## Anexo 1A. Formato de evaluación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

* La evaluación inicia considerando el color del semáforo estatal para después evaluar las condiciones específicas del establecimiento con licencia sanitaria. Será conforme a la actualización de la nueva metodología definida por la Secretaría de Salud
* Deberá estar acorde con los criterios establecidos en el Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes: (periodicidad mensual, se enviará a los CEETRAS-COETRAS O CI, los cinco ÚLTIMOS días del mes que se reporta)
* La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA

Mes y año del reporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Color de semáforo estatal** | **Institución de salud** | **Número de RNT** | **Nombre del establecimiento con licencia** | **Programa (s)** | **Color del semáforo en el establecimiento**  **conforme a los criterios del Plan de Reactivación** | **Comentarios** |
| **Rojo, Naranja**  **Amarillo Verde** | **Rojo**  **Naranja**  **Amarillo**  **Verde** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

* Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
* Circuitos libres de COVID-19
* Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
* Laboratorio y gabinete: pruebas RT-PCR, TAC
* Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
* Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica
* Consentimiento informado para COVID-19

Firma del Responsable Sanitario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo

C.c.p. Nombre. Secretario(a) de Salud del Estado.

## Anexo 1B. Formato de revisión y verificación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

* La evaluación será conforme a la actualización de la nueva metodología definida por la Secretaría de Salud
* Deberá estar acorde con los criterios establecidos en el Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes (periodicidad mensual), se enviará a CENATRA por las CCCI los cinco primeros días posteriores al mes que se reporta
* La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA

Mes y año del reporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entidad Federativa** | **Color de semáforo estatal** | **Institución de salud** | **Número de RNT** | **Nombre del establecimiento con licencia** | **Programa (s)** | **Color del semáforo en el establecimiento**  **conforme a los criterios del Plan de Reactivación** | **Comentarios** |
| **Rojo, Naranja**  **Amarillo Verde** | **Rojo**  **Naranja**  **Amarillo**  **Verde** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

* Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
* Circuitos libres de COVID-19
* Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
* Laboratorio y gabinete: pruebas RT-PCR, TAC
* Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
* Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica
* Consentimiento informado para COVID-19

Firma del Titular del Centro/Consejo Estatal de Trasplantes/Coordinación Institucional

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo

C.c.p. Nombre. Secretario(a) de Salud del Estado.

## Anexo 7. Formato 1. COVID-19 Notificación de caso en persona receptora

***Por favor, complete el formulario para LAS Y LOS PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE AFECTADOS. Debe ser llenado de forma electrónica o a mano y escaneado y enviado por mail a*** [*rnt.cenatra@salud.gob.mx*](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx)***. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | |
| RNT y nombre del establecimiento | |  | | | Fecha de reporte |  | | |
| Entidad federativa del establecimiento | |  | | | Fecha del trasplante |  | | |
| ID SIRNT (persona receptora) | |  | | | Órgano / tejido |  | | |
| Nombre y apellidos de la persona receptora | | | |  | | | | |
| Fecha de nacimiento | |  | | | CURP |  | | |
| Nombre, correo electrónico y cargo del profesional de la salud que notifica el caso: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN** | | | | | | | | |
| Fecha de inicio de datos clínicos (DD/MM/AA) | | | | |  | | | |
| Origen sospechado de la transmisión | | | | | Comunitario  Nosocomial | | | |
| Si respondió Nosocomial ¿Se sospecha transmisión por el donante? | | | | | Sí No No se sabe | | | |
| ¿Se le ha realizado tamizaje para COVID-19? | | | | | Sospechado/no tamizado  Confirmado | | | |
| Fecha de prueba confirmatoria | | | | |  | | | |
| Inmunosupresión en el momento o antes de la presentación de la infección | | | | | | | | |
| Tacrolimus | | | Sí  No | | Esteroides | | | Sí  No |
| Ciclosporina | | | Sí  No | | Azatioprina | | | Sí  No |
| MMF | | | Sí  No | | Globulina antitimocítica en los 3 últimos meses | | | Sí  No |
| Inhibidor mTor | | | Sí  No | | Otros (especificar) | | |  |
| **VACUNACIÓN** | | | | | | | | |
| ¿Ha sido vacunado? | Sí, esquema completo  Sí, esquema parcial  No | | | | Fechas vacunación:  1ª dosis:  2ª dosis:  Dosis adicionales: | |  | |
| Nombre de vacuna: |  | | | | ¿Presentó efectos postvacunales severos o graves? | | Sí  No  ¿Cuáles? | |

## Anexo 8. Formato 2. COVID-19 Seguimiento de caso en persona receptora

***Por favor, complete el formulario para LAS Y LOS PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE AFECTADOS. Debe ser llenado de forma electrónica o a mano y escaneado y enviado por mail a*** [*rnt.cenatra@salud.gob.mx*](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx)***. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | |
| RNT y nombre del establecimiento |  | | | | Fecha de reporte | |  | | |
| Entidad federativa del establecimiento |  | | | | Fecha del trasplante | |  | | |
| ID SIRNT (persona receptora) |  | | | | Órgano / tejido | |  | | |
| Nombre y apellidos de la persona receptora | | | |  | | | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | | | CURP | |  | | |
| Nombre, correo electrónico y cargo del profesional de la salud que notifica el caso: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO** | | | | | | | | | |
| Ingreso hospitalario requerido | | | | | | Sí  No | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, fecha de ingreso | | | | | |  | | | |
| Ingreso en UCI | | Sí  No | | | | Intubación | | Sí  No | |
| Terapia anti SARS-CoV-2 *(Describa la terapia antiviral u otra utilizada, incluyendo dosis)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Ajuste en la inmunosupresión *(Describa si hubo disminución, aumento, adición, suspensión, sin cambio)* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **EVOLUCIÓN DE LA O EL PACIENTE Y COMORBILIDADES** | | | | | | | | | |
| Distrés respiratorio | | | Sí  No | | | Diabetes | | | Sí  No |
| Falla multiorgánica | | | Sí  No | | | Hipertensión arterial | | | Sí  No |
| Shock séptico | | | Sí  No | | | Obesidad | | | Sí  No |
| **RESULTADO AL ALTA** | | | | | | | | | |
| Alta hospitalaria | | | | | | Sí  No Fecha: | | | |
| Fallecido | | | | | | Sí  No Fecha: | | | |
| Si la respuesta es afirmativa ¿Fue resultado del COVID-19? | | | | | | Sí  No  Desconocido | | | |
| Fallo del injerto: | | | | | | Sí  No Fecha: | | | |
| Manejo del fallo del injerto: | | | | | |  | | | |

## Anexo 9. Personas trasplantadas de donantes recuperados de COVID-19 con prueba RT-PCR persistentemente positiva

***El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA*** [***rnt.cenatra@salud.gob.mx***](mailto:rnt.cenatra@salud.gob.mx) ***a los 3 meses post-trasplante. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.***

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE** | |
| Nombre del establecimiento: | |
| RNT del establecimiento: | Entidad federativa: |
| ID SIRNT del donante: | Tipo de donante:  Vivo  Fallecido |
| Fecha de donación: | Órganos/tejidos procurados: |
| Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que facilita la información | |
| **INFORMACIÓN DEL CUADRO DE COVID-19 EN EL DONANTE** | |
| 1. Fecha de diagnóstico (DD/MM/AA):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 2. Fecha de primera prueba RT-PCR (+) para SARS-CoV-2 (DD/MM/AA):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. ¿Se administró tratamiento específico para el COVID-19?  Sí  No | |
| 4. Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron: | |
| Hidroxicloroquina  Azitromicina  Inhibidor proteasa  Remdesivir | Esteroides  Tocilizumab  Antimicrobianos  Otros (Especificar) |
| 5. ¿Presentó manifestaciones clínicas?  Sí  No | |
| 6. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de síntomas presentó? | |
| Infección tracto respiratorio superior  Neumonía | Síntomas gastrointestinales  Otros (Especificar) |
| 7. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo del cuadro?  Ingreso hospitalario  Sí  No  Ingreso a UCI  Sí  No  Ventilación mecánica  Sí  No | |
| 8. Fecha de remisión de síntomas (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 8.1 ¿La fecha es mayor a un mes previo a la donación?  Sí  No |
| 9. Fecha de prueba RT-PCR (+) para SARS-CoV-2 previa a donación (DD/MM/AA):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 9.1 Tipo de muestra  Tracto respiratorio superior  Tracto respiratorio inferior  Otra (Especificar) | 9.2 Número de ciclos de RT-PCR (Ct): \_\_\_\_\_  9.3 Fecha de prueba serológica (+) para IgG SARS-CoV-2 (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RECEPTORA** | |
| Nombre del establecimiento: | |
| RNT del establecimiento: | Entidad federativa: |
| ID SIRNT de la persona receptora: | Tipo de trasplante: |
| Fecha de trasplante: | |
| Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que facilita la información | |
| **DATOS PRE-TRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA** | |
| 1. Manifestaciones clínicas pre-trasplante de COVID-19 en persona receptora:  Sí  No | |
| 2. Resultado de RT-PCR para SARS-CoV-2 pre-trasplante:  Positivo  Negativo | |
| *Si la respuesta anterior fue positiva, señale:*  2.1 Fecha de resultado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.2 Número de ciclos de RT-PCR (Ct): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 2.3 Tipo muestra:  Tracto respiratorio superior  Tracto respiratorio inferior  Otra (Especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. Serología de SARS-CoV-2 pre-trasplante:  Sí  No   * 1. Fecha de resultado (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   3.2 Resultado IgG:  Positivo  Negativo  3.3 Resultado IgM:  Positivo  Negativo | |
| 4. Vacunación pre-trasplante  Sí, esquema completo  Sí, esquema parcial  No | 4.1 Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4.2 Fecha de aplicación de cada dosis (DD/MM/AA): |
| **EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE (DURANTE 3 MESES)** | |
| 1. Pruebas SARS-CoV-2 realizados post-trasplante   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Tipo prueba** | **Tipo de muestra** | **Fecha resultado** | **Resultado** | | RT-PCR 4 días |  |  |  | | RT-PCR 10 días |  |  |  | | Serología 1 mes |  |  |  | | Otro |  |  |  |   \* En la prueba serológica especificar marca comercial de prueba realizada. Puede consultar la lista de pruebas autorizadas por COFEPRIS: <https://www.gob.mx/cofepris/acciones-y-programas/pruebas-serologicas-autorizadas-para-sars-cov-2> | |
| 2. ¿Existe sospecha de COVID-19 en la persona receptora post-trasplante?  Sí  No  *Si la respuesta es afirmativa por favor completar el formato 1 y 2 de caso de COVID-19 en receptores* | |
| 3. En los último 3 meses ¿Se ha producido alguna complicación en la evolución de la o el paciente atribuible al diagnóstico previo de COVID-19 en el donante?  Sí ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No | |