## Programación de pacientes para pruebas COVID-19

Responsable	Actividad	Observaciones	
Responsable	Actividad	Observaciones	

## **Paciente** (cliente)

Solicitud de estudio

- COVID-19 por PCR
- Prueba rápida para COVID-19 anticuerpos IgG IgM

La solicitud la hace vía página del CHS o vía telefónica En caso de que sea vía página, el paciente llena los datos, Programación para vía telefónica las auxiliares de laboratorio, Contact center o Mercede Martinez capturan la información en la misma plataforma.

Para la opción de estudio a. COVID-19 por PCR, se debe desplegar el cuestionario para llenado en línea. (ver anexo)

Pago del estudio, hay dos opciones:

1. Por trasferencia

Si el pago es por trasferencia, se debe enviar el comprobante a

recepciónlab@hospitalsatelite .com

Datos de la cita:

- Día (DD/MM/AAAA)
- Hora (00:00, espacios cada 20 minutos para PCR de lunes a viernes de 07:30 a 19:00 hrs.; para prueba rápida, seguimiento y otros, espacios cada 10 minutos) Nombre del Médico tratante. (en caso de no tener, la opción de A quien Corresponda) Los sábados de 7:30 a 14:00 hrs. No hay cita los domingos ni días festivos
- Nombre completo del paciente
- Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
- Tipo de estudio (
  - o COVID-19 por PCR (tiempo de entrega de resultados es de 24 horas hábiles)
  - COVID-19 por PCR por protocolo de viaje. (solo pago directo en caja en día del estudio, no se aceptan transferencias)
  - Prueba rápida para COVID-19 anticuerpos IgG IgM
  - Seguimiento (Dimero D, Ferritina, Biometría hemática)
  - Otros relacionados con COVID-19
- Opción de combos y fácil llenado.
- No requiere firma del paciente o médico, solo lo firma en casos positivos el Dr. Israel Crespo, puede ser firma electrónica.
- El documento se envía por Recepción de Laboratorio a Química Rocio Alcantar (para procesar muestra); Karla Guerrero (Reportes); Recepción de Laboratorio (Captura de información en la plataforma del INDRE)

## Información para el pago:

- RFC
- Dirección Fiscal
- Correo electrónico
- Uso de CFDI

Pago por trasferencia previo a la programación de su cita. Anexo datos de trasferencia:

DATOS DE TRASFERENCIA:

NOMBRE: CORPORATIVO HOSPITAL SATELITE,

CA DECV

Áreas diversas	Consultan diariamente la programación de pacientes y coordinan los recursos necesarios.	La programación debe ser visible para:  - Recepción de Laboratorio - Contact center - Mercedes Martínez - Caja de Urgencias - Ana María Larios - Seguridad - Relaciones Públicas - Dra. Dulce Miranda - Sonia González
Auxiliar de Laboratorio	<ul> <li>Un día antes de la cita imprime cuestionarios.</li> <li>Recepción del paciente en día de la cita:</li> <li>Verifica que el pacientes este programado.</li> <li>Solicita comprobante de pago</li> <li>Ingresa datos del paciente en sistema Asisst</li> <li>Imprime etiquetas y requisiciones</li> <li>Imprime factura y orden de resultados</li> </ul>	<ul> <li>A las 7:00 el personal auxiliar de laboratorio ya debe contar con todos los cuestionarios impresos de los pacientes programados.</li> <li>Entrega requisiciones y etiquetas al Técnico de Laboratorio.</li> <li>Entrega al paciente para consulta de</li> </ul>
Técnico de Laboratorio	<ul> <li>Verifica paciente y estudio correcto.</li> <li>Toma muestra</li> <li>Etiqueta muestras</li> <li>Envía a Banco de Sangre las muestras de PCR</li> </ul>	resultados.
Paciente Auxiliar de Laboratorio	- Diariamente entrega los cuestionarios de los pacientes atendidos al Mensajero	
Banco de sangre área técnica	<ul> <li>Separa y entrega las muestras de sangre a laboratorio</li> <li>Separa, prepara embalaje y entrega muestras de PCR al mensajero con la lista de pacientes de las muestras que entrega.</li> </ul>	Lista generada del sistema Pasteur

Mensajero	<ul> <li>Coteja lista de muestras con cuestionarios (debes corresponder a los mismos pacientes)</li> <li>Lleva las muestras al CEHS (7:00 y 12:00)</li> </ul>	
Química	<ul> <li>Recibe muestras y documentos</li> <li>Verifica el tipo de estudio a procesar y revisa cuestionarios</li> <li>Procesa estudios, valida y autoriza.</li> <li>Envía cuestionarios al INDRE de casos positivos.</li> </ul>	
Paciente	Consulta resultados vía electrónica.	

SALUD  SEDENA SEMAR SNDIF  INSTERIOR  Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral  ACTO GENERALES			
Nombre de la unidad:			
Fecha de notificación en pistaforma: didimmisasa Folio pistaforma:			
Apellido Paterno: Apellido Matemo: Nombre (s):			
Pecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: CURP:			
Gexo: Hombre: 1Está embarazada? GI No Meses de Ge encuentra en período GI No Dias de embarazaci de puerperlo guerperlo guerperlo			
Nacionalidad: Mexicana: Extranjera: ;Es migrante? nacionalidad: Pals de origen: Pals de origen: Fecha de ingreso a			
Palses en tránsito en los últimos 1 2 3 Otro: México: tres meses:			
Pais de nacimiento: Entidad federativa de nacimiento:			
Entidad de Residencia: Municipio de residencia:			
Localidad:			
Calle: Número:			
Entre que calles:			
Colonia: C.P. Telefono:			
SI No SI No			
¿Be reconoce cómo indigena? ¿Habia siguna lengua indigena?			
Ocupación:			
¿Pertenece a alguna institución educativa?			
DATOS CLÍNICOS			
Servicio de Ingreso:  Tipo de 1=Ambulatorio paciente: 2=Hooptalizado			
Fecha de Ingreso a la unidad: ddimm/laaaa Fecha de Inicio de sintomas: ddimm/laaaa			
A partir de la fecha de inicio de sintomas:			
¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas? Co-morbilidad			
inicio súbito de los sintomas Diabetes Fiebre EPOC			
Tos Ama			
Cefalea Inmunosupresión			
Disnea Hipertension			
Irritabilidad VIHISIDA			
District Obesided Obesided			
Escalofrios Insufficiencia renal crónica			
Odinofagia Tabaquismo			
Misiglas Otros			
Armague al estado general			
Rinorea Espeficique otros:			
Polipnea			
Vomito  Diric abdominal			
Conjuntivitis			
Clanosis			
Anosmia			
Disgrazia Otro			
Diagnostico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) "ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve 2=infección respiratoria aguda grave (IRAG)			

	¿D	sde el inicio de los sintomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?	SI NO
Belectione el antiviral:    I - Anantadaria   I	ž.	sde el inicio de los sintomas ha recibido tratamiento con antivirales?	SI No
### ##################################			
En la unidad medica:    20 incia tratamiento con antinicrobianos 7   30 incia tratamiento con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas 7   30 incia tratamiento contración influenzas en utimo afio 7   4 incia tratamiento contración influenzas en utimo afio 7   5 incia de vacuna contra influenzas en utimo afio 7   5 incia tratamiento del incia influenzas en utimo afio 7   5 incia muestra al paciente?   1 incia tratamiento Referencia Degumiento demiciario Degumien	Se		
On inicia tratamiento con artimicrobianos ?		¿Cuándo se	e inicio el tratamiento antiviral? dd/mm/asas
Committed to a continuation of the continuat	En la unidad médi		
Se inicia tratamiento con antivirales?	¿Se inicia tratamie	to con antimicrobianos ?	
ATTOCORNES EMPORTAGE ON:  ATTOCORNES EMPORTAGE ON:  ATTOCORNES EMPORTAGE ON:  ATTOCORNES EMPORTAGE ON:  AVES OF NO SINDOMAS BAYO CONTACTO CON:  OF NO CERTIFIC ON A CONTACTO CON:  AVES OF NO CETO ANIMAL OF THE SET OF NO.  AVES	¿Se inicia tratamie		
¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas?  Durante las semanas previas al inicio de los sintomas tuvo contacto con:    O	Se		
¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las utimas dos semanas?  Durante las semanas previas al inicio de los sintomas tuvo contacto con:    O		ANTECEDENTES E	PIDEMIOLÓGICO3
Aves Cerdos Ctro animal Gerdos Ctro animal Gerdos Ctro animal Gerdos Ger	¿Tuvo contacto co		
Aves Cerdos Control Male 7 dias antes del inicio de signos y sintomas?  Pals: Cludad:    Recibió la vacuna contra influenza en último año?   Gludad:   Cludad:   Cluda	Durante las sema	s previas al inicio de los sintomas tuvo contacto con:	
Cerdos     No   No   No   No   No   No   No			$\neg$
Pals:   Cludad:			_
Pals: Cludad:    Recibió la vacuna contra influenza en último afio?   SI No			31 No
Recibió la vacuna contra influenza en último año?	¿realizo algun via		<u></u>
LABORATORIO		Pais: Cit	idad.
LABORATORIO  SI No  SI No  Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:  Tipo de muestra:  1-Exudado faringeo 2-Exudado Nasofaringeo 3-Lavado bronquial 4-Blopsia de pulmón  4-Blopsia de pulmón  Pecha de toma de muestra:  Galimmiasas  Resultado:  EVOLUCION  EVOLUCION  1-Alta 2-En tratamiento/Referencia/Degulmiento domicliario/Degulmiento terminado 3-Caso grave 4-Caso no grave 5-Defunción*  3-Voluntaria 2-Curración 3-Voluntaria 4-Traslado  SI No  ¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  didimmiasas  Defunción:  Fecha de defunción:  Johno  'Defunción por influenza	¿Recibió la vacun		
Sel le tomó muestra al paciente?   Sel No   Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:   1-Exudado faringeo   2-Exudado Nasofaringeo   3-Lavado bronquial   4-Blopsia de pulmón	Fecha de vacunad	in: dd/mm/aaaa	
Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra:  Tipo de muestra:  1-Exudado faringeo 3-Lavado bronquial 4-Biopsia de pulmon  Fecha de toma de muestra:  Glimmiasas  Resultado:  Evolución:  1-Ata 2-En tratamiento/Referencia/Deguímiento domicilario/Deguímiento terminado 3-Caso grave 4-Caso no grave 5-Defunción:  3-Voluntaria 4-Trasilado  gli loso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  J-El caso estificado de defunción:  JOEfunción por influenza  JOEfunción por influenza			TORIO
Tipo de muestra:  1-Exudado farlingeo 2-Exudado Nasofaringeo 3-Lavado bronquial 4-Biopsia de pulmón  3-Lavado bronquial 4-Biopsia de pulmón  4-Biopsia de pulmón  EVOLUCIÓN  EVOLUCIÓN  EVOLUCIÓN  1-Alta 2-En tratamiento/Referencia/Degulmiento domiciario/Degulmiento terminado 3-Caso grave 4-Caso no grave 5-Defunción*  3-Voluntaria 2-Curación 3-Voluntaria 4-Traslado  Eli caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  Eli caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  Eli caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  Eli caso está o estuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  Gli No  Toefunción por influenza  SI No  Folio de certificado de defunción:  Defunción por influenza	¿Se le tomó mue:		
Secha de toma de muestra:   dd/mm/laaaa   4-Biopsia de pulmón	Laboratorio al que	e solicita el procesamiento de la muestra:	
Fecha de toma de muestra: dd/mm/aaaa  Resultado: EVOLUCIÓN  EVOLUCIÓN: 1 Alta 2 En tratamiento/Referencia/Degu/miento domiciario/Degu/miento terminado 3 Caso or grave 4 Caso no grave 5 Defunción: 1 Mejoria 2 Curación 3 Voluntaria 4 Traslado  gli el caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad? 91 No  gli caso está o estuvo ingresado en algún momento durante la enfermedad? 91 No  gli caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad? 91 No  gli caso tiene o tuvo dilagnóstico de neumonia durante la enfermedad? 91 No  gli caso tiene o tuvo dilagnóstico de neumonia durante la enfermedad? 91 No  perunción: Fecha de defunción: dd/mm/aaaa  Defunción: Fecha de defunción: dd/mm/aaaa  Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza 91 No	Tipo de muestra:	1-Exudado f	aringeo 2-Exudado Nasofaringeo
Resultado:    EVOLUCION		3-Lavado br	onquial 4=Biopsia de puimón
Evolución:  1 - Alta 2 - En tratamiento/Referencia/Degulmiento domiciario/Degulmiento terminado 3 - Caso grave 4 - Caso no grave 5 - Defunción:  3 - Caso grave 4 - Caso no grave 5 - Defunción:  1 - Mejoria 2 - Curación 3 - Voluntaria 4 - Traslado  3 - No  2 El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  3 - No  2 El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad?  3 - No  2 El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  3 - No  Perunción:  Fecha de defunción:  Gli No  1 - No  1 - No  1 - No  3 - No  1 - Alta 2 - En tratamiento/Referencia/Degulmiento domiciario/Degulmiento terminado 3 - Voluntaria 4 - Traslado  3 - No  3 - No  Perunción:  Sol No  1 - No  1		nuestra: dd/mm/aaaa	
Evolución:  1 - Alta 2 - En tratamiento (Referencia (Deguimiento domicitario (Deguimiento terminado 3 - Caso grave 4 - Caso no grave 5 - Defunción*  3 - Caso grave 4 - Caso no grave 5 - Defunción*  2 - Curación 3 - Voluntaria 4 - Trasilado  3 - Voluntaria 4 - Trasilado  3 - No  2 El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  3 - No  2 El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  3 - No  2 El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  3 - No  5 - No  6 - No  7 - Pecha de defunción:  5 - No  7 - Pefunción por influenza  9 - No  9	Resultado:		
3-Caso grave 4-Caso no grave 5-Defunción*  3-Voluntaria 2-Curación 3-Voluntaria 4-Traslado  3-Vo		EVOLU	CIÓN
Si el caso se da de alta: Especifique la evolución: 1=Mejoria 2-Curación 3=Voluntaria 4-Traslado  ¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad? Si No ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad? Ol No ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad? Fecha de egreso: didimm/aaaa  Defunción: Fecha de defunción: didimm/aaaa  Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza	Evolución:		
3-Voluntaria 4-Traslado 3-Voluntaria 4-Traslado 31 No 2El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad? 31 No 2El caso está o estuvo indubado en algún momento durante la enfermedad? 31 No 2El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad? Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  ddimm/lasaa  Follo de certificado de defunción  "Defunción por influenza	Si el caso s		_
¿El caso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?  ¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  John No  Fecha de defunción:  John No  Tefunción por influenza		Especialists in cronocors.	
¿El caso esta o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  Ji No  Fecha de egreso:  dd/mm/lasas  Folio de certificado de defunción:  "Defunción por influenza			SI No
¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?  ¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso:  Defunción:  Fecha de defunción:  Juliana de defunción:  Fecha de defunción:  Folio de certificado de defunción  Defunción por influenza	¿E	aso está o estuvo ingresado en la UCI durante la enfermedad?	21 No
¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonia durante la enfermedad?  Fecha de egreso: dd/imm/asas  Defunción: Fecha de defunción: dd/imm/asas  Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza"	¿F	caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad	
Perlunción: Fecha de defunción: did/mm/asasa  Defunción: Jdd/mm/asasa  Folio de certificado de defunción "Defunción por Influenza III No			
Defunción: Fecha de defunción: dd/mm/aaaa SI No Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza	¿E		
Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza "		Fe	cha de egreso: dd/mm/aaaa
Folio de certificado de defunción "Defunción por influenza	Defunción:	Fecha de defunción: dd	/mm/sasa
*Anexar nonia de nettilinado de delimolón si rumpia non deficiólin necacional de neco soprechoso de enterpodral receivado sinal		Sollo da cadificado da datimolán	
		Poilo de Certificado de delarición	