



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

REMU-F-12/7

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

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y/o Referencia: _____
Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno
 Domicilio: _____ Colonia: _____
 Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ C.P. _____
 Fecha de nacimiento: _____ o Edad: _____ Años _____ Meses _____ Días Sexo: M F I CURP: _____
 Entidad de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Hospitalizado: Si No Situación: Vivo Muerto

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

Justificación del envío: Diagnóstico Referencia Control de calidad Tipo de Vigilancia: Rutina Brote Contingencia
 Origen: Humana Animal Alimento Ambiental
 Tipo de muestra: Plasma Suero Orina Cepa Hisopo LCR Espudo Cerebro Hemocultivo
 Saliva Exudado faríngeo Exudado nasofaríngeo Biopsia Laminilla Gargarismo Impronta
 Sangre Piel Tejido cerebral Piel cabelluda Lavado nasofaríngeo Agua
 Heces: Sólidas Pastosas Líquidas
 Otras: _____
 Cantidad o volumen: _____ Fecha de toma: _____ Fecha de inicio de síntomas: _____

DIAGNÓSTICO SOLICITADO

Impresión diagnóstica: _____
 Estudio solicitado: _____ / _____
Clave Descripción

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

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

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

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

¿Ha recibido tratamiento antituberculosis? Sí No

En caso afirmativo indique cual(es):

Estreptomina Isoniacida Rifampicina Etambutol
 Pirazinamida Etionamida Otras: _____

Fecha última toma: _____

Antecedentes citopatológicos:

Tipo de revisión: Primera vez Después de 3 años Subsecuente

Actividad sexual: Sí No Edad de inicio: _____

Número de parejas sexuales: _____

Antecedentes de Vacunación para VPH: Sí No

Fecha de vacunación: _____

Sintomatología: Ardor Prurito Secreción y/o Leucorrea

Situación Gineco-obstétrica: Puerperio o postaborto Postmenopausa

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

Factores de riesgo para infección por VIH:

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

Fiebre:

Fecha de inicio: _____ Temperatura: _____

Duración: _____ Días Periodicidad: _____

Signos y síntomas generales:

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

Exantema y piel:

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

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Respiratorios:

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

Cardiovascular:

Miocarditis Endocarditis Pericarditis Vasculitis Flebitis

Sistema Nervioso Central:

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

Génito urinario:

Dolor durante la micción Uretritis Insuficiencia renal

Lesiones en genitales: Úlceras Vesículas

Chancro Chancroide Flujo vaginal Embarazo

Fecha de última regla: _____

Semanas de gestación: _____

Gastrointestinal:

Anorexia Dolor abdominal Constipación Tenesmo

Diarrea recurrente Diarrea sanguinolenta Mucosa

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

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

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

- No. de cuadros diarreicos durante el año: _____

Deshidratación: Leve Moderada Severa

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

Ha expulsado lombrices: Sí No Fecha de expulsión: _____

Ha expulsado proglótidos: Sí No Fecha de expulsión: _____

Estadio de la enfermedad

Agudo Crónico Sintomático Asintomático Localizado

Diseminado Recaída Convaleciente Defunción

Otros: _____

Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:

Fragilidad capilar Petequias Equimosis Gingivorragia Epistaxis
 Melena Hematuria Rectorragia Hematemesis Metrorragia
 Shock Plaquetopenia Hemocentración Eosinofilia

Tratamiento:

¿Ha recibido tratamiento? Sí No

¿Cual? _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Dosis Convencional Especial

Especifique: _____

Antecedentes vacunales:

Tipo de vacuna: _____

Fecha de primera vacuna: _____

Fecha de última dosis: _____

Notas adicionales:

(Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)

Fuente de información:

Registro hospitalario Vig. Epid. Activa Certificado de defunción

Servicios de atención:

Consulta externa Hidratación oral Urgencias Hospitalización

Motivo del término de la atención:

Mejoría Alta voluntaria Defunción

Fecha de término de la atención: _____

Observaciones:

- No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de este formato
- Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formato
- Utilizar letra de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra
- La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tela adhesiva, escrita con lápiz donde se incluyan los datos relevantes del caso como:
-Nombre o clave, diagnóstico presuntivo, fecha de toma, tipo de muestra indicando también si es la 1a. 2a. 3a. etc., Si es cepa anotar la fecha de siembra y el tipo de muestra.
- Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado
- No se recibirán muestras en envases de cristal