2-NO      ¿RECIBIÓ TRATAMIENTO? ☐ 1-SI, 2-NO

INICIO DE TRATAMIENTO:  DÍA  MES  AÑO       TIPO DE TRATAMIENTO: ☐ ANTIBIÓTICO ☐ ANTIVIRAL ☐ ANTIFÚNGICO ☐ OTRO OTRO/ESPECIFIQUE:

SITUACIÓN ACTUAL: AMBULATORIO ☐ HOSPITALIZADO: ☐ ALTA: ☐ FECHA DEL ALTA:  DÍA  MES  AÑO       DEFUNCIÓN: ☐ FECHA DE DEFUNCIÓN:  DÍA  MES  AÑO

### VIII. ESTUDIO DE CONTACTOS

NÚMERO DE CONTACTOS DECLARADOS:       Parentesco: 1. Mamá, 2. Papá, 3. Hermano(a), 4. Hijo(a), 5. Esposo(a), 6. Amigo(a), 7. Conocido(a), 8. Compañero(a) de Trabajo, 9. Otro y 10. Ninguna.

| No. | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE(S) | EDAD |       | SEXO | PARENTESCO | CONTACTO ESTUDIADO |    | CASO PROBABLE DE VIRUELA SÍMICA |    | TOMA DE MUESTRA |    | DATOS DE LOCALIZACIÓN |
|-----|-----------------|------------------|-----------|------|-------|------|------------|--------------------|----|---------------------------------|----|-----------------|----|-----------------------|
|     |                 |                  |           | AÑOS | MESES |      |            | SI                 | NO | SI                              | NO | SI              | NO |                       |
| 1   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 2   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 3   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 4   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 5   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 6   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 7   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 8   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 9   |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |
| 10  |                 |                  |           |      |       |      |            |                    |    |                                 |    |                 |    |                       |

### IX. CLASIFICACIÓN

PROBABLE  DÍA  MES  AÑO       DIAGNÓSTICO FINAL VIRUELA SÍMICA: CASO PROBABLE ☐

CONFIRMADO  DÍA  MES  AÑO       CONFIRMADO POR LABORATORIO ☐

POR LABORATORIO:  DÍA  MES  AÑO       CONFIRMADO ASOCIACION CLINICA EPIDEMIOLOGICA ☐

CONFIRMADO POR ASOCIACIÓN  DÍA  MES  AÑO       DESCARTADO ☐

CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA:  DÍA  MES  AÑO       OTRO DIAGNÓSTICO (ESPECIFIQUE):

DESCARTADO:  DÍA  MES  AÑO

### X. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

### XI. ELABORACIÓN

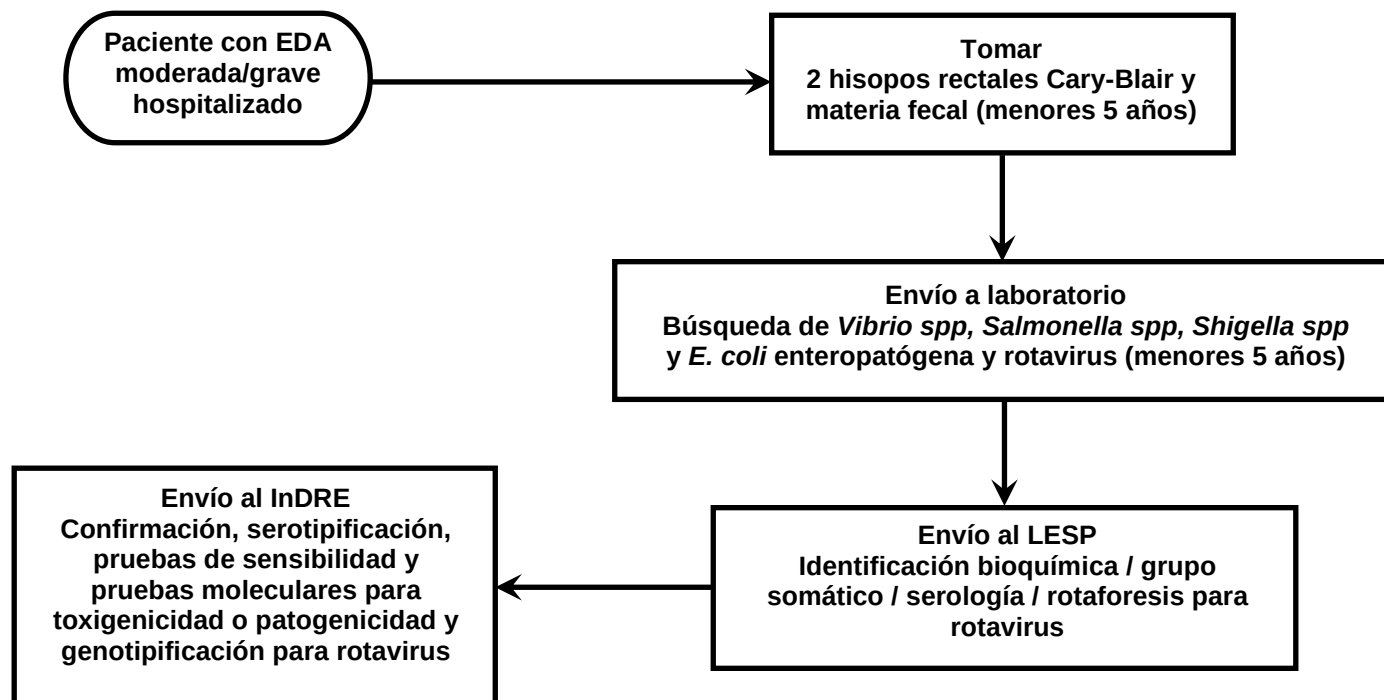
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE VALIDÓ:  CARGO:  TELÉFONO:

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### ANEXO XIII

#### ALGORITMO PARA LA TOMA DE MUESTRAS SEGÚN LA EDAD DEL CASO EN ESTUDIO (EDA)



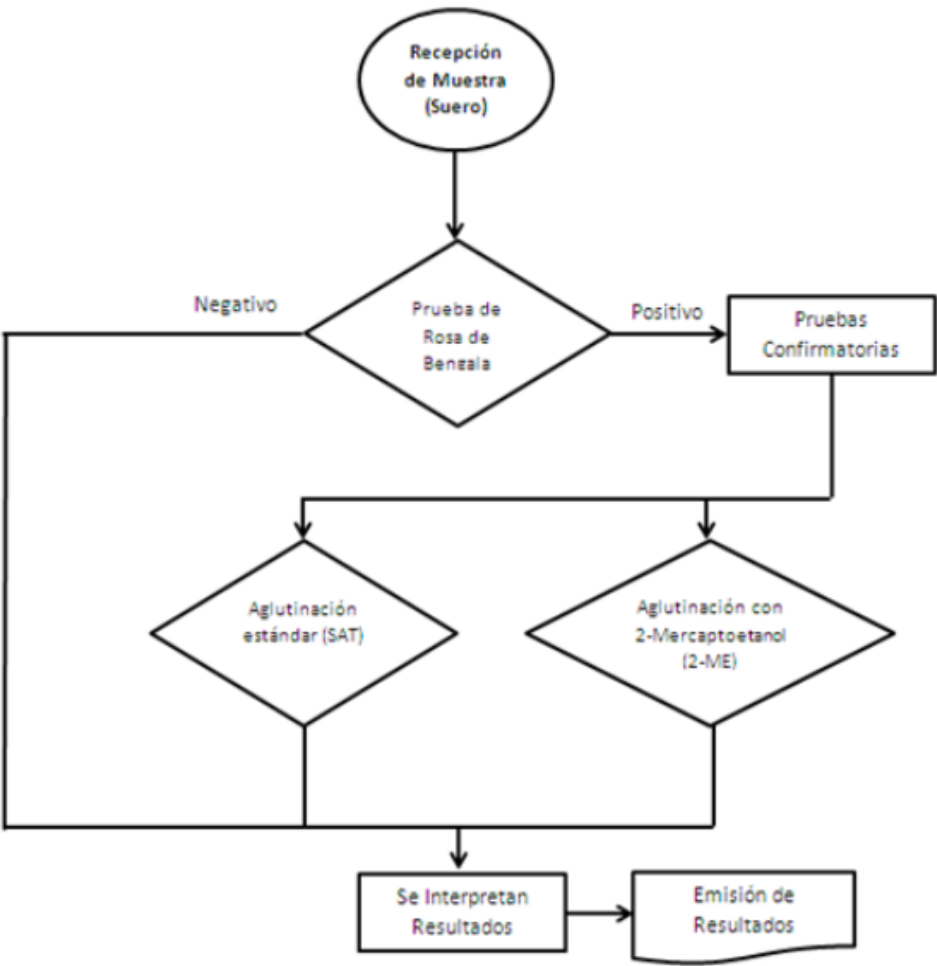
#### NOTAS:

En caso de Patotipificación de *Escherichia coli*, se realiza en el InDRE, se hará solo si es brote y en menores de 5 años.



ANEXO XIV

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE BRUCELOSIS HUMANA

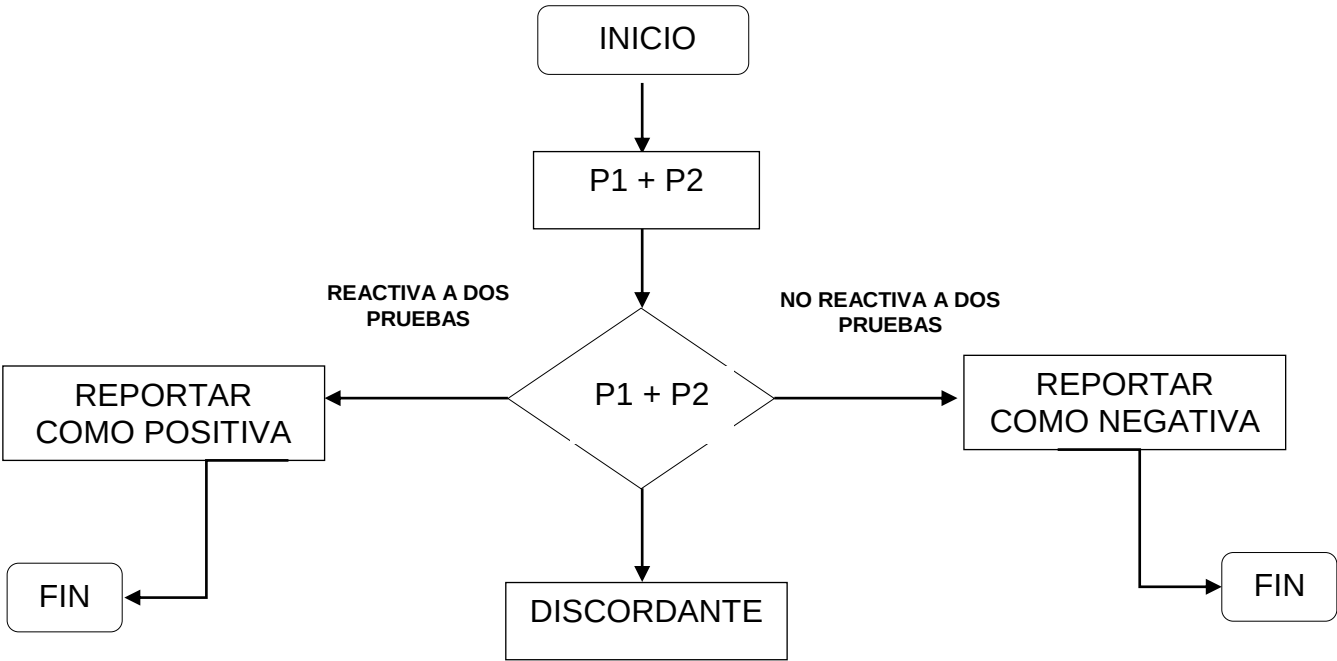


| INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS |                             |                                          |                |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|----------------|
| ROSA DE BENGALA (RB)         | AGLUTINACIÓN ESTANDAR (SAT) | AGLUTINACIÓN CON 2-MERCAPTOETANOL (2-ME) | INTERPRETACIÓN |
| NEGATIVO (NEG)               | NEGATIVO (NEG)              | NEGATIVO (NEG)                           | NEGATIVO       |
| POSITIVO (POS)               | NEGATIVO (NEG)              | NEGATIVO (NEG)                           | INDETERMINADO  |
|                              | < 1:80                      | NEGATIVO (NEG)                           |                |
|                              | ≥ 1:80                      | NEGATIVO (NEG)                           |                |
|                              | ≥ 1:80                      | ≥ 1:20                                   | POSITIVO       |
|                              | ≥ 1:20                      | ≥ 1:20                                   |                |

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XV

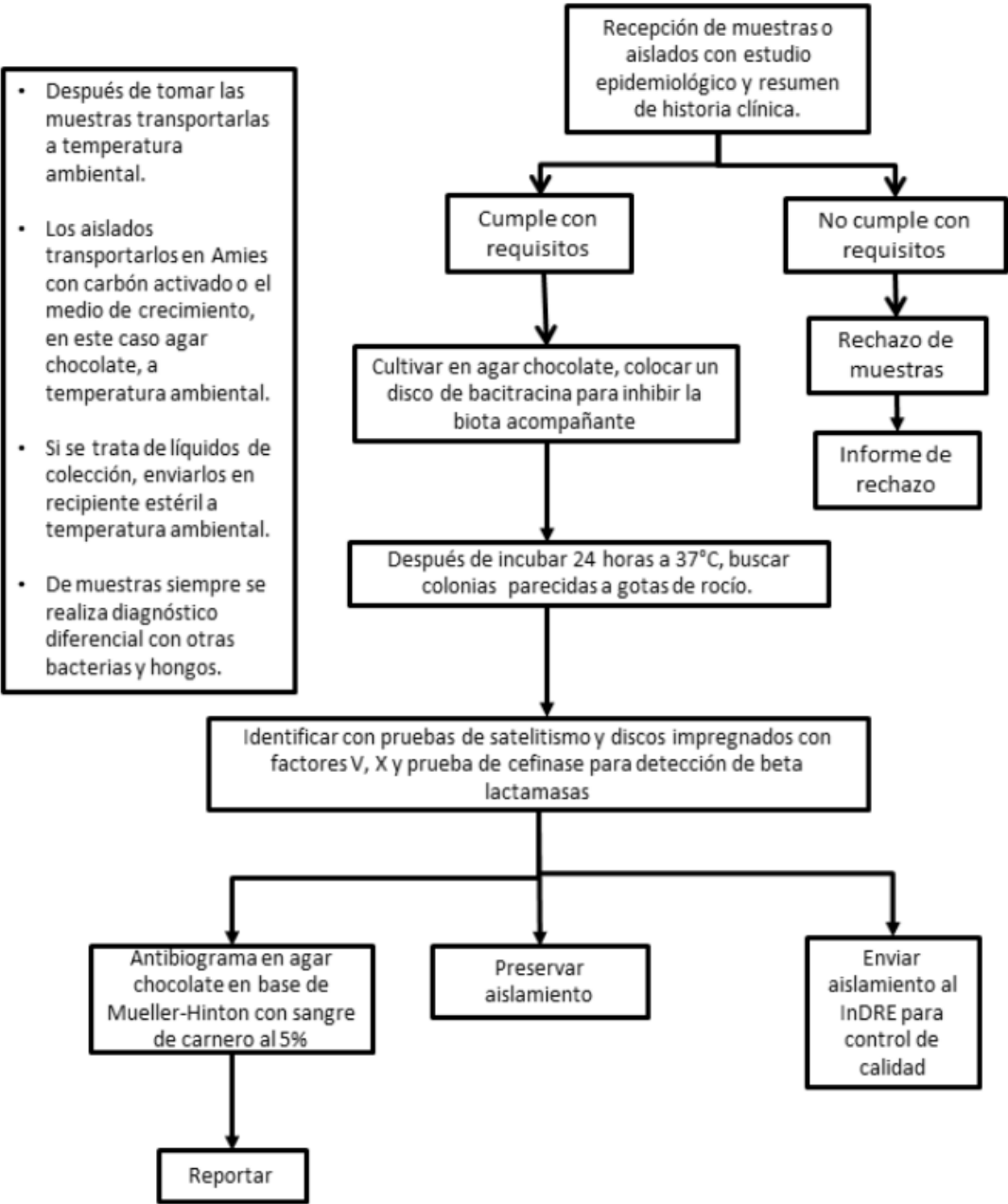
ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XVI

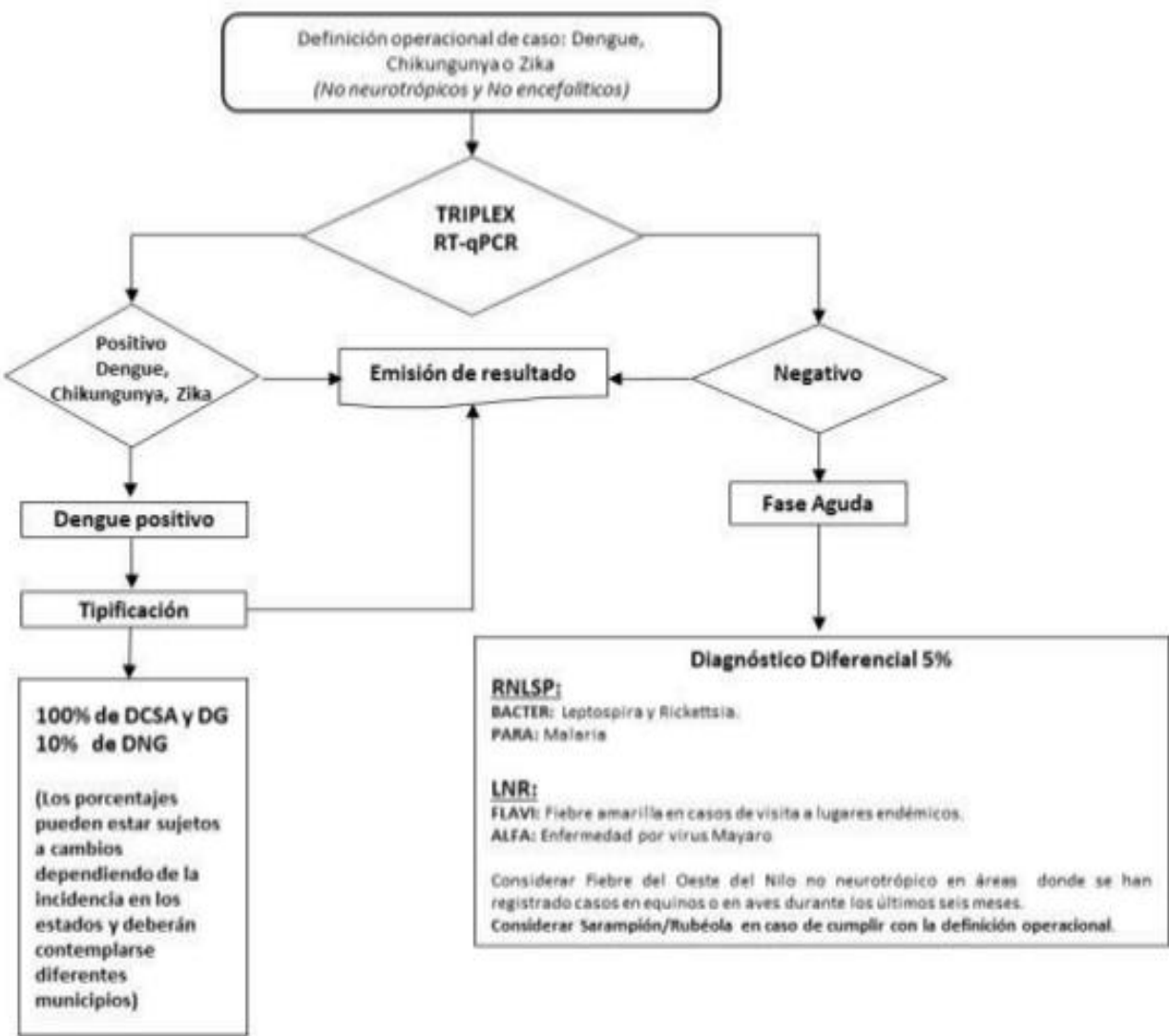
ALGORITMO DE AISLAMIENTO, IDENTIFICACIÓN Y SEROTIPIFICACIÓN DE *Haemophilus influenzae* Y OTRAS



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XVII

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO EN FASE AGUDA (0-5 DÍAS DE EVOLUCIÓN) POR RT-PCR EN TIEMPO REAL PARA DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA

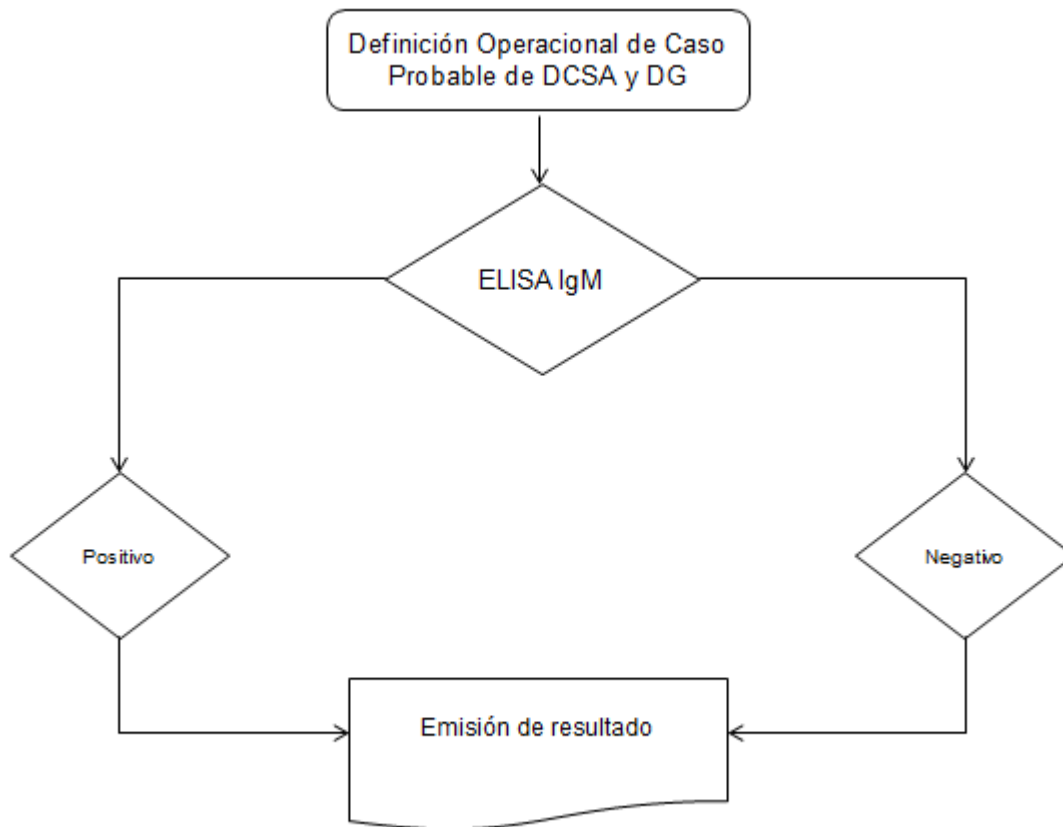


Algoritmo de laboratorio para la vigilancia de Arbovirus (DENV, CHIKV y ZIKV RT-qPCR TRIPLEX) en fase aguda.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XVIII

### ALGORITMO FASE CONVALESCIENTE (DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA Y DENGUE GRAVE) ELISA IGM ESPECÍFICA DENGUE (6-14 DÍAS DE EVOLUCIÓN)



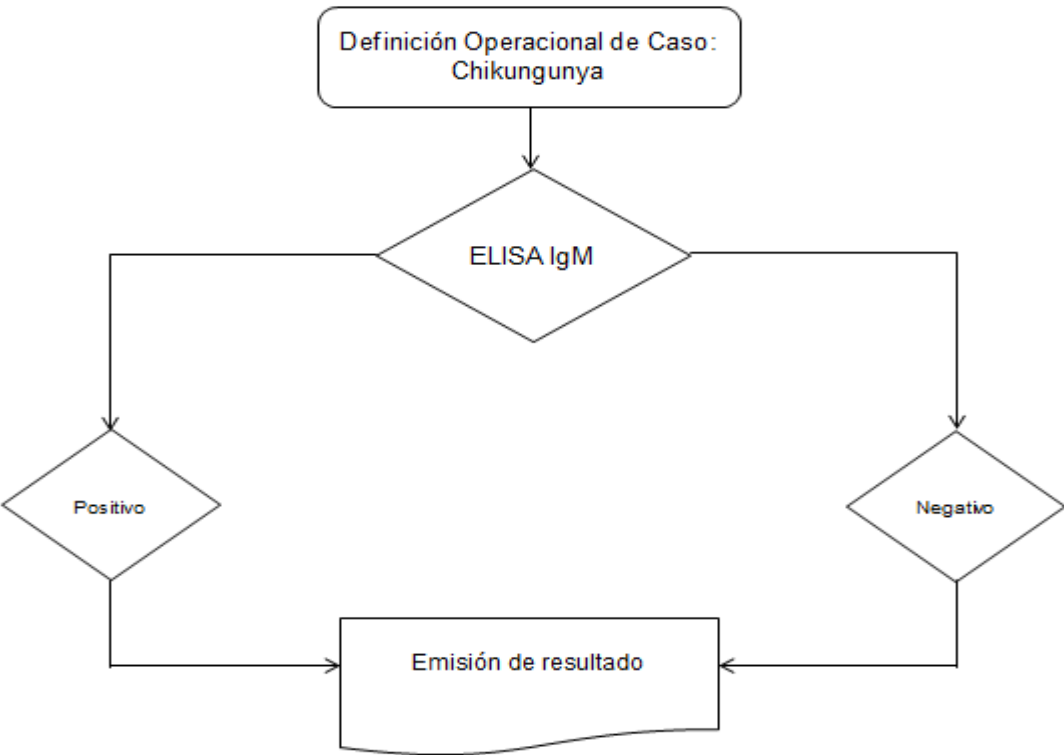
Algoritmo de laboratorio para casos probables de DCSA y DG, en fase convaleciente, que incluye únicamente ELISA de captura de anticuerpos IgM específicos para virus dengue. Para aplicar en casos sin toma de muestra en fase aguda.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XIX

ALGORITMO FASE CONVALECIENTE CHIKUNGUNYA POR ELISA IgM Específica  
(6-12 Días de evolución)

Algoritmo de laboratorio para el diagnóstico de Chikungunya en fase convaleciente  
(6 a 12 días de evolución) mediante ELISA IgM:



Algoritmo de Laboratorio para la Vigilancia de Chikungunya en fase convaleciente.

# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

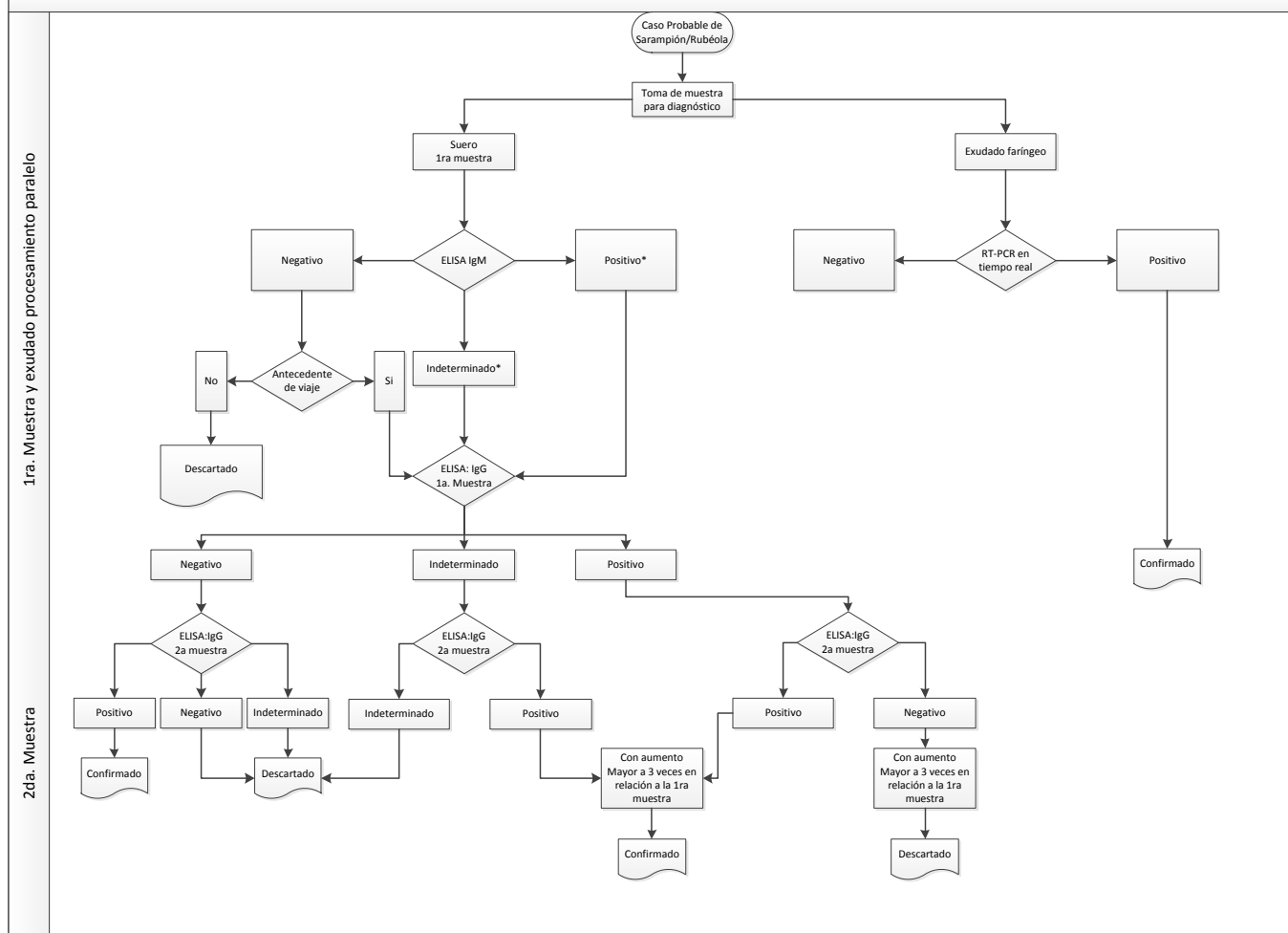
MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO XX

### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE EFE'S (SARAMPIÓN Y RUBÉOLA).

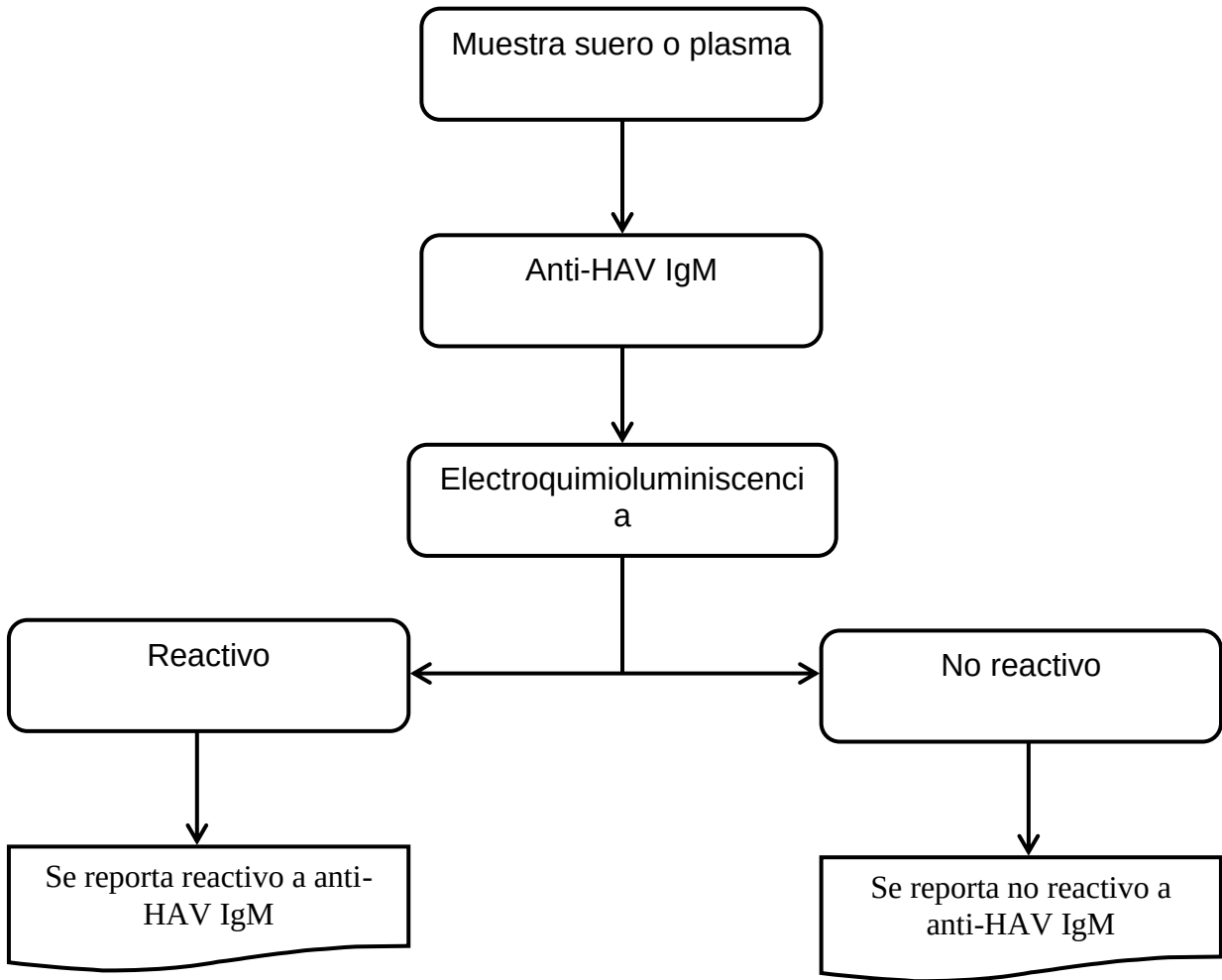
\*Diagnóstico diferencial paralelo, Muestra única de suero, o contacto con extranjeros que provienen de países con evidencia de circulación el virus, evaluar



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXI

### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA HEPATITIS “A” (HAV IgM)

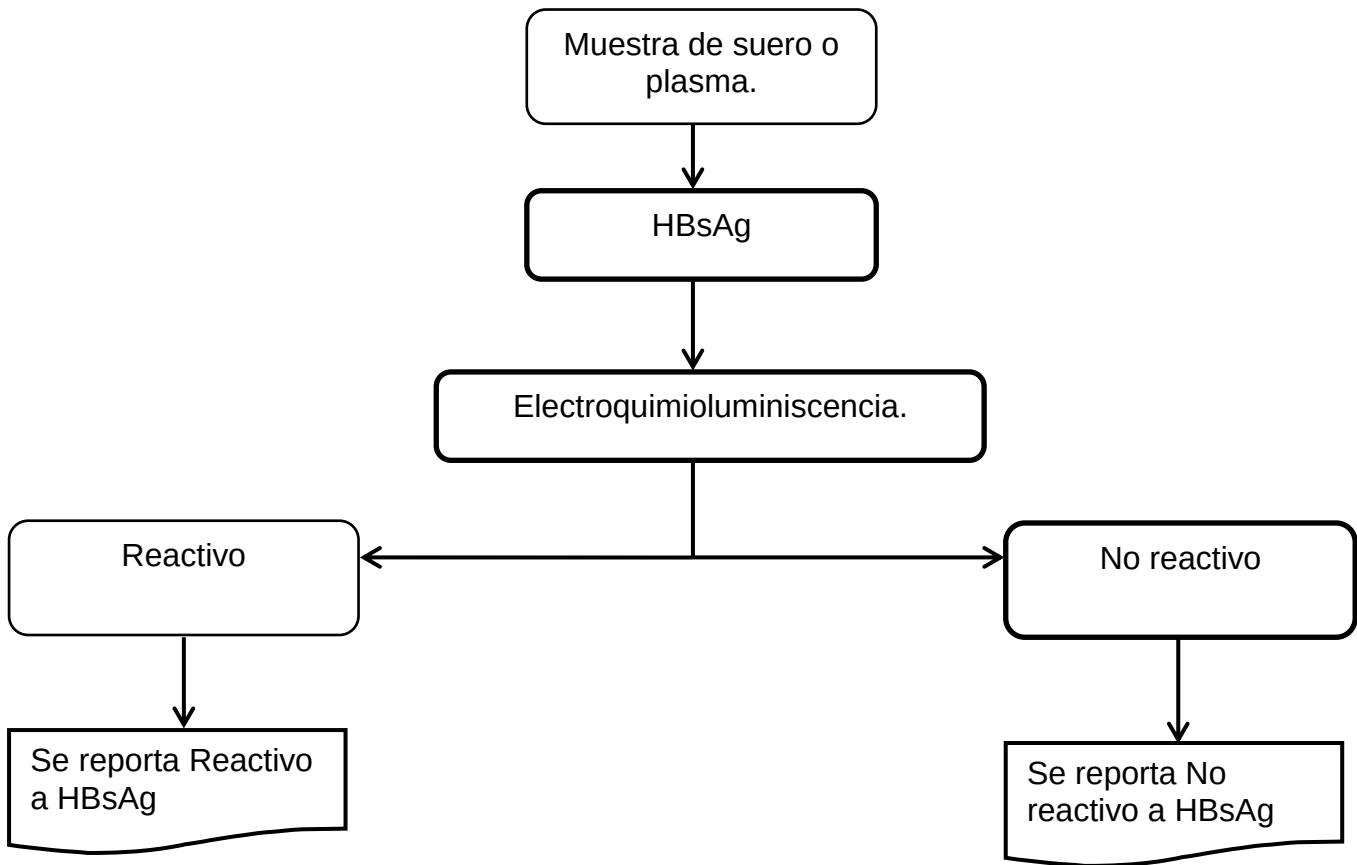




| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXII

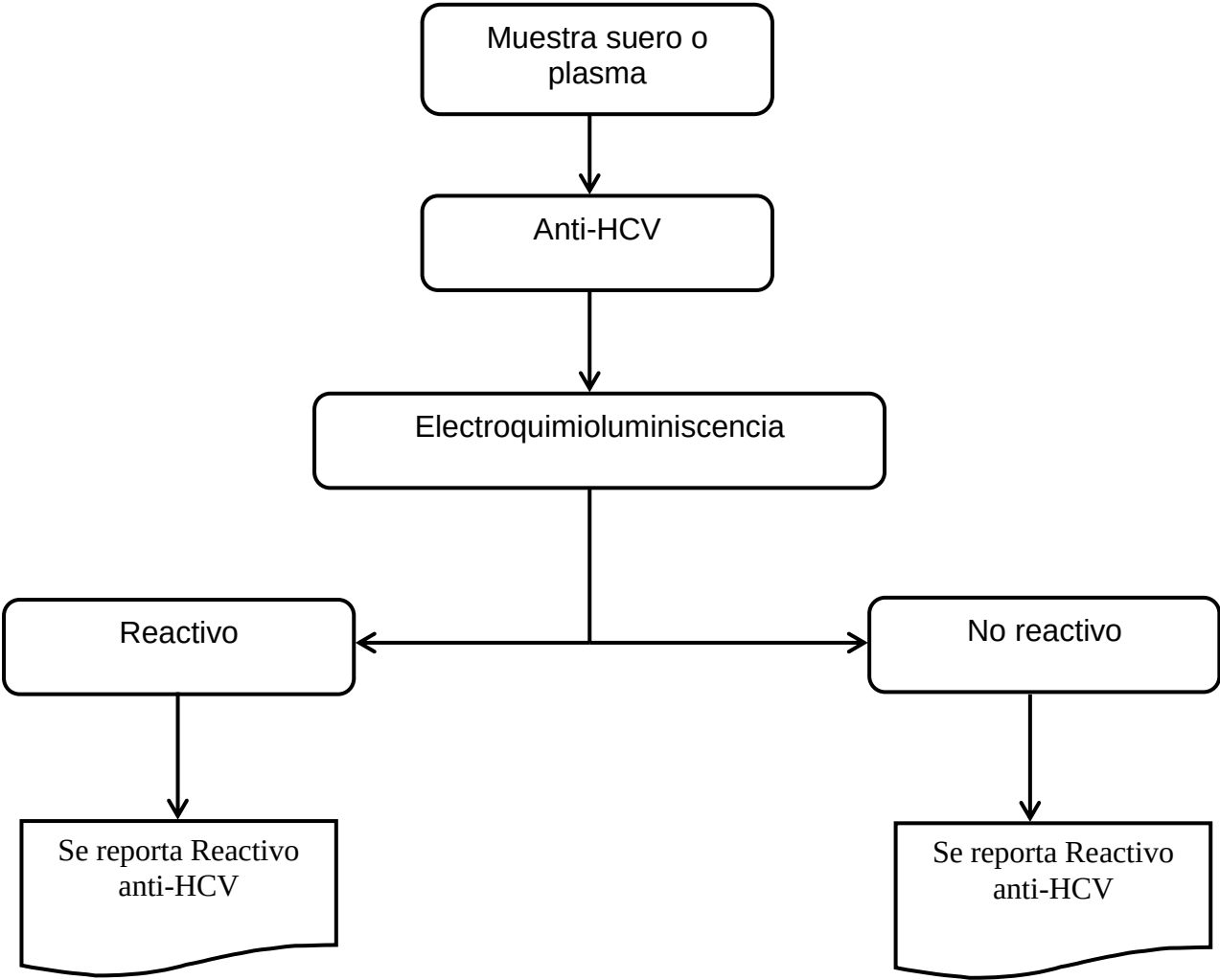
### ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS “B” (HBsAg).



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XXIII

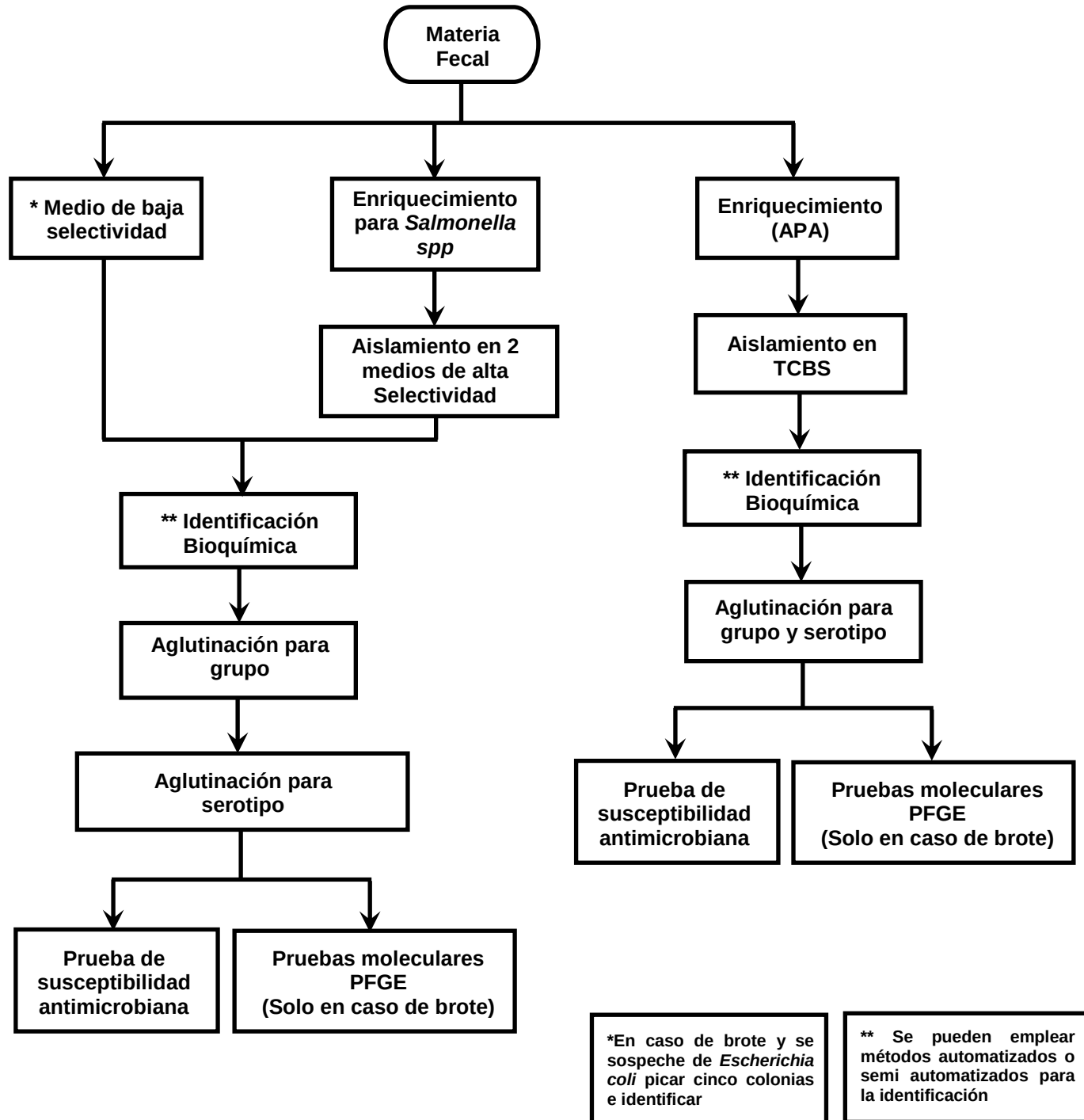
ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS “C” (HCV).



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXIV

### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE EDA BACTERIANA



## LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

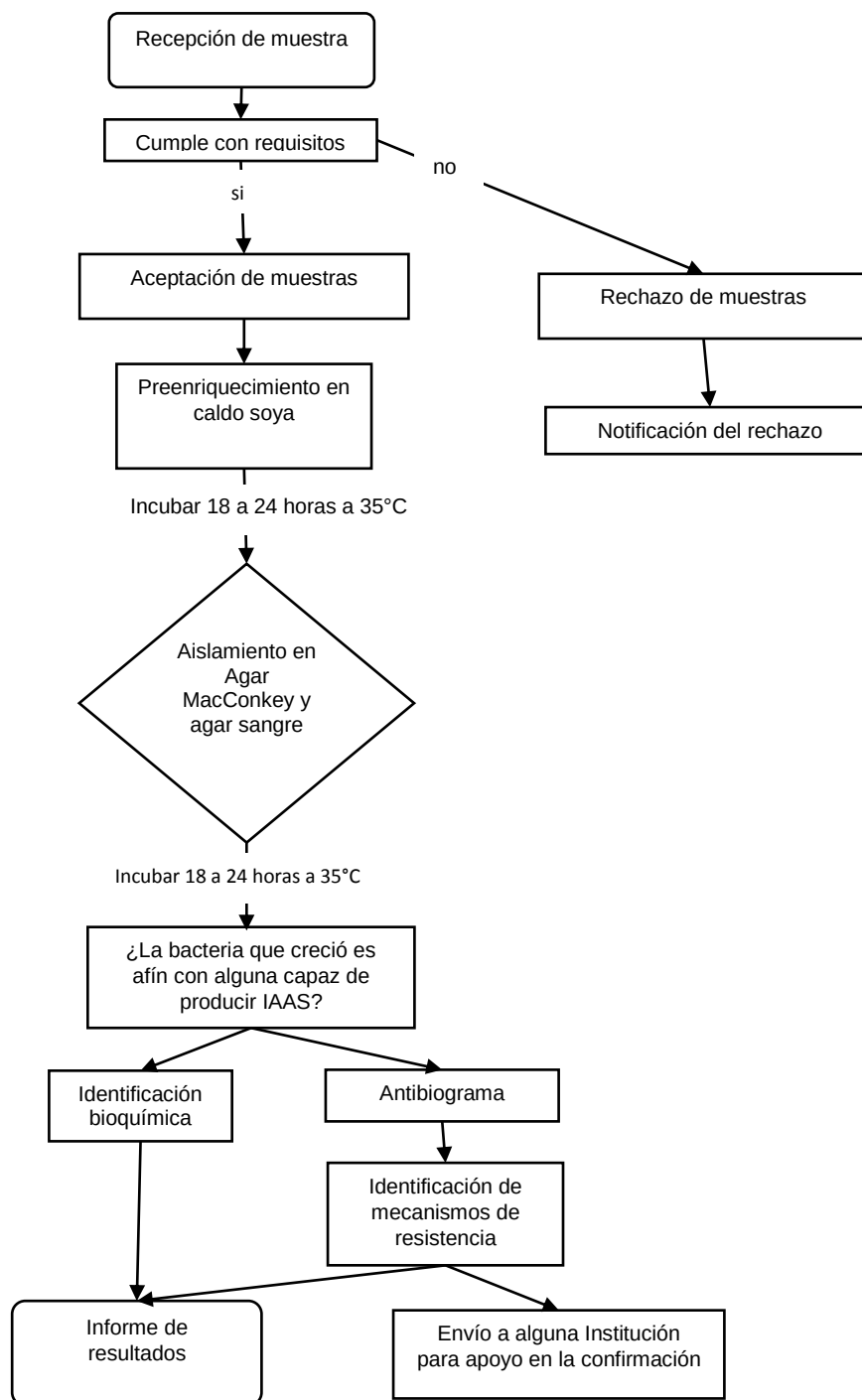
Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

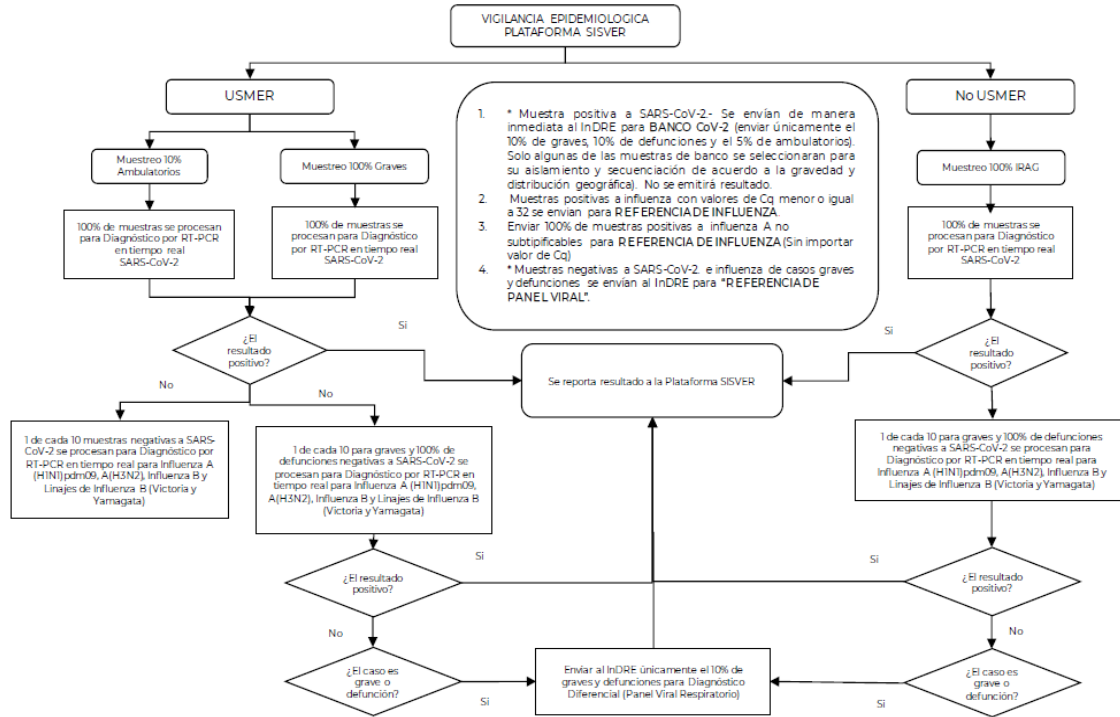
CLAVE:  
MA GC 04-7

### ANEXO XXV ALGORITMO PARA AISLAMIENTO BACTERIANO DE MUESTRAS DE AMBIENTE HOSPITALARIO



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXVI ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIRUS RESPIRATORIOS

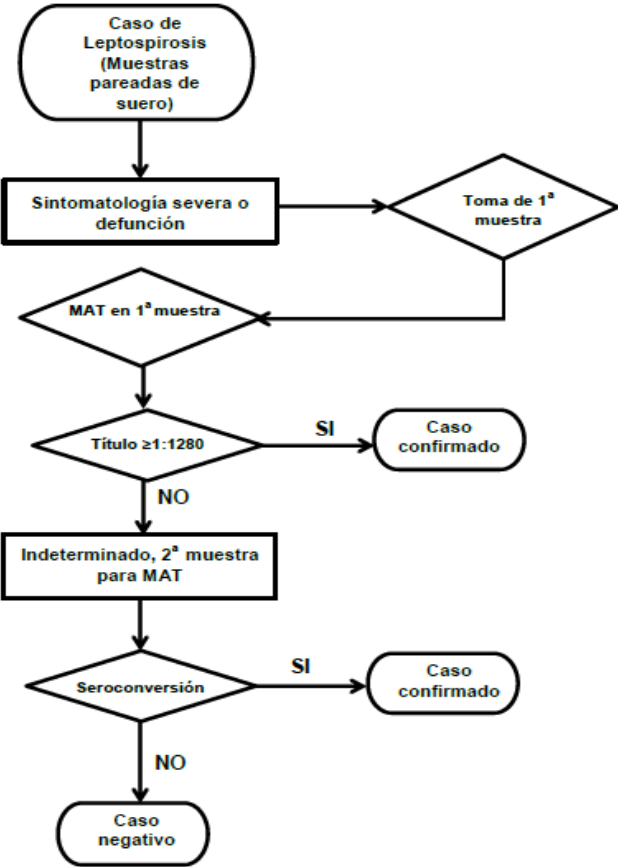


ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO PARA LESP O LAVE QUE NO REALIZAN PANEL VIRAL RESPIRATORIO.  
ALGORITMO ACTUAL UTILIZADO PARA LOS LABORATORIOS QUE CUENTAN CON RT-PCR EN TIEMPO REAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE SARS-CoV-2

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XXVII

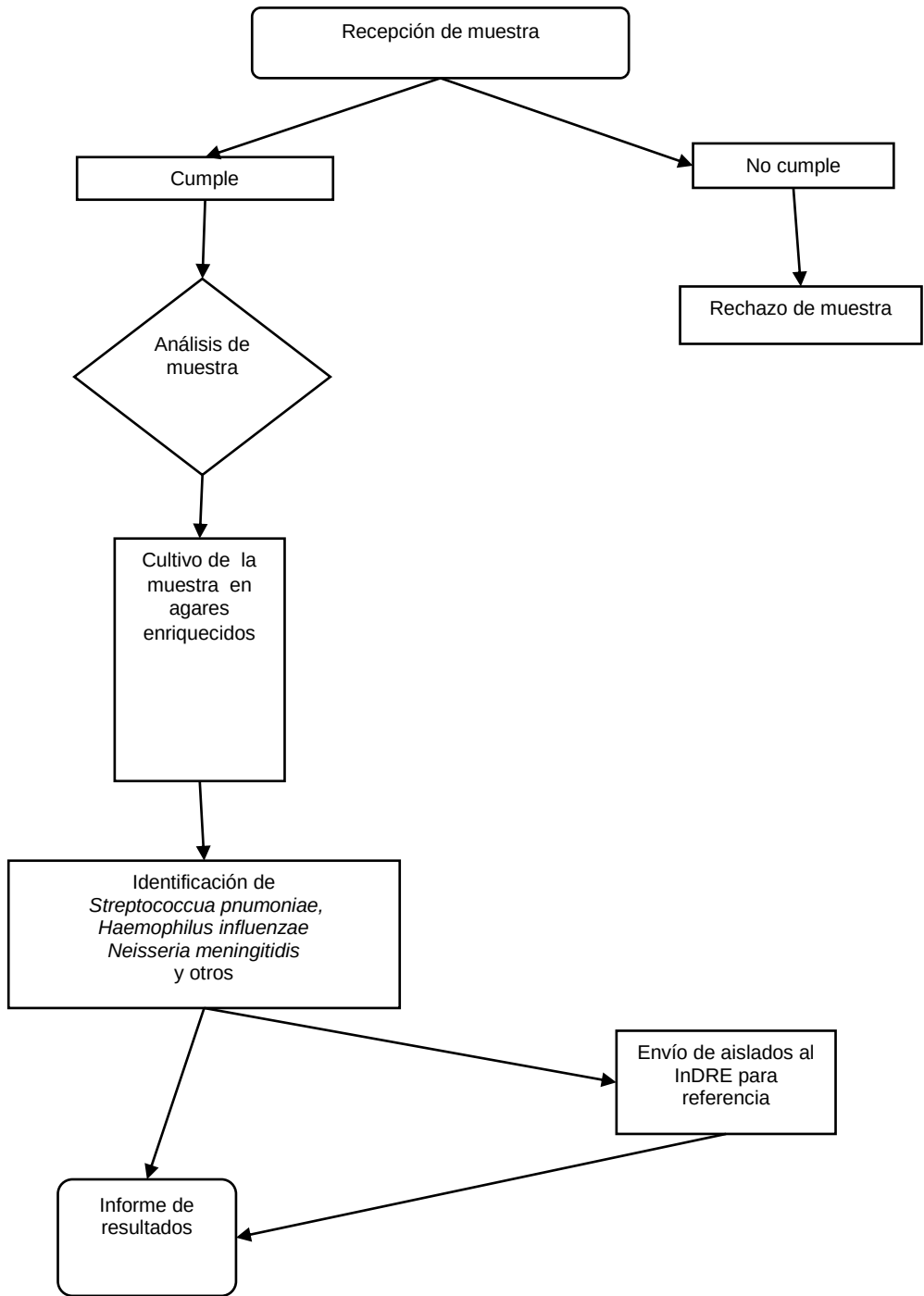
ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LEPTOSPIROSIS POR AGLUTINACIÓN MICROSCÓPICA (MAT)



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXVIII

### ALGORITMO PARA EL CULTIVO DE MUESTRAS Y AISLAMIENTO DE BACTERIAS CAUSANTES DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

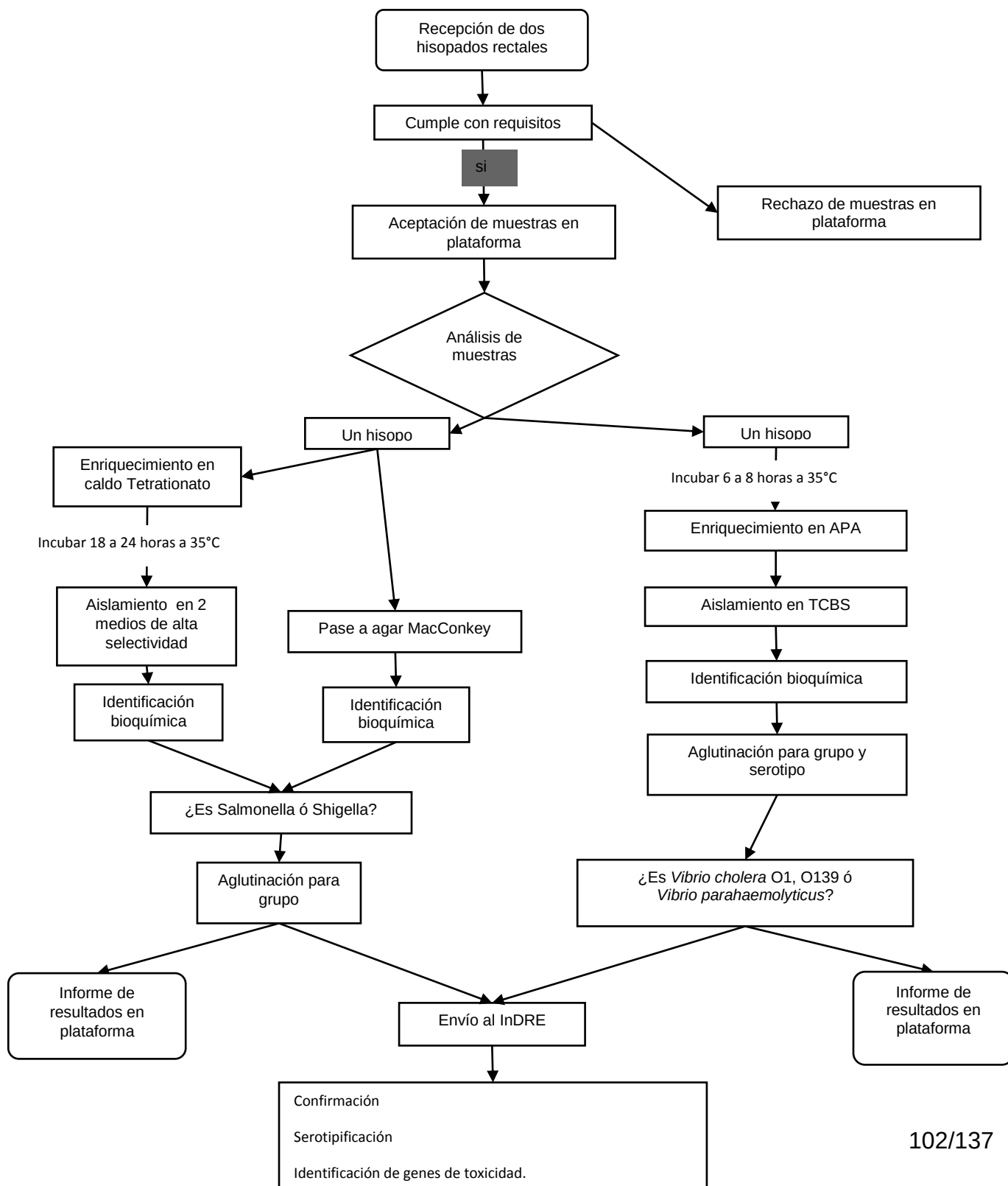
Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO XXIX ALGORITMO PARA AISLAMIENTO DE *Salmonella* spp y *Shigella* spp.

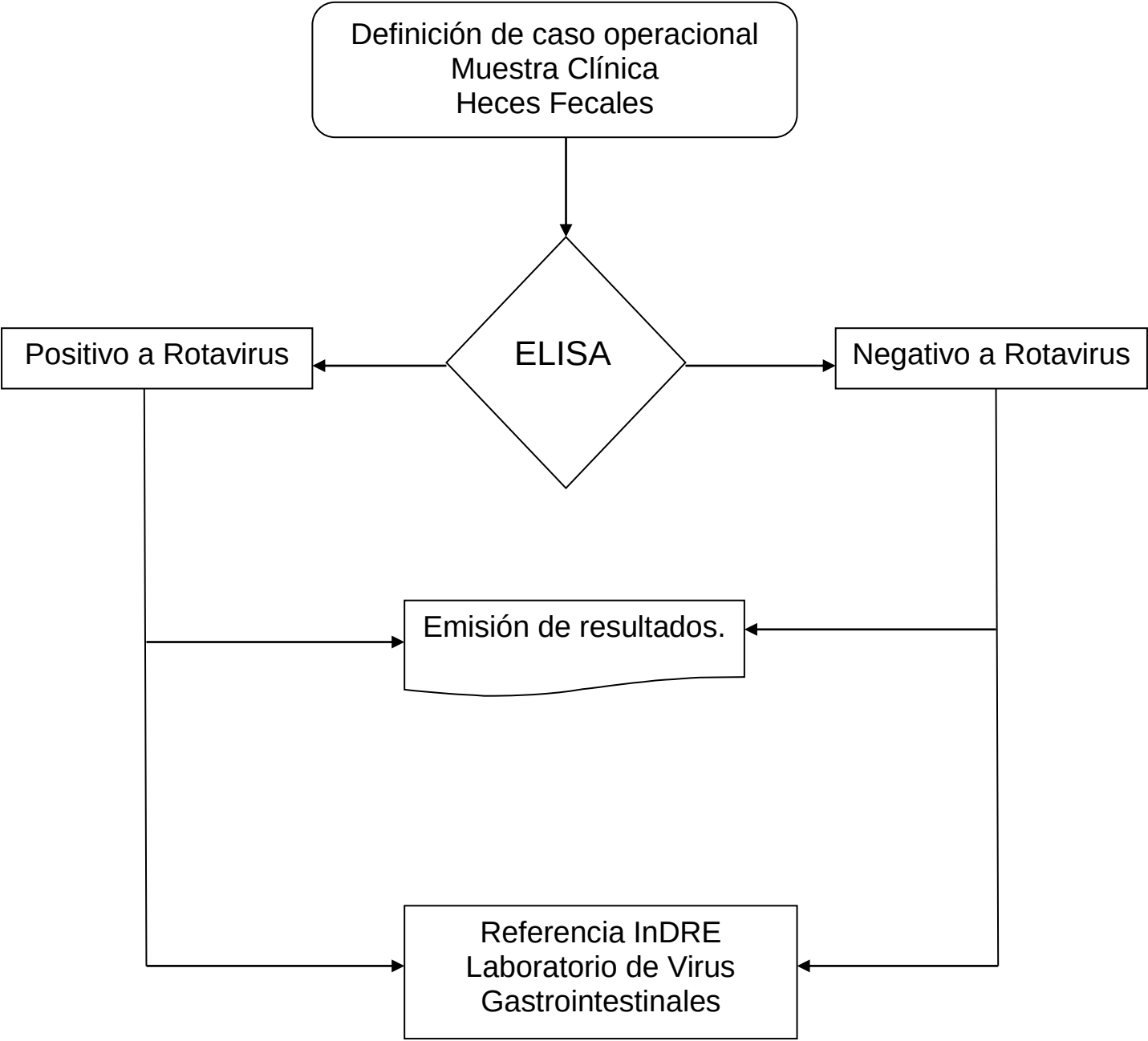




| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XXX

ALGORITMO DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ROTAVIRUS POR ELISA



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

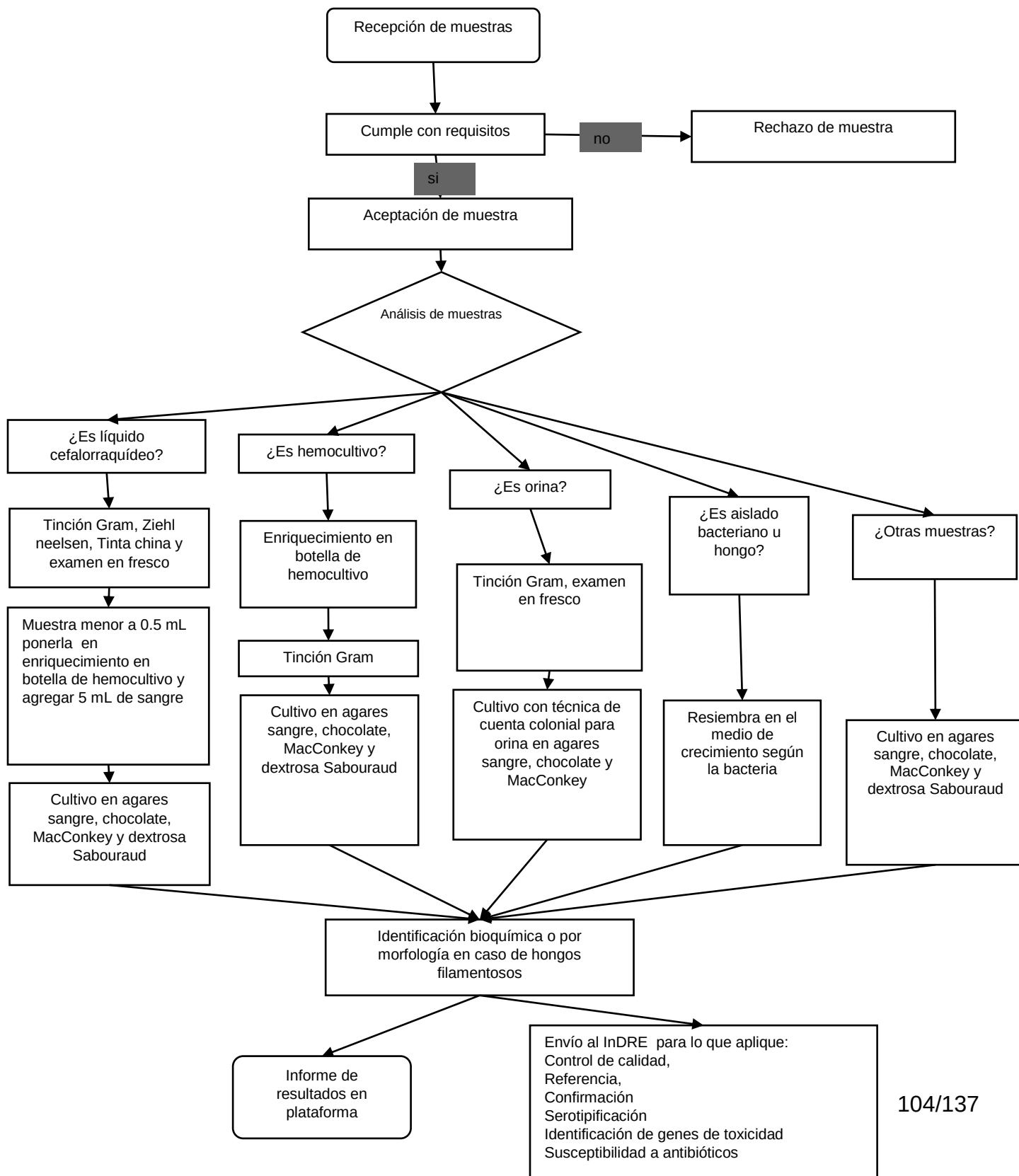
Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

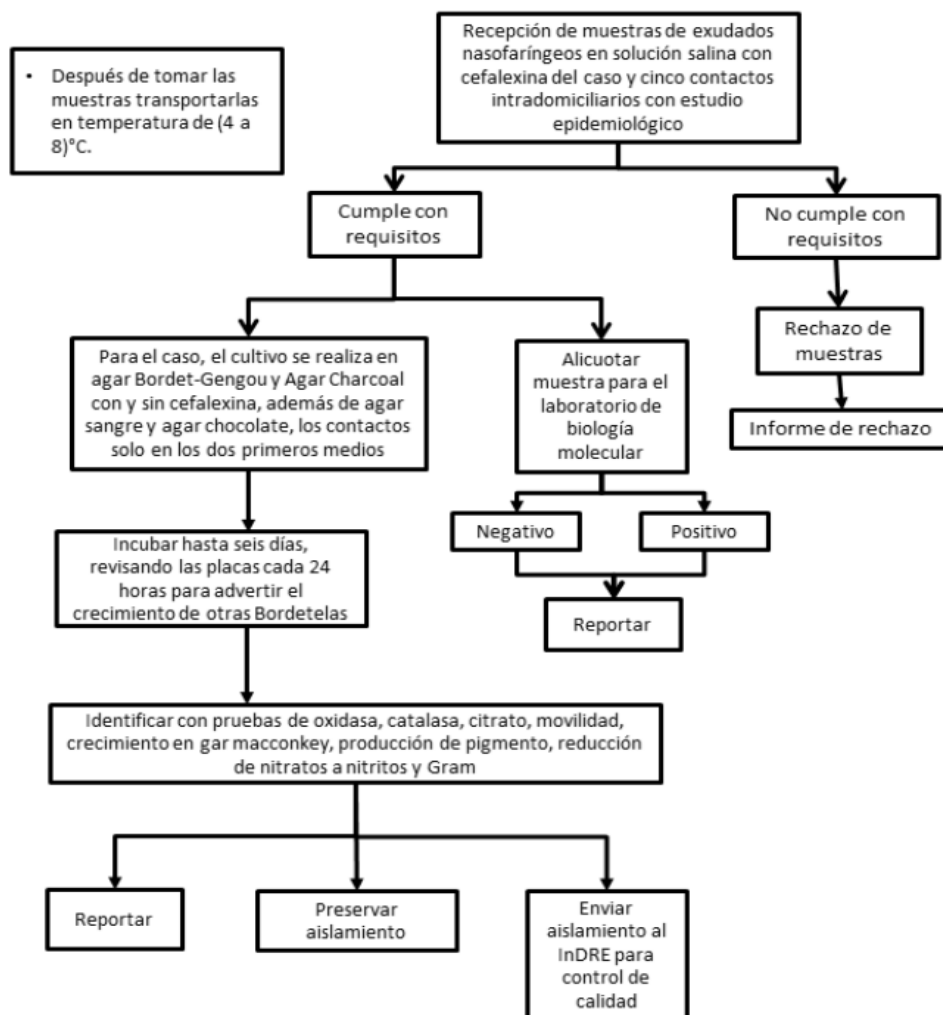
## ANEXO XXXI ALGORITMO PARA EL AISLAMIENTO DE BACTERIAS INVASIVAS



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXXII

### ALGORITMO PARA LA VIGILANCIA DE TOSFERINA Y SÍNDROME COQUELUCHOIDE



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

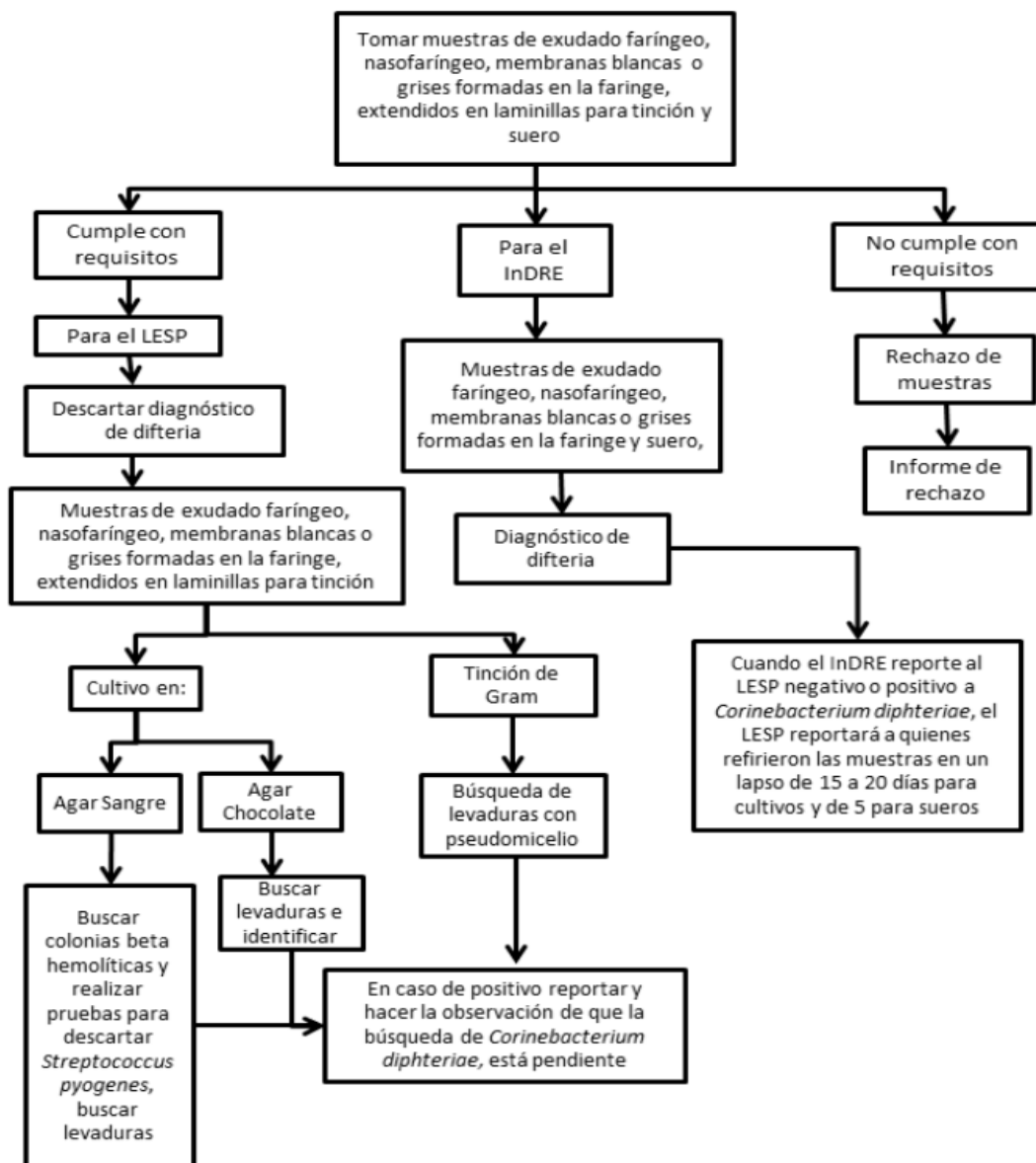
VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO XXXIII

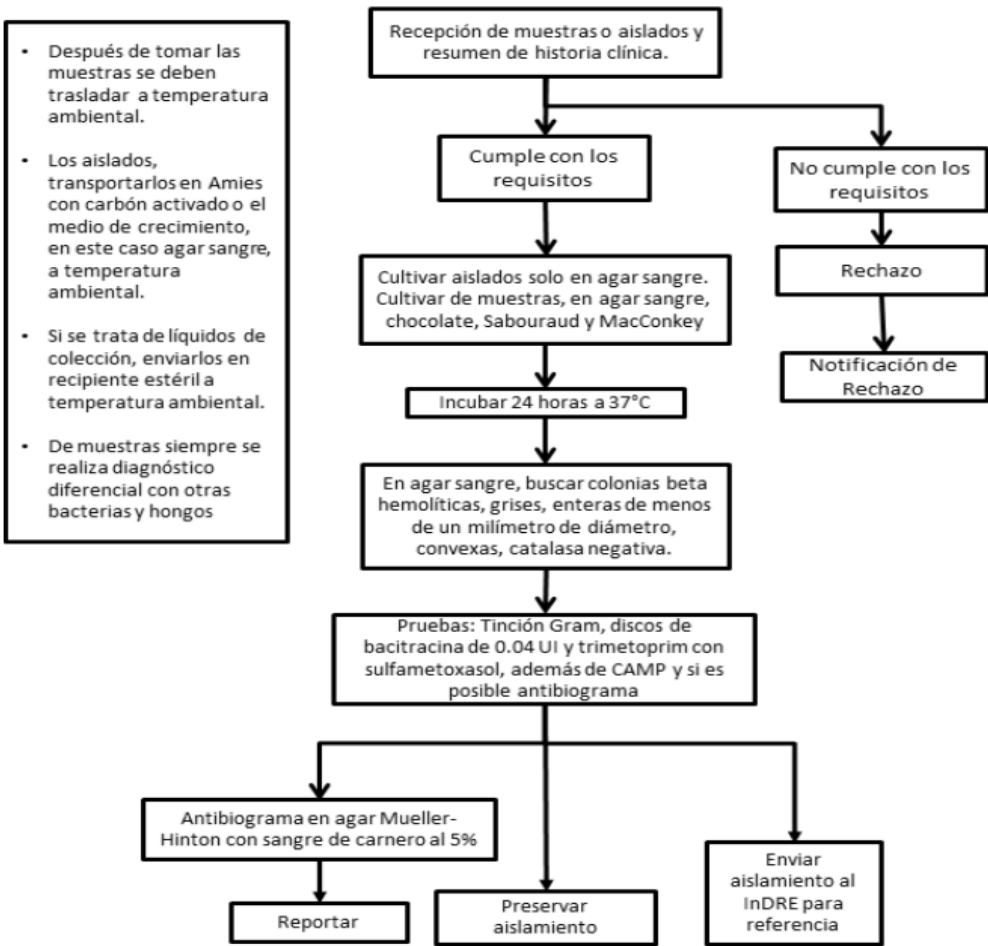
### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIFTERIA



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XXXIV

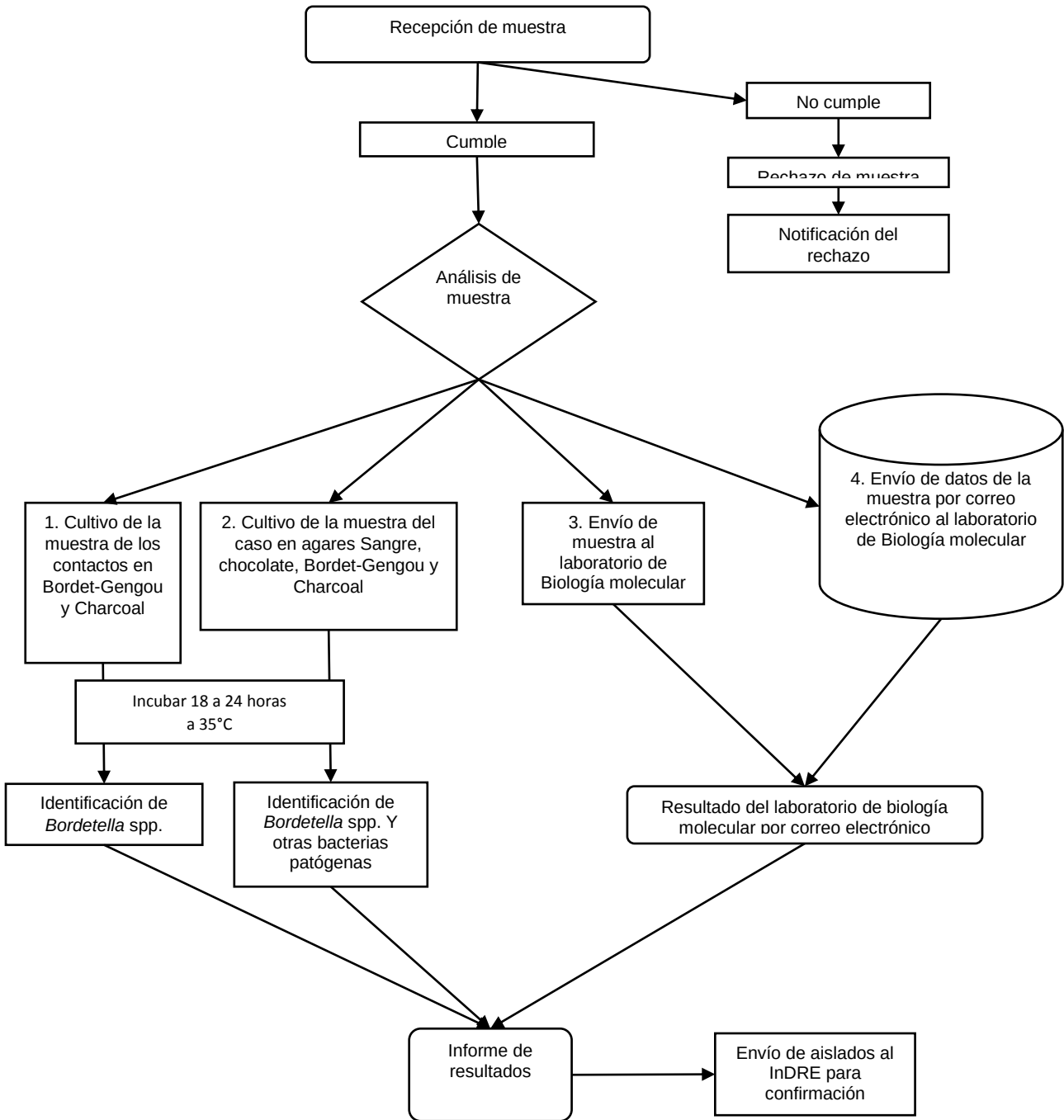
ALGORITMO PARA EL AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE *Streptococcus pyogenes*



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

### ANEXO XXXV

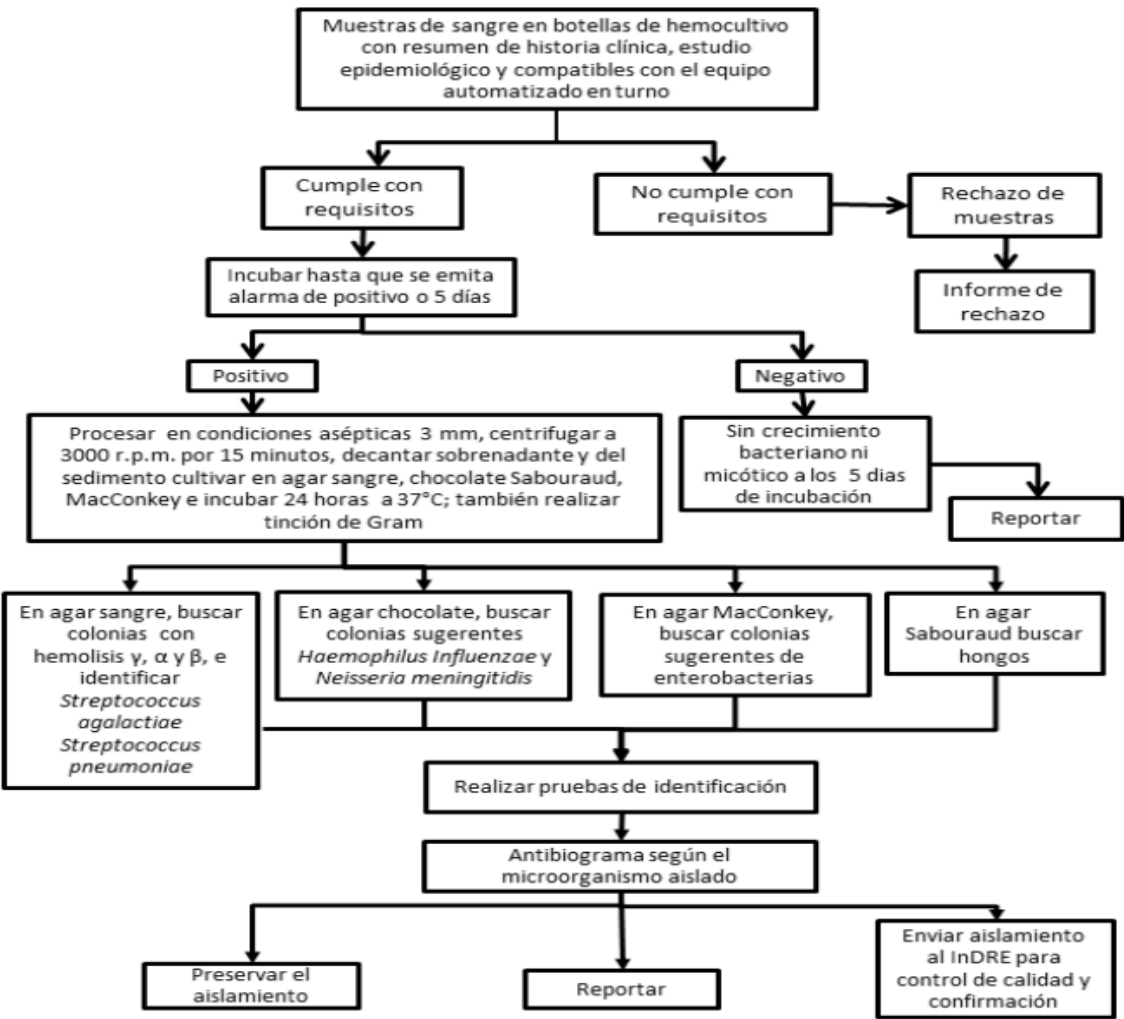
#### ALGORITMO PARA AISLAMIENTO DE *Bordetella* spp.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XXXVI

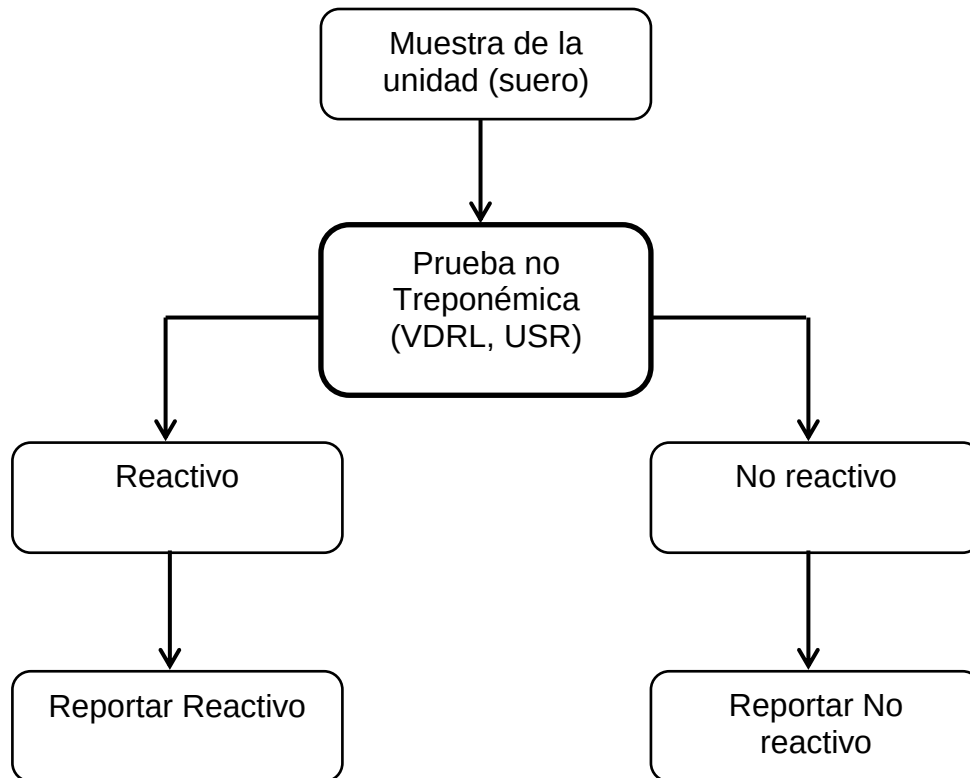
ALGORITMO PARA AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN DE BACTERIAS Y HONGOS CAUSANTES DE SEPSIS EN HEMOCULTIVOS



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XXXVII

### ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS REAGINICOS PARA CONTROL CALIDAD NEGATIVO

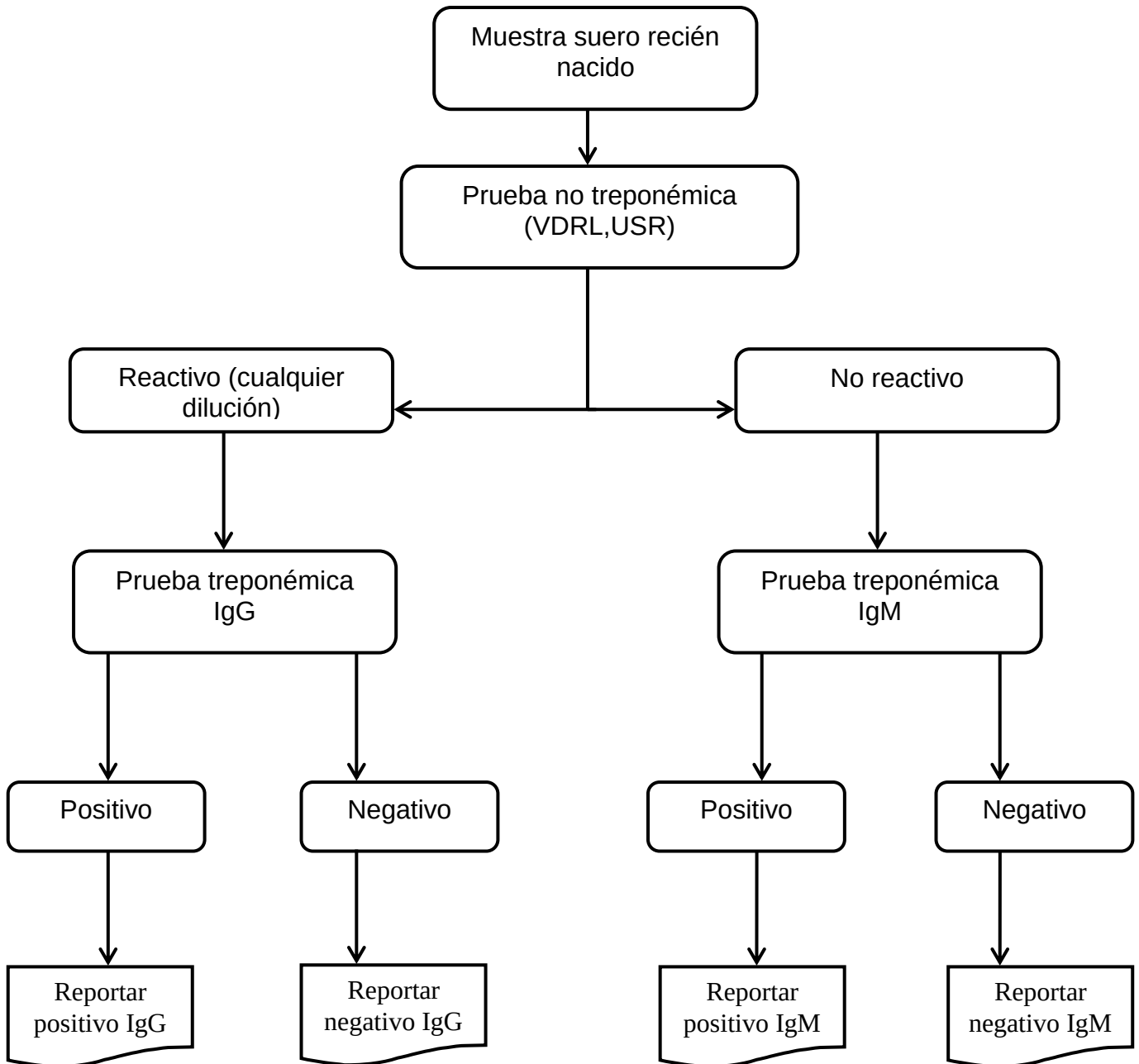




| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

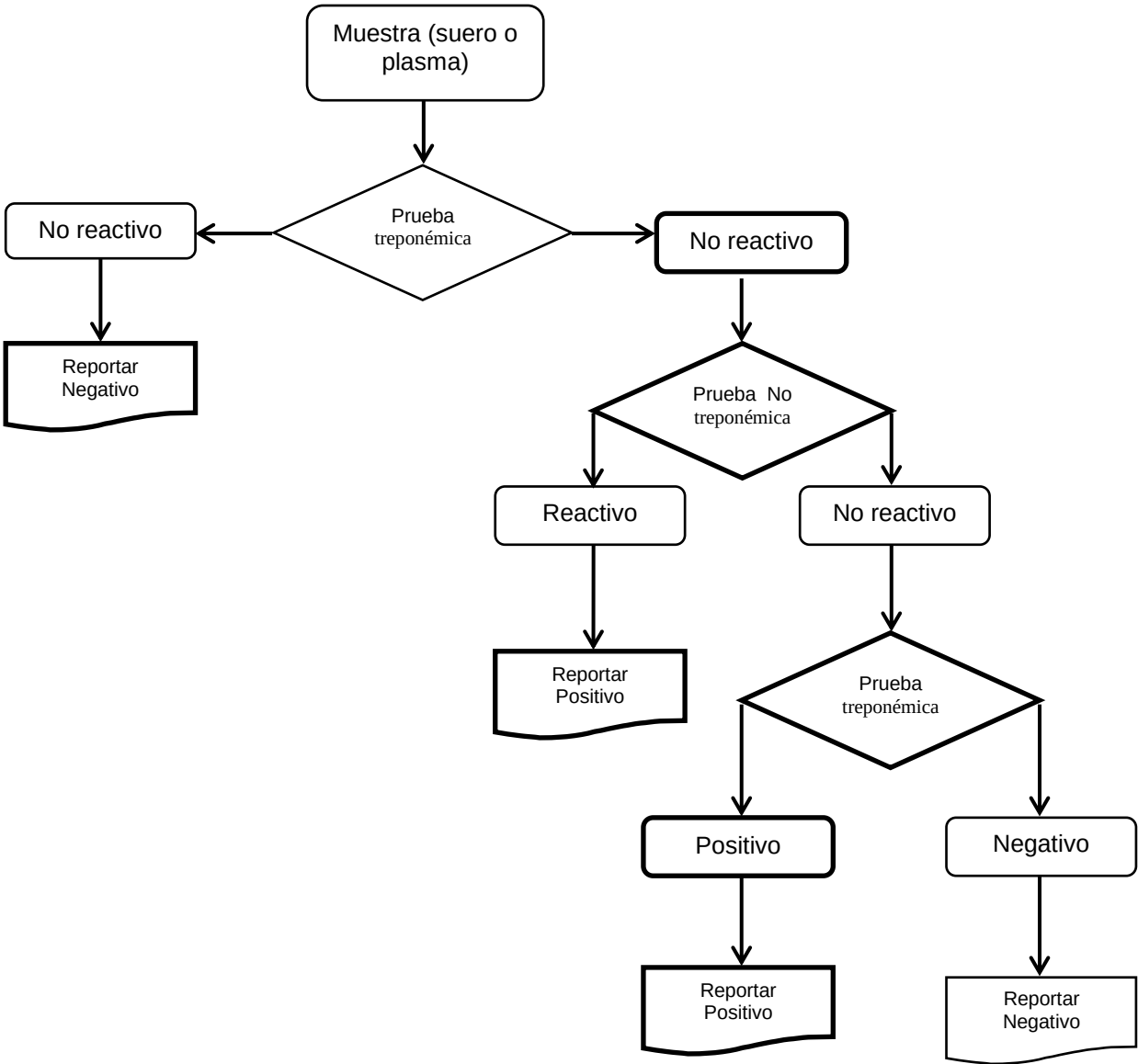
### ANEXO XXXVIII

#### ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI *Treponema pallidum* PARA SÍFILIS CONGÉNITA



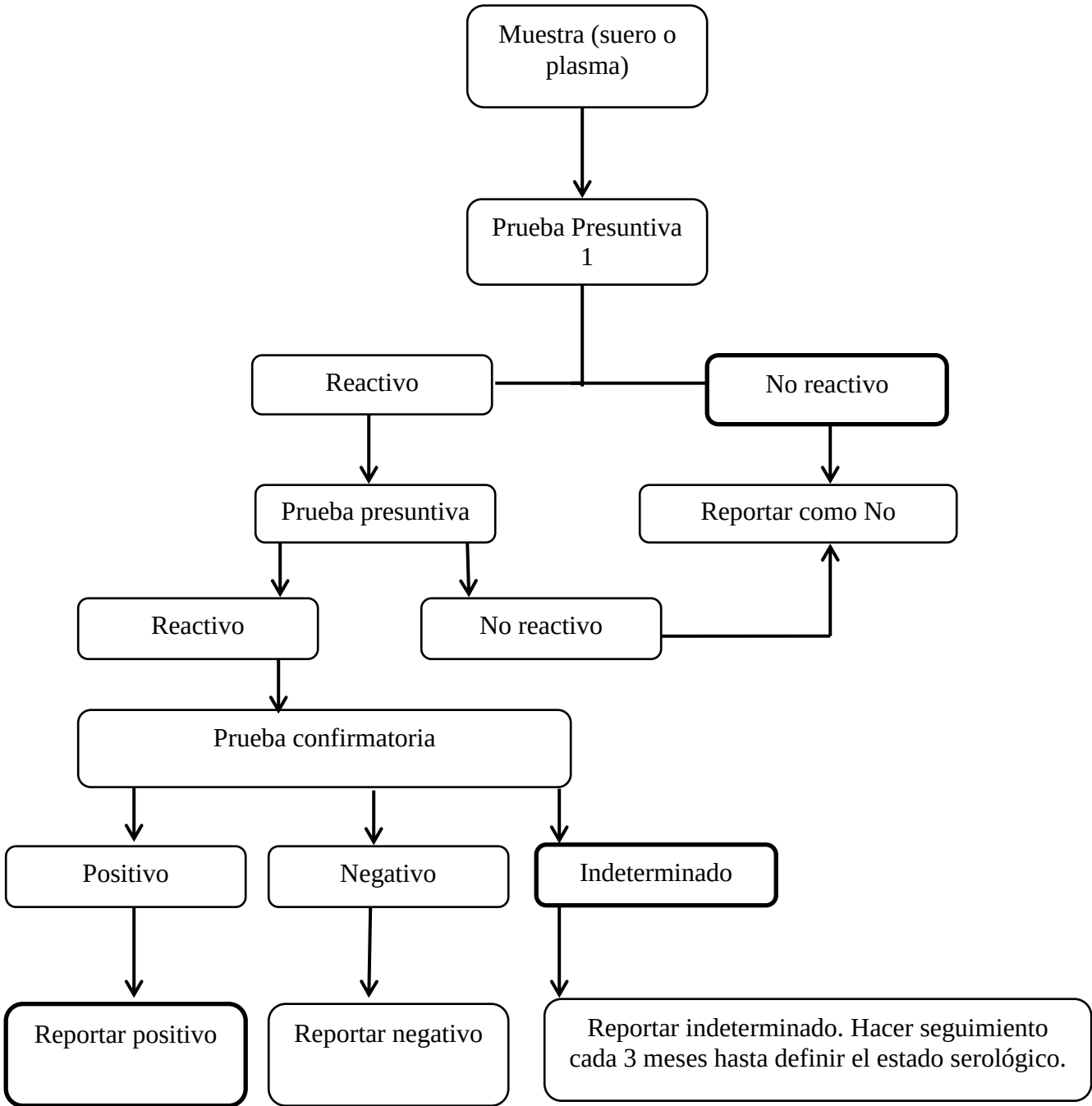
### ANEXO XXXIX

#### ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI *Treponema pallidum* PARA SÍFILIS ADQUIRIDA



# ANEXO XL

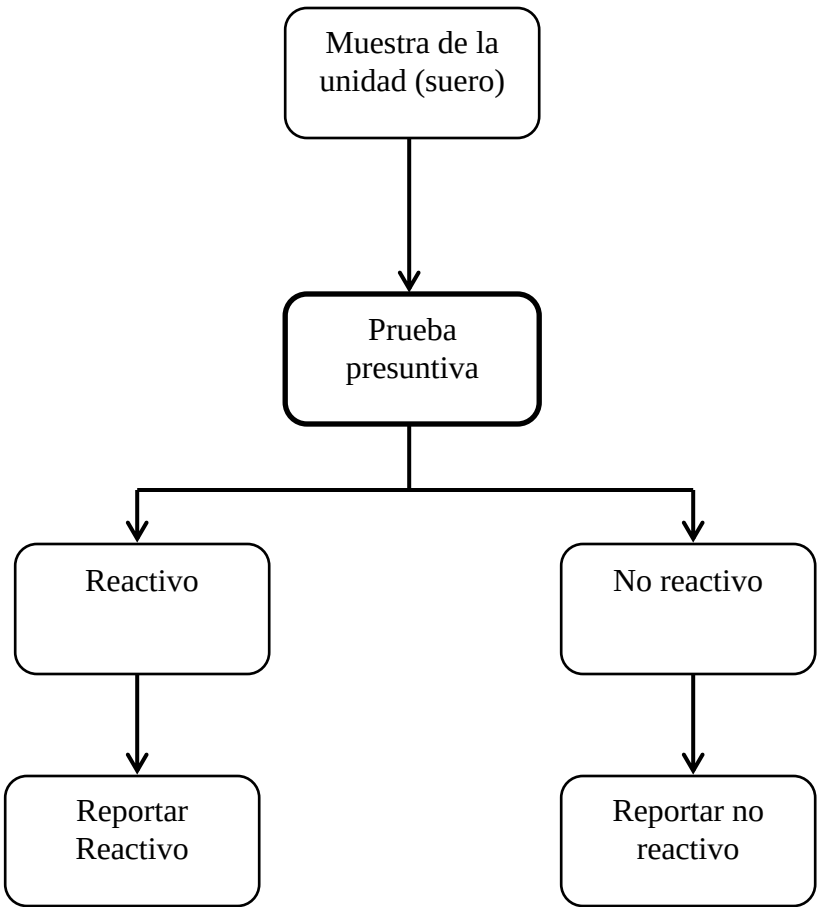
## ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLI

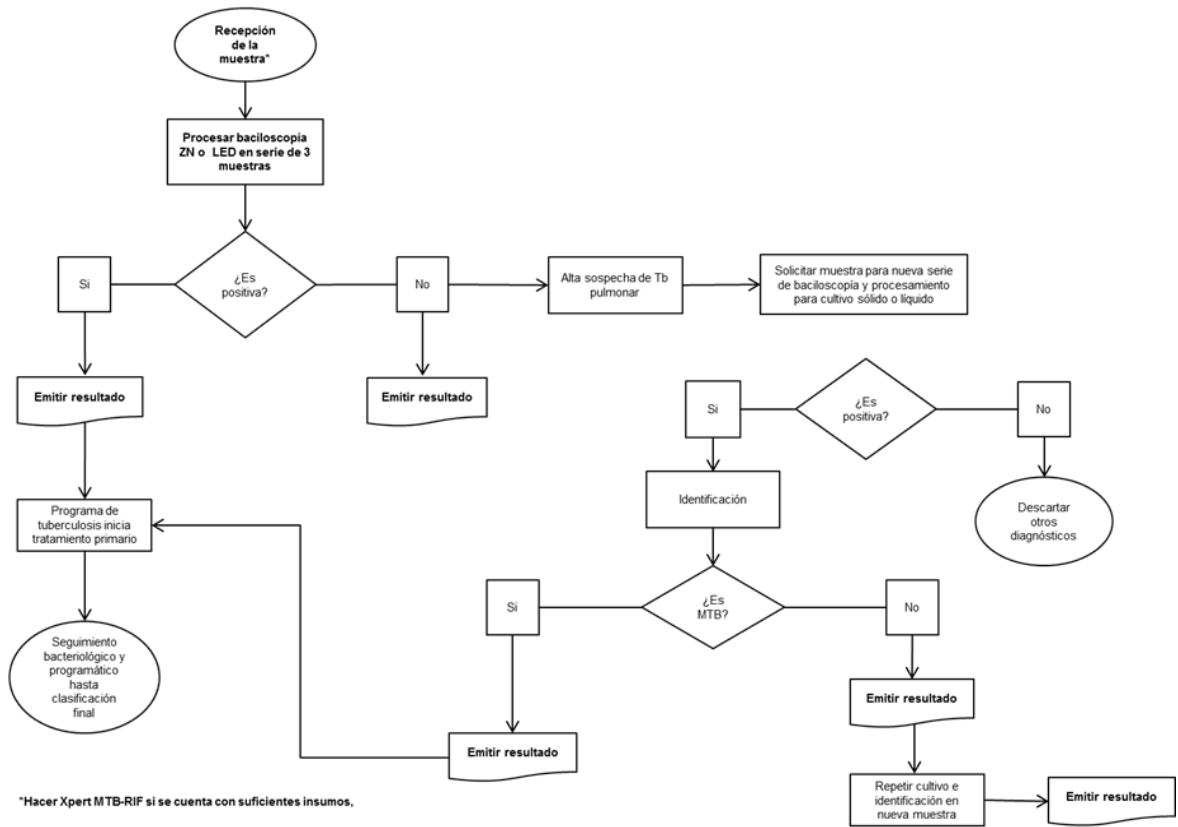
ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTI VIH PARA  
CONTROL DE CALIDAD NEGATIVO



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO XLII

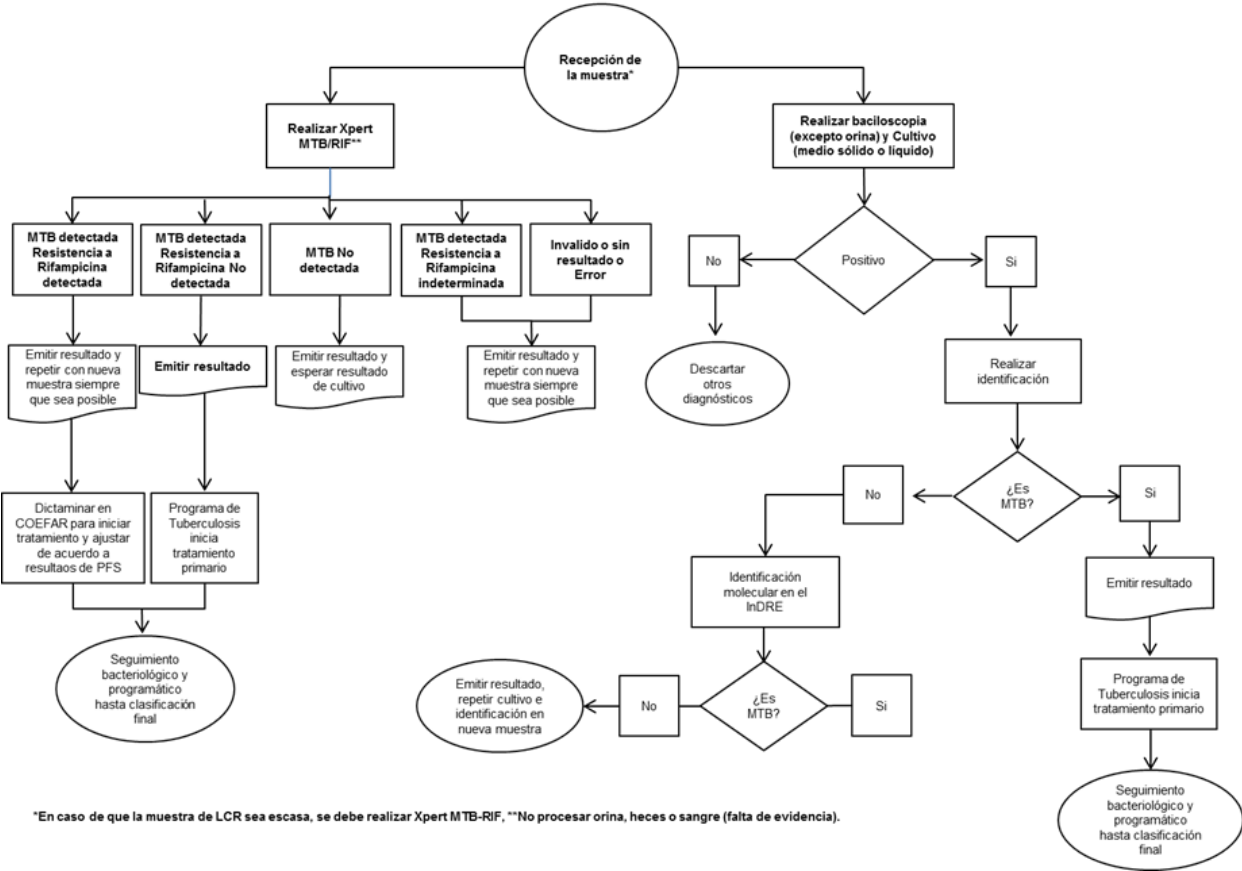
### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

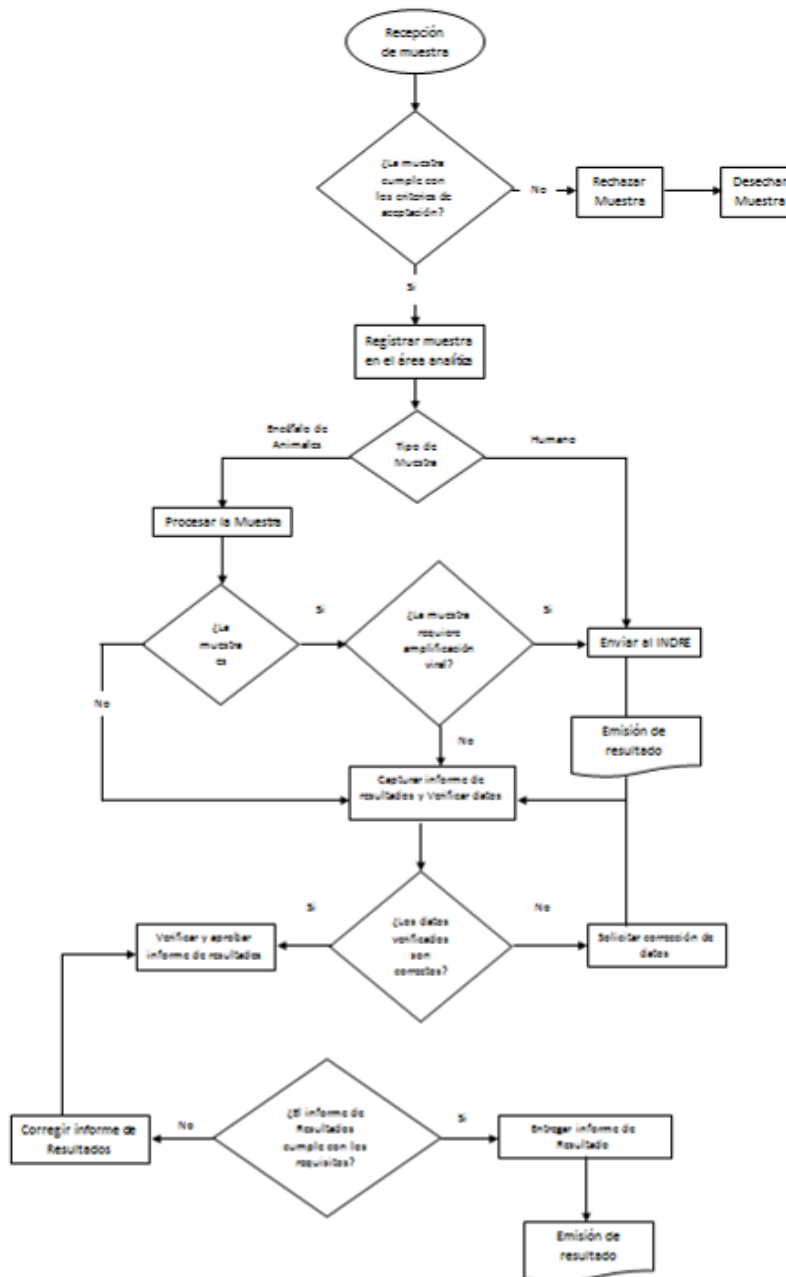
ANEXO XLIII

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EXTRA-PULMONAR  
(ADULTOS Y NIÑOS).



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

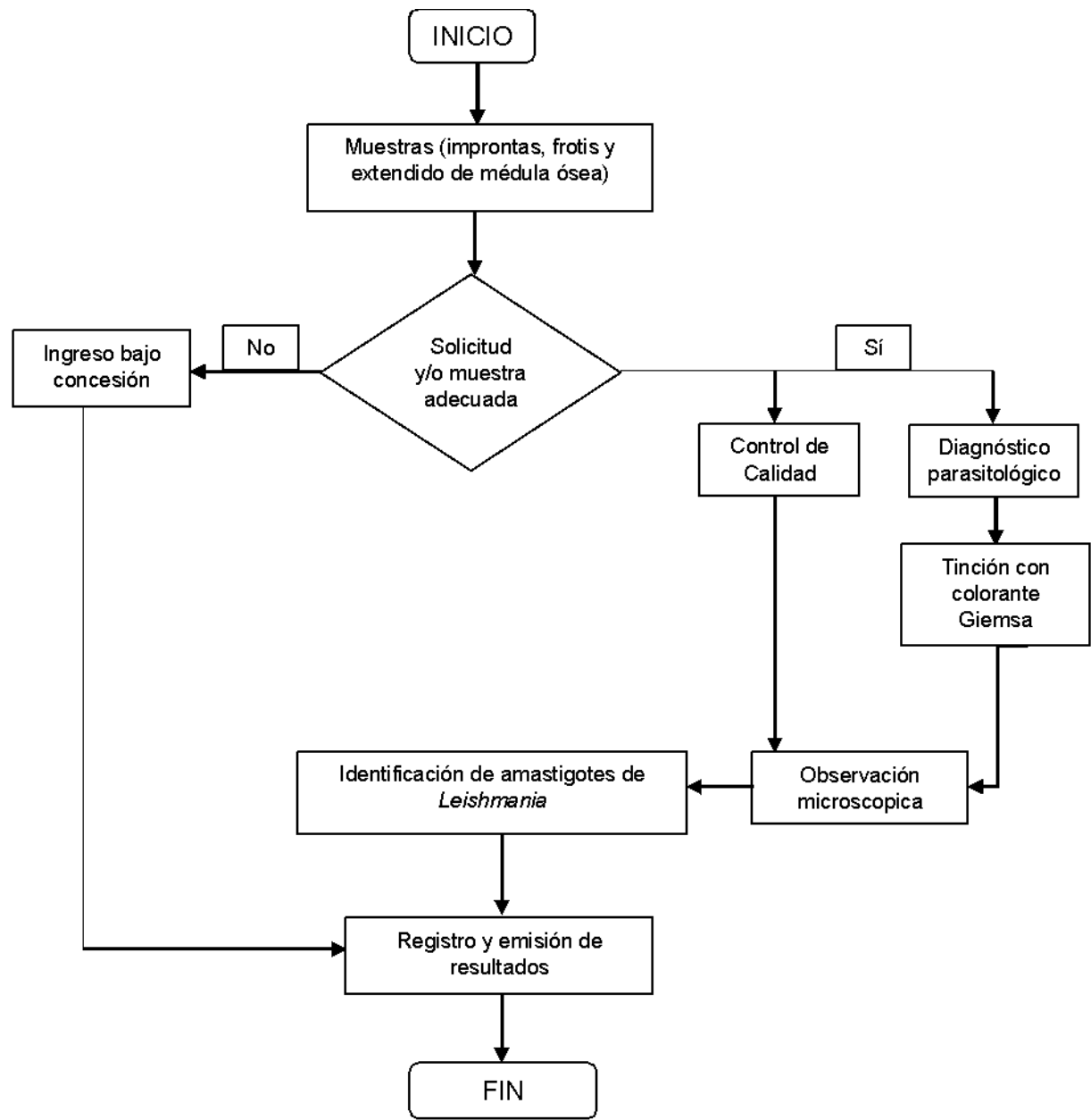
**ANEXO XLIV**  
**ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO DEL VIRUS DE LA RABIA**



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLV

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS

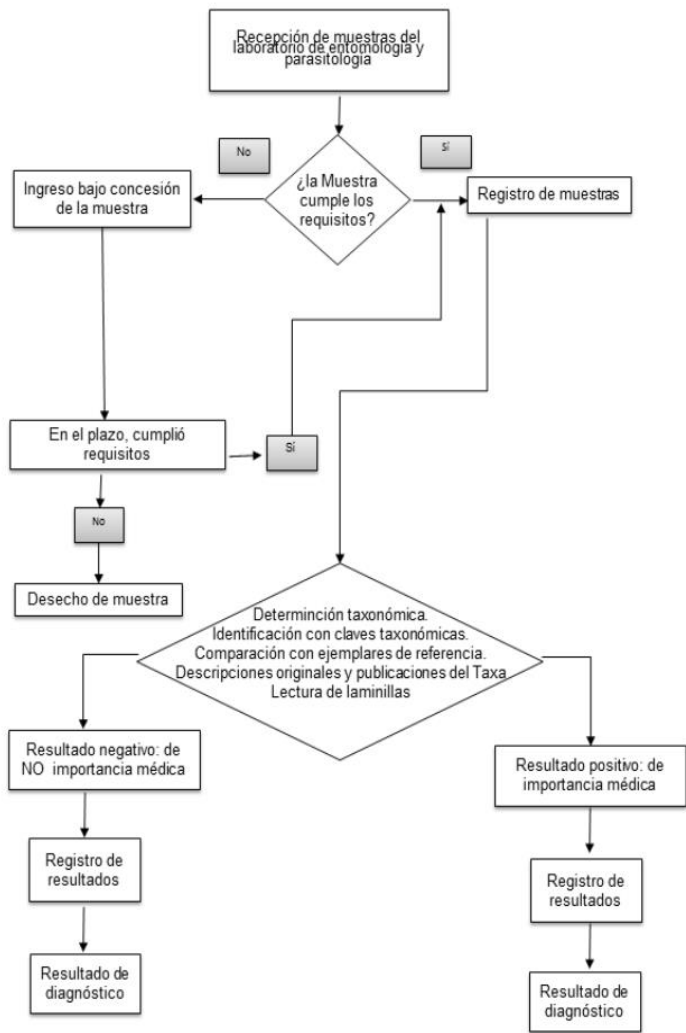




| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLVI

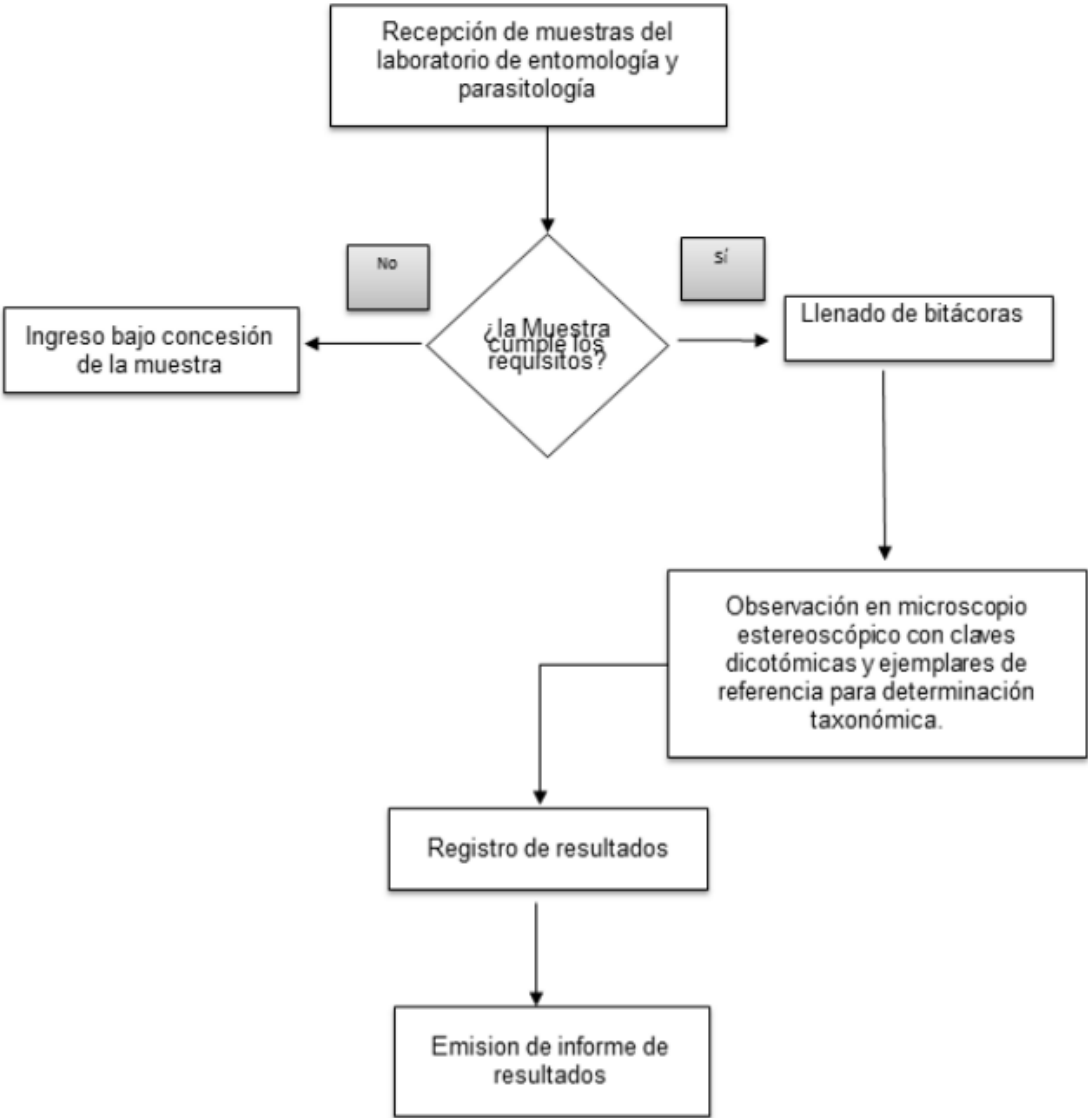
DIAGRAMA DE FLUJO DEL LABORATORIO DE ENTOMOLOGÍA



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLVII

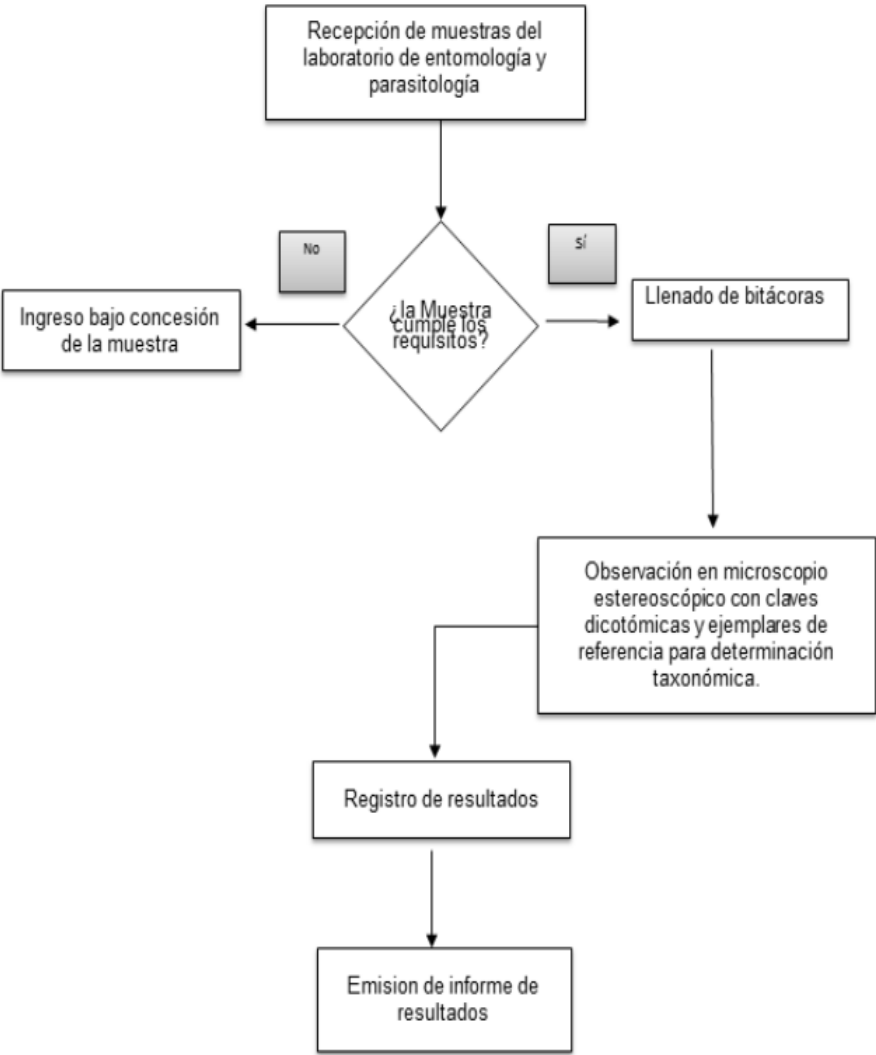
ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN TAXONÓMICA DE LARVAS DE MOSQUITO  
DEL IV ESTADIO



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLVIII

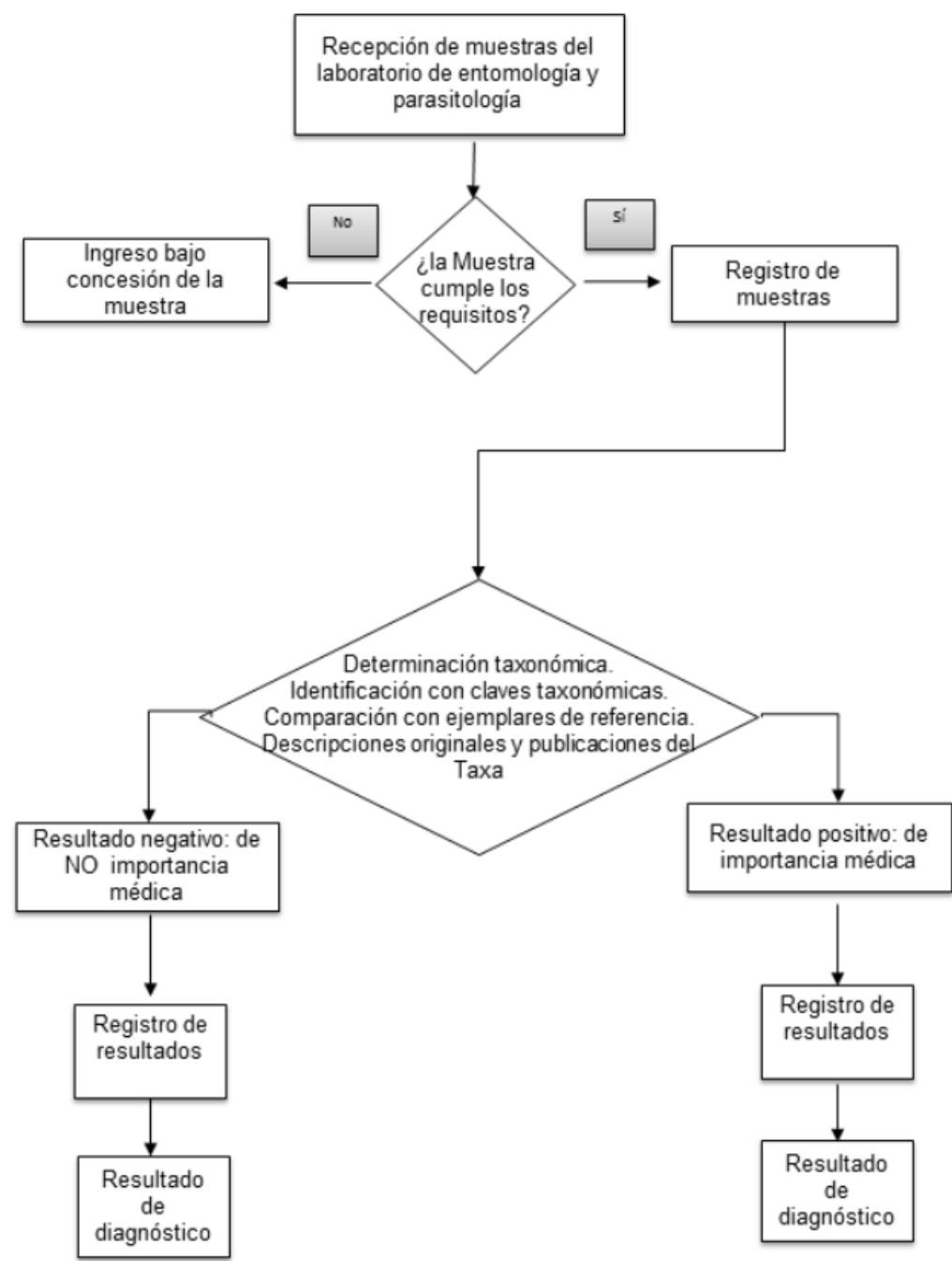
ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN TAXONÓMICA DE CHINCHES  
HEMATÓFAGAS



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO XLIX

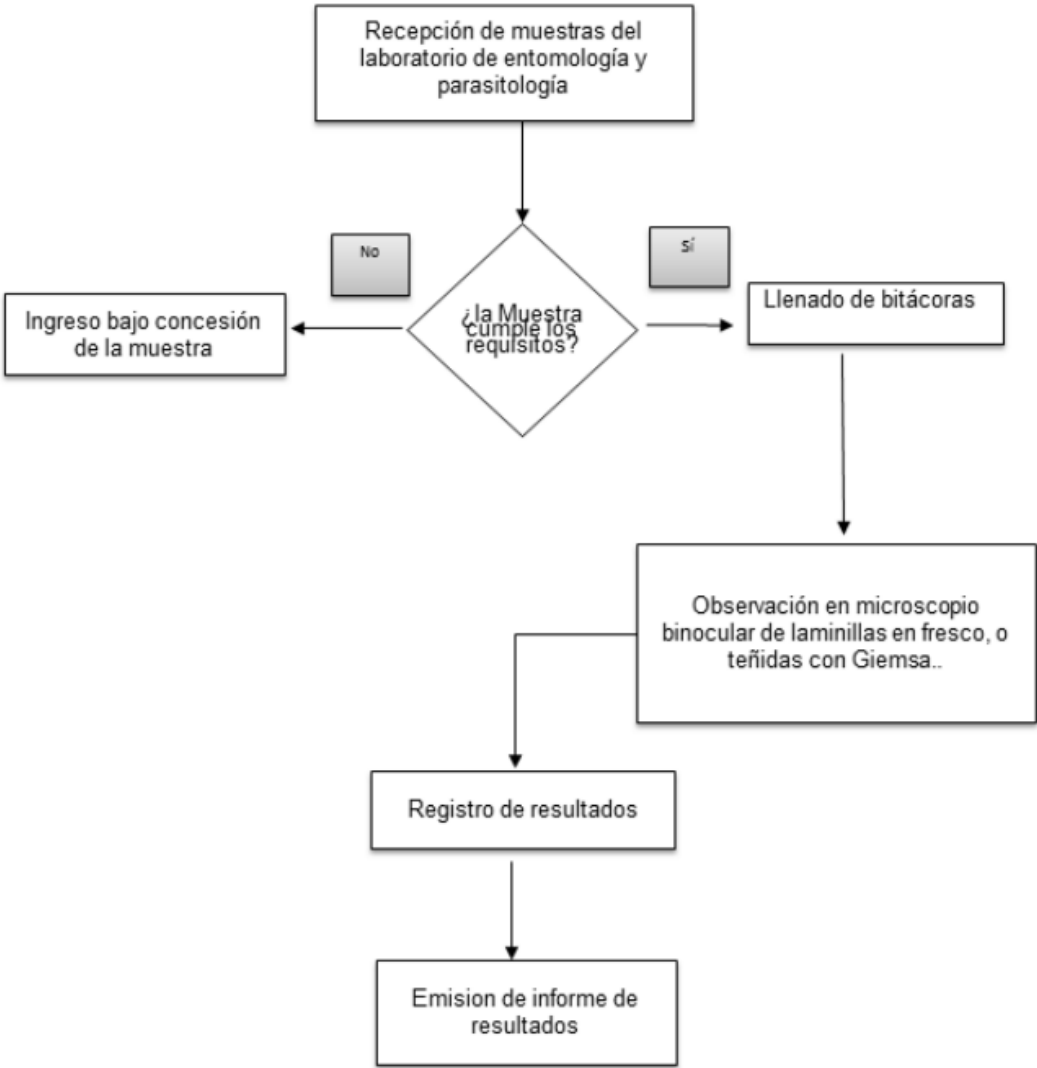
ALGORITMO PARA LA DETERMINACIÓN TAXONÓMICA DE ALACRANES



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO L

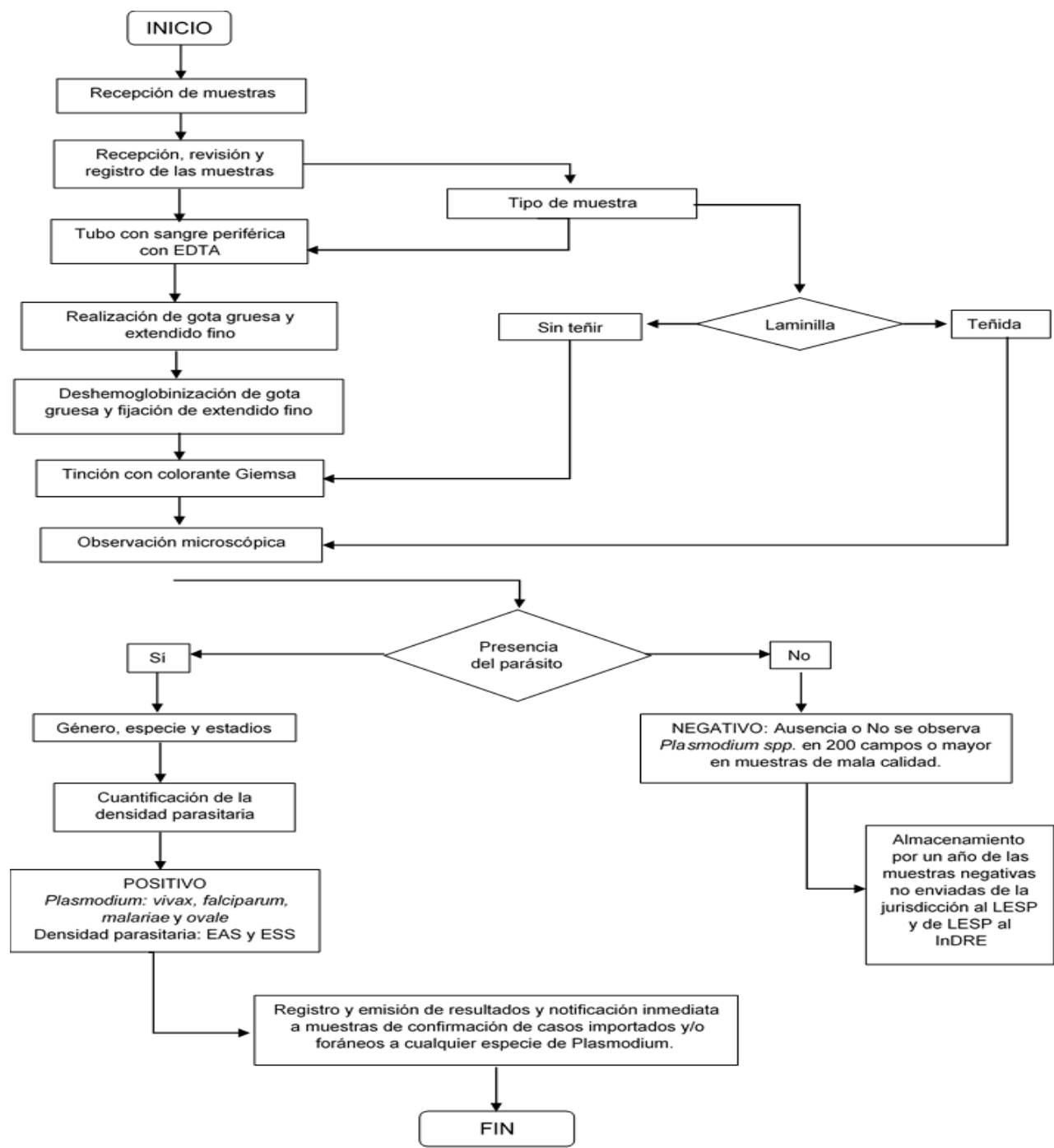
ALGORITMO PARA LA DETECCIÓN DE *Trypanosoma cruzi*



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO LI

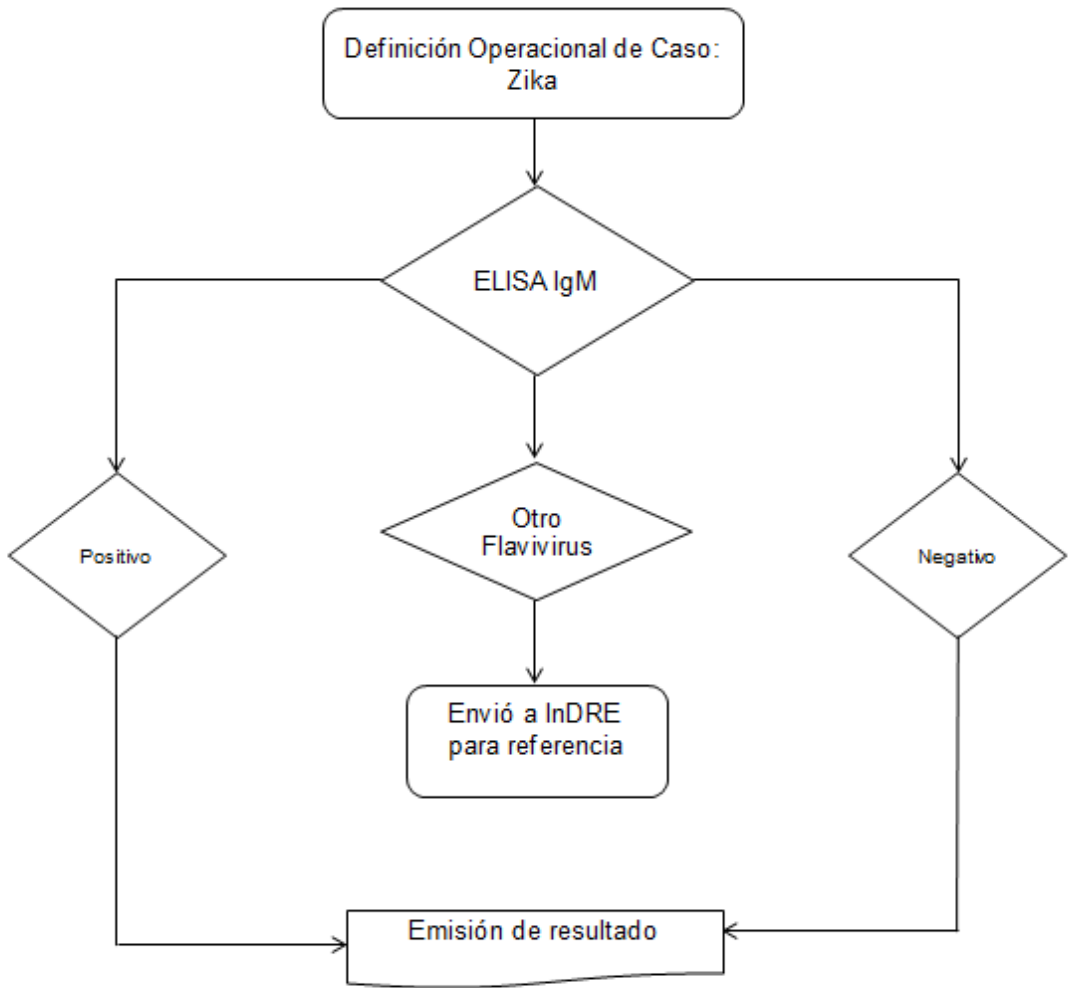
ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE PALUDISMO



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO LII

### ALGORITMO DE LABORATORIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ZIKA MEDIANTE USO DE ELISA IGM, PARA SEGUIMIENTO DE EMBARAZADAS EN FASE CONVALECIENTE Y RECIÉN NACIDOS (6-30 DÍAS DE EVOLUCIÓN).

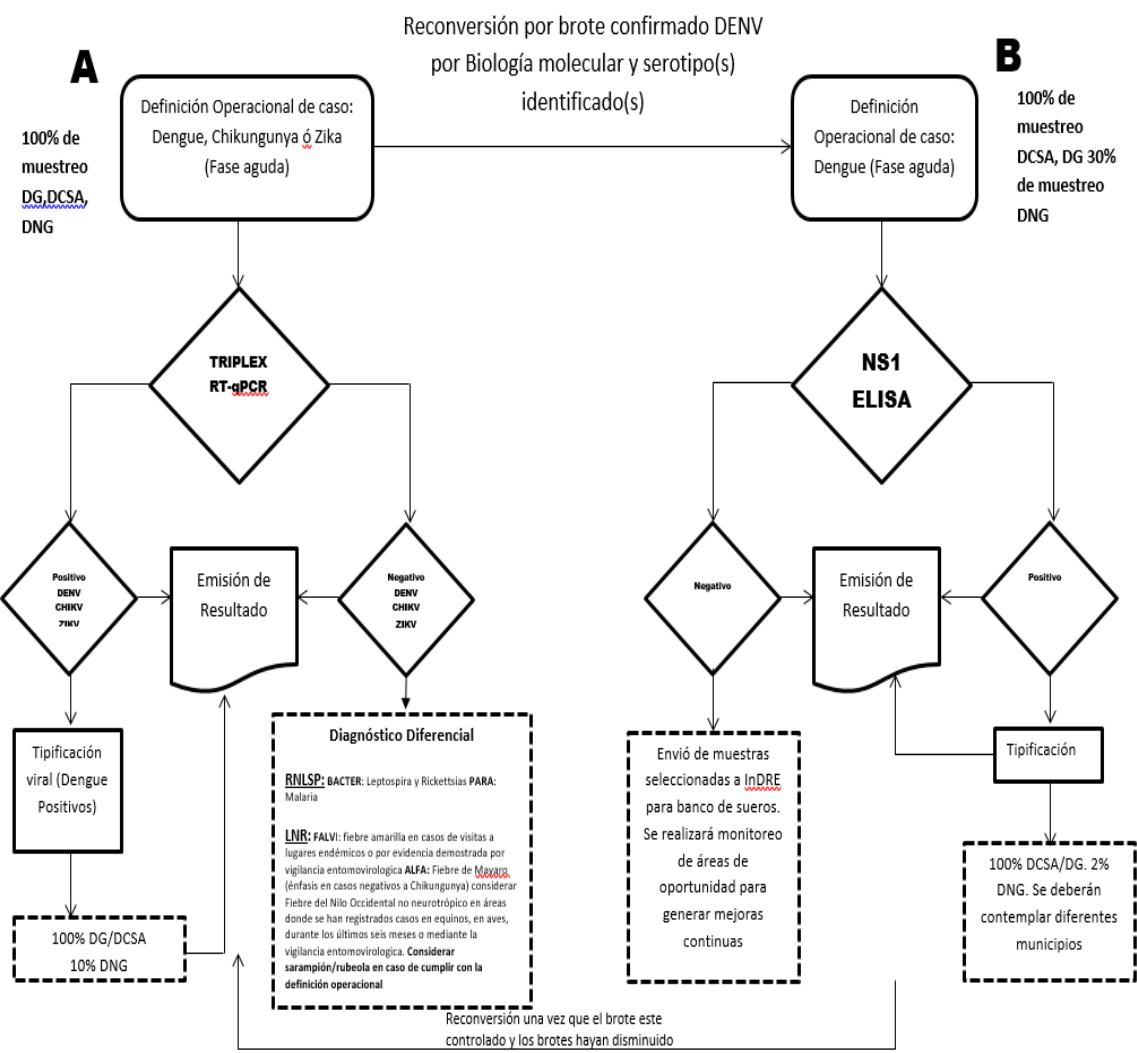


Algoritmo de laboratorio para la vigilancia de ZIKA mediante uso de ELISA IgM en fase convaleciente, para mujeres embarazadas SIN toma de muestra en fase aguda y seguimiento a malformaciones congénitas.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO LIII

RECONVERSION DE ALGORITMO DE LABORATORIO PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE EN SITUACIONES DE BROTE CONFIRMADO Y SEROTIPOS IDENTIFICADOS POR RT Q PCR EN MUESTRA DE FASE AGUDA.



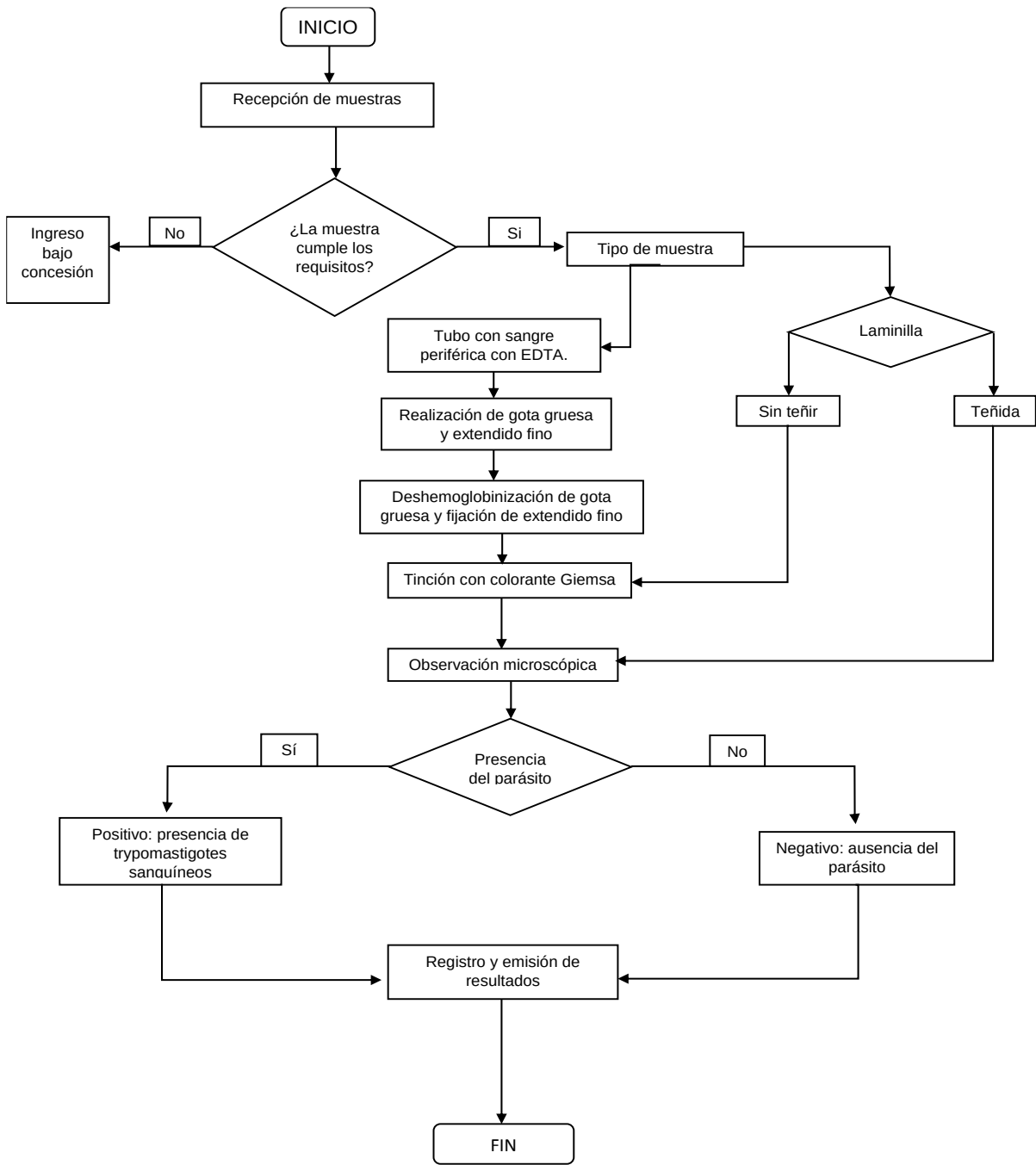
Este algoritmo hace más eficiente la vigilancia en casos de emergencia epidemiológica por brotes por DENV. Antes de la reconversión y posterior a su aprobación en el CEVE, se debe informar al InDRE y a la DGE.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO LIV

### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS POR MICROSCOPIA



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

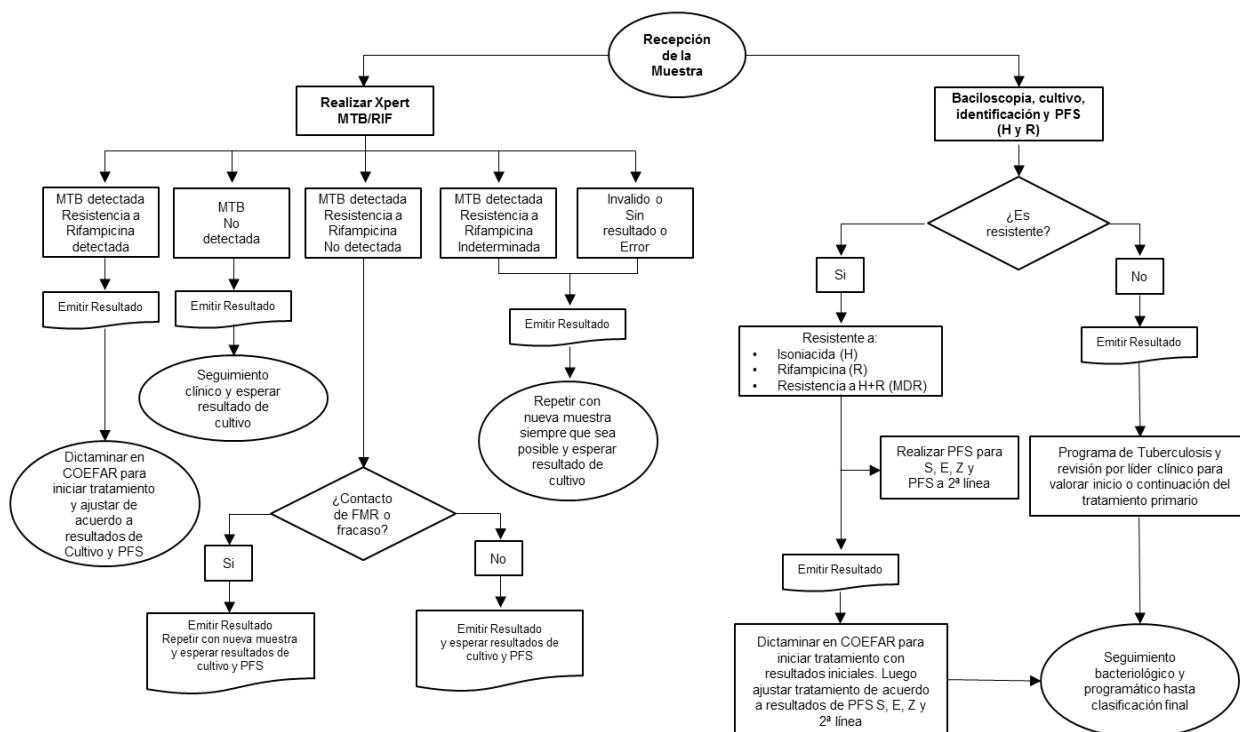
VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO LV

### ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRA-PULMONAR EN GRUPOS DE RIESGO DE FARMACORESISTENCIA.

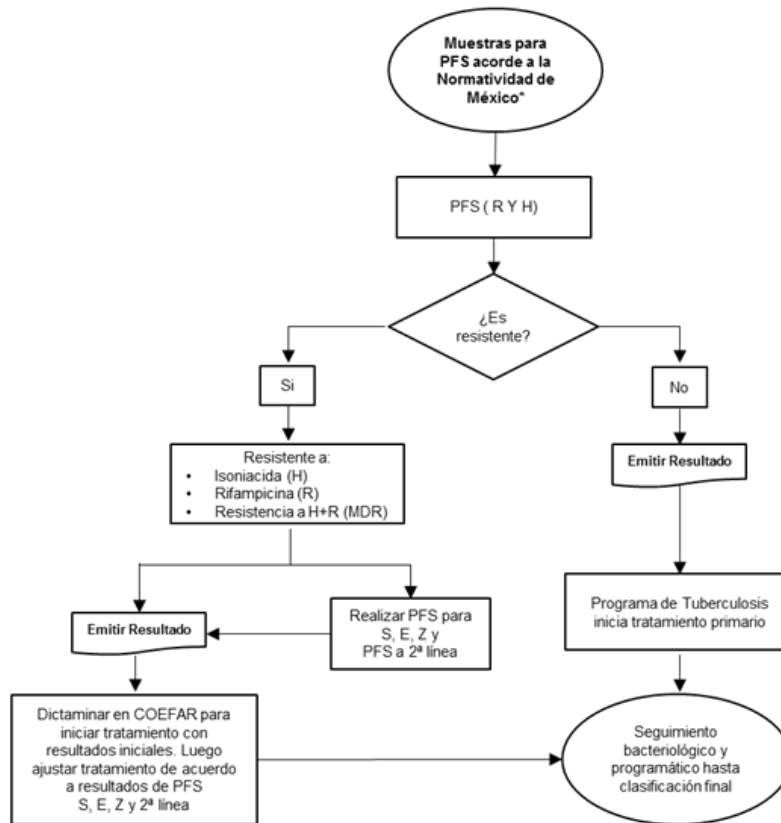


\*Grupos de Riesgo para farmacoresistencia: Fracaso a retratamiento, Contacto de caso FR, Fracaso a tratamiento primario, BK positiva al 2do mes del tratamiento, Recaida, Pérdida en el seguimiento (abandono), Comorbilidades (VIH/sida, DM descontrolada).  
**Otros grupos de riesgo:** Personal de salud, privados de la libertad, fracaso de tratamiento en sector privado, comorbilidades asociadas con mala absorción o diarrea.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO LVI

### ALGORITMO PARA PRUEBAS DE FARMACOSENSIBILIDAD PARA GRUPOS DE RIESGO DE TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE EN LA RED DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA.



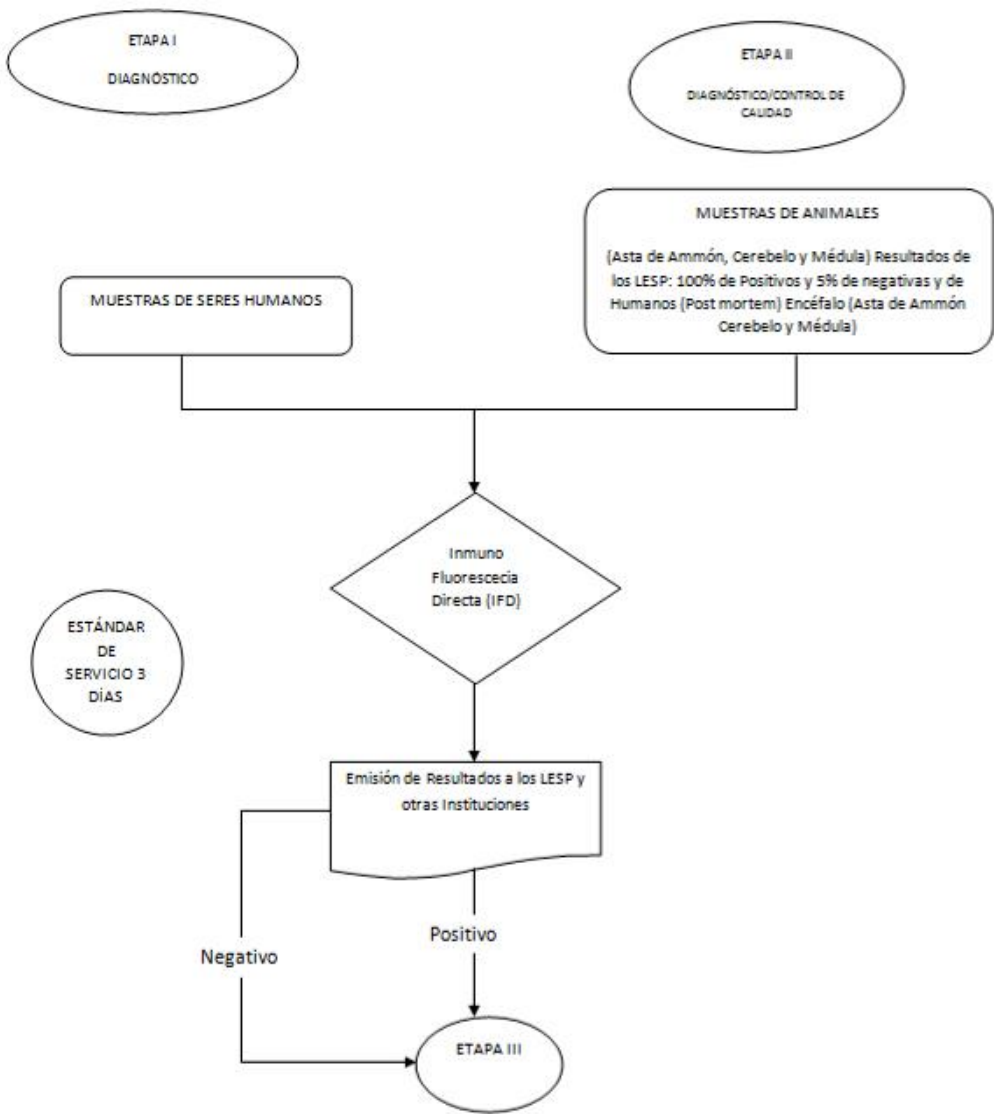
\*Grupos de Riesgo para farmacoresistencia: Fracaso a retratamiento, Contacto de caso FR, Fracaso a tratamiento primario, BK positiva al 2do mes del tratamiento, Recaida, Pérdida en el seguimiento (abandono), Comorbilidades (VIH/sida, DM descontrolada).

Otros grupos de riesgo: Personal de salud, privados de la libertad, fracaso de tratamiento en sector privado, comorbilidades asociadas con mala absorción o diarrea.

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO LVII

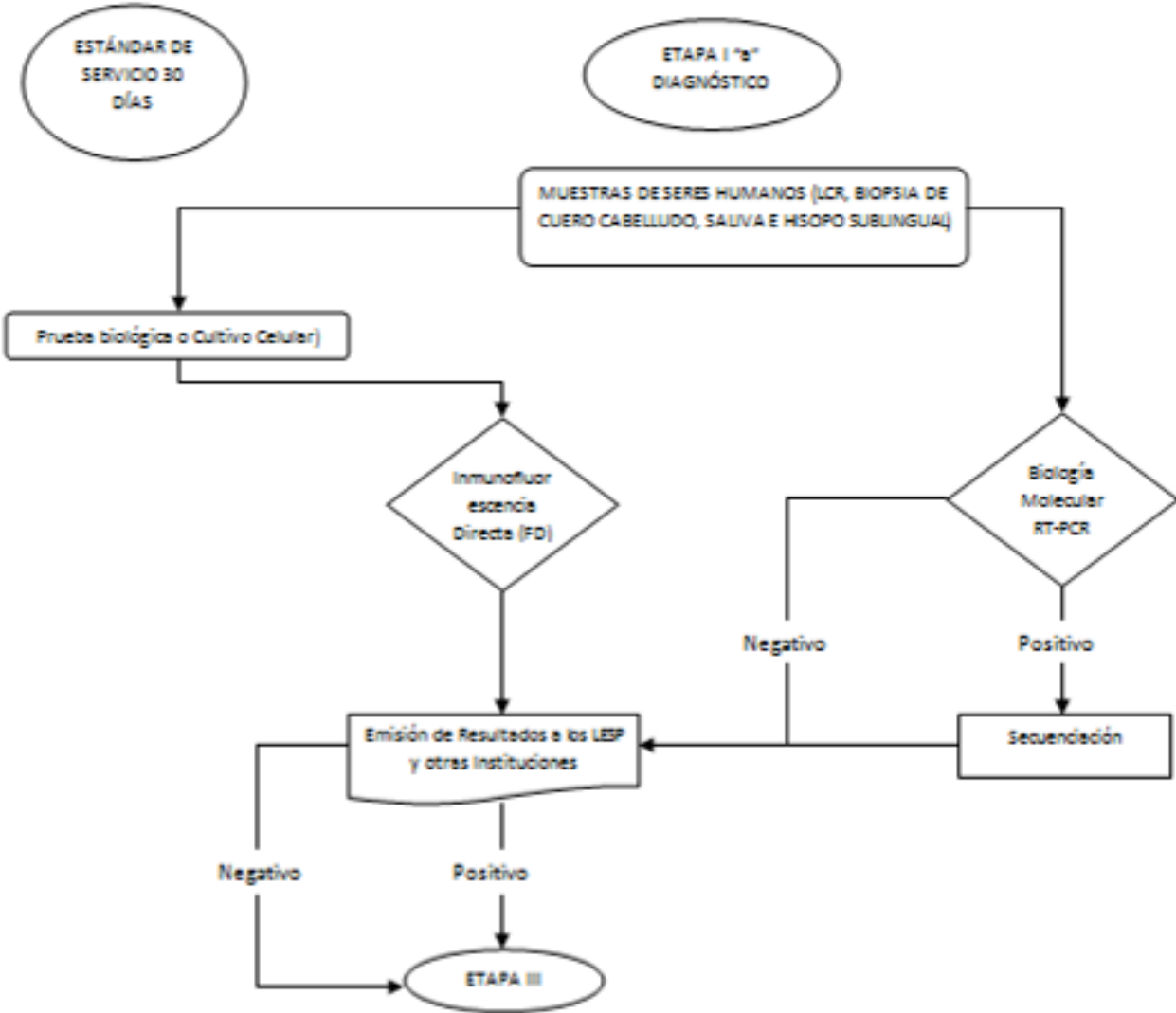
ETAPA I Y II: ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE CALIDAD EN LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE SALUD PÚBLICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE RABIA.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO LVIII

ETAPA I “A”: ALGORITMO DIAGNÓSTICO MUESTRAS ANTE MORTEM (HUMANOS) PARA LA INOCULACIÓN INTRACEREBRAL DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO, SALIVA E HISOPO SUBLINGUAL DE HUMANO EN RATÓN POR PB Y CULTIVO CELULAR.

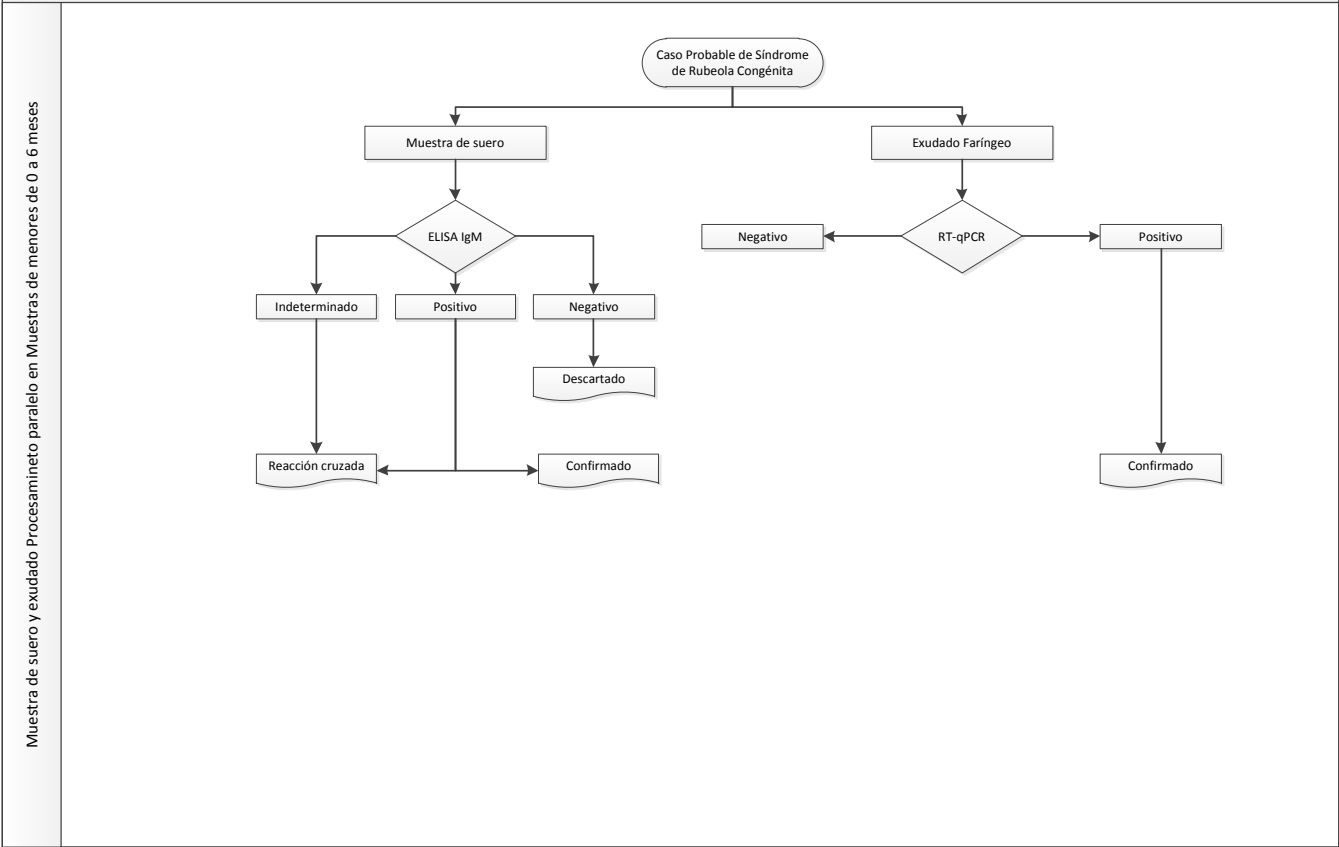


|                                      |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

ANEXO LIX

**ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA DE 0 A 6 MESES.**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico diferencial paralelo, Envío al IndRE: Laboratorios liberados solicitar Servicios de Referencia, Laboratorios NO liberados solicitar Servicio de Control de calidad. Evaluar. Se deben enviar ambas muestras para realizar el diagnóstico.</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



# LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Rev. N°:  
7

VIGENTE A PARTIR DE:  
2023-01-03

MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,  
CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS  
EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

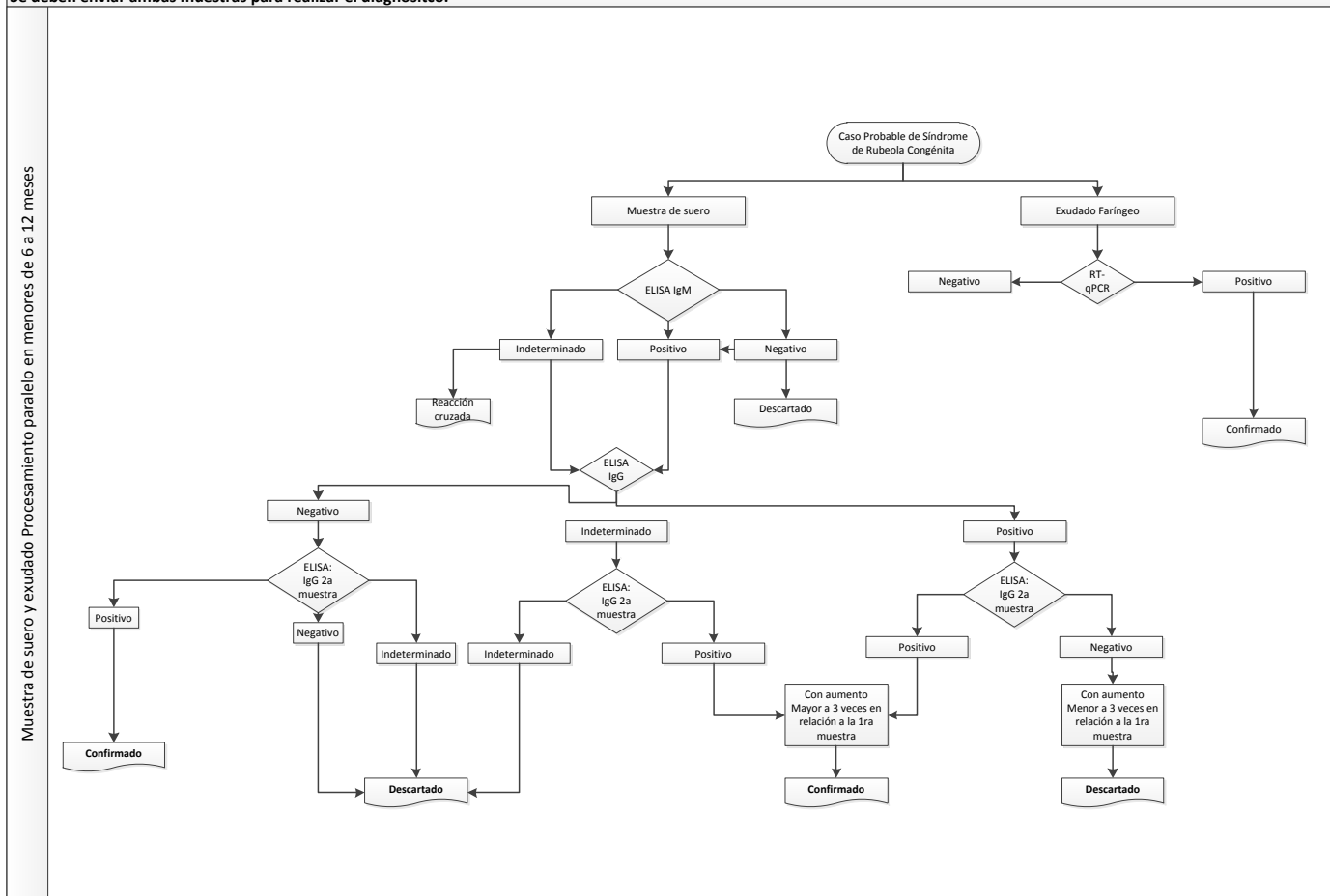
CLAVE:  
MA GC 04-7

## ANEXO LX

### ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE RUBÉOLA CONGÉNITA DE 6 A 12 MESES.

\*Diagnóstico diferencial paralelo, Envío al IndRE: Laboratorios liberados solicitar Servicio de Referencia, Laboratorios NO liberados solicitar Servicio de Control de Calidad. Evaluar.

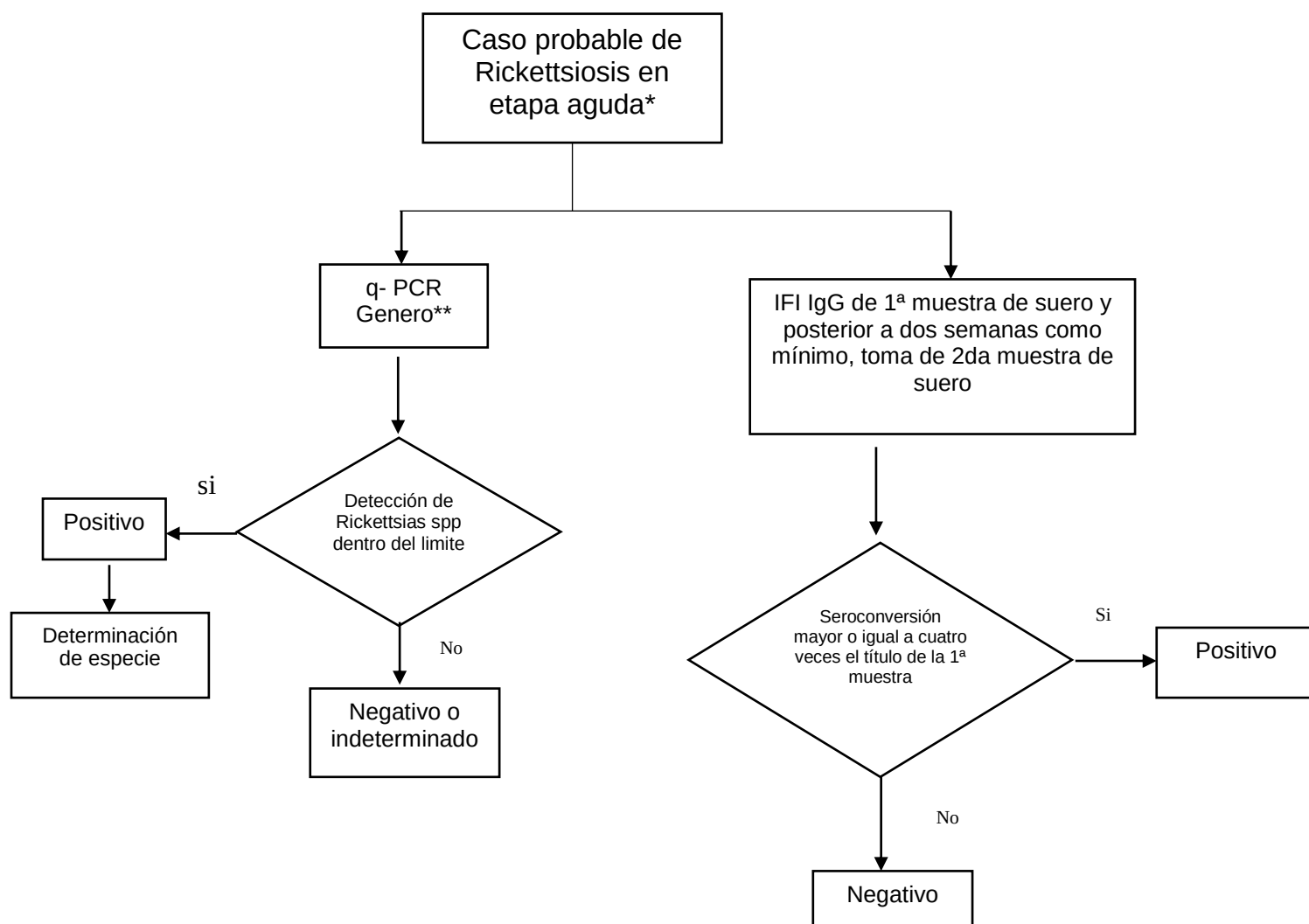
Se deben enviar ambas muestras para realizar el diagnóstico.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## ANEXO LXI

### ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE RICKETTSIOSIS.



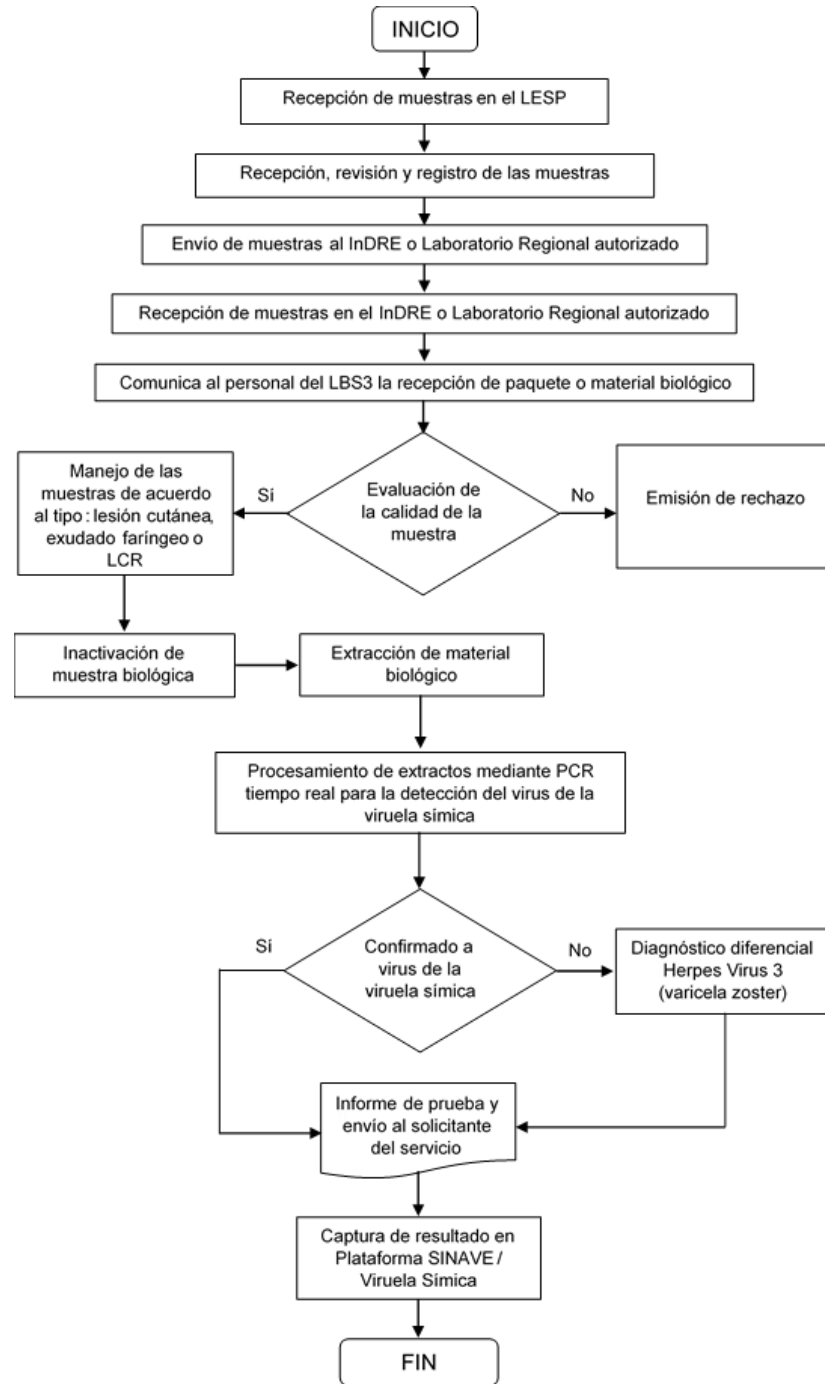
\*Etapa aguda menor o igual a 14 días de la enfermedad

\*\*Solo para defunciones o sintomatología severa (fiebre y sintomatología general acompañada de exantema y/o extravasación de sangre y/o alteraciones gastrointestinales y/o neurológicas.



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

**ANEXO LXII**  
**ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE MUESTRAS DE VIRUELA SÍMICA.**



| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
2. NMX-CC-9001-IMNC-2015. Sistemas de gestión de la calidad–Requisitos.
3. NMX-EC-17025-IMNC-2018. Requisitos Generales para la Competencia de Laboratorios de Ensayo y Calibración.
4. NMX-EC-15189-IMNC-2015. Laboratorios clínicos-Requisitos de la calidad y la competencia.
5. ISO 35001:2019. Gestión del riesgo biológico en laboratorios y otras organizaciones relacionadas.
6. NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
7. NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
8. NOM-045-SSA2-2015, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud.
9. Manual de procedimientos para la toma de la muestra de Citología Cervical, Centro Nacional de Equidad de género y Salud Reproductiva, 2009.
10. Manual para el envío y recepción de muestras para diagnóstico (REMU- MA-01/5), 2018.
11. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis parte 1, Baciloscopia. OPS-OMS, 2008.
12. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis parte 2, Cultivo. OPS-OMS, 2008.
13. Manual de procedimientos de laboratorio de lepra. Secretaría de Salud, InDRE, 2000.
14. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Brucelosis, 2016.
15. Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de las Hepatitis Virales, 2017.
16. Lineamientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de la enfermedad respiratoria viral, mayo del 2021.
17. Lineamientos de vigilancia por laboratorio de la enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana), 2019.
18. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Leishmania, 2019.
19. Lineamientos de vigilancia por laboratorio del Paludismo, 2019.
20. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Enfermedad Diarreica Aguda Bacteriana, 2018.
21. Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de Dengue y otras Arbovirosis, 2021.
22. Lineamientos para la vigilancia Entomológica por laboratorio, 2017.
23. Lineamientos por Laboratorio para la vigilancia epidemiológica de la carga viral y subpoblaciones Linfocitarias en individuos infectados por el VIH. 2015
24. Lineamientos para los Programas de Evaluación Externa del Desempeño de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, 2015.
25. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de la Sífilis y otras Infecciones de

| LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA |                                    |                                                                                                                     |                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Rev. N°:<br>7                        | VIGENTE A PARTIR DE:<br>2023-01-03 | MANUAL PARA LA TOMA, IDENTIFICACIÓN, MANEJO,<br>CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS<br>EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS | CLAVE:<br>MA GC 04-7 |

- Transmisión Sexual, 2017.
26. Lineamientos para la Vigilancia por laboratorio de la Enfermedad Febril Exantemática, 2018.
  27. Lineamientos para la Vigilancia por laboratorio de la Leptospirosis, 2018.
  28. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la Tosferina, 2017.
  29. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de Tuberculosis, 2019.
  30. Lineamientos para la vigilancia por Laboratorio de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), 2017
  31. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de la gastroenteritis viral: Rotavirus, Norovirus, Astrovirus y Adenovirus entéricos, febrero 2020.
  32. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de Rabia, 2017.
  33. Lineamientos para la gestión del riesgo biológico, 2015.
  34. Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de las Rickettsiosis, 2017.
  35. Lineamientos para la vigilancia por laboratorio de cáncer del cuello del útero: Laboratorio de citología, 2016.
  36. Estrategia de tamizaje de Cáncer de Cuello uterino con Reacción en Cadena de Polimerasa, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
  37. Lineamientos para la Vigilancia por laboratorio de las infecciones respiratorias agudas graves e infecciones bacterianas invasivas por *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*, 2017.
  38. Lineamientos para el reconocimiento a la competencia técnica de los laboratorios que apoyan a la vigilancia epidemiológica, 2015.
  39. MA GC 03 Manual de bioseguridad y biocustodia
  40. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por Vector. Agosto 2021.
  41. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de viruela símica. Versión 2.0. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Ciudad de México, México, octubre 2022.
  42. Guía para el abordaje de los casos de Viruela Símica en México, Gobierno de México. Noviembre 2022.
  43. Guía para el abordaje de los casos de Hepatitis Aguda Grave de causa desconocida en niñas, niños y adolescentes, consenso del Grupo de Expertos Intersectorial para la revisión de casos probables de Hepatitis Aguda Grave de causa desconocida en Niños, Secretaría de Salud Dirección General de Epidemiología México; 2022.