

# Instrucciones para Toma de Muestra de COVID-19

En Imagen Diagnostica contamos con la autorización necesaria por parte de COFEPRIS e InDRE para la realización del estudio de Detección Cualitativa de Coronavirus SARS CoV-2 (COVID-19) por PCR tiempo real.

Es importante que consideremos que, dada la necesidad y disponibilidad de las pruebas, no se le puede realizar a toda la población, por lo que nos reservamos el derecho de permitir o en su caso descartar la realización del estudio a las personas que consideremos prioritarias.

Para proceder a la toma de muestra es necesario que:

1. Llenar el documento “Estudio Epidemiológico de Caso Sospechoso de Enfermedad por 2019-nCoV” que puede descargar en la página de [www.imagendiagnostica.com.mx](http://www.imagendiagnostica.com.mx) y enviarlo al correo electrónico [miguel.salas@imagendiagnostica.com.mx](mailto:miguel.salas@imagendiagnostica.com.mx).
2. Comunicarse con Miguel Salas Márquez, (Coordinador de Atención a Clientes en Imagen Diagnóstica) al teléfono (656) 441 0085 para realizar la cita para la toma de muestra.

La toma de muestra se llevará a cabo por la parte trasera de la sucursal de Imagen Diagnostica en Plaza Renacimiento (entre Lopez Mateos y Paseo Triunfo de la Republica). En esta visita podrá pagar su estudio tanto en efectivo como con tarjeta de crédito o débito.

Para que sea posible detectar al SARS-CoV-2 (COVID-19) en un paciente infectado, es necesario que la muestra se tome por lo menos 5 días después de la fecha de contagio, ya que este tiempo se requiere para que la carga viral aumente lo suficiente para que pueda ser detectada. Si la muestra se toma antes de este periodo de ventana se corre el riesgo de obtener un resultado falso negativo.

Estamos siguiendo los lineamientos de bioseguridad indicados por el InDRE y la OMS, con la finalidad de proteger a todos nuestros pacientes y al personal.



**Estudio epidemiológico de caso sospechoso de COVID-19**

**DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE**

Entidad:  Jurisdicción:  Municipio:  Nombre de la Unidad Médica:   
 Institución:  CLUES:

**DATOS GENERALES**

Fecha de ingreso a la unidad:  dd/mm/aaaa  
 Primer Apellido:  Segundo Apellido:  Nombre (s):   
 Fecha de Nacimiento: Día:  Mes:  Año:  Edad:  CURP:   
 Sexo: Hombre:  ¿Está embarazada? Sí  No  Meses de embarazo:  Se encuentra en periodo de puerperio Sí  No  Días de puerperio:   
 Nacionalidad: Mexicana:  Extranjera:  País de origen:  No Expediente o Seguridad social:   
 Entidad de nacimiento:  Entidad / Delegación de Residencia:   
 Municipio de residencia:  Localidad:   
 Calle:  Número externo:  Número interno:   
 Entre qué calles:  y   
 Colonia:  C.P.  Teléfono:   
 ¿Se reconoce cómo indígena? Sí  No  ¿Habla alguna lengua indígena? Sí  No   
 Ocupación:  ¿Es Migrante? Sí  No

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

¿Realizó algún viaje a un país con transmisión local comunitaria\* en los 14 días previos al inicio de signos y síntomas? Sí  No  ¿Usted es residente de algún país con transmisión local comunitaria\*? Sí  No   
*En caso afirmativo responda lo siguiente:*  
 Fecha de viaje:  dd/mm/aaaa Aerolínea/vuelo de llegada a México:   
 Fecha de llegada a México:  dd/mm/aaaa  
 Durante las 2 semanas previas al inicio de los síntomas :  
 ¿Tuvo contacto con alguna persona con sintomatología respiratoria? Sí  No  Se ignora   
 Lugar de contacto:  1=Hogar 2=Área de trabajo 3=Área de entretenimiento social 4=Unidad médica  
 ¿Tuvo contacto con animales? Sí  No  Cual:   
 ¿Qué tipo de contacto tuvo ?  1=Animales vivos 2=Animales muertos 3=Sangre 4=Heces 5=Huevo 6= Visceras  
 ¿Visitó algún mercado, donde hubiera venta de animales? Sí  No  Lugar:  Fecha:  dd/mm/aaaa

**Antecedentes de viajes internacionales y nacionales:**

*En caso afirmativo informe los países o ciudades visitados*

País al que viajó	Ciudad del país al que viajó	Fecha llegada dd/mm/aaaa	Fecha de salida dd/mm/aaaa	Aerolínea/vuelo

¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano\*\* con una persona con sospecha de COVID-19? Sí  No   
 ¿En los últimos 14 días, ha tenido contacto cercano\*\* con una persona confirmada por laboratorio de COVID-19? Sí  No   
 ¿Tuvo contacto con otras personas o familiares que hayan viajado a algún país con transmisión local comunitaria\* en los 14 días previos al inicio de síntomas? Sí  No   
\*Países con transmisión local comunitaria: China, Hong Kong, Corea del Sur, Japón, Italia, Irán y Singapur.  
 \*\*Contacto cercano: estar a 2 metros de distancia, o dentro de la habitación o área de cuidado, de un caso por un periodo prolongado de tiempo sin usar el equipo de protección personal (por ejemplo, batas, guantes, respirador desechable N95 y protección ocular); puede incluir cuidar, vivir, visitar o compartir un área o sala de espera médica.

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de síntomas:  dd/mm/aaaa

¿En los últimos 14 días ha presentado los siguientes signos y síntomas?

	Sí	No		Sí	No	Co-morbilidad	Sí	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunosupresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Calosfríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mialgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artralgias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ataque al estado general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Rinorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia hepática crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Polipnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Odinofagia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Cianosis  
Convulsiones  
Otro


DATOS DE LA UNIDAD MÉDICA

Servicio de ingreso:  Tipo de paciente: 1=Ambulatorio  2=Hospitalizado

Fecha de ingreso a la unidad:  dd/mm/aaaa El caso fue ingresado a la UCI: Sí  No

El caso fue intubado: Sí  No

El caso tiene diagnóstico de Neumonía: Clínica Sí  No

Radiológica: Sí  No

TRATAMIENTO

¿Recibió tratamiento antipirético / analgésico? Sí  No  Se ignora

Seleccione antipirético/analgésico:  Fecha de inicio del tratamiento antipirético/analgésico:  dd/mm/aaaa

*\*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Paracetamol <input type="checkbox"/>	Naproxeno <input type="checkbox"/>	Diclofenaco <input type="checkbox"/>
Ibuprofeno <input type="checkbox"/>	Piroxicam <input type="checkbox"/>	Ketorolaco <input type="checkbox"/>
Ácido acetilsalicílico <input type="checkbox"/>	Metamizol sódico <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Clonixinato de lisina <input type="checkbox"/>		

¿Recibió tratamiento antiviral? Sí  No  Se ignora

Seleccione antiviral:  Fecha de inicio del tratamiento antiviral:  dd/mm/aaaa

*\*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Amantadina <input type="checkbox"/>	Zanamivir <input type="checkbox"/>	Ribavirina <input type="checkbox"/>
Rimantadina <input type="checkbox"/>	Peramivir <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Osetamivir <input type="checkbox"/>		

¿Recibió tratamiento antibiótico? Sí  No  Se ignora

Seleccione el antibiótico:  Fecha de inicio del tratamiento antibiótico:  dd/mm/aaaa

*\*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Penicilina <input type="checkbox"/>	Clindamicina <input type="checkbox"/>	Amoxicilina c/s Ac. Clauvulánico <input type="checkbox"/>
Dicloxacilina <input type="checkbox"/>	Claritromicina <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Ampicilina <input type="checkbox"/>	Ciprofloxacino <input type="checkbox"/>	
Amikacina <input type="checkbox"/>	Meropenem <input type="checkbox"/>	
Doxiciclina <input type="checkbox"/>	Vancomicina <input type="checkbox"/>	
Cefalosporina <input type="checkbox"/>		

LABORATORIO

¿Se le tomó muestra al paciente? Sí  No  Laboratorio de diagnóstico:

Tipo de muestra

*\*Puede marcar más de una opción de la lista siguiente*

Exudado faringeo <input type="checkbox"/>	Lavado bronquial <input type="checkbox"/>
Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/>	Biopsia de pulmón <input type="checkbox"/>

Fecha de toma de muestra:  dd/mm/aaaa Fecha de envío de la muestra:  dd/mm/aaaa

Fecha de recepción de muestra:  dd/mm/aaaa Fecha de resultado:  dd/mm/aaaa Resultado:

EVOLUCIÓN

Evolución  1=Alta por mejoría 2=En tratamiento 3=Caso grave 4=Caso no grave 5=Defunción

Fecha de egreso:  dd/mm/aaaa

Fecha de defunción:  dd/mm/aaaa

Folio de certificado de defunción  \*Defunción por COVID-19 Sí  No

*\*Anexar copia digitalizada de certificado de defunción si cumple con definición operacional de defunción por COVID-19*

CONTACTOS

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre)	Sexo		Edad	Tipo de contacto (ID o ED)*	Correo electrónico	Presenta signos y síntomas (Fiebre, tos, dolor torácico, dificultad respiratoria, otros)	Observaciones
	F	M					

\* ID = Intradomiciliario , ED = Extradomiciliario (Trabajo, Unidades médicas, Escuela, Mercado, Sitio de reunión, etc.)  
Nota: En caso de que algún contacto cumpla con definición operacional de caso sospechoso, realizar el estudio epidemiológico de caso sospechoso

Nombre y cargo de quien elaboró  Nombre y cargo de quien autorizó

Fecha de elaboración:  dd/mm/aaaa

Contacto: Teléfono y correo electrónico