

## Programación de pacientes para pruebas COVID-19

Responsable	Actividad	Observaciones
-------------	-----------	---------------

<p>Paciente (cliente)</p>	<p>Solicitud de estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- COVID-19 por PCR</li> <li>- Prueba rápida para COVID-19 anticuerpos IgG IgM</li> </ul> <p>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.</p> <p>Para la opción de estudio a. COVID-19 por PCR, se debe desplegar el cuestionario para llenado en línea. (ver anexo)</p> <p>Pago del estudio, hay dos opciones:</p> <p>1. Por transferencia</p> <p>Si el pago es por transferencia, se debe enviar el comprobante a <a href="mailto:recepcionlab@hospitalsatelite.com">recepcionlab@hospitalsatelite.com</a></p>	<p>Datos de la cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Día (DD/MM/AAAA)</li> <li>- 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre completo del paciente</li> <li>- Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA</li> <li>- Tipo de estudio ( <ul style="list-style-type: none"> <li>o COVID-19 por PCR (tiempo de entrega de resultados es de 24 horas hábiles)</li> <li>o COVID-19 por PCR por protocolo de viaje. (solo pago directo en caja en día del estudio, no se aceptan transferencias)</li> <li>o Prueba rápida para COVID-19 anticuerpos IgG IgM</li> <li>o Seguimiento (Dimero D, Ferritina, Biometría hemática)</li> <li>o Otros relacionados con COVID-19</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opción de combos y fácil llenado.</li> <li>- No requiere firma del paciente o médico, solo lo firma en casos positivos el Dr. Israel Crespo, puede ser firma electrónica.</li> <li>- El documento se envía por Recepción de Laboratorio a Química Rocío Alcantar (para procesar muestra); Karla Guerrero (Reportes); Recepción de Laboratorio (Captura de información en la plataforma del INDRE)</li> </ul> <p>Información para el pago:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RFC</li> <li>- Dirección Fiscal</li> <li>- Correo electrónico</li> <li>- Uso de CFDI</li> </ul> <p><i>Pago por transferencia previo a la programación de su cita. Anexo datos de transferencia:</i></p> <p><b><u>DATOS DE TRASFERENCIA:</u></b>  <b>NOMBRE:</b> CORPORATIVO HOSPITAL SATELITE, S.A. DE C.V.</p>
---------------------------	---	--

Áreas diversas	<p>Consultan diariamente la programación de pacientes y coordinan los recursos necesarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>	<p>La programación debe ser visible para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recepción de Laboratorio</li> <li>- Contact center</li> <li>- Mercedes Martínez</li> <li>- Caja de Urgencias</li> <li>- Ana María Larios</li> <li>- Seguridad</li> <li>- Relaciones Públicas</li> <li>- Dra. Dulce Miranda</li> <li>- Sonia González</li> </ul>
Auxiliar de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un día antes de la cita imprime cuestionarios.</li> </ul> <p>Recepción del paciente en día de la cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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 style="list-style-type: none"> <li>- A las 7:00 el personal auxiliar de laboratorio ya debe contar con todos los cuestionarios impresos de los pacientes programados.</li> </ul> <p>Entrega requisiciones y etiquetas al Técnico de Laboratorio.</p> <p>Entrega al paciente para consulta de resultados.</p>
Técnico de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>-</li> </ul>	
Paciente	Egresado del área	
Auxiliar de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diariamente entrega los cuestionarios de los pacientes atendidos al Mensajero</li> </ul>	
Banco de sangre área técnica	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>Lista generada del sistema Pasteur</p>

Mensajero	<ul style="list-style-type: none"> <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 style="list-style-type: none"> <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.	

## Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral

## DATOS GENERALES

Nombre de la unidad:

Fecha de notificación en plataforma:  dd/mm/aaaa Folio plataforma:

Apellido Paterno:  Apellido Materno:  Nombre (s):

Fecha de Nacimiento: Día:  Mes:  Año:  CURP:

Sexo: Hombre: ☐ ¿Está embarazada? ☐ SI ☐ No ☐ Meses de embarazo:  Se encuentra en periodo de puerperio: ☐ SI ☐ No ☐ Días de puerperio:

Nacionalidad: Mexicana: ☐ Extranjera: ☐ ¿Es migrante? ☐ SI ☐ No ☐ País de nacionalidad:  País de origen:

Países en tránsito en los últimos tres meses: 1  2  3  Otro:  Fecha de ingreso a México:

País de nacimiento:  Entidad federativa de nacimiento:

Entidad de Residencia:  Municipio de residencia:

Localidad:

Calle:  Número:

Entre qué calles:  y

Colonia:  C.P.:  Teléfono:

¿Se reconoce como indígena? ☐ SI ☐ No ☐ ¿Habla alguna lengua indígena? ☐ SI ☐ No ☐

Ocupación:

¿Pertenece a alguna institución educativa?

## DATOS CLÍNICOS

Servicio de ingreso:  Tipo de paciente: 1-Ambulatorio ☐ 2-Hospitalizado ☐

Fecha de ingreso a la unidad:  dd/mm/aaaa Fecha de inicio de síntomas:  dd/mm/aaaa

A partir de la fecha de inicio de síntomas:

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes signos y síntomas?

	SI	No
Inicio súbito de los síntomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dianea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cianosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anosmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disgeusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Co-morbilidad

	SI	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHS/DIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique otros:

Diagnóstico probable: 1=Enfermedad tipo influenza (ETI) ☐ 2=Infección respiratoria aguda grave (IRAG) ☐

\*ETI es considerada como Enfermedad respiratoria leve

TRATAMIENTO	
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antipiréticos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Desde el inicio de los síntomas ha recibido tratamiento con antivirales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta fue afirmativa: Seleccione el antiviral: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 1=Amantadina  <input type="text"/> 4=Zanamivir             </div> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 2=Rimantadina  <input type="text"/> 5=Otro, Especifique otro:             </div> <div style="width: 60%;"> <input type="text"/> 3=Oseltamivir             </div> </div>	
¿Cuándo se inicio el tratamiento antiviral? <input type="text"/> dd/mm/aaaa	
En la unidad médica:	
¿Se inicia tratamiento con antimicrobianos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿Se inicia tratamiento con antivirales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Seleccione el antiviral: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 1=Amantadina  <input type="text"/> 4=Zanamivir             </div> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 2=Rimantadina  <input type="text"/> 5=Otro, Especifique otro:             </div> <div style="width: 60%;"> <input type="text"/> 3=Oseltamivir             </div> </div>	
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS	
¿Tuvo contacto con casos con enfermedad respiratoria en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Durante las semanas previas al inicio de los síntomas tuvo contacto con: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;">             Aves <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No              Cerdos <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> No           </div> <div style="width: 65%;">             Otro animal: <input type="text"/> </div> </div>	
¿Realizó algún viaje 7 días antes del inicio de signos y síntomas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
País: <input type="text"/> Ciudad: <input type="text"/>	
¿Recibió la vacuna contra influenza en último año?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Fecha de vacunación: <input type="text"/> dd/mm/aaaa	
LABORATORIO	
¿Se le tomó muestra al paciente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Laboratorio al que se solicita el procesamiento de la muestra: <input type="text"/>	
Tipo de muestra:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 1=Exudado faríngeo  <input type="text"/> 3=Lavado bronquial             </div> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 2=Exudado Nasofaríngeo  <input type="text"/> 4=Biopsia de pulmón             </div> </div>
Fecha de toma de muestra:	<input type="text"/> dd/mm/aaaa
Resultado:	<input type="text"/>
EVOLUCIÓN	
Evolución:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 1=Alta  <input type="text"/> 3=Caso grave             </div> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 2=En tratamiento/Referencia/Seguimiento domiciliario/Seguimiento terminado  <input type="text"/> 4=Caso no grave             </div> <div style="width: 60%;"> <input type="text"/> 5=Defunción*             </div> </div>
Si el caso se da de alta:	Especifique la evolución: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 1=Mejoría  <input type="text"/> 3=Voluntaria             </div> <div style="width: 20%;"> <input type="text"/> 2=Curación  <input type="text"/> 4=Traslado             </div> </div>
¿El caso está o estuvo Ingresado en la UCI durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿El caso está o estuvo intubado en algún momento durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
¿El caso tiene o tuvo diagnóstico de neumonía durante la enfermedad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Fecha de egreso: <input type="text"/> dd/mm/aaaa	
Defunción:	Fecha de defunción: <input type="text"/> dd/mm/aaaa Folio de certificado de defunción: <input type="text"/> *Defunción por influenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

\*Anexar copia de certificado de defunción si cumple con definición operacional de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral