

DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN



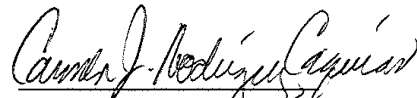
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

PROTOCOLO

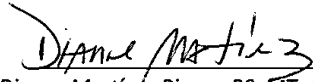
MANEJO DE CASO E INVESTIGACIÓN DE PERSONAS CON MALARIA (PALUDISMO)

30 DE MARZO DE 2011
SAN JUAN, PUERTO RICO
VERSION 1

Desarrollado y Certificado por:

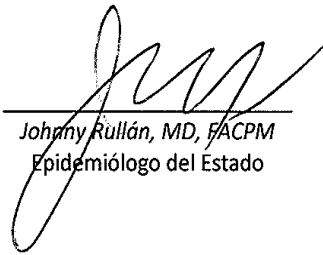


Carmen J. Rodríguez Caquias, BS, MS
Epidemióloga



Dianne Martínez Rivera, BS, MT, ASCP
Tecnóloga Médica

Visto Bueno de:



Johnny Rullán, MD, FACPM
Epidemiólogo del Estado

Hoy, 30 de marzo de 2011 en San Juan, Puerto Rico.

PROTOCOLO

MANEJO DE CASO E INVESTIGACIÓN DE PERSONAS CON MALARIA (PALUDISMO)

CONTENIDO

Trasfondo	4
Malaria: descripción de la Enfermedad	5
Agente Etiológico	5
Descripción Clínica	5
Diagnóstico Diferencial	5
Reservorio	5
Modo de Transmisión	6
Período de Incubación	6
Período de Comunicabilidad	6
Epidemiología	7
Criterios para el Reporte	8
¿Qué se debe reportar al Departamento de Salud?	8
Pruebas de laboratorio	8
Cadena de Custodia	9
Definición de Caso	10
Reporte de la Enfermedad e investigación de caso	11
Propósito de la vigilancia y el reporte	11
Requisitos para el reporte por parte de los laboratorios y los proveedores de salud	11
Proceso de reporte	11
Control de Malaria	11
Manejo de Contactos	12
Medidas Preventivas	13
Teléfonos de Información	14
Información en portales	15
<i>Apendices</i>	16
<i>Apendice 1: PROTOCOLO DEL LSPPR PARA CASOS DE MALARIA</i>	17
<i>Apendice 2: MALARIA: COLECCIÓN DE MUESTRAS PARA ENVÍO AL LSPPR</i>	18
<i>Apendice 3: MALARIA CASE SURVEILLANCE REPORT</i>	19

TRASFONDO

El Departamento de Salud (DS) del Estado Libre Asociado de Puerto Rico es la agencia encargada de velar por la **salud pública** del pueblo puertorriqueño. Actualmente, la Oficina de Epidemiología e Investigación del DS, recopila y analiza información de salud mediante sus sistemas de **vigilancia epidemiológica** e **investigaciones de campo**. El propósito fundamental de la vigilancia y las investigaciones en salud es prevenir y/o controlar enfermedades infecciosas.

La malaria es una enfermedad reportable bajo la Ley 81 y la Orden Administrativa 259, cual debe ser reportada en 24 horas o menos. La Oficina Epidemiología e Investigación ha desarrollado este protocolo con el objetivo de proporcionar a los trabajadores de la salud de diferentes niveles de atención una guía para el control y manejo de la enfermedad. En este se destacan los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad y estrategias de control y prevención de esta.

Salud Pública: *esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promocionar y restaurar la salud de la población.*

Epidemiología: *ciencia que estudia los patrones de distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que influyen sobre dichos patrones y su distribución por tiempo, lugar y persona.*

Riesgo: *es la posibilidad de sufrir un daño, ya sea éste hacia instalaciones, personas o medio ambiente.*

Malaria: *también conocida como paludismo, es una enfermedad causada por un parásito Plasmodium, el cual es transmitido por la picadura de un mosquito infectado.*

MALARIA: DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Agente Etiológico

Malaria es una enfermedad parasítica causada por protozoos del género Plasmodium. Cuatro especies son las que generalmente afectan al hombre: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malariae*. Las cuatro clases de malaria pueden ser similares en sus síntomas, siendo la forma más grave la causada por *P. falciparum*; por lo que es imposible diferenciar entre las especies sin estudios de laboratorio.

Descripción Clínica

La enfermedad suele comenzar con malestar indefinido y fiebre que aumenta poco a poco en un lapso de varios días, seguida por escalofríos intensos y aumento rápido de la temperatura, acompañada de cefalea y náuseas que culminan con sudoración profusa; lo que constituye el acceso palúdico simple, que se repite todos los días, en días alternos o cada tercer día. La severidad de la enfermedad es directamente proporcional a la concentración parasitaria.

Diagnóstico Diferencial

- Gripe (Influenza)
- Leishmaniasis visceral
- Síndrome del shock tóxico
- Hepatitis vírica
- Fiebre recurrente
- Fiebre entérica(Tifus)
- Dengue
- Neumonía
- Babesiosis
- Leptospirosis
- Fiebre Amarilla
- Absceso hepático amebico
- Meningitis aseptica o bacteriana
- Fiebre hemorrágica vírica

Reservorio

Los seres humanos son el único reservorio importante del paludismo humano. Los primates no humanos pueden contraer la infección natural por algunas especies de parásitos del paludismo que pueden potencialmente infectar a los seres humanos, pero la transmisión natural es rara.

Modo de Transmisión

La infección es adquirida por la picada del mosquito del género *Anopheles* hembra, infectado con una o más de las cuatro especies de protozoos. La mayor parte de las especies se alimentan de noche; algunos vectores importantes también pican al anochecer y en las primeras horas de la mañana.

Período de Incubación

El lapso entre la picadura del mosquito infectante y la aparición de los síntomas clínicos es de:

- *P. falciparum* 12 días
- *P. Vivax & ovale* 14 días
- *P. malariae* 30 días

Período de Comunicabilidad

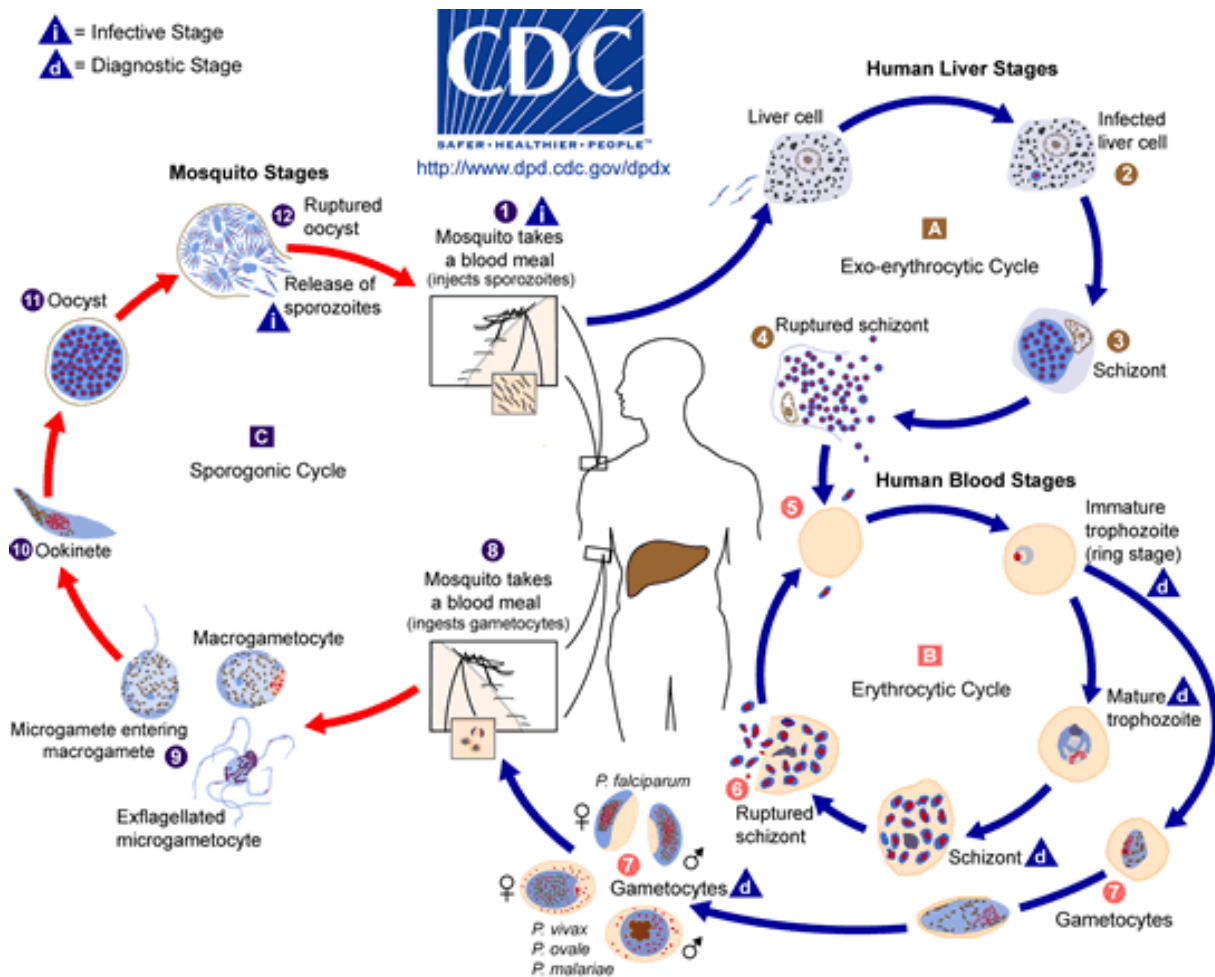
Los humanos pueden infectar a los mosquitos durante todo el tiempo a los mosquitos durante todo el tiempo que alberguen gametocitos infectantes en la sangre; esto varía según la especie del parásito y la respuesta al tratamiento.

- *P. malariae* > 3 años
- *P. Vivax & ovale* 1-3 años
- *P. falciparum* < 1 año

Los mosquitos son infecciosos durante toda su vida. La transmisión por transfusión puede producirse mientras circulen formas asexuales en la sangre. La sangre almacenada puede ser infectante durante un mes como mínimo.

EPIDEMIOLOGÍA

La malaria es endémica en todas las áreas tropicales del mundo. Las áreas de alta prevalencia incluyen África sub-Sahariana, partes de América del Sur y Central, India y partes de Oceanía y sureste de Asia. La transmisión de esta enfermedad también es posible en climas templados tal como Estados Unidos, donde el mosquito *Anopheles* está presente. En Puerto Rico durante el período de años 2000 – 2005 se han reportado 16 casos de malaria, todos importados. La mayoría (50%) de los casos reportados a nuestra División identificados fueron causados por *Plasmodium falciparum*, seguido por *Plasmodium vivax* (44%) y *Plasmodium ovale* (6%).



Criterios para el Reporte

¿Qué se debe reportar al Departamento de Salud?

La notificación de enfermedades infecciosas de parte de los profesionales de salud a los programas pertinentes del Departamento de Salud se rige por la ley 81 del 14 de marzo de 1912, según estipulada en la Orden Administrativa #259. La notificación inmediata (por teléfono o la vía más rápida) de un caso de malaria requiere el cumplimentar y enviar el informe de Categoría I dentro de un período de 24 horas. Luego de esto se procede a la investigación de caso correspondiente, para la recopilación de variables demográficas, clínicas, historial médico, de viaje, uso de tratamiento antimalárico, pruebas de laboratorio y otras.

Pruebas de laboratorio

La confirmación de laboratorio del diagnóstico es hecha por la demostración de parásitos de malaria en frotis de sangre, con el uso de pruebas rápidas (RDT) y detección de especies específicas parasitarias DNA con la prueba PCR.

Nota: Los laboratorios clínicos de hospitales y privados que detecten posibles casos de malaria deben comunicarse al LSPPR con la sección de parasitología para orientarse respecto a la toma de muestra y envío de esta para su confirmación. Se les proveerá el documento "Malaria: Colección de muestra para envío al LSPPR". (Ver Anejo 2)

Cadena de Custodia

La Cadena de Custodia es un documento que contiene información de todas las personas que en un momento dado tuvieron en su posesión el espécimen colectado. Esto incluye, pero no se limita a: enfermera, médico, escolta y tecnólogos médicos. Toda entidad (entiéndase personal de agencias, hospitales, CDT's) que tenga en su posesión especímenes colectados de un evento químico debe mantener en sus registros este documento. (Ver apéndice 3)

La Cadena de Custodia implica lo siguiente:

1. Toda entidad es responsable por el espécimen durante su posesión.
2. Cuando un espécimen es transferido de una entidad a otra, cada entidad retendrá su cadena de custodia.
3. Toda entidad que reciba el espécimen debe firmar la cadena de custodia de la entidad que se lo entrega para cerrar la misma.
4. Cuando una nueva entidad recibe el espécimen, debe comenzar su propia cadena de custodia.
5. Si el espécimen es entregado o recogido por una agencia de transporte (Ej. FedEx, Island Wide), debe ser documentado también en la cadena de custodia con el número de rastreo del paquete provisto por la agencia de transporte.

Nota: La Cadena de Custodia no debe ser transportada con la muestra de una entidad a otra.

Definición de Caso

Clasificación de Caso

1. Sospechoso:

- Detección de especies de *Plasmodium* por antígeno de pruebas de diagnóstico rápido sin confirmación por microscopía o ácido nucleico en cualquier persona (sintomática o asintomática) diagnosticada en los Estados Unidos, independientemente de si la persona ha experimentado episodios previos de la malaria, mientras estuvo fuera del país.

2. Confirmado:

- Detección de especies de *Plasmodium* por antígeno de pruebas de diagnóstico rápido con confirmación por microscopía o ácido nucleico en cualquier persona (sintomática o asintomática) diagnosticada en los Estados Unidos, independientemente de si la persona ha experimentado episodios previos de la malaria, mientras estuvo fuera del país.
- Detección de las especies de *Plasmodium* por pruebas de ácido nucleico en cualquier persona diagnosticada en los Estados Unidos, independientemente de si la persona ha experimentado episodios previos de la malaria, mientras estuvo fuera del país.

Reporte de la Enfermedad e investigación de caso

Propósito de la vigilancia y el reporte

El propósito de la vigilancia y el reporte es identificar los casos importados de malaria a propósitos de establecer las medidas preventivas y de control necesarios.

Requisitos para el reporte por parte de los laboratorios y los proveedores de salud

Ver documentos adjuntados:

- Protocolo del LSPPR para casos de malaria (Ver anejo 1)
- Malaria: Colección de muestras para envío al LSPPR (Ver anejo 2)

Proceso de reporte

La sospecha y/o confirmación de un caso de malaria debe ser notificado inmediatamente (por teléfono o la vía más rápida) a la División de Epidemiología del Departamento de Salud y a su vez cumplimentar y enviar el informe de Categoría I dentro de un período de 24 horas.

Investigación de Caso

La investigación de caso será realizada por el epidemiólogo regional, utilizando la forma generada por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC): Malaria Case Surveillance Report Form (Ver anejo 3), para dicha investigación.

Control de Malaria

El control de la malaria (paludismo) en las zonas de endemidad se basa en un tratamiento temprano y eficaz de todos los casos y elegir las medidas preventivas apropiadas para la situación local.

Manejo de Caso

- Un caso de malaria es considerado una emergencia médica, y un pronto tratamiento con apropiados antimaláricos deben ser recomendados.
- La selección de medicamentos apropiados para tratamiento dependerá de las especies de *Plasmodium* y el área donde la infección fue adquirida. Los medicamentos a considerar para malaria resistente a cloroquina incluyen **quinina, doxiciclina, malarone (atovaquone/proguanil)**. Se recomienda consultar con un especialista en el área de enfermedades infecciosas y/ o medicina de viajero.

Nota: No hay restricciones de aislamiento para el paciente hospitalizado, excepto precauciones con relación a la sangre.

Manejo de Contactos

No es requerida intervención específica de salud pública.

MEDIDAS PREVENTIVAS

La quimoprofilaxis para malaria es recomendada para personas viajando a zonas endémicas para esta enfermedad. En adición se recomienda realizar consulta con un especialista en medicina de viajero y/o especialista en recomendaciones a seguir durante viajes. Esto debido a que las recomendaciones pueden cambiar frecuentemente y dependen del área a visitar.

Precauciones a tomar para evitar o minimizar contacto con mosquitos *Anopheles*:

- Repelente para los mosquitos
- Ropa apropiada (ropas de manga larga y pantalones largos), particularmente entre la anochecer y el amanecer, las horas en las que pican por lo general los mosquitos anofelinos .
- Los donantes de sangre deben ser cuestionados sobre historial de malaria o exposición a la enfermedad. Aquellos con historial de malaria deben ser excluidos de la donación.

TELÉFONOS DE INFORMACIÓN

Oficina de Epidemiología e Investigación

Oficina Central

(787) 765-2929 ext. 3551 ó 3552

Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico

(787) 765-2929 ext. 3765

Oficina de Epidemiología e Investigación

Oficinas Regionales

Arecibo

787-879-3246

787—880-5538

787816-4577 (Fax)

Aguadilla

787-997-0164

787-882-9092

787-891-2045 (Fax)

Bayamón

787-780-7973

939-225-2098

787-895-0123 (Fax)

Caguas

787-653-0550 ext. 1170

787-286-0880

787- 744-1748 (Fax)

Fajardo

787-801-5922

787-863-2841 (Fax)

Mayaguez

787-832-3640

787-831-0262

787-834-0095 (Fax)

Metro

787-250-1330/1336 ext.256

787-281-62444 (Fax)

Ponce

787-765-2929 ext.5705

787-841-4555 (Fax)

INFORMACION EN PORTALES

Departamento de Salud

www.salud.gov.pr

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades

<http://www.cdc.gov/malaria/>

APENDICES

APENDICE 1: PROTOCOLO DEL LSPPR PARA CASOS DE MALARIA

1. Los laboratorios clínicos de hospitales y privados que detecten posibles casos de malaria deben comunicarse al LSPPR con la sección de parasitología para orientarse respecto a la toma de muestra y envío de esta para su confirmación. Se les proveerá el documento “Malaria: Colección de muestra para envío al LSPPR”.
2. Una vez la muestra sea recibida en el LSPPR esta será examinada microscópicamente para confirmar el diagnóstico. Se tomarán fotos para ser enviadas vía Internet a CDC a través del programa *Division of Parasitic Diagnostic (DPDx)*.
3. En caso de que CDC confirme el diagnóstico del LSPPR basado en las fotos enviadas por este, se procederá a reportar el resultado tanto a la División Epidemiología del Departamento de Salud como al laboratorio que envió la muestra.
4. En caso de que CDC requiera la muestra de sangre o laminillas para confirmar el diagnóstico del LSPPR la muestra será enviada a CDC para pruebas microscópicas adicionales y/o pruebas moleculares (PCR).
5. CDC enviará el resultado final al LSPPR y este será reportado tanto a la División Epidemiología del Departamento de Salud como al laboratorio que envió la muestra.

*** Nota: Durante el tiempo de celebración de los Juegos Centroamericanos (Julio – Agosto 2010) el resultado de esta muestra será notificado a la epidemióloga Sra. Carmen J. Rodríguez vía telefónica (787-903-1649), en un plazo de tiempo no mayor a 24 horas, y esta a su vez notificará estos al Dr. Rullán, director de la Oficina de Investigación y Epidemiología.*

Malaria: Colección de muestras para envío al LSPPR

1. Tomar la muestra antes de dar tratamiento.
2. Muestra debe ser tomada en tubo de EDTA (violeta). Una vez tomada la muestra se debe hacer laminilla gruesa y fina antes de una hora para evitar cambios en morfología. Estas laminillas deben estar debidamente cumplimentadas con nombre de paciente y fecha de toma de muestra.

2.1. Tubo tapón rojo para serología (PCR)

****Nota: Laminillas finas pueden ser enviadas teñidas con Wright-Giemsa*

3. Adicional enviar muestra reciente en EDTA (tubo violeta) a 4°C. Tubo debe estar debidamente identificado.
4. Enviar forma CDC 50.34 debidamente cumplimentada. Importante incluir en la sección de data epidemiológica información de historial de viajes y residencia.

*****Nota: Si se ha dado tratamiento se puede tomar la muestra como está indicado pero tiene que especificar fecha de comienzo del tratamiento. A veces es necesario tomar varias muestras en intervalos de 8-12 horas de 2 a 3 días ya que la parasitemia puede fluctuar.*

Envío de Muestra

1. Comunicarse a la sección de Bacteriología Clínica/Parasitología del LSPPR al 787-765-2929 ext. 3745
2. Se reciben muestras de Lunes a Viernes de 7:00 am – 4:00 pm. (De ser necesario traer la muestra fuera de este horario tiene que haber un previo acuerdo).
3. Entregar muestra a la siguiente dirección física:
Laboratorio de Salud Pública de PR
Departamento de Salud
Calle Periferal
Edificio A 2do piso
Antiguo Hospital de Psiquiatría
Bo. Monacillos Rio Piedras, PR 00935

APENDICE 3: MALARIA CASE SURVEILLANCE REPORT

Fuente:

MALARIA CASE SURVEILLANCE REPORT Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention Division of Parasitic Diseases (MS F-22), 4770 Buford Highway, N.E. Atlanta, Georgia 30341		
State Case No. _____ CSID No. _____		Case No. _____
Patient name (last, first): _____		Age: _____ yrs. mos. wk. days (circle units) Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown
Date of symptom onset of this attack (mm/dd/yyyy): ____/____/____		Date of Birth: ____/____/____ Is patient pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Physician name (last, first): _____		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino Race (select one or more): <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown
Telephone Number: () _____ - _____		State/territory reporting this case: _____ County: _____
Positive lab test result (check all that apply): <input type="checkbox"/> Smear <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> RDT <input type="checkbox"/> No test done/unknown		Patient admitted to hospital: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Hospital: _____ Date: ____/____/____ Hospital record No.: _____
Species (check all that apply): <input type="checkbox"/> Vivax <input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Malariae <input type="checkbox"/> Ovale <input type="checkbox"/> Not Determined <input type="checkbox"/> Other species (specify) _____		Specimens being sent to CDC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes: <input type="checkbox"/> Smears <input type="checkbox"/> Whole Blood <input type="checkbox"/> Other: _____
Parasitemia (%): _____		Has the patient traveled or lived outside the U.S. during the past 2 years? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, specify: _____
Laboratory name: _____ Telephone Number: () _____ - _____		Country: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Date returned/ arrived in U.S. (mm/dd/yyyy): ____/____/____ Duration in country yrs. mos. wk. days (circle units) _____
Did patient reside in U.S. prior to most recent travel? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, (specify country): _____ <input type="checkbox"/> Unknown		Principal reason for travel from/ to U.S. for most recent trip: <input type="checkbox"/> Tourism <input type="checkbox"/> Visiting friends/relatives <input type="checkbox"/> Student/teacher <input type="checkbox"/> Military <input type="checkbox"/> Airline/ship crew <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Business <input type="checkbox"/> Missionary or dependent <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Peace Corps <input type="checkbox"/> Refugee/immigrant
Was malaria chemoprophylaxis taken? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, which drugs were taken? <input type="checkbox"/> Chloroquine <input type="checkbox"/> Mefloquine <input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Primaquine <input type="checkbox"/> Atovaquone/proguanil <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Unknown		History of malaria in last 12 months (prior to this report)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown Date of previous illness: ____/____/____ If yes, species (check all that apply): <input type="checkbox"/> Vivax <input type="checkbox"/> Falciparum <input type="checkbox"/> Malariae <input type="checkbox"/> Ovale <input type="checkbox"/> Not Determined <input type="checkbox"/> Other (specify) _____
Were all pills taken as prescribed? <input type="checkbox"/> Yes, missed no doses <input type="checkbox"/> No, missed doses <input type="checkbox"/> Unknown If doses were missed, what was the reason? <input type="checkbox"/> Forgot <input type="checkbox"/> Didn't think needed <input type="checkbox"/> Had a side effect (specify): _____ <input type="checkbox"/> Was advised by others to stop <input type="checkbox"/> Prematurely stopped taking once home <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ <input type="checkbox"/> Unknown		Blood transfusion/organ transplant within last 12 months: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, date: ____/____/____
Clinical Complications: <input type="checkbox"/> Cerebral malaria <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Severe anemia (Hb<-7) <input type="checkbox"/> Other: _____		Was illness fatal: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, date of death: ____/____/____
Therapy for this attack (check all that apply): <input type="checkbox"/> Chloroquine <input type="checkbox"/> Tetracycline <input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Mefloquine <input type="checkbox"/> Exchange transfusion <input type="checkbox"/> Artesunate <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Primaquine <input type="checkbox"/> Quinine <input type="checkbox"/> Quinidine <input type="checkbox"/> Clindamycin <input type="checkbox"/> Atovaquone/proguanil <input type="checkbox"/> Other (specify): _____		Person submitting report: _____ Telephone No.: _____ Affiliation: _____ Date Submitted: ____/____/____
For CDC Use Only. Classification <input type="checkbox"/> Imported <input type="checkbox"/> Induced <input type="checkbox"/> Introduced <input type="checkbox"/> Congenital <input type="checkbox"/> Cryptic		
<small>Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Please send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Rd., NE (MS D-24), Atlanta, GA 30333, ATTN: PRA (0920-0009).</small>		
CDC 54.1 12/2008(Front) OMB 0920-0009 If sending specimens, please forward blood smears (thick and thin) with this report.		

http://www.cdc.gov/malaria/pdf/malaria_form.pdf

CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

LABORATORY EXAMINATION REQUESTED

Test order name:

Test order code:

Suspected agent:

Date sent to CDC: MM/DD/YYYY

At CDC, bring to the attention of:

PATIENT INFORMATION

Patient Name:

Birthdate: MM/DD/YYYY Age: Age units:

Sex:

Clinical diagnosis:

Date of onset: MM/DD/YYYY

Fatal: Date of death: MM/DD/YYYY

SPECIMEN INFORMATION

Specimen collected date: MM/DD/YYYY Time: HH:MM

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 #:

Unit Specimen ID#:

Date received at CDC: MM/DD/YYYY

Date received at STAT: MM/DD/YYYY

Date received in testing lab: MM/DD/YYYY Time: HH:MM

Barcode 1

Condition	STAT Laboratory	Testing Laboratory
Outer package	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Specimen container	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Specimen	<input type="text"/>	<input type="text"/>



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

Name:

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Institution name:

Street address:

Line 1:

Line 2:

City: ZIP/Postal code:

State: Country:

Phone:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0302000): Extension:

Fax:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0302000): Institutional e-mail:

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

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

ORIGINAL SUBMITTER (Organization that originally submitted specimen for testing)

Name:

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Institution name:

Street address:

Line 1:

Line 2:

City: ZIP/Postal code:

State: Country:

Phone:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0303000): Extension:

Fax:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0303000): Institutional e-mail:

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

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

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

Name:

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Institution name:

Street address:

Line 1:

Line 2:

City: ZIP/Postal code:

State: Country:

Phone:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0304000): Extension:

Fax:

Country code: Area code: Local number (e.g. 0304000): Institutional e-mail:

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

Prefix: Last: First: MI: Suffix: Degree:

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

Patient name:

AND/OR Original Patient ID:

AND/OR SPHL Specimen ID:

Last

First

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Upper respiratory | <input type="checkbox"/> Sepsis |
| <input type="checkbox"/> Lower respiratory | <input type="checkbox"/> Central nervous system |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Skin/soft tissue |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Ocular |
| <input type="checkbox"/> Genital | <input type="checkbox"/> Joint/bone |
| <input type="checkbox"/> Urinary tract | <input type="checkbox"/> Disseminated |
| <input type="checkbox"/> Other, specify <input style="width: 150px;" type="text"/> | |

THERAPEUTIC AGENT(S) DURING ILLNESS

Agent	Start date	End date
1. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
2. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
3. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

EPIDEMIOLOGICAL DATA

EXTENT

- Isolated case
- Carrier
- Contact
- Outbreak
 - Family
 - Community
 - Healthcare-associated
 - Epidemic

TRAVEL HISTORY

Travel: Dates of Travel: to

Travel: Foreign (Country) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Foreign Residence (Country) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Travel: United States (State) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> United States Residence (state) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--	--

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

EXPOSURE HISTORY

Exposure:

- Animal**

Type of Exposure:

Common name:

Scientific name:
- Arthropod**

Type of Exposure:

Common name:

Scientific name:

RELEVANT IMMUNIZATION HISTORY

Immunization(s)	Date received
1. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
2. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
3. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
4. <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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

CDC USE ONLY

Barcode 2

Barcode 2

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 award 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.



**Oficina de Epidemiología e Investigación
Nivel Central**
Teléfono: 787-765-2929 ext. 3551/3552
Facsimil: 787-751-6937
Regiones

1. Metro	2. Bayamón	3. Arecibo	4. Caguas
Teléfono: 787-751-8381 Facsimil: 787-281-6144	Teléfono: 939-225-2098 Facsimil: 787-995-0123	Teléfono: 787-879-3246 Facsimil: 787-817-6759	Teléfono: 787-286-0880 Facsimil: 787-746-2528
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Sra. Pilar Torres Rodríguez • Epidemióloga: Sra. Shirley Morales Estrada 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Sra. Wanda Diaz • Epidemióloga: Sr. Anibal Cruz Sánchez 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: N/A • Epidemiólogo: Sr. Juan B. Méndez 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Sra. Carmen Valentín • Epidemióloga: Sra. Jazmin Román
Pueblos: Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loiza, San Juan, Trujillo Alto	Pueblos: Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja, Vega Alta	Pueblos: Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utua, Vega Baja	Pueblos: Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo, Yabucoa
5. Fajardo	6. Ponce	7. Mayagüez	8. Aguadilla
Teléfono: 787-801-5922 Facsimil: 787-801-6767	Teléfono: 787-765-2929 ext 5705 Facsimil: 787-844-3885	Teléfono: 787-831-0262 Facsimil: 787-834-0095	Teléfono: 787-997-0155 Facsimil: 787-891-2045
<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Nydia Piña • Epidemióloga: Sra. Edna I. Ponce 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Damaris Velazquez Viviana Vargas • Epidemióloga: Sra. María V. Ramos 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Sra. María S. Pérez • Epidemiólogo: Sra. Zobeida Santiago Bernos 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisora Enfermería: Sra. Noelia Esteves • Epidemiólogo: Sra. Zobeida Santiago Bernos
Pueblos: Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande, Vieques	Pueblos: Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba, Yauco	Pueblos: Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Rincón, Sabana Grande, San Germán	Pueblos: Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca, San Sebastián