



**GOBIERNO DE PUERTO RICO**

---

Departamento de Salud

# **Apéndice B**

## **Guía para Laboratorios sobre la Colección, Coordinación, Empaque y Envío de Muestras Relacionadas a Enfermedad Coronavirus 2019**



GOBIERNO DE PUERTO RICO

---

Departamento de Salud

**GUÍA PARA LABORATORIOS  
SOBRE LA COLECCIÓN, COORDINACIÓN, EMPAQUE  
Y ENVÍO DE MUESTRAS RELACIONADAS A  
ENFERMEDAD CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)**

Marzo 2020

Oficina de Preparación y Coordinación de Respuesta en Salud Pública  
Laboratorio de Emergencias Biológicas y Químicas  
**Departamento de Salud de Puerto Rico**

<b>Tabla de Contenido</b>	<b>Página</b>
I. Propósito.....	3
II. Aplicabilidad.....	3
III. Referencias.....	3
IV. Responsabilidades.....	3
V. Información General.....	4
VI. Procedimiento.....	5

## **I. Propósito**

- A. Establecer una Guía del Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) para la notificación, coordinación, colección, empaque y envío de muestras de casos sospechosos relacionados a COVID-19.

## **II. Aplicabilidad**

- A. Esta Guía aplica a todo personal de una institución hospitalaria con un paciente con sospecha de tener enfermedad respiratoria COVID-19.

## **III. Referencias**

- A. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention and National Institutes of Health. Fifth Edition, 2007. U. S. Government Printing Office, Washington: 2007.
- B. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/summary.html>.
- C. Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens from Patients Under Investigation (PUIs) for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/lab/guidelines-clinical-specimens.html>.
- D. Interim Laboratory Biosafety Guidelines for Handling and Processing Specimens Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/lab/lab-biosafety-guidelines.html>.
- E. Update and Interim Guidance on Outbreak of 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) in Wuhan, China <https://emergency.cdc.gov/han/han00426.asp>.

## **IV. Responsabilidades**

- A. Coordinadora de Emergencias Biológicas: responsable de proveer las recomendaciones para la colección, coordinación, empaque y envío de las muestras relacionadas a casos sospechosos de COVID-19.
- B. Coordinador de Emergencias Químicas: Coordinador alternativo responsable de proveer las recomendaciones para la colección, coordinación, empaque y envío de las muestras relacionadas a casos sospechosos de COVID-19.

- C. Laboratorios de Instituciones Hospitalarias: Establecer comunicación con el Personal del Laboratorio de Emergencias Biológicas y Químicas (LEBQ) para el envío de muestras.

## **V. Información general**

### **A. Abreviaciones**

- 1.0 BAL – Lavado Bronqueoalveolar (BAL, por sus siglas en inglés)
- 2.0 BMBL – Bioseguridad en Laboratorios Microbiológicos y Biomédicos (BMBL, por sus siglas en inglés)
- 3.0 BSC – Gabinete de Seguridad Biológica (BSC, por sus siglas en inglés)
- 4.0 BSL – Nivel de bioseguridad (BSL, por sus siglas en inglés)
- 5.0 CDC – Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus en inglés)
- 6.0 COVID-19 – Enfermedad Coronavirus 2019 (COVID, por sus siglas en inglés)
- 7.0 DOT – Departamento de Transportación (DOT, por sus siglas en inglés)
- 8.0 DSPR – Departamento de Salud de Puerto Rico
- 9.0 EPA – Agencia de Protección Ambiental (EPA, por sus siglas en inglés)
- 10.0 EPP– Equipo de Protección Personal
- 11.0 IATA – Asociación Internacional de Transporte Aéreo (IATA, por sus siglas en inglés)
- 12.0 LEBQ – Laboratorio de Emergencias Biológicas y Químicas
- 13.0 RCF – Fuerza Centrífuga Relativa (RCF, por sus siglas en inglés)

- B. Precauciones de Seguridad – estas medidas van dirigidas a minimizar el riesgo de exposición del personal del laboratorio. Además de las Prácticas Microbiológicas Estándar y los protocolos de seguridad y salud ocupacional de la institución, se recomiendan las siguientes medidas de seguridad:

- 1.0 Las actividades que involucran la manipulación de especímenes potencialmente infectados se deben realizar en una facilidad con nivel de bioseguridad 2 (BSL-2).

- 2.0 Cualquier procedimiento con el potencial de generar aerosoles o gotas, se debe realizar en un Gabinete de Seguridad Biológica (BSC) Clase II certificado.
- 3.0 Se deben utilizar dispositivos de contención física apropiados para la centrifugación (por ejemplo: cubetas de seguridad y rotores sellados).
- 4.0 Se deben cargar y descargar las cubetas de seguridad y los rotores en un BSC Clase II certificado.
- 5.0 Para cualquier procedimiento fuera de un BSC Clase II certificado, además de las Prácticas Microbiológicas Estándar, se debe utilizar protección para los ojos y cara (por ejemplo: gafas, mascarilla, careta) u otras barreras físicas (por ejemplo: protección contra salpicaduras).
- 6.0 Después de manipular las muestras, se deben descontaminar las superficies de trabajo y los equipos utilizando desinfectantes adecuados.
- 7.0 Solamente utilice desinfectantes registrados por la EPA identificados en la etiqueta como efectivos contra otros patógenos respiratorios, como la influenza estacional y otros coronavirus humanos.
- 8.0 Al utilizar los desinfectantes, siga las recomendaciones del fabricante en términos de concentración (dilución), tiempo de contacto y las medidas de cuidado en el manejo.
- 9.0 Para disponer los desechos biológicos, siga los procedimientos estándar de la institución asociados con la disposición de otros patógenos respiratorios, como la influenza y otros coronavirus humanos.
- 10.0 Los laboratorios clínicos que realizan pruebas de rutina (hematología, orina, química, microbiología, inmunología, virología, etc.) en pacientes con COVID-19 o sospecha de COVID-19 deben seguir las Prácticas Microbiológicas Estándar al realizar dichos análisis.
- 11.0 Cada institución debe realizar un análisis de riesgo específico para su lugar de trabajo y determinar si precauciones adicionales de bioseguridad deben ser implementadas.
- 12.0 Para obtener información adicional sobre seguridad, puede consultar la edición más reciente de Bioseguridad en Laboratorios Microbiológicos y Biomédicos (BMBL).
- 13.0 **NO** se recomienda que los laboratorios de las instituciones hospitalarias aíslen el virus, ni lleven a cabo análisis diagnósticos del virus por razones de Bioseguridad.

## VI. Procedimiento

### A. Notificación y Coordinación:

- 1.0 De tener algún caso sospechoso con enfermedad respiratoria asociada al COVID-19, el personal de la institución hospitalaria debe reportar el caso al Programa de Epidemiología del DSPR (787-765-2929, ext. 3351/3352).
- 2.0 El Programa de Epidemiología evaluará el caso sospechoso y de cumplir con los requisitos epidemiológicos establecidos, le asignará un número de caso.
- 3.0 El personal de la institución hospitalaria completará los siguientes documentos:
  - 3.1 Formulario de envío de muestras 50.34: *CDC Specimen Submission Form 50.34* (Anejo A).
  - 3.2 Formulario provisional para paciente bajo investigación (PUI) con COVID-19: *Interim 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) patient under investigation form* (Anejo B).
- 4.0 El Personal del Laboratorio de la institución hospitalaria debe contactar a la Coordinadora de Emergencias Biológicas previo a la toma de las muestras. La Coordinadora proveerá apoyo en el proceso de colección, manejo y envío de las muestras (Tabla 1).

Tabla 1. Información contacto del personal del LEBQ.		
Nombre	Bárbara E. González Vázquez	Johnathan J. Rodríguez Flores
Posición	Coordinadora de Emergencias Biológicas	Coordinador de Emergencias Químicas
Función	Provee apoyo en la colección, manejo y empaque de las muestras	Coordinador alterno
Teléfono	787-765-2929 ext. 4386	787-765-2929 ext. 4372
Teléfono móvil	787-692-0127	787-692-2961
Correo electrónico	barbara.gonzalez@salud.pr.gov	johnathan.rodriguez@salud.pr.gov

- 5.0 La Coordinadora de Emergencias Biológicas (o su alterno) se comunicará con CDC para instrucciones específicas relacionadas a la toma de muestras y la coordinación del envío.
- 6.0 En el LEBQ, NO se recibirán muestras que no hayan sido coordinadas mediante los canales de comunicación descritos en esta Guía.

B. Toma de muestra:

- 1.0 El personal de la institución hospitalaria coordinara la toma de muestras con el LEBQ, luego de la coordinación con el Programa de Epidemiología.
- 2.0 Las muestras serán tomadas por el personal de la institución hospitalaria.
- 3.0 Las muestras deben incluir la siguiente información: número de identificación del paciente, número de identificación de la muestra (número de identificación de Epidemiología), el tipo de muestra, iniciales de quién toma la muestra y la fecha en que fue colectada.
- 4.0 CDC recomienda la toma de **dos tipos** de muestras (muestra del tracto respiratorio inferior y muestra de tracto respiratorio superior) para aumentar la probabilidad de detectar el virus (Tabla 2).

Tabla 2. Tipos de muestras		
Tipo de muestra	Muestra	Instrucciones
Tracto respiratorio inferior	• Lavado Bronqueoalveolar (BAL)	Colectar 2-3 mL de BAL y colocar en un recipiente estéril con tapón de rosca. Refrigere la muestra de 2 – 8 °C.
	• Esputo*	Solicite al paciente que enjuague su boca con agua y luego expectore y coloque el esputo en un recipiente estéril con tapón de rosca. Refrigere la muestra de 2 – 8 °C.
Tracto respiratorio superior	• Hisopo Nasofaríngeo* • Hisopo Orofaringeo*	1) Hisopo Nasofaríngeo – para tomar la muestra, inserte un hisopo en la fosa nasal paralela al paladar. 2) Hisopo Orofaringeo – para tomar la muestra, frote la faringe posterior con un hisopo, sin tocar la garganta. 3) Introducir cada muestra en su respectivo envase estéril con 2-3 mL de medio de transporte para virus. 4) Refrigere la muestra de 2 – 8 °C.  <b>Notas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se deben tomar <u>ambas muestras</u>, pero manteniendo las mismas en recipientes separados.</li><li>• Utilice hisopos de fibra sintética con extremo de plástico. NO se debe utilizar hisopos de alginato de calcio o con extremo de madera, ya que puede inhibir la reacción de PCR o inactivar algunos virus.</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavado / aspirado nasofaríngeo o aspirado nasal</li> </ul>	Colecte 2-3 mL de Lavado / aspirado nasofaríngeo o aspirado nasal y colocar en un recipiente estéril con tapón de rosca. Refrigere la muestra de 2 – 8 °C.
*Muestras recomendadas por CDC.		

#### C. Almacenamiento:

- 1.0 NO se recomienda el almacenamiento de las muestras en las instituciones hospitalarias.
- 2.0 De ser necesario, los especímenes pueden ser almacenados de 2 – 8 °C hasta 72 horas luego de la colección.
- 3.0 En caso de almacenamiento prolongado, por más de 72 horas, se deben colocar las muestras a una temperatura de  $\leq -70$  °C.

#### D. Empaque:

- 1.0 El material biológico debe ser empacado de acuerdo con el concepto de triple empaque, siguiendo las regulaciones del Departamento de Transportación (DOT).
- 2.0 El empaque debe consistir de tres componentes: receptáculo primario, empaque secundario y empaque externo.
  - 2.1 El receptáculo primario debe ser a prueba de derrames (e.g., envase con tapa de rosca conteniendo la muestra de esputo), debidamente identificado, con símbolo *Biohazard* y sellado con parafina.
    - 2.1.1 Envuelva el receptáculo primario con papel absorbente.
    - 2.1.2 Fije el papel absorbente al receptáculo primario utilizando una liguilla de goma o cinta adhesiva.
    - 2.1.3 Incluya suficiente material absorbente como para absorber todo el líquido presente en el receptáculo primario, según las especificaciones del fabricante.
  - 2.2 El empaque secundario consistirá de doble bolsa sellable.
    - 2.2.1 Coloque el receptáculo primario, envuelto en papel absorbente, en la primera bolsa sellable. Incluya un solo receptáculo primario en la primera bolsa sellable.
    - 2.2.2 Coloque la primera bolsa sellable dentro de la segunda bolsa sellable.

2.2.3 En caso de tener varias bolsas sellables con receptáculos primarios, las mismas pueden ser colocadas juntas dentro de la segunda bolsa sellable.

2.3 El empaque externo debe ser un contenedor rígido aislante para proteger el contenido durante el transporte y mantener la temperatura adecuada.

E. Documentación:

1.0 Los siguientes formularios deben ser entregados junto con las muestras. Los mismos deben ser colocados entre la primera y segunda bolsa sellable (refiérase a la sección de “Empaque”).

1.1 Formulario de envío de muestras 50.34: (*CDC Specimen Submission Form 50.34*).

1.1.1 Este documento debe ser completado para cada muestra sometida.

1.1.2 En el cuadro superior izquierdo del formulario seleccione: *Respiratory virus molecular detection (non-influenza) CDC-10401*.

1.1.3 En el área *At CDC, bring to the attention of* coloque *Stephen LinDSPRtrom: 2019-nCoV PUI*.

1.2 Formulario provisional para paciente bajo investigación (PUI) con COVID-19: *Interim 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) patient under investigation form*.

F. Envío y transporte:

1.0 El transporte de las muestras será coordinado por la Coordinadora de Emergencias Biológicas (o su alterno).

2.0 El transporte será exclusivo para las muestras asociadas al COVID-19.

3.0 Las muestras deben ser transportadas en el empaque externo a 2 – 8 °C en un contenedor aislante con *Ice Packs*.

4.0 Las muestras serán enviadas a CDC solamente por el personal del LEBQ, siguiendo las instrucciones de IATA de una Sustancia Infecciosa Categoría B.

G. Información para la entrega de muestras:

1.0 El lugar, el día y la hora de entrega de la muestra serán informados por la Coordinadora de Emergencias Biológicas durante la coordinación.

H. Criterios de rechazo – las muestras que no cumplan con los criterios que se menciona a continuación, serán rechazadas.

1.0 Muestra que no hayan sido previamente coordinadas con la Coordinadora de Emergencias Biológicas (o su alterno).

2.0 Muestra que no cumplen con los criterios de temperatura establecidos en la sección de “Envío y transporte”.

3.0 Muestra con volumen insuficiente.

4.0 La muestra enviada es diferente a lo notificado durante la coordinación.

5.0 La información en la muestra y la documentación no concuerdan.

6.0 Documentación incompleta.

Anejo A

*CDC Specimen Submission Form 50.34*



HUMAN

## CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

## LABORATORY EXAMINATION REQUESTED

Additional form(s)/info required

Test order name: Respiratory Virus Molecular Detection (Non-Influenza)

Test order code: CDC-10401

Suspected Agent:

Date sent to CDC:

MM/DD/YYYY

At CDC, bring to the attention of:

## PATIENT INFORMATION

Patient Name:

Last First MI Suffix

Birth date: MM/DD/YYYY

Case ID:

Sex: Age: Age Units:

Clinical Diagnosis:

Date of onset: MM/DD/YYYY

Pregnancy Status:

Fatal:

Date of Death: MM/DD/YYYY

## SPECIMEN INFORMATION

Specimen collected date: MM/DD/YYYY

Time: hh:mm:ss

Material Submitted:

Specimen source (type):

Specimen source modifier:

Specimen source site:

Specimen source site modifier:

Collection method:

Treatment of specimen:

Transport medium/Specimen preservative:

Specimen handling:

## CDC USE ONLY

Package ID#:

Delivered to Unit #:

Opened By:

Unit Specimen ID#:

Date received at CDC: / /

Date received at STAT: / /

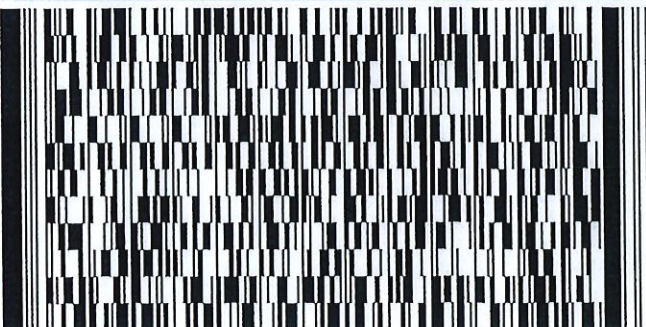
Date received in testing lab: / /

Time: :

CDC Specimen Identification label

Condition	STAT Laboratory	Testing Laboratory
Outer Package		
Specimen Container		
Specimen		

Barcode 1



## STATE PHL / NEW YORK CITY DEPARTMENT OF HEALTH &amp; MENTAL HYGIENE / FEDERAL AGENCY / INTERNATIONAL INSTITUTION / PEACE CORPS

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City ZIP Postal Code

State Country

Fax:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:

Alternative Patient ID:

Specimen ID:

Alternative Specimen ID:

## ORIGINAL SUBMITTER (Organization that originally submitted specimen for testing)

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City ZIP Postal Code

State Country

Fax:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:

Alternative Patient ID:

Specimen ID:

Alternative Specimen ID:

## INTERMEDIATE SUBMITTER (Complete if specimen is submitted to SPHL through an intermediate agency)

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Institution name:

Street address:

Line 1

Line 2

City ZIP Postal Code

State Country

Fax:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) Institutional e-mail

Point of Contact: (Person to be contacted if there is a question regarding this order)

Prefix Last First MI Suffix Degree

Phone:

Country Code Area Code Local Number (e.g. 6390000) POC e-mail

Patient ID:

Alternative Patient ID:

Specimen ID:

Alternative Specimen ID:



# CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

Patient Name:

Last
First

AND/OR Original Patient ID:

AND/OR SPHL Specimen ID:

## PATIENT HISTORY

**BRIEF CLINICAL SUMMARY** (Include signs, symptoms, and underlying illnesses if known)

### STATE OF ILLNESS

- ☐ Symptomatic
- ☐ Asymptomatic
- ☐ Acute
- ☐ Chronic
- ☐ Convalescent
- ☐ Recovered

### TYPE OF INFECTION

- ☐ Upper respiratory
  - ☐ Lower respiratory
  - ☐ Cardiovascular
  - ☐ Gastrointestinal
  - ☐ Genital
  - ☐ Urinary tract
  - ☐ Other, specify

- ☐ Sepsis
  - ☐ Central nervous system
  - ☐ Skin/soft tissue
  - ☐ Ocular
  - ☐ Joint/bone
  - ☐ Disseminated

### THERAPEUTIC AGENT(S) DURING ILLNESS

Agent	Start Date	End Date
1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>
2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>
3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>
	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY

## EPIDEMIOLOGICAL DATA

### EXTENT

- ☐ Isolated Case
- ☐ Carrier
- ☐ Contact
- ☐ Outbreak 
  - ☐ Family
  - ☐ Community
  - ☐ Healthcare-associated
  - ☐ Epidemic

### TRAVEL HISTORY

Travel:  Dates of Travel:  to

Travel: Foreign (Countries)

Travel: United States (States)

Foreign Residence (Country)

United States Residence (State)

Note: Additional states or countries of residence or travel should be entered in the Brief Clinical Summary field.

### EXPOSURE HISTORY

Exposure:

Date of Exposure:

MM/DD/YYYY

- ☐ **Animal** Type of Exposure: 

Common name:

Scientific name:
- ☐ **Arthropod** Type of Exposure: 

Common name:

Scientific name:

### RELEVANT IMMUNIZATION HISTORY

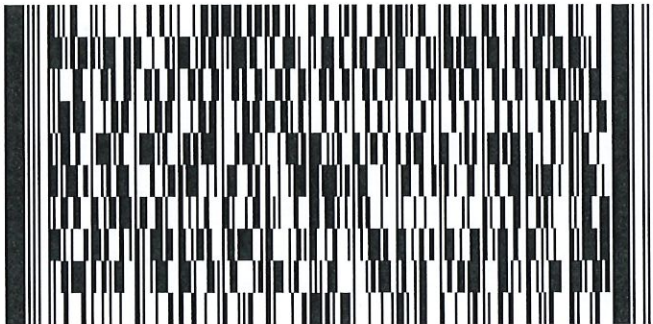
Immunization(s)	Date Received
1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 15px;"></span>
2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 15px;"></span>
3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 15px;"></span>
4. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 280px; height: 15px;"></span>	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 15px;"></span>
	MM/DD/YYYY

### PREVIOUS LABORATORY RESULTS (Or attach copy of test results or worksheet)

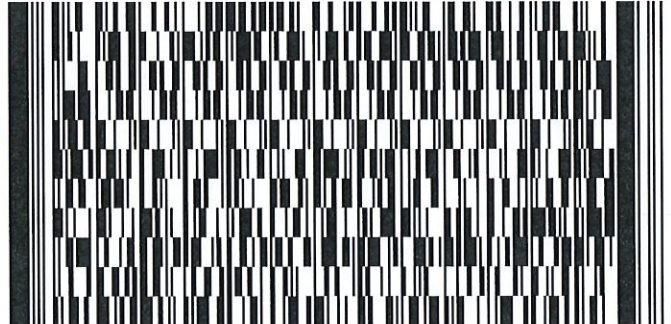
### COMMENTS

CDC USE ONLY

Barcode 2



Barcode 3



The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), an agency of the Department of Health and Human Services, is authorized to collect this information, including the Social Security number (if applicable), under provisions of the Public Health Service Act, Section 301 (42 U.S.C. 241). Supplying the information is voluntary and there is no penalty for not providing it. The data will be used to increase understanding of disease patterns, develop prevention and control programs, and communicate new knowledge to the health community. Data will become part of CDC Privacy Act system 09-20-0106, "Specimen Handling for Testing and Related Data" and may be disclosed: to appropriate State or local public health departments and cooperating medical authorities to deal with conditions of public health significance; to private contractors assisting CDC in analyzing and refining records; to researchers under certain limited circumstances to conduct further investigations; to organizations to carry out audits and reviews on behalf of HHS; to the Department of Justice in the event of litigation, and to a congressional office assisting individuals in obtaining their records. An accounting of the disclosures that have been made by CDC will be made available to the subject individual upon request. Except for permissible disclosures expressly authorized by the Privacy Act, no other disclosure may be made without the subject individual's written consent.

Please refer to the CDC Infectious Diseases Laboratories Test Directory for information on specimen requirements. CDC must maintain and document specific acceptance criteria to perform laboratory tests on samples obtained from humans pursuant to the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA) and accompanying regulations. 42 U.S.C. § 263a; 42 C.F.R. § 493.1241.

Samples transferred to the CDC for testing or any other purpose will become the legal property of the agency unless otherwise agreed upon in writing. Samples will not be returned to the submitting entity.

## Anejo B

*Interim 2019 novel coronavirus (COVID-19) patient under investigation form*

# Interim 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) patient under investigation (PUI) form

Immediately call and securely send completed form to your local/state health department. Local/state health departments should securely send forms to CDC: email (eocevent185@cdc.gov, subject line: nCoV PUI Form) or fax (770-488-7107). If you have questions, contact the CDC Emergency Operations Center (EOC) at 770-488-7100.

Today's date \_\_\_\_\_ State patient ID \_\_\_\_\_ NNDSS local record ID/Case ID<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

Patient first name \_\_\_\_\_ Patient last name \_\_\_\_\_ Patient date of birth \_\_\_\_\_

Interviewer's name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Physician's name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Pager or Email \_\_\_\_\_

Sex ☐ M ☐ F Age \_\_\_\_\_ yr ☐ mo Residency ☐ US resident ☐ Non-US resident, country \_\_\_\_\_ PUI

## Criteria

Date of symptom onset \_\_\_\_\_

Does the patient have the following signs and symptoms (check all that apply)?

☐ Fever<sup>2</sup> ☐ Cough ☐ Sore throat ☐ Shortness of breath

Does the patient have these additional signs and symptoms (check all that apply)?

☐ Chills ☐ Headache ☐ Muscle aches ☐ Vomiting ☐ Abdominal pain ☐ Diarrhea ☐ Other, Specify \_\_\_\_\_

In the 14 days before symptom onset, did the patient:

Spend time in China?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Does the patient live in China?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Date traveled to China _____ Date traveled from China _____ Date arrived in US _____	
Spend time in Wuhan City, China?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Does the patient live in Wuhan City?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Spend time in Hubei Province (not Wuhan City)?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Does the patient live in Hubei Province (not Wuhan City)?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Spend time outside of the U.S. (not China)?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Name of country _____	
Does the patient live in this country?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Date traveled to country (not China) _____ Date traveled from country (not China) _____	
Date arrived in US from country (not China) _____	
Have close contact <sup>3</sup> with a person who is under investigation for 2019-nCoV?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Have close contact <sup>3</sup> with a laboratory-confirmed 2019-nCoV case?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Was the case ill at the time of contact?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Is the case a U.S. case?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
Is the case an international case?	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Unknown
In which country was the case diagnosed with 2019 n-CoV? _____	

## Additional Patient Information

Is the patient a health care worker? ☐ Y ☐ N ☐ Unknown

Have history of being in a healthcare facility (as a patient, worker, or visitor) in China? ☐ Y ☐ N ☐ Unknown

Care for a nCoV patient? ☐ Y ☐ N ☐ Unknown

Is patient a member of a cluster of patients with severe acute respiratory illness (e.g., fever and pneumonia requiring hospitalization) of unknown etiology in which nCoV is being evaluated? ☐ Y ☐ N ☐ Unknown

Diagnosis (select all that apply): Pneumonia (clinical or radiologic) ☐ Y ☐ N Acute respiratory distress syndrome ☐ Y ☐ N

Comorbid conditions (check all that apply): ☐ None ☐ Unknown ☐ Pregnancy ☐ Diabetes ☐ Cardiac disease ☐ Hypertension

☐ Chronic pulmonary disease ☐ Chronic kidney disease ☐ Chronic liver disease ☐ Immunocompromised ☐ Other, specify \_\_\_\_\_

Is/was the patient: Hospitalized? ☐ Y, admit date \_\_\_\_\_ ☐ N Admitted to ICU? ☐ Y ☐ N

Intubated? ☐ Y ☐ N On ECMO? ☐ Y ☐ N Patient died? ☐ Y ☐ N

Does the patient have another diagnosis/etiology for their respiratory illness? ☐ Y, Specify \_\_\_\_\_ ☐ N ☐ Unknown

PLEASE TURN OVER



**Respiratory diagnostic results**

Test	Pos	Neg	Pending	Not done
Influenza rapid Ag <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza PCR <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. metapneumovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parainfluenza (1-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinovirus/enterovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Test	Pos	Neg	Pending	Not done
Coronavirus (OC43, 229E, HKU1, NL63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>M. pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>C. pneumoniae</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other, Specify _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Specimens for 2019-nCoV testing**

Specimen type	Specimen ID	Date collected	Sent to CDC?
NP swab			<input type="checkbox"/>
OP swab			<input type="checkbox"/>
Sputum			<input type="checkbox"/>
BAL fluid			<input type="checkbox"/>
Tracheal aspirate			<input type="checkbox"/>

Specimen type	Specimen ID	Date collected	Sent to CDC?
Stool			<input type="checkbox"/>
Urine			<input type="checkbox"/>
Serum			<input type="checkbox"/>
Other, specify _____			<input type="checkbox"/>
Other, specify _____			<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> For NNDSS reporters, use GenV2 or NETSS patient identifier.<sup>2</sup> Fever may not be present in some patients, such as those who are very young, elderly, immunosuppressed, or taking certain medications. Clinical judgement should be used to guide testing of patients in such situations<sup>3</sup> Close contact is defined as: a) being within approximately 6 feet (2 meters) or within the room or care area for a prolonged period of time (e.g., healthcare personnel, household members) while not wearing recommended personal protective equipment (i.e., gowns, gloves, respirator, eye protection); or b) having direct contact with infectious secretions (e.g., being coughed on) while not wearing recommended personal protective equipment. Data to inform the definition of close contact are limited. At this time, brief interactions, such as walking by a person, are considered low risk and do not constitute close contact.