

**Establecimiento que envía la(s) muestra(s)**

Nombre del establecimiento _____	N° Unidad Programática CCSS _____
----------------------------------	-----------------------------------

**Establecimiento de salud al cual se reportan los resultados**

Hospital _____	EBAIS _____
Área de Salud _____	Establecimiento privado u otro _____

**Datos del paciente**

<b>Identificación:</b> N° Pasaporte _____ N° cédula _____ Otro: N° Expediente _____ N° Autopsia _____		<b>Nombre Paciente:</b> _____ _____ _____ Sexo: Masculino Femenino Intersexo Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD-MM-AAAA)		
<b>Nacionalidad (país):</b> Costarricense Extranjero: País: _____		¿Ha viajado en el último mes? : No ( ) Sí ( ) Dentro del país, lugares visitados: _____ Fuera del país, países visitados: _____ Fecha de ingreso (DD-MM-AAAA): _____		
<b>Dirección del Paciente:</b> _____ Provincia Cantón Distrito Barrio – Caserío		<b>Otras señas: (Dirección exacta)</b> _____		
<b>Lugar de trabajo:</b> _____		<b>Centro de estudio:</b> _____	<b>Teléfono celular y/o fijo:</b> _____	
<b>Condición del paciente:</b> Hospitalizado: ( ) No ( ) Sí Servicio/especialidad _____ Consulta externa: ( ) No ( ) Sí Servicio/especialidad _____ Emergencias: ( ) No ( ) Sí Área funcional _____		<b>Aislamiento:</b> ( ) No ( ) Sí <b>Fallecido:</b> ( ) Sí, indicar fecha de defunción: _____ (DD-MM-AAAA)		

**Factores de riesgo y exposición**

- |  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agua estancada o ríos | <input type="checkbox"/> Asma                 | <input type="checkbox"/> Cardiopatía                     | <input type="checkbox"/> Deporte                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Embarazo         |
| <input type="checkbox"/> EPOC                  | <input type="checkbox"/> HTA                  | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión                 | <input type="checkbox"/> aventura/senderismo     | <input type="checkbox"/> Madre positiva por Zika  | <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida |
| <input type="checkbox"/> Reside zona indígena  | <input type="checkbox"/> Sin factor de riesgo | <input type="checkbox"/> Tabaquismo                      | <input type="checkbox"/> Madre positiva p/Chagas | <input type="checkbox"/> Trab. Ganadería/lechería | <input type="checkbox"/> Trab. Salud      |
| <input type="checkbox"/> Trab. Veterinario     | <input type="checkbox"/> Ventilación mecánica | <input type="checkbox"/> Zona con circulación del vector | <input type="checkbox"/> Trab. Agricultor/peón   | <input type="checkbox"/> Otros                    |   |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Zonas de inundación     |   |   |

**Diagnóstico presuntivo**

- |   |  |  |   |  |  |
|---|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angiostrongilosis                  | <input type="checkbox"/> Ántrax                    | <input type="checkbox"/> Bronquiolitis         | <input type="checkbox"/> Brucelosis                   | <input type="checkbox"/> Chikungunya                   | <input type="checkbox"/> Cólera  |
| <input type="checkbox"/> COVID-19                           | <input type="checkbox"/> Dengue                    | <input type="checkbox"/> Ébola                 | <input type="checkbox"/> Enf. de Chagas               | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hansen (lepra)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad diarreica aguda                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad tipo Influenza (ETI)    | <input type="checkbox"/> Enterovirus               | <input type="checkbox"/> Erlichiosis/anaplasma | <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla              | <input type="checkbox"/> Inf. Resp. Aguda              | <input type="checkbox"/> Intoxicación alimentaria                      |
| <input type="checkbox"/> Infección Respiratoria Aguda (IRA) | <input type="checkbox"/> Leishmaniasis             | <input type="checkbox"/> Leptospirosis         | <input type="checkbox"/> Malaria                      | <input type="checkbox"/> Inf. Resp. Grave (IRAG)       | <input type="checkbox"/> Micosis superficial                           |
| <input type="checkbox"/> Infección Respiratoria Aguda (IRA) | <input type="checkbox"/> Micosis sistémica         | <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis viral | <input type="checkbox"/> Mayaro                        | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida aguda/Síndr. Guillain-Barre |
| <input type="checkbox"/> Micosis subcutánea                 | <input type="checkbox"/> Rubéola/SRC               | <input type="checkbox"/> Sarampión             | <input type="checkbox"/> Sepsis /septicemia           | <input type="checkbox"/> Neumonía/ Bronconeumonía      | <input type="checkbox"/> Síndr. pulmonar p/ Hantavirus                 |
| <input type="checkbox"/> Rickettsiosis                      | <input type="checkbox"/> Virus del Nilo Occidental | <input type="checkbox"/> Zika                  | <input type="checkbox"/> Otro:                        | <input type="checkbox"/> Síndr. pulmonar p/ Hantavirus | <input type="checkbox"/> Tos ferina/Síndr. tosferinoso                 |

**Signos y síntomas**

<b>Sintomático:</b> ( ) no ( ) sí <i>Indique, Fecha de inicio de síntomas _____ (DD-MM-AAAA) y marque los signos/síntomas del paciente:</i>			
<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Deposiciones muco-sanguinolentas	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Signo de Romaña
<input type="checkbox"/> Manifestaciones Articulares (artralgias/artritis)	<input type="checkbox"/> Deshidratación	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Signos meníngeos
<input type="checkbox"/> Ataxia y/o Síndr. Guillain Barre	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Mialgias	<input type="checkbox"/> Síndrome congénito asociado a Zika (SCS)
<input type="checkbox"/> celulitis	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Microcefalia	<input type="checkbox"/> Tos
<input type="checkbox"/> Chagoma de inoculación	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Odinofagia	<input type="checkbox"/> Úlcera en piel o mucosa
<input type="checkbox"/> Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Eosinofilia ≥ 20 %	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Erupción/rash	<input type="checkbox"/> Petequias	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____
<input type="checkbox"/> Diarrea/Deposiciones acuosas	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Poliradiculoneuritis	
	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Prurito	
¿Está este caso asociado a un brote? ( ) No ( ) Sí ( ) NA ( ) Se desconoce		¿Es un contacto con paciente sintomático? ( ) No ( ) Sí	
Hay otras personas con síntomas similares en: ( ) No ( ) Sí: ( ) Casa ( ) Centro de estudio ( ) Trabajo ( ) Vecindario ( ) Otro <i>Especifique:</i> _____			
En los últimos 5 días antes de la toma de muestra recibió tratamiento: No ( ) Si ( ) Si: Antibióticos ( ) Antiparasitarios ( ) Antivirales <i>Especifique:</i> _____			

**Historia vacunal relacionada con el evento**

Vacuna(s) relacionada(s) con el evento	Número de dosis	Fecha de última dosis (DD-MM-AAAA)

**Exámenes que solicita al INCIENSA\*:**
**Datos de la(s) muestra (s) (Completar en el laboratorio Clínico que envía)**

(Exclusivo del Inciens)

N° de muestra cliente	Fecha de toma de la muestra (DD-MM-AAAA)	Muestra referida	Temp. de recepción en Inciens °C
		Indique si la muestra es: Absceso, amígdalas, aspirado bronquial, aspirado endotraqueal (AET), aspirado nasofaríngeo, bazo, biopsia, cepa, cerebro, contenido de intestino delgado, contenido de intestino grueso, corazón, entera, esputo, exudado / secreción, faríngeo, ganglio, gota gruesa, grano / escara, heces, herida quirúrgica, hígado, hisopado en medio de transporte, hisopado fecal en medio de transporte, hisopado nasofaríngeo, hisopado rectal, hisopado rectal en medio de transporte, hisopado sin medio de transporte, huesos y articulaciones, intestino, jugo gástrico, lavado broncoalveolar, lavado bronquial, lavado bronquioalveolar (BAL), linfa – codo, linfa – nariz, linfa – oreja, líquido amniótico, líquido articular, líquido articular / sinovial, líquido cefalorraquídeo, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, masa de mama, médula ósea, nasal, oído, ojo, orina, piel, pulmón, quiste, saliva, sangre total, secreción bronquial, semen, suero, tejido, traqueal, uretral, vaginal, otro (indicar), otro (especifique)	
<b>Observaciones:</b> _____			
<b>Responsable solicitud:</b> _____		<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de solicitud:</b> _____

El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, por lo que la misma está sujeta a los criterios de rechazo establecidos por la Institución \*\*.

Se distribuye como versión impresa no controlada

Además, autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos establecidos

## Instrucciones de llenado

### Establecimiento que envía la muestra

**Nombre del establecimiento:** Indicar el nombre del laboratorio de donde procede la muestra. Ej. *Laboratorio Hospital Max Peralta*  
Indicar el tipo de establecimiento según corresponda: hospital, área de salud, EBAIS o establecimiento privado

### Datos del paciente

**Identificación:** Anotar el número de cédula del paciente con el siguiente formato # ####-####.

*Si el paciente no posee cédula marque la casilla Otro y seleccione la casilla para anotar la identificación disponible (ya sea pasaporte, N° autopsia, etc.)*

**Nombre del paciente:** Anote primer apellido, segundo apellido y nombre

**Sexo:** Marque la casilla que corresponda

**Fecha de nacimiento:** Indique la fecha con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

**Nacionalidad:** Marque la casilla que corresponda según la nacionalidad del paciente, si es extranjero anote el país de procedencia.

**¿Ha viajado en el último mes?** Marque la casilla según corresponda, si ha viajado indique el lugar o país respectivamente y anote la fecha del retorno al país o lugar de residencia con el siguiente formato (DD-MM-AAAA)

**Dirección del paciente:** Anote la provincia, cantón, distrito y caserío del lugar de residencia del paciente. Otras señas: anote la dirección exacta del domicilio del paciente.

**Teléfonos:** Anote el número de teléfono de la residencia del paciente, celular o algún otro teléfono disponible por medio del cual se pueda contactar al paciente. En caso de menores de edad anote el teléfono de sus padres o responsable.

**Ocupación:** Anote la ocupación a la que se dedica habitualmente el paciente. Lugar de trabajo o Centro de estudio: Anote el lugar de trabajo o Centro de estudio donde trabaja o estudia el paciente

**Condición del paciente:** Marque la casilla que corresponda, si es un paciente vivo indique si está hospitalizado, indique si está embarazada, y en caso de fallecimiento indique la fecha de defunción con el formato (DD-MM-AAAA)

**Factores de riesgo:** Indique los factores de riesgo que presenta el paciente. Si el paciente no presente ningún factor de riesgo, por favor marcarlo así en la boleta.

**Diagnóstico presuntivo:** Anote el diagnóstico que se presume en el paciente. Los exámenes realizados dependerán de los algoritmos establecidos para la vigilancia de estos eventos.

**Si el paciente tiene tuberculosis especifique** tipo de caso.

### Signos y síntomas

**Indique si el paciente está asintomático o sintomático:** si presenta algún síntoma, indique la fecha de inicio con el formato (DD-MM-AAAA)

**Si el paciente está sintomático** marque los síntomas que presenta (puede ser más de uno)

**Si hay otras personas con síntomas similares** a los que presenta el paciente, indique el lugar

**Anote si el paciente recibió antibióticos antes de la toma de la muestra** y especifique cuales antibióticos recibió

### Exámenes que solicita a INCIENSA

Anote el o los exámenes que requiere que el INCIENSA le procese a esta muestra

### Datos de la muestra (Debe ser llenada por un microbiólogo)

Esta información es fundamental para un adecuado procesamiento e interpretación de los resultados.

Si el paciente posee más de una muestra, anote cada muestra en una fila con la información requerida en cada columna

**Observaciones:** Si desea destacar alguna información adicional que considere importante con relación a la muestra o al paciente, anótela en este espacio.

Anote el nombre del responsable de la solicitud, su código profesional, firma y fecha en que se realiza la misma.

**Resultado de Panel Respiratorio:** Indicar el resultado obtenido por el panel respiratorio cuando corresponda

El siguiente espacio es exclusivo para pegar etiquetas de la muestra, incluir sellos y otras observaciones

\*Los análisis que el INCIENSA realice a la (s) muestra (s) corresponden a los establecidos en los procedimientos, normas o guías de Vigilancia Epidemiológica, por lo que el ensayo realizado no necesariamente corresponde al solicitado por el usuario.

\*\*[https://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones\\_Normas.aspx](https://www.inciensa.sa.cr/servicios/Indicaciones_Normas.aspx)