



LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
 CALLE CARLOS ABEDRO DÁVILA
 DÁMASO RODRÍGUEZ S/N
 CENTRO METROPOLITANO C.P. 25022
 SALTILLO, COAHUILA. MEXICO
 TEL. 8444121239, 8444108898 y 8444121831
 Correo electrónico: dir.lesp_coahuila@hotmail.com



F-RM-001

SOLICITUD DE SERVICIOS DE LABORATORIO

1.- JURISDICCIÓN: _____

2.- DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

INSTITUCION: _____
 PERSONA RESPONSABLE DEL ENVIO: _____
 CALLE: _____ COL: _____
 POBLACION: _____ ESTADO: _____
 TEL: _____ FAX: _____ CORREO ELECTRONICO _____

3.- DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE O CLAVE: _____
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)
 DIRECCIÓN: _____ COL: _____ CIUDAD: _____
 ESTADO: _____ EDAD: _____ / _____ / _____ / FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ /
 AÑOS MESES DÍAS AÑO MES DÍA
 GÉNERO () M () F OCUPACIÓN: _____
 HOSPITALIZACIÓN: () SI () NO SITUACIÓN DEL PACIENTE: () VIVO () MUERTO

4.- INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

DIAGNÓSTICO () REFERENCIA () CONTROL DE CALIDAD () BROTE ()
 ORIGEN: () HUMANA () ANIMAL () ALIMENTO () AMBIENTAL
 TIPO DE MUESTRA: () SUERO () PLASMA () SANGRE () ORINA () CEPA () LCR () EXUDADO FARINGEO () EXUDADO NASOFARINGEO () PIEL CABELLUDA () LAMINILLA () UÑAS () GARGARISMO () IMPRONTA () PIEL
 ESPUTO: () CON SANGRE () MUCOPURULENTO () SALIVA () TEJIDO CEREBRAL () BIOPSIA () LAVADO NASOFARINGEO
 HECES: () SÓLIDA () PASTOSA () LÍQUIDA OTRA: _____
 MUESTRA: () ÚNICA () 1ª () 2ª () 3ª OTRAS: _____
 FECHA DE TOMA: _____ / _____ / _____ FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS _____ / _____ / _____ No. PLATAFORMA _____

5.- DIAGNOSTICO SOLICITADO

DISGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____
 ESTUDIO (S) SOLICITADO (S): _____

6.- INFORMACIÓN PARA EL DIAGNOSTICO

ESTUDIOS REALIZADOS PREVIAMENTE: _____
 VIVE EN ZONA ENDEMICA _____
 FECHA INICIO DE PARALISIS _____ / _____ / _____ ¿HA ESTADO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? () SI () NO () SE IGNORA
 PARENTESCO: _____
 EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: _____ / _____ / _____ / Y _____
 DÍA MES AÑO LUGAR GEOGRÁFICO
 ¿EFECTUÓ ALGUN VIAJE A LOS DÍAS PREVIOS DE LA ENFERMEDAD? () SI () NO ¿CUANTOS DÍAS ANTES? _____
 ESPECIFICA LOS LUGARES VISITADOS _____ INGESTION DE LACTEOS () SI () NO
 EXPOSICIÓN CON ANIMALES: () SI () NO ESPECIE ANIMAL: _____

7.- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNOSTICO

7.1 EN CASO DE SOSPECHA DE RABIA CONTESTE LO SIGUIENTE:
 ¿SUFRIÓ AGRESIÓN POR PARTE DEL ANIMAL SEÑALADO? () SI () NO SITIO ANATÓMICO DE LA LESION: _____
 NÚMERO DE PERSONAS EN CONTACTO CON EL ANIMAL: _____
 EDAD DEL ANIMAL: _____ FECHA DE MUERTE DEL ANIMAL: _____ / _____ / _____ CAUSA DE LA MUERTE: _____
 DÍA MES AÑO
 TIPO DE VACUNA: _____ FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS _____ / _____ / _____ NO. CASO _____
 DÍA MES AÑO
 SIGNOS DEL ANIMAL AGRESOR:
 () AGRESIVIDAD () FOTOFOBIA () HIDROFOBIA () ANOREXIA () AEROFOBIA () SALIVACIÓN PROFUSA
 () INCOORDINACIÓN () INQUIETUD () PARÁLISIS () MANDÍBULA CAÍDA () SALIVACIÓN LÍQUIDA
 () PARALISIS () AGRESOR () VÍCTIMA

CONTINUA

<p>7.2 EN CASO DE SOSPECHA DE TUBERCULOSIS CONTESTE LO SIGUIENTE: ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS? () SI () NO FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA: ____/____/____/ EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUAL (ES): () ESTREPTOMICINA () ISONIACIDA () RIFAMPICINA () ETAMBUTOL () PIRAZINAMIDA () ETIONAMIDA OTRAS: ____</p> <hr/> <p>ÁREA EXCLUSIVA DE LLENADO POR EL LABORATORIO QUE REALIZA LA PRUEBA.</p> <p>RESULTADOS: BACILOSCOPIA: () NEGATIVO () POSITIVO + () POSITIVO++ () POSITIVO+++ CULTIVO: () NEGATIVO () POSITIVO Nº DE COLONIAS (1 – 19) () POSITIVO+ () POSITIVO++ () POSITIVO+++ () CONTAMINADO</p> <p>P. SENSIBILIDAD: () ESTREPTOMICINA () ISONIACIDA () RIFAMPICINA () ETAMBUTOL () PIRAZINAMIDA () ETIONAMIDA PCR _____ OTRAS: _____ IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE RESULTADO: ____/____/____/</p>	<p>7.11 SIGNOS Y SINTOMAS GENERALES () ENFERMEDAD CRONICA () PERDIDA DE PESO () FATIGA () ARTRALGIAS () ESCALOFRÍO () MIALGIAS () SUDORACIÓN PROFUSA () POSTRACIÓN () DOLOR RETROcular () DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL () CONJUNTIVITIS () CEFALEA () PRESENCIA DE QUISTE / NÓDULO () UVEÍTIS () GEOFAGIA () ICTERICIA () LESIÓN EN MUCOSAS () CORIORRETINITIS () ESPLENOMEGALIA () HEPATOMEGALIA () EDEMA () LINFADENOPATIA (CERVICAL, SUPRACLAVICULAR O RETROAURICULAR)</p> <hr/> <p>7.12 GENITO URINARIO () DOLOR DURANTE LA MICCIÓN () URETRITIS () INSUFICIENCIA RENAL -LESIONES EN GENITALES () ÚLCERAS () VESÍCULAS () CHANCRO () CHANCROIDE () FLUJO VAGINAL () EMBARAZO () SINDROME URÉMICO HEMOLITICO () ANTECEDENTES DE MEGASINDROME FECHA ÚLTIMA REGLA ____/____/____</p> <hr/> <p>7.13 ESTADIO DE ENFERMEDAD () SINTOMÁTICO () ASINTOMÁTICO () AGUDO () CRÓNICO () DISEMINADO () LOCALIZADO () RECAÍDA () CONVALECIENTE () DEFUNCIÓN OTROS _____</p>
<p>7.3 FACTORES DE RIESGO PARA INFECCION POR VIH Y/O ITS () PAREJA () HEPATITIS () TRANSFUSION () DONADOR () HEMOFÍLICO () PROMISCUO () HIJO DE MADRE INFECTADA () HETEROSEXUAL () HOMOSEXUAL () BISEXUAL () SEXOSERVIDOR(A) () USO DE DROGAS IV</p> <hr/> <p>7.4 FIEBRE. FECHA DE INICIO ____/____/____ TEMPERATURA _____ DURACIÓN: _____ DÍAS DE PERIODICIDAD: _____</p>	<p>7.14 HEMORRAGIAS Y ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS () FRAGILIDAD CAPILAR () EQUIMOSIS () PLAQUETOPENIA () EPISTAXIS () MELENA () HEMATEMESIS () HEMOCONCENTRACION () HEMATURIA () PETEQUIAS () GINGIVORRAGIA () RECTORRAGIA () EOSINOFILIA () METRORRAGIA</p>
<p>7.5 EXANTEMA Y PIEL. FECHA INICIO ____/____/____ FECHA TÉRMINO ____/____/____ () MACULAR () PAPULAR () ERITEMATOSO () VESICULAR () COSTRA () PÚSTULA () KOPLIK () CORIZA () NODULOS</p> <hr/> <p>7.6 RESPIRATORIOS: () RINITIS () NEUMONÍA () GARINGITIS () DISEÑA () DISFONÍA () TOS SECA () TOS PAROXISTICA () TOS PRODUCTIVA () CIANOSIS () DOLOR Ó ARDOR DE GARGANTA () RINORREA () APNEA () HEMOPTISIS () CONGESTIÓN NASAL () DISNEA</p>	<p>7.15 TRATAMIENTO ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS Y/O RETROVIRALES () SI () NO ¿CUÁL? _____ FECHA DE INICIO ____/____/____ FECHA DE TÉRMINO ____/____/____ DOSIS () CONVENCIONAL () ESPECIAL ESPECIFIQUE: _____</p>
<p>7.7 CARDIOVASCULAR () MIOCARDITIS () ENDOCARDITIS () PERICARDITIS () VASCULITIS () FLEBITIS</p> <hr/> <p>7.8 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL () CONVULSIONES () MENINGITIS () HIDROCEFALIA () CALCIFICACIONES () PARÁLISIS EXTREMIDADES INFERIORES () PARALISIS EXTREMIDADES SUPERIORES () COMA () INCOORDINACIÓN () PARANOIA () ALUCIONACIONES () CAMBIOS DE CONDUCTA () FOTOFOBIA () HIDROFOBIA () HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL</p>	<p>7.16 ANTECEDENTES VACUNALES TIPO DE VACUNA: _____ 1ª.FECHA DE VACUNACIÓN ____/____/____ FECHA ULTIMA DOSIS ____/____/____ No. DOSIS. ____ NOTAS ADICIONALES:(RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE IMPORTANTES EN EL CASO)</p>
<p>7.9 GASTROINTESTINAL () DIARREA RECURRENTE () DIARREA SANGUINOLENTA () MUCOSA CONSISTENCIA DE LA DIARREA: () SÓLIDA () PASTOSA () LIQUIDA () PROLONGADA(< SEM) NÚM. DE EVACUACIONES EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS _____ EVACUACIONES DIARREICAS EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS: _____ No. CUADROS DIARREICOS DURANTE EL AÑO: _____ DESIDRATACION () LEVE () MODERADA () SEVERA () CONSTIPACIÓN () ANOREXIA () DOLOR ABDOMINAL () VÓMITO</p>	<p>7.17 OBSERVACIONES: A) NO SE RECIBIRÁ MUESTRA ALGUNA SI NO VIENE ACOMPAÑADA DE ESTE FORMATO B) VERIFICAR QUE EL NOMBRE DEL PACIENTE SEA EL MISMO EN LA MUESTRA QUE EN ESTE FORMATO C) UTILIZAR LETRA DE MOLDE EN EL FORMATO Y EN LA ETIQUETA DE LA MUESTRA D) LA MUESTRA DEBE IDENTIFICARSE UTILIZANDO UNA CINTA DE TELA ADHESIVA, ESCRITA CON LÁPIZ DONDE SE INCLUYAN LOS DATOS RELEVANTES DEL CASO COMO: -NOMBRE O CLAVE -DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO -FECHA DE TOMA -TIPO DE MUESTRA INDICANDO TAMBIÉN SI ES LA 1a. 2a. 3a. ETC. -SI ES CEPA ANOTAR LA FECHA DE SIEMBRA Y TIPO DE MUESTRA E) ENVIAR LA MUESTRA ADECUADA Y EN CANTIDAD SUFICIENTE AL ESTUDIO SOLICITADO F) NO SE RECIBIRÁN MUESTRAS EN ENVASES DE CRISTAL</p>
<p>7.10 INFLUENZA () MALESTAR GENERAL () INICIO SÚBITO () CONTACTO CON POLLO FECHA DE CONTACTO ____/____/____ LUGAR DE CONTACTO _____ SE APLICÓ VACUNA ANTI-INFLUENZA () SI () NO () ESCONOCIDO FECHA: ____/____/____</p>	



LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
CALLE CARLOS ABEDROP DÁVILA
DÁMASO RODRÍGUEZ S/N
CENTRO METROPOLITANO C.P. 25022
SALTILLO, COAHUILA. MEXICO
TEL. 8444121239, 8444108898 y 8444121831
Correo electrónico: dir.lesp_coahuila@hotmail.com



INSTRUCCIONES DE LLENADO

- 1.- Registrar el nombre de la jurisdicción de origen.
- 2.- Señalar la institución de procedencia, todos los datos de la persona responsable del envío, indicar calle, colonia, población, estado, número telefónico, fax y correo electrónico. En caso de provenir de particular dejarlo asentado.
- 3.- Registrar los datos del paciente ò clave con el siguiente orden: apellido paterno, apellido materno y nombre(s) y además datos solicitados.
- 4.- Marcar si la muestra es para diagnostico, referencia o control de calidad, indicar el tipo de origen de la muestra: humana, ambiental, etc., así como de que se trata: suero, orina, flema etc. Señalar si es 1º muestra, segunda, etc. Indicar la fecha en que se realiza la toma y la fecha de inicio de los síntomas, número de plataforma
- 5.- Indicar claramente el diagnostico presuntivo y el estudio específico en caso. El medio de transporte no es señal de estudio implícito.
- 6.- Es importante indicar si se han realizado estudios previos, si ha estado en contacto con casos similares, si se ha realizado algún viaje, o ha estado en contacto con animales.
- 7.- Llenar los datos de la información complementaria según el diagnostico solicitado.
 - 7.1.- Llenar con los datos necesarios en caso de sospecha de rabia.
 - 7.2.- Para el caso de tuberculosis indicar si ha recibido tratamiento y especificar el tipo de antibiótico. Si es diagnostico indicar los resultados previos del laboratorio.
 - 7.3.- Indicar los antecedentes para sospecha de VIH. y/o infecciones de transmisión sexual.
 - 7.4.- En caso de fiebre cuantificarla, anotar la fecha de inicio y de período.
 - 7.5.- En caso de lesiones dérmicas, indicar la fecha de inicio y término, así como el tipo de exantema que se trata.
 - 7.6.- Indicar síntomas como rinitis, tos seca, paroxística o productiva, rinorrea, etc.
 - 7.7.- Indicar si el paciente presenta miocarditis, endocarditis, etc.
 - 7.8.- Señalar si existen convulsiones, incoordinación, cambios de conducta, etc.
 - 7.9.- En el caso de diarrea importante señalar el número de evacuaciones y su consistencia.
 - 7.10.-Para el diagnostico de Influenza es importante indicar si estuvo en contacto con pollos y/o se aplico la vacuna anti-influenza.
 - 7.11.-Marcar todos los síntomas que presenta el paciente, como la perdida de peso, cefalea, conjuntivitis, etc.
 - 7.12.-En las infecciones del aparato urinario indicar si presenta ulceras, flujo vaginal, etc.
 - 7.13.-Indicar el estadio de la enfermedad, según fase en que se encuentre el paciente.
 - 7.14.-Indicar si hay hemorragias y alteraciones hematológicas, si se manifiestan alteraciones hepatológicas, como lo es en algunos casos de pacientes con VIH o por fragilidad capilar.
 - 7.15.-Es de suma importancia indicar si el paciente a iniciado algún tratamiento y especificar cual, señalando la fecha de inicio y término.
 - 7.16.-Indicar los antecedentes vacunales con que cuenta el paciente.
 - 7.17.-Revisar observaciones de aceptación.



LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA
CALLE CARLOS ABEDROP DÁVILA
DÁMASO RODRÍGUEZ S/N
CENTRO METROPOLITANO C.P. 25022
SALTILLO, COAHUILA. MEXICO
TEL. 8444121239, 8444108898 y 8444121831
Correo electrónico: dir.lesp_coahuila@hotmail.com



POLITICAS

- 1.- No se procesara ninguna muestra que no venga acompañada del formato de servicios del laboratorio.
- 2.- El llenado del formato se debe realizar con letra legible y de molde.
- 3.- No se puede adicionar logos o hacer modificaciones al Formato de servicios de laboratorio.
- 4.- Es necesario presentar el formulario de estudio en casos de enfermedad febril exantemática.
- 5.- En los casos de diagnostico para Rotavirus, Cólera y/o enterobacterias, es necesario presentar el estudio epidemiológico de caso de de enfermedades diarreicas agudas.
- 6.- En el caso de influenza es necesario que se presente el formato de notificación de SISVEFLU.
- 7.- Para el proceso de Dengue, Rickettsias y/o leptospirosis, Paludismo es indispensable indicar la fecha de toma, fecha de inicio de síntomas y la temperatura que presentó, además del estudio epidemiológico de caso de enfermedades transmitidas por vectores.
- 8.- Para el caso de diagnostico de paludismo es necesario presentar el formato de datos de la persona a quien se toma y quien toma la muestra y hacerla llegar la muestra inmediatamente.
- 9.- Es obligatorio en el caso de Poliovirus y síndrome coqueluchoide, anexar el estudio epidemiológico de caso e indicar los antecedentes vacunales con los que cuenta el paciente y/o anexar copia de la cartilla de vacunación.
- 10.- En caso de coqueluchoide es necesario enviar muestra de contactos intradomiciliarios dentro de los primeros 5 días de haber notificado el caso.
- 11.- Para el diagnostico de TB de pacientes solo se realiza cultivo, si el paciente es control de tratamiento con recaídas o abandona se realiza cultivo con antibiograma. Si el paciente es MDR solo cultivo de seguimiento, se deberá anexar el resumen del historial clínico.
- 12.- Para el envío de muestras para Carga viral y CD4 deberá ser acompañado del formato F1, el cual debe coincidir con el número de muestras señaladas en el oficio, indicando el estudio solicitado y el número de folio SALVAR.
- 13.- En el caso de muestras positivas para control de calidad se deberá anexar el formato de servicios del laboratorio.
- 14.- Cualquier información o documentación complementaria que no sea llenada es motivo de retención temporal la cual se tienen tres días para hacer llegar la información o de lo contrario se procederá a realizar el rechazo definitivo.
- 15.- Al no recibir las muestras en las condiciones adecuadas serán motivo de rechazo.