

RESUMEN EJECUTIVO

ack
El Departamento de Salud ejerciendo su deber ministerial de velar por la salud del pueblo y en cumplimiento de la política pública de Puerto Rico de conformidad con la ley #81 del 14 de Marzo de 1912, establece los requerimientos para el reporte de enfermedades de notificación obligatoria mediante la Orden Administrativa # 358. El listado de enfermedades infecciosas y condiciones de notificación obligatoria es revisado periódicamente. La Orden Administrativa # 358 revisada, que aquí se expone corresponde al compendio de enfermedades infecciosas y otras condiciones de notificación obligatoria; así como también a la metodología de reporte y envío de muestras. La revisión de este documento durante septiembre de 2016 contempla inclusiones de enfermedades **arbovirales** (Ej. Zika y Chikungunya); trastorno autoinmunitario como **Guillain-Barré**; otras enfermedades como: **Estomatitis, Síndrome Hemolítico Urémico (HUS), Mielitis Flácida Aguda (AFM), Sífilis congénita**; y patógenos como ***Acinetobacter baumannii***; **enterovirus** y otras condiciones como notificación de **niveles altos de plomo en sangre**. También se actualizaron hojas y metodologías de reporte, así como directrices a seguir para el envío de muestras/aislados de algunas de enfermedades reportables.

El estricto y fiel cumplimiento con esta Orden Administrativa por parte de los proveedores de salud, laboratorios y otras fuentes de información oficiales y secundaria,; nos permitirá describir la situación de salud en Puerto Rico, mediante el análisis de las enfermedades reportadas e implementación de políticas en la salud basadas en evidencia.



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
SAN JUAN, PUERTO RICO

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 358

PARA ENMENDAR LA ORDEN ADMINISTRATIVA NÚM. 302 DEL 3 DE JUNIO DE 2013 SOBRE EL LISTADO DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CONFORMIDAD LA LEY NUMERO 81 DEL 14 DE MARZO DE 1912, SEGUN ENMENDADA, LEYES VIGENTES Y LA AUTORIDAD QUE CONFIEREN LAS MISMAS A LA SECRETARIA DE SALUD

POR CUANTO: El Departamento de Salud fue creado según lo dispuesto en la Ley Número 81 de 14 de marzo de 1912, según enmendada, y elevado a rango constitucional el 25 de julio de 1952, en virtud de lo dispuesto en el artículo IV, sección 6 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

POR CUANTO: Reconociendo su deber constitucional de velar por la salud del pueblo y en el cumplimiento de la política pública del Estado Libre Asociado Puerto Rico, el Departamento de Salud tiene la responsabilidad de fijar los objetivos de salud del pueblo de Puerto Rico y desarrollar estrategias para proteger la Salud del Pueblo.

POR CUANTO: El Secretario de Salud ejercerá todas aquellas funciones que le asigna la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y la Ley Núm. 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada, y todas las leyes vigentes relacionadas con la salud que exigen un sistema de servicios de salud efectivo.

POR CUANTO: De conformidad con las facultades que le confiere la Ley Número 81 del 14 de marzo de 1912, según enmendada el Secretario de Salud tiene la autoridad en Ley para emitir órdenes para prevenir un daño irreparable a la salud y al bienestar público.

POR CUANTO: La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 10, establece que el Secretario de Salud mantendrá y tendrá a su cargo aquellos servicios de estadísticas vitales y aquellas que fueren necesarias para el desempeño de sus funciones, y todos aquellos otros servicios necesarios, para la protección, cuidado, mejoramiento y conservación de la salud pública que por ley se le asignen.

POR CUANTO: La Ley Número 81, *supra*, en su artículo 4 y 28 dispone sobre las facultades del Secretario de Salud en casos de enfermedades contagiosas y el informe a funcionarios de salud sobre las enfermedades contagiosas.

POR CUANTO: A la luz de estos estatutos, el Secretario establece y promulga la siguiente directriz cónsona con la nueva misión y visión del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico de propiciar y conservar la salud como un estado o condición de bienestar físico, mental, emocional y social, que permita al ser humano el pleno disfrute de la vida y contribuir al esfuerzo productivo y creador de la

ack.

sociedad siempre velando por la calidad, acceso y equidad en la prestación de servicios de salud a los niveles primarios, secundarios y terciarios, tanto públicos como privados.

POR CUANTO:

En aras de cumplir con la política pública sobre la prestación de servicios de excelencia a la población en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y optimizar la utilización de los recursos en la prestación de servicios de salud primaria (prevención primaria y secundaria) con el objetivo de prevenir y suprimir condiciones de salud y enfermedades infecciosas que afecten la Salud del pueblo puertorriqueño y poder implementar y evaluar la calidad de programas de control y prevención de enfermedades se hace imprescindible la emisión de la siguiente Orden Administrativa notificando a todos los profesionales de la salud la lista de condiciones de salud y enfermedades que tendrán que ser notificadas al Departamento de Salud a partir de la firma de presente orden. Esta lista de vigilancia epidemiológica será revisada todos los años por la Oficina de Epidemiología e Investigación y de necesitar ser actualizada una nueva lista será publicada.

POR TANTO:

YO, ANA RIUS ARMENDÁRIZ, MD, SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO, PROMULGO EN ESTA FECHA LA PRESENTE ORDEN ADMINISTRATIVA PARA EMITIR LA LISTA DE ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIDAD QUE ME CONFIERE LA LEY, ORDENO:

Primero: A partir de la firma de la presente ORDEN todo médico o director de laboratorio debidamente certificado para ejercer sus funciones en Puerto Rico, tendrá la responsabilidad de notificar y hacer llegar al Departamento de Salud las enfermedades o resultados de laboratorio según se detallan en los Anejo I, II y III de esta Orden Administrativa. El no cumplimiento con esta Orden Administrativa conllevará una amonestación y de incumplimiento recurrente conllevará la pérdida de su licencia para ejercer la medicina en Puerto Rico.

Segundo: Todo profesional de la salud licenciado por la Junta de Reglamentación tendrá que informar dentro del período establecido de la confirmación, demostración y/o diagnóstico tentativo que alguna persona bajo su cuidado padece de alguna de las enfermedades y/o condiciones de salud contempladas en la presente Orden Administrativa.

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría I deberá completar el informe individual (Anejo IV) especificando la enfermedad o condición de salud y enviarlo a la División de Epidemiología o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, por la vía más rápida en un período no mayor de cinco (5) días laborables. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

ack

- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría II deberá someter semanalmente un informe (Anejo V) a la Oficina Regional de la División de Epidemiología. Este informe debe especificar la edad del paciente, lugar de residencia y lugar donde se efectúa la evaluación o diagnóstico inicial y final.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Categoría III deberá notificar **INMEDIATAMENTE** por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden, para su investigación y tendrá que cumplimentar y enviar el informe de Categoría I dentro de un periodo menor de 24 horas. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.
- Enfermedades o condiciones clasificadas como Informe Mensual deberá someter mensualmente un informe (Anejo VI) a la Oficina Central de Epidemiología por la vía más rápida dentro de los primeros cinco (5) días del próximo mes.
- Las otras condiciones de notificación obligatoria señaladas en el Anejo III deberán cumplimentar el informe requerido según suministrado por los programas correspondientes.

ack.

Tercero: La ocurrencia o sospecha de alguna de las condiciones o eventos de notificación obligatoria deberá ser reportada por cualquier profesional licenciado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para practicar alguna profesión relacionada con la salud, incluyendo médicos, enfermeros y personal de laboratorio, entre otros.

El principal oficial administrativo de cada hospital, laboratorio clínico o centro de salud deberá designar una persona encargada de reportar en su facilidad, de aquí en adelante denominada "Oficial de Notificación." El Oficial de Notificación es responsable de que se reporten al Departamento de Salud aquellas personas que reciben un diagnóstico, son tratadas o admitidas o que residen en dicha facilidad y que se sospecha o se confirma que tienen una condición de notificación obligatoria. Se deberá notificar a la División de Epidemiología la persona designada como "Oficial de Notificación" en cada institución.

Cuando un hospital o centro de salud reporta una condición de notificación obligatoria se cumple con la responsabilidad de reportar de los profesionales de la salud. Sin embargo, el profesional debe asegurarse que la notificación se hace según lo estipulado en esta Orden Administrativa.

Cuarto: En el caso de los laboratorios clínicos (ambulatorios y de hospitales), deberán utilizar la lista de Resultados de Laboratorio de Condiciones de Notificación Obligatoria provistos por el Departamento de Salud (ANEJO II) para reportar un resultado que surgiera o diagnostique

una enfermedad o condición de notificación obligatoria. Este resultado puede provenir de un espécimen de origen humano, animal o ambiental.

En caso de que más de un laboratorio clínico esté involucrado en procesar o hacer las pruebas, el laboratorio que origina la muestra tendrá la responsabilidad final de notificar al Departamento de Salud aquellos resultados y/o condiciones de notificación obligatoria de Categoría I. Con el fin de intervenir de manera rápida en el tratamiento de una enfermedad/condición y la evaluación epidemiológica, para las enfermedades de Categoría III o sea de notificación inmediata, el laboratorio que más tempranamente identifique el organismo o agente causante del proceso, sea por cultivo u otras técnicas diagnósticas, tendrá la responsabilidad de notificar al Departamento de Salud.

El aislado puro o muestra para examen directo de los organismos identificados con un asterisco (*) en el Anejo II deberán ser enviados dentro de los próximos cinco (5) días de haber sido identificados, al Laboratorio de Salud Pública para realizar pruebas adicionales de su tipificación con propósitos epidemiológicos. Este reporte es en adición a la Hoja de categoría I que deberá ser enviado a la Oficina de Epidemiología.

Los aislados de organismos identificados en el Anejo II deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública. Se procederá de la siguiente manera:

1. Se enviará un cultivo puro y fresco, en medio y temperatura adecuada al organismo a enviar. Asegurarse de que haya crecimiento.
2. La muestra se acompañará con la hoja de referido "Aislado de Organismo de Notificación Obligatoria al Departamento de Salud" debidamente cumplimentada. (Anejo VII).

Meningitis:

En el caso de los aislados para meningitis se debe enviar el organismo en agar chocolate en un tubo con rosca.

Tuberculosis:

En el caso de muestras obtenidas (esputos o biopsias) de pacientes con sospecha de tuberculosis y para la realización del cultivo de la misma, se procederá de la siguiente forma:

1. Es mandatorio que todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital, envíe una muestra adicional o bien una parte alícuota de la muestra obtenida al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud, aun cuando la muestra haya sido procesada. El envío de muestras al Laboratorio de Salud Pública debe ser inmediato.
2. El laboratorio clínico de donde se origina la muestra podrá realizar sus propios cultivos si disponen de las instalaciones adecuadas o

ack.

Influenza:

1. A fin de Obtener el porcentaje de seropositividad para muestras de influenza realizadas, es mandatorio que todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital, utilice el documento "Informe de resultados de prueba rápida para influenza" (Anejo XII) para reportar el total de muestras semanales analizadas, incluyendo las positivas y negativas para influenza A, B o A & B, obtenidas en el periodo que comprende la semana epidemiológica.
2. Los hospitales inscritos en la participación voluntaria de ILINet (US Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés); deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - a. Reportar semanalmente los casos de enfermedad parecida a la influenza (ILI, por sus siglas en inglés). Para propósitos de reporte, un paciente con enfermedad parecida a la influenza se define como aquel que presenta:
 - i. Fiebre $\geq 100^{\circ}\text{F}$ ($\geq 37.8^{\circ}\text{C}$), y
 - ii. Tos y/o dolor de garganta (en ausencia de otra causa conocida)
 - b. Reportar el número total de visitas al hospital por cualquier causa.
3. Los laboratorios clínicos, y/o de referencia y hospitales deberán enviar semanalmente al Laboratorio de Salud Pública de PR un número específico de hisopos de pacientes con enfermedad parecida a la influenza acompañada del formulario Hoja de Referido de Muestras Para Vigilancia de Influenza (Anejo XIII). Para el "Protocolo de envío de muestras de pacientes con Enfermedad Parecida a la Influenza" ver Anejo X.
4. En el caso de las instituciones hospitalarias, deberán reportar a la División de Epidemiología aquellas hospitalizaciones y muertes asociadas a influenza utilizando el "Reporte confidencial de hospitalizaciones y/o muertes por influenza" (Anejo VIII) si el caso cumple con los siguientes criterios:
 - a. Resultado positivo a influenza mediante uno de los siguientes métodos:
 - i. Cultivo viral
 - ii. Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa (RT-PCR)
 - iii. Prueba serológica

ARR.

- iv. Prueba de diagnóstico rápido de influenza (detección de antígenos)
 - v. Tinción de anticuerpos por inmunofluorescencia directa (DFA) o indirecta (IFA) [detección de antígenos].
- b. Si el paciente es admitido al hospital 3 días antes de arrojar una prueba positiva a influenza, o el paciente es admitido al hospital dentro de los primeros 14 días luego de haber sido diagnosticado con resultado positivo a influenza.
 - c. Una hospitalización es definida como una admisión y alta de un día o más. Visitas a la sala de emergencia o a una clínica no se considerarán como hospitalizaciones.
 - d. Una *muerte asociada a influenza* se define como la muerte de un paciente que haya tenido resultados positivos a influenza por medio de al menos una de las pruebas mencionadas anteriormente (sección 4a) y que no haya tenido un periodo de mejoría completa entre la enfermedad y la muerte.

VIH:

En el caso de muestras obtenidas de pacientes con sospecha de infección por VIH, siguiendo las recomendaciones de los "Centers for Disease Control and Prevention" (conocido por sus siglas en inglés "CDC") se procederá de la siguiente forma:

- ack.
1. Se requiere que los proveedores de salud incluyendo; médicos, laboratorios clínicos, de referencia y de hospitales reportarán Programa de Vigilancia VIH/SIDA del Departamento de Salud los resultados de toda prueba de laboratorio conducente al **diagnóstico y tratamiento** de VIH aprobada por el FDA que establezca la presencia del VIH (incluyendo serológicas, virológicas, ácido nucleico (RNA/DNA), o moleculares (genotipo)) Por ejemplo: EIA, WB, pruebas rápidas, de diferenciación, todos los resultados de RNA/DNA NAAT (carga viral), y todos los resultados de conteo de linfocitos CD4 al.
 2. El reporte electrónico de resultados de pruebas de laboratorio conducentes al diagnóstico del VIH, será realizado de acuerdo al protocolo establecido por el Programa de Vigilancia VIH/SIDA.

Síndrome de Guillain-Barré (GBS):

1. La Oficina de Epidemiología e Investigación estableció un sistema de vigilancia del síndrome de Guillain-Barré (GBS por sus siglas en inglés) para identificar y reportar casos sospechosos de esta condición neurológica. El sistema va ayudar a los funcionarios de salud pública a monitorear e investigar los patrones de la enfermedad, en particular aquellas como consecuencia de una infección reciente por condición arboviral. Esto les permitirá

implementar intervenciones, entre las que se incluyen actividades orientadas a la prevención, alcance comunitario y asignación de recursos. Cualquier caso sospechoso de GBS deberá ser notificado a la Oficina de Epidemiología e Investigación y/o a GBS@salud.pr.gov dentro de los primeros cinco (5) días, luego de haber sido identificado; dicho reporte será utilizando el formulario de información de investigación de Caso de Síndrome de Guillain-Barré (GBS). En el caso de una defunción por esta condición (GBS), el mismo deberá notificarse dentro de las primeras 24 horas, utilizando el formulario descrito.

Quinto: La información requerida mediante esta Orden Administrativa será detallada en los formularios que habrán de ser provistos por el Departamento de Salud. Los formularios estarán disponibles en las Oficinas Regionales o Centrales de los programas a donde reportar y en la página electrónica del Departamento de Salud (www.salud.gov.pr).

Sexto: Los informes que habrán de ser presentados al Departamento de Salud serán estrictamente confidenciales y estarán en cumplimiento con las disposiciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, P. L. 104-191 aprobada el 21 de agosto de 1996 (en adelante mencionada por sus siglas en inglés HIPAA).

Séptimo: Todo proveedor de la salud habrá de suministrar la información protegida de conformidad con las disposiciones de la HIPAA, y requerida mediante esta Orden Administrativa al Departamento de Salud de acuerdo a las disposiciones contenidas en 45 CFR §164.501 et seq. Dichas disposiciones autorizan la divulgación de dicha información a las agencias de salud pública cuando su propósito es un fin público tales como evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de data, o para cualquier otro uso regulador y/o fiscalizador.

Octavo: El sistema de vigilancia epidemiológica a ser implementado cumple con los atributos y requerimientos establecidos por el CDC en el "Updated Guidelines for Evaluating Health Surveillance Systems" MMWR 2001; 50(RR13); 1-35.

Esta Orden Administrativa será efectiva inmediatamente y se mantendrá en vigor mientras no sea revocada por una Orden posterior. Todos los memorandos y Órdenes Administrativas previamente emitidos por cualquier Secretario de Salud en la medida que sus disposiciones sean incompatibles con las disposiciones de esta Orden, quedarán derogadas y sin efecto legal alguno.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente Orden Administrativa y hago estampar en ella el sello del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, hoy 5 de octubre de **2016**, en San Juan, Puerto Rico.


Ana Rius Armendáriz, MD
SECRETARIA DE SALUD

CONTENIDO

ORDEN ADMINISTRATIVA NUM. 358

Anejo I: Enfermedades y/o condiciones de salud notificables al Departamento de Salud.

Anejo II: Resultados de laboratorio de condiciones de notificación obligatoria al Departamento de Salud.

Anejo III: Reporte obligatorio de condiciones no infecciosas al Departamento de Salud.

Anejo IV: Categoría I: Informe individual de casos.

Anejo V: Categoría II: Informe por número de casos y edad, por semana.

Anejo VI: Informe de microorganismos multi resistentes.

Anejo VII: Aislado de organismo de notificación obligatoria al Departamento de Salud.

Anejo VIII: Reporte confidencial de hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza.

ack
Anejo IX: Informe de resultados de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Anejo X: Protocolo para el envío de muestras

Anejo XI: Informe semanal de resultados positivos o reactivos VIH/SIDA.

Anejo XII: Informe de resultados de prueba rápida para influenza.

Anejo XIII: Hoja de referido de muestras para vigilancia de influenza.

Anejo XIV: Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA.

Anejo XV: Hoja de Informe de Investigación de Casos de Síndrome de Guillain-Barré (GBS)

Anejo XVI: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.

ANEJO I

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido.

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Acinetobacter Baumannii	√			√	DE
Amebiasis (<i>Entamoeba histolytica</i>)	√				DE
Antrax (<i>Bacillus anthracis</i>)			√		DE
Brote de cualquier enfermedad ¹			√		DE
Campilobacteriosis	√				DE
Botulismo			√		DE
<i>Chlamydia trachomatis</i>	√				ETS
Chikungunya ²	√				DE
Ciclosporiasis	√				DE
Ciguatera	√				DE
<i>Clostridium difficile</i>				√	DE
Cólera			√		DE
Conjuntivitis		√			DE
Cualquier enfermedad o condición no usual relacionado a evento biológico ³			√		DE
Cualquier enfermedad o condición no usual ⁴			√		DE
Creutzfeldt-Jacob (CJD)			√		DE
Criptosporidiasis	√				DE
Dengue ⁵	√				DE
Difteria			√		DE
<i>E. coli</i> O157: H7	√				DE
<i>E. coli</i> "Shiga- toxin producing <i>Escherichia coli</i> (incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non- O157")	√				DE
Encefalitis	√				DE
Enfermedad neuroinvasiva por virus del Nilo Occidental (<i>West Nile Virus</i>)			√		DE
<i>Enterococcus spp</i> resistente a Vancomicina ⁶ ,				√	DE
<i>Enterobacteriaceae</i> resistente a carbapenemasa ⁷	√			√	DE
Enterovirus			√		DE
Estomatitis	√				DE
Fiebre Amarilla			√		DE
Fiebre tifoidea (<i>Salmonella typhi</i> , serogrupo D)	√				DE
Gastroenteritis		√			DE
Giardiasis	√				ETS
Gonorrea	√				DE
Guillain – Barré Syndrome ⁸ (sospecha)	√				DE
Guillain-Barré Syndrome (defunción)			√		DE
<i>Haemophilus influenzae</i> , enfermedad invasiva			√		DE
Hemolytic Uremic Syndrome (HUS)	√				DE
Hepatitis A (aguda)	√				DE
Hepatitis B (aguda o crónica)	√				DE
Hepatitis B (perinatal)	√				DE
Hepatitis C (aguda)	√				DE
Hepatitis C (pasada o presente)	√				DE
Hepatitis virales, otras	√				DE
Herpes simplex, genital	√				ETS
Histoplasmosis	√				DE
Hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza ⁹	√				DE

ack

ANEJO I

¹ Se considera brote un aumento en el número sobre lo esperado, en un área y periodo de tiempo particular. Esto incluye intoxicaciones alimentarias, brotes en instituciones incluyendo cárceles, hogares de cuidado prolongado, hospitales o cualquier institución y enfermedades poco usuales. Referirse a la Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA (Anejo XIV).

² Se debe reportar todo caso con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM) en laboratorios de referencia privados de Puerto Rico o EEUU. Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio positivo (PCR o IgM) junto a la hoja de Reporte de Categoría 1 y utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.

³ Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que sugieren la posibilidad de Bioterrorismo tales como Viruela, Peste, Brucelosis, Tularemia, Fiebre Q, Fiebres Virales Hemorrágicas (e.g. Ebola, Marburg), Toxina de Ricina, Hanta Virus, Virus Nipah.

⁴ Incluye aquellas condiciones no mencionadas en la lista que no son usuales incluyendo pero no limitado a: Babesiosis, Coccidioidomycosis, Anaplasmosis, Rickettsiosis.

⁵ Se debe reportar todo caso con diagnóstico clínico y/o confirmado por pruebas de virología o serología (PCR, ELISA-IgM) en laboratorios de referencia privados de Puerto Rico o EEUU. Adjuntar y enviar el reporte de laboratorio positivo (PCR o IgM) junto a la hoja de Reporte de Categoría 1 y utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés. Nota: No envíe reportes de Categoría 1 de los casos que tengan resultados de laboratorio del CDC Dengue Branch o del Laboratorio de Emergencias Biológicas y Químicas (Biological and Chemical Emergencies Laboratory) del Departamento de Salud, estos casos ya se incluyen como parte del Sistema de Vigilancia de Dengue del Departamento de Salud.

⁶ La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus spp.* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

⁷ Se debe reportar las siguientes bacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, que sean no-susceptibles (resistente o intermedio) a los carbapenemasa de acuerdo los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Siempre y cuando no sea una infección adquirida en hospital. De ser adquirida en hospital se reportará en el informe mensual de Microorganismos Multiresistentes. Esta debe reportarse en categoría I cuando es identificada en comunidad.

⁸ Referirse a anejo XV: Hoja de Informe de Investigación de Caso de Síndrome de Guillain-Barré y enviar a: GBCS@salud.pr.gov, o llamar al (734) 635-0082, fax (787) 706-2496.

⁹ Se debe utilizar el Cuestionario para investigación de hospitalizaciones y/o muertes por influenza, para el reporte de hospitalizaciones y/o muertes asociadas a influenza.

ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
Influenza Novel ¹⁰			√		DE
Intoxicación alimentaria ¹¹			√		DE
Legionelosis	√				DE
Leptospirosis	√				DE
Lepra	√				DE
Listeriosis	√				DE
Meningitis aséptica	√				DE
Meningitis bacteriana	√				DE
Meningitis otros ¹²	√				DE
Mielitis Flácida Aguda (AFM)			√		DE
Mordedura de animal			√		DE/Salud Ambiental
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningococo)			√		DE
Paperas	√				DE
Peste (bubónica, neumónica, septicémica)			√		DE
Poliomielitis			√		DE
Rabia, animal			√		DE/Salud Ambiental
Rabia, humana			√		DE
Salmonelosis	√				DE
Sarampión alemán			√		DE
Sarampión común			√		DE
Shigelosis	√				DE
Sífilis	√				ETS
Sífilis Congénita			√		
Síndromes gripales ¹³		√			DE
Síndrome Agudo Respiratorio (SARS)			√		DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia intermedia a Vancomicina ¹⁴				√	DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia a Vancomicina ¹⁵				√	DE
<i>Staphylococcus aureus</i> con resistencia a Meticilina u Oxacilina ¹⁶				√	DE
<i>Streptococcus pneumoniae</i> infección invasivo,	√				DE
<i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a penicilina ¹⁷				√	DE
Tétano			√		DE
Tos ferina (Pertussis)			√		DE
Triquinosis	√				DE
Tuberculosis (enfermedad solamente, no incluye infección latente)			√		Programa Tuberculosis
Tuberculosis latente (adultos y niños) ¹⁸	√				Programa Tuberculosis
Varicela	√				DE
Varicela en trabajadores de la salud	√				DE

ack

ANEJO I ENFERMEDADES Y/O CONDICIONES DE SALUD NOTIFICABLES

¹⁰ Infección por un subtipo de virus de influenza A diferente a los subtipos identificados actualmente entre los humanos (H1 y H3).

¹¹ Dos o más personas que han compartido una comida y desarrollan enfermedad aguda que pueda presentar con náusea, vómitos, diarrea, síntomas neurológicos y otras manifestaciones. Referirse a la Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA (Anejo XIV).

¹² Incluye meningitis causada por hongos, parásitos o cualquier otro organismo identificado.

¹³ Incluye casos con síntomas de fiebre ($\geq 37.8^{\circ}\text{C}$ o su equivalente) y tos y/o dolor de garganta (en ausencia de causa conocida que no sea influenza).

¹⁴ La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

¹⁵ La Resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

¹⁶ La Resistencia a los antibióticos Meticilina/Oxacilina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

¹⁷ La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

¹⁸ Incluye toda persona reactor positivo a la prueba de la tuberculina.

Todas las siguientes condiciones son reportables por los directores de laboratorios, médicos y directores de facilidades de cuidado médico o sus designados dentro del periodo requerido

Enfermedades, Patógenos y/o condiciones de salud	Categoría I (5 días)	Categoría II (semanal)	Categoría III (inmediato)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (mensual)	Programa a notificar
VIH, adultos	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH, pediátrico (<13 años)	√				Vigilancia VIH/SIDA
VIH / SIDA	√				Vigilancia VIH/SIDA
Vibriosis (otras diferentes a V. cólera spp.)	√				DE
Virus del papiloma humano		√			ETS
Virus sincitial respiratorio	√				DE
Yersiniosis	√				DE
Zika ¹⁹	√				DE
Zika embarazadas y/o defectos congénitos			√		Defectos Congénitos

LEYENDA:

Categoría I: Completar el informe individual de casos especificando la enfermedad y enviarlo al programa correspondiente en un periodo no mayor de cinco (5) días. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Categoría II: Cada caso de estas enfermedades deberá anotarse en el informe de Categoría II por edad, municipio y enviar semanalmente a la División de Epidemiología del Departamento de Salud. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Categoría III: Notificar inmediatamente por teléfono o por la vía más rápida a la División de Epidemiología o el programa pertinente del Departamento de Salud para su investigación. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte.

Informe de Microorganismos Multi resistentes: Completar el informe mensual de casos utilizando la hoja para microorganismos multi resistentes. Este informe debe ser enviado a la División de Epidemiología dentro de los primeros (5) días del próximo mes. Esta hoja **no** sustituye el reporte de enfermedad mediante la Hoja Individual de Caso para la vigilancia de Infecciones Adquiridas en el Hospital, según establecido en la ley 52 del año 2007 y en el reglamento 130 del año 2008.

ACP **DE:** División de Epidemiología. Para más información sobre reporte a la División de Epidemiología favor comunicarse al 787-765-2929 ext. 3551, 3552, 3557, a las oficinas regionales o por fax al 787-751-6937. En el caso de **GBS** reportar a la Oficina de Epidemiología e Investigación y/o al correo electrónico GBS@salud.pr.gov o llamar al (734) 635-0082 o vía fax (787) 706-2496.

ETS: Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual-Para más información sobre reporte de ETS favor comunicarse al 787-274-3370/3371 o por fax al 787-274-5510.

TB: Programa de Prevención de Tuberculosis- Para más información sobre reporte de Tuberculosis o Tuberculosis latente, favor de comunicarse al 787-765-2929 ext. 3860, 3861, 3866, 3867, 3868 o por fax al 787-274-5554.

Vigilancia VIH/SIDA: Para más información sobre el reporte favor comunicarse al 787-763-0265, 0240 o por fax al 787-763-0399.

Salud Ambiental: Programa de Salud Ambiental- Para más información sobre el reporte a Salud Ambiental favor comunicarse al 787-274-7801, 787-274-7798, a las oficinas regionales de Salud Ambiental o por fax al 787- 274-6829.

Laboratorio de Salud Pública: Para el envío de los aislados debe comunicarse al 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734, 3765 o por fax al 787-274-7751.



¹⁹ Utilizar para la investigación: Formulario de Investigación de Caso de Arbovirus en Anejo #16 A versión en español y/o 16 B versión en inglés.



ANEJO II

RESULTADOS DE LABORATORIO DE CONDICIONES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD

Todos los laboratorios clínicos, de hospitales y de referencia de Puerto Rico deberán reportar a la División de Epidemiología del Departamento de Salud los siguientes resultados (preliminar o confirmado) en la hoja de reporte para laboratorios dentro del periodo correspondiente. La identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría III debe ser notificada **INMEDIATAMENTE** a la División de Epidemiología del Departamento de Salud o al programa correspondiente según estipulado en esta orden por teléfono o por la vía más rápida y se debe enviar el informe de Categoría III en un periodo no mayor de 24 horas. Para reportar la identificación de organismos relacionados a enfermedades de Categoría I deberá completar y enviar a la División de Epidemiología del Departamento de Salud el reporte escrito de Categoría I por la vía más rápida en un periodo no mayor de cinco (5) días. Los aislados o muestras para examen directo de los organismos identificados con un asterisco deberán ser enviados al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud.

CULTIVOS POSITIVOS PARA BACTERIAS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Cualquier bacteria en CSF			√
<i>Bacillus anthracis</i> **	Antrax		√
<i>Bordetella pertusis</i>	Tos ferina (Pertusis)		√
<i>Campylobacter</i> spp *	Campilobacteriosis	√	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidia Infección	√	
<i>Clostridium botulinum</i> *	Botulismo		√
<i>Clostridium tetani</i>	Tétano		√
<i>Corynebacterium diphtheriae</i> *	Difteria		√
<i>Coxiella burnetii</i>	Fiebre Q		√
<i>Escherichia coli</i> O157:H7 *	E.coli o157:H7 infección	√	
<i>E. coli</i> Shiga- toxin producing <i>Escherichia coli</i> incluye muestras positivas a Shiga-like toxin, otras <i>E. coli</i> O157 y <i>E. coli</i> non- O157*	Shiga toxin positive, serogroup non- O157	√	
<i>Francisella tularensis</i>	Tularemia		√
<i>Haemophilus influenzae</i> type b (excepto de garganta o esputo)	H. influenza tipo B, (enfermedad invasiva)		√
<i>Legionella</i> spp.	Legionelosis	√	
<i>Leptospira</i> spp. *	Leptospirosis	√	
<i>Listeria monocytogenes</i> *	Listeriosis	√	
<i>Mycobacterium leprae</i>	Lepra	√	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> *	Tuberculosis	√	
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	Gonorrea	√	
<i>Neisseria meningitidis</i> * (excepto de garganta o esputo)	Meningococo (Invasivo)		√
<i>Salmonella</i> spp, no <i>S. typhi</i> *	Salmonellosis	√	
<i>Salmonella typhi</i> *	Fiebre tifoidea	√	
<i>Shigella</i> spp *	Shigelosis	√	
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (excepto de garganta o esputo)	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (infección invasiva)	√	
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	√	
<i>Yersenia pestis</i> *	Peste		√
<i>Vibrio cholerae</i> *	Cólera		√

* El aislado de organismo debe ser entregado en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud (tel. 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734 y 3765, fax 787-274-7751). Dirección: Calle Perifera Edificio A 2do Piso. Antiguo Hospital de Psiquiatría, Bo. Monacillos, Río Piedras, PR 00936.

**El envío del aislado de "*Bacillus anthracis*" es al Laboratorio de Emergencias Químicas o Biológicas (BCEL, por sus siglas en inglés) Se pueden comunicar al 787-765-2929 extensiones 4370, 4371, 4372, 4373, 4374.

Enviar el aislado una vez identificado el organismo causante de la condición en agar chocolate en un tubo con rosca. Debe ser entregado en el laboratorio de SP

Favor comunicarse con el epidemiólogo regional para la coordinación de este envío.

ack.

CULTIVOS POSITIVOS PARA VIRUS, DETECCIÓN DE ANTIGENO O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier virus en CSF	Meningitis viral o encefalitis	√	
Chikungunya	Chikungunya	√	
Dengue virus 1, 2, 3, 4	Dengue o dengue hemorrágico	√	
West Nile Virus	Virus del Nilo Occidental		√
Herpes simplex (genital)	Herpes simplex, genital	√	
HIV infección ²⁰ Conteo de linfocitos CD4 + T4 Resultados de pruebas diagnósticas Resultados de pruebas de detección carga viral	VIH Infección	√	
Mumps virus	Paperas	√	
Polio virus 1, 2, 3	Poliomielitis		√
Yellow fever virus	Fiebre amarilla		√
Zika	Zika	√	

CULTIVOS POSITIVOS PARA HONGOS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cualquier hongo en CSF	Meningitis por hongo	√	
Histoplasma capsulatum	Histoplasmosis	√	

MUESTRAS POSITIVAS PARA PARASITOS O EXAMEN DIRECTO DE:

RESULTADO DE LABORATORIO	ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I	CATEGORIA III
Cyclospora cayetanensis*	Ciclosporiasis	√	
Cryptosporidium spp.*	Criptosporidiasis	√	
Cualquier parásito en CSF	Meningitis por parásito	√	
Giardia lamblia*	Giardiasis	√	
Plasmodium spp*	Malaria	√	
Entamoebae histolytica	Amebiasis	√	
Triquinosis	Triquinosis	√	

* El aislado de organismo debe ser entregado en el Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud (tel. 787-765-2929 ext. 3745, 3726, 3734 y 3765, fax 787-274-7751). Dirección: Calle Periferal Edificio A 2do Piso. Antiguo Hospital de Psiquiatría, Bo. Monacillos, Río Piedras, PR 00936.

PRUEBA SEROLOGICA CON NIVELES ALTOS DE PLOMO:

RESULTADO DE LABORATORIO	CATEGORIA I
Niveles mayores o iguales a 5 mcg/dl ²¹	√

PRUEBAS SEROLOGICAS POSITIVAS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE (RESULTADO DE LABORATORIO)	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Amebiasis	√	
Cólera		√
Dengue	√	
Fiebre amarilla		√
Hepatitis A (IgM anti HAV)	√	
Hepatitis B (IgM anti Hbc, HepBsAg, Anti-Hbs)	√	
Hepatitis C (Anti HCV)	√	
Hepatitis Virales (otras)	√	
HIV, infección (en adición a resultados de serología debe enviarse viral load y CD4)	√	
Influenza	√	
Legionelosis	√	
Leptospirosis	√	
Paperas	√	
Rickettsiosis	√	
Sífilis	√	
Sarampión alemán	√	
Sarampión común		√
Virus del Nilo Occidental		√

²⁰ Para el reporte de resultados relacionados a infección por VIH contactar al Programa de Vigilancia VIH/SIDA al 787-763-0265/0240.

²¹ Hoja de categoría I debe ser adjuntada con copia del laboratorio confirmando los niveles de plomo elevados en sangre.

ack

PRUEBAS POSITIVAS DE PATOLOGIA PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	CATEGORIA III (Inmediato)
Lepra	√	
Tuberculosis		√
Creutzfeldt-Jakob disease		√
Rabia animal		√
Rabia humana		√

PRUEBAS POSITIVAS DE RESISTENCIA A MICROORGANISMOS:

ENFERMEDAD NOTIFICABLE	CATEGORIA I (5 días)	Informe de Microorganismos Multiresistentes (Mensual)
<i>Staphylococcus aureus</i> con sensibilidad disminuida a Vancomicina ²²		√
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilicina o oxilicina ²³		√
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a Vancomicina ²⁴		√
<i>Streptococcus pneumoniae</i> resistente a Penicilina ²⁵		√
<i>Enterobacteriaceae</i> resistentes a carbapenemasa ²⁶	√	
<i>Enterococcus spp.</i> resistente a Vancomicina ²⁷		√



- ²² La disminución en la sensibilidad al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).
- ²³ La resistencia a los antibióticos Metilicina/Oxilicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).
- ²⁴ La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Staphylococcus aureus* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).
- ²⁵ La resistencia al antibiótico Penicilina para la bacteria *Streptococcus pneumoniae* se define de acuerdo con los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Siempre y cuando no sea una infección adquirida en hospital. De ser una infección adquirida en hospital, se reportará como parte del informe de microorganismos multiresistentes.
- ²⁶ Se debe reportar las siguientes enterobacterias resistentes a carbapenemasa (CRE, por sus siglas en inglés): *E. coli*, *Enterobacteriaceae*, *Klebsiella spp.*, que sean no-suceptibles(resistente o intermedio) a las carbapenemasa de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés). Esta debe reportarse en categoría I cuando es identificada en comunidad.
- ²⁷ La resistencia al antibiótico Vancomicina para la bacteria *Enterococcus spp.* se define de acuerdo a los métodos aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI, por sus siglas en inglés).

ack.

ANEJO III

REPORTE OBLIGATORIO DE CONDICIONES NO INFECCIOSAS AL DEPARTAMENTO DE SALUD

En adición al reporte de condiciones infecciosas, el Departamento de Salud también requiere el reporte de otras condiciones no-infecciosas:

Enfermedad de Alzheimer

- Todo médico que practique su profesión en Puerto Rico y que diagnostique o tenga conocimiento de algún caso de Alzheimer, deberá así registrarlo. El Departamento de Salud cuenta con el Registro electrónico de la enfermedad de Alzheimer que se encarga de recopilar datos relacionados con la enfermedad. El médico tendrá treinta (30) días laborables a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del caso para inscribirlo en el registro. De igual forma se les requiere registrar los casos de Alzheimer, a las siguientes facilidades de salud: Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento, Casas de Salud, Hospicios, Centros Comunes de Salud Mental, Unidades de Cuidado Prolongado, Agencias de Salud en el Hogar, Centros de Rehabilitación Física, Centros de Rehabilitación Sicosocial, Salas de Emergencia y Salas de Urgencia.

El registro de casos está disponible a través de la siguiente página electrónica: <https://rcpea.salud.gov.pr>
Para mayor información puede comunicarse con el coordinador del Centro y Registro de Alzheimer al (787) 765-2929 extensión 4430 o al siguiente correo electrónico: registroalzheimer@salud.pr.gov.

DEFECTOS CONGENITOS

Definición: Una anomalía en la estructura, funcionamiento o metabolismo, presente desde el nacimiento. Incluye defectos clínicamente obvios al nacer y otros que se manifiestan más tarde en la vida. Su etiología es diversa, incluyendo factores ambientales (teratógenos, fuerzas mecánicas, y accidentes vasculares), condiciones genéticas (monogénicas, cromosómicas y multifactoriales) y causas desconocidas. Su manifestación puede ser simple o compleja, pudiendo o no comprometer la vida o representar daños irreparables.

Reporte obligatorio: Todo profesional de la salud, facilidad de servicios de salud y diagnóstico, y cualquier otra facilidad en Puerto Rico que diagnostique o tenga conocimiento de la ocurrencia de un caso de defecto congénito así diagnosticado, en cualquier mujer embarazada, no importa el desenlace, o en un niño de seis años de edad o menos, está obligada a notificarlo al Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos del Departamento de Salud, por escrito en los formularios provistos para esos fines (**Anejo III-A y III-B**), y dentro de un término de quince (15) días calendario, a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del mismo.

acr
Cuando el defecto congénito es diagnosticado en el feto de una mujer embarazada con evidencia de infección por el virus Zika, no importa el desenlace, o en un infante de un (1) año o menos de edad con evidencia de infección por el virus Zika o nacido de una madre con evidencia de infección por el virus Zika durante el embarazo, el profesional de la salud, facilidad de servicios de salud y diagnóstico, y cualquier otra facilidad en Puerto Rico está obligada a notificarlo al Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos del Departamento de Salud, por teléfono o por la vía más rápida, y enviar el informe escrito dentro de un término de veinticuatro (24) horas, a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del mismo. Considere utilizar la vía electrónica para el reporte: defectoscongenitos@salud.pr.gov

Para mayor información puede comunicarse con el Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos, PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184, Tels. (787) 765-2929 X: 4571/4571/4573 – Fax (787) 764-4259

ANEJO III-A

**SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS
 SECRETARÍA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS**

HOJA PARA REPORTAR DEFECTOS CONGÉNITOS

A. DATOS DE LA MADRE

Núm. expediente: _____

Nombre completo: _____
 (Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Residente de Puerto Rico: Sí No No sabe

Dirección postal:
 Calle y Número.: _____ Barrio o Urb.: _____

Municipio: _____ Código postal: _____

Teléfonos: (____) - ____ - ____ ó (____) - ____ - ____ ó (____) - ____ - ____

B. DATOS DEL PARTO Y DEL BEBE

Hospital o lugar parto: _____ Núm. Expediente: _____

Fecha parto: ____ - ____ - ____
Día Mes Año Sexo: Femenino Masculino

Resultado del Embarazo: Vivo Muerto Edad Gestacional: ____ Semanas y ____
 Días

Nombre completo: _____
 (Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Continúa hospitalizado: (Circule) Sí No Condición de alta: Vivo Muerto

ACR

	Defecto Congénito	Descripción (Especifique los detalles de cada defecto)
1		
2		
3		

Nombre del profesional que hace el reporte: _____ Número de contacto: _____

Hospital/Institución de donde obtiene la inf.: _____ Fecha: _____

Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos: PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184

Tels. (787) 765-2929 X: 4573/4571/4572 – Fax (787) 764-4259

Este formulario es confidencial; los nombres serán protegidos y la información permanecerá en anonimato.

**SISTEMA DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS
 SECRETARIA AUXILIAR DE SALUD FAMILIAR Y SERVICIOS INTEGRADOS**

HOJA PARA REPORTAR CASO DE MICROCEFALIA

A. DATOS DE LA MADRE

Núm. expediente: _____

Nombre completo de la madre: _____
 (Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Residente de Puerto Rico: Sí No No sabe

Dirección postal:
 Calle y Número.: _____ Barrio o Urb.: _____

Municipio: _____ Código postal: _____

Teléfonos: (____)-____-____ ó (____)-____-____ ó (____)-____-____

B. DATOS DEL BEBE/NIÑO

Nombre completo: _____
 (Apellidos paterno y materno, Nombre e inicial)

Fecha nacimiento: ____ - ____ - ____ Sexo: Femenino Masculino No establecido
Día Mes Año

Circunferencia de cabeza (más reciente): _____ cm Fecha de la medida: ____ - ____ - ____
Año Día Mes

Circunferencia de cabeza (24 horas o más de edad): _____ cm Fecha de la medida: ____ - ____ - ____
Año Día Mes

Hospital o lugar parto: _____ Núm. Expediente: _____

Edad Gestacional: ____ Semanas y ____ Días Largo: _____ cm Peso: _____ gramos

C. DATOS DE LA MICROCEFALIA

Periodo en que se identificó la microcefalia: prenatal nacer post natal

Si prenatal : Edad gestacional cuando se identificó: ____ sem Si post-natal: Edad cuando se identificó: ____ meses

Asociada a algunos de los siguientes:

<input type="checkbox"/> anencefalia	<input type="checkbox"/> calcificaciones intracraneales	<input type="checkbox"/> Toxoplamosis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> ZIKA
<input type="checkbox"/> espina bifida	<input type="checkbox"/> hidrocefalia ex-vacuo	<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Sífilis	
<input type="checkbox"/> encefalocele	<input type="checkbox"/> hidranencefalia	<input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> anomalias cromosómicas/genéticas	
<input type="checkbox"/> lisencefalia	<input type="checkbox"/> holoprosencefalia	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> exposición a teratogenos	

otros: _____

Nombre del profesional que hace el reporte: _____ Número de contacto: _____

Hospital/Institución de donde obtiene la inf.: _____ Fecha: _____

Sistema de Vigilancia y Prevención de Defectos Congénitos: PO Box 70184, San Juan PR 00936-8184

Tels. (787) 765-2929 X: 4573/4571/4572 – Fax (787) 764-4259

Este formulario es confidencial; los nombres serán protegidos y la información permanecerá en anonimato.



ANEJO IV

**INFORME CONFIDENCIAL ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
CATEGORIA I: INFORME INDIVIDUAL DE CASOS**

DS-2 -01/03

NOMBRE DEL PACIENTE				
FECHA NACIMIENTO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	TELEFONO
DIRECCION FISICA				
NOMBRE DE LOS PADRES				
OCUPACION Y LUGAR DE TRABAJO O ESCUELA				
ENFERMEDAD			FECHA DE COMIENZO DE SINTOMAS	
RESULTADOS DE LABORATORIO (CULTIVO, SEROLOGIA, ETC.)			HOSPITAL	
FECHA DE ADMISION			FECHA DE ALTA	

_____ INFORMANTE	_____ POSICION	_____ TELEFONO
_____ NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCION FISICA		_____ FECHA DE INFORME

LA LEY DEL 14 DE MAYO DE 1912, ENMENDADA EL 7 DE MAYO DE 1935, REGLAMENTA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y SU PROPAGACION. LA SECCION 350-1504 DE DICHA LEY ESTABLECE EL MODO DE HACER LA NOTIFICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES AL DEPARTAMENTO DE SALUD. LA MISMA INDICA QUE DEBERA REALIZARSE EN LOS CASOS DE MAYOR VIRULENCIA, PERSONALMENTE, POR TELEFONO, CON CARGOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ADEMAS POR ESCRITO; SIEMPRE UTILIZANDO LAS HOJAS SUMINISTRADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD. EN DICHA COMUNICACION SE HARA CONSTAR LOS SIGUIENTES DATOS: ENFERMEDAD, NOMBRE DEL PACIENTE, DIRECCION RESIDENCIAL, NUMERO DE TELEFONO, SEXO, EDAD, FECHA DE NOTIFICACION, PERSONA QUE NOTIFICA, DIRECCION Y NUMERO TELEFONICO DE ESTA ULTIMA.

ENVIAR AL PROGRAMA DE EPIDEMIOLOGIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787- 891-2045
Arecibo 787- 879- 3246, Fax 787- 817- 1134
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780
División Central 787-765-2929, ext. 3552 Fax 787-751-6937

Fajardo 787-801-5922, Fax 801-6767
Mayagüez 787- 831- 0262, Fax 787-834- 0095
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

Oficina de Epidemiología e Investigación
P.O. Box 70184, San Juan, P.R. 00936-8184
Teléfono 787-765-2929 X 3552



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
Departamento de Salud

ack

ANEJO V

Oficina de Epidemiología e Investigación

CATEGORIA II: INFORME POR NÚMERO DE CASOS Y EDAD, POR SEMANA

DS-2

MUNICIPIO: _____

SEMANA QUE TERMINA EN:

SÁBADO ___ DE _____ DE 20__

GRUPO DE EDAD	CONJUNTIVITIS	GASTROENTERITIS	SÍNDROMES GRIPALES
MENOR DE 1 AÑO			
1-4 AÑOS			
5-9 AÑOS			
10-19 AÑOS			
20-24 AÑOS			
25-49 AÑOS			
50-64 AÑOS			
65 AÑOS O MÁS			
TOTAL			

PROVEEDOR DE INFORMACIÓN

POSICIÓN

TELÉFONO

ack

NOMBRE DE LA FACILIDAD Y DIRECCIÓN

FECHA DE INFORME

Enviar al Programa de Epidemiología del Departamento de Salud

Aguadilla 787-997-0155, Fax 787- 891-2045
Arecibo 787- 879- 3246, Fax 787- 817- 1134
Bayamón 787-780-7973, Fax 787-995-0123
Caguas 787-286-0880, Fax 787-286-0780
División Central 787-765-2929, ext. 3552 Fax 787-751-6937

Fajardo 787-801-5922, Fax 801-6767
Mayagüez 787- 831- 0262, Fax 787-834- 0095
Metro 787-751-8381, Fax 787-281-6144
Ponce 787-841-5058, Fax 787-813-1712

ANEJO VII

**AISLADO DE ORGANISMO DE CONDICIONES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA AL
DEPARTAMENTO DE SALUD**

Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Departamento de Salud
PO Box 70184 San Juan PR 00936
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3745 ■ Facsímile: (787) 274-7751

Fecha de envío: ___/___/___ Nombre de Persona que Refiere: _____
Mes/ Día/ Año

Nombre de Institución: _____ Tel. _____ Num. ID muestra: _____

(Lab. de Referencia indicar laboratorio que originó la muestra): _____ Tel. _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: ___ Fecha Nac. ___/___/___ Edad: _____
Mes/ Día/ Año

Dirección Física: _____ Tel. _____

Diagnóstico Clínico: _____ Muestra Original (orina, excreta, etc.) _____

Fecha de Toma de Muestra: ___/___/___ Fecha de Aislado Organismo: ___/___/___
Mes/ Día/ Año Mes/ Día/ Año

Organismo Aislado (cultivo puro): _____ subespecie/ subgrupo _____

Medio en que se envía la muestra: _____ Condición Especial (si aplica) _____

RESULTADOS DE LABORATORIO PREVIOS

Reacciones Bioquímicas (Puede incluir copia de la hoja de reacciones manual o impresa por equipo):

TSI _____ IMVIC _____
LIA _____ Atmósfera especial requerida _____
Urea _____ Especifique Otras: _____

Método de Identificación:

API _____ Automatizado (especifique) _____ Otro (especifique) _____

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA RELEVANTE: Caso relacionado a:

- Brote Epidemiológico
- Intoxicación por Alimentos
- Exposición en Viaje
- Contacto con animales
- Otro (especifique) _____

ANEJO VIII

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO
 REPORTE CONFIDENCIAL DE HOSPITALIZACIONES Y/O MUERTES
 ASOCIADAS A INFLUENZA**

Utilice esta hoja para reportar casos confirmados de hospitalizaciones por influenza. Un *caso confirmado* será aquel que tenga un resultado positivo a influenza mediante uno de los siguientes métodos: Cultivo viral, Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcriptasa Inversa (RT-PCR), Prueba serológica, Prueba rápida para el diagnóstico de influenza, y Ensayo de fluorescencia (Inmunofluorescence antibody staining). Una *hospitalización* es definida como una admisión a alguna de las áreas del hospital. El paciente debe haber sido admitido al hospital dentro de los primeros 14 días de haber obtenido resultado positivo a influenza o 3 días antes de una prueba positiva. Aquel paciente que es admitido y dado de alta del hospital el mismo día se considerará como una hospitalización. Visitas a la sala de emergencia o a una clínica no se considerarán como hospitalizaciones.

Se debe enviar copia de resultados de laboratorios adjunta a este reporte. Este reporte debe de llenarse en su totalidad y con letra clara y legible.

I. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	
Hospital: _____	Fecha de reporte: ____/____/____ mes/ día / año
Nombre de la persona que reporta: _____	
II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ mes/día/año	Edad: _____ en años/meses/semanas
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada, especifique semana gestación _____	
Dirección: Urb. O Barrio _____	
Calle: _____	Número: _____
Pueblo: _____	Zip-Code: _____
Tel casa: (____)-____-____	
III. INFORMACIÓN ADMISIÓN	
Fecha de comienzo de síntomas: ____/____/____ mes/día/Año	
Fecha de Admisión: ____/____/____ mes/día/año	Dx. Admisión: _____ Fecha de Alta: ____/____/____ mes/día/año
¿El paciente fue trasladado de otro hospital? <input type="checkbox"/> Sí, nombre facilidad: _____ <input type="checkbox"/> No Fecha admisión: ____/____/____ Fecha traslado: ____/____/____ mes/día/año mes/día/año	
¿El paciente viajó fuera de Puerto Rico 10 días previos al comienzo de síntomas? <input type="checkbox"/> Sí, lugar: _____ <input type="checkbox"/> No Fecha salida: ____/____/____ Fecha regreso: ____/____/____ mes/día/año mes/día/año	
¿El paciente tuvo contacto con aves o cerdos? <input type="checkbox"/> Sí, tipo de animal: _____ <input type="checkbox"/> No Fecha de contacto: ____/____/____ Lugar donde ocurrió el contacto: _____ mes/día/año	
¿El paciente es profesional de la salud que trabaja en contacto directo con pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De contestar si, indique profesión y lugar de trabajo: _____	
Manifestación de síntomas o complicaciones:	
Fiebre (≥ 38° C ó 100°F): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Temperatura _____, Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dolor muscular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Tos seca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Mareos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Erupción (Rash) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Fatiga <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Dificultad al respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Taquipnea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Rales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Vómitos o Náuseas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Pulmonía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, Otros: _____	
IV. RESULTADOS DE PRUEBAS DE LABORATORIO POSITIVAS A INFLUENZA	
¿Se le realizó una prueba rápida de influenza? No Sí, fecha: ____/____/____ ¿Enviada al Lab. (LSPPR)? Coloque ID muestra _____ mes/día/año ¿Prueba realizada en la institución hospitalaria?	
Especifique el resultado: <input type="checkbox"/> + Influenza A <input type="checkbox"/> + Influenza B <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Rechazada	
EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS	
V. HISTORIAL ADMISIÓN E HISTORIAL FÍSICO	
Peso (en libras): _____ Estatura: _____ (pies/pulgadas) BMI: _____	
¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fibrosis cística
<input type="checkbox"/> Condición sistema inmune (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Alguna enfermedad crónica pulmonar (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Síndrome Guillain-Barre
<input type="checkbox"/> Enf. Cardiovascular crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Historial de cáncer
<input type="checkbox"/> Enf. Metabólica Crónica (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Desorden neuromuscular

acr

Enf. Neurológica (especifique) _____ Enf. Renal (especifique) _____
 Alguna otra enfermedad crónica (especifique) _____

VI. CONFIRMACIÓN MEDIANTE CULTIVO DE PATOGENOS SECUNDARIOS BACTERIANOS

1. ¿Hubo confirmación mediante cultivo de una infección bacteriana invasiva (sitio estéril)?
 Sí, fecha de primer cultivo positivo: ____/____/____ No
mes/día/año

VIII. TRATAMIENTO PARA INFLUENZA

1. ¿Recibió el paciente tratamiento con antivirales en algún momento durante el curso de la enfermedad? Sí No,
Si la contestación es Sí, Patógeno Identificado _____.

De contestar sí, indique fecha de comienzo ____/____/____
mes/día/año

¿Cuál fue el medicamento antiviral utilizado?

Amantadina Rimantadina Zanamivir Oseltamivir No se conoce

Para el antiviral seleccionado, informe dosis administrada (mg) y duración (días de tratamiento): _____ mg _____ días

VIII. INFORMACIÓN DEL PROCESO DE ALTA

¿Fue el paciente admitido a área de Cuidado Intensivo? Sí No

El paciente está: Vivo Muerto Fecha de defunción: ____/____/____
mes/día/año

Causa de muerte: _____, _____, _____

Autopsia: Sí No Resultado de autopsia (si disponible): _____

IX. HISTORIAL DE VACUNACIÓN INFLUENZA

¿Recibió el paciente la vacuna contra influenza de temporada? Sí, Fecha de vacunación: ____/____/____ No Se desconoce
mes/día/año

Criterios específicos de exclusión: Pacientes hospitalizados sin una prueba positiva a influenza, y/o pacientes hospitalizados luego de 14 días de un resultado positivo a influenza.

ack.



ANEJO IX - A

5 de Octubre de 2016

DIRECTORES DE LABORATORIO

Estimado/a Director/a de Laboratorio:

Según la Orden Administrativa 358 del 5 de octubre de 2016, requiere el reporte de las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) a la Oficina de Vigilancia ETS en un término de cinco (5) días o menos, desde la fecha de toma de muestra. Se incluye la nueva hoja de reporte de las enfermedades transmisibles. Complete el reporte, especificando el tipo de muestra que utilizó (NAAT, RPR, FTA, Cultivo, etc.) en la columna correspondiente y el total de muestras procesadas semanalmente en la sección separada para este dato. Es importante que en la columna de sexo si es una paciente Prenatal escribir PREN en el encasillado. Esta información es importante para realizar cálculos de incidencia y prevalencia de las ETS. A su vez, debe incluir copia del resultado positivo o reactivo para su debido proceso según establece la Ley 81 del 1983.

En caso de serologías reactivas de mujeres embarazadas, agradecemos informen a la Oficina de Vigilancia ETS mediante vía telefónica dentro de las 24 horas de procesamiento. Esto facilitará la intervención para la prevención de complicaciones congénitas.

Este reporte semanal debe completarse y enviarse de forma CONFIDENCIAL al fax 787-274-5510/787-274-5579. Por correo, en sobre timbrado CONFIDENCIAL a Vigilancia ETS. PO BOX 70184, San Juan, PR 00936-8184. Para envío por vía electrónica CONFIDENCIAL, puede comunicarse a la Oficina de Vigilancia ETS al 787-765-2929 ext. 2950/3583/3584/3585.

Cordialmente;



Ana C. Rius Armendáriz, MD
Secretaria de Salud

ANEJO X
DEPARTAMENTO DE SALUD DE PUERTO RICO
LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA
PO Box 70184, San Juan, P. R. 00936

Protocolo de Envío de muestras para la Vigilancia de Influenza

La Orden Administrativa Núm. 302, que emite la lista de Enfermedades y Condiciones de salud Notificables al Departamento de Salud, fue enmendada recientemente por la Orden Administrativa Núm. 357. Esta nueva orden establece que todo laboratorio clínico, y/o de referencia, designado por el Secretario de Salud, que realice el análisis para Influenza mediante prueba rápida deberá enviar semanalmente un número específico de las muestras obtenidas al Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico (L.S.P.P.R.), al nivel central en el Departamento de Salud.

El propósito del envío de estas muestras es establecer una vigilancia de Influenza, realizando pruebas moleculares, más específicas que las pruebas rápidas.

Horario establecido para el recibo de muestras

El L.S.P.P.R. está localizado en el segundo nivel del edificio A del Departamento de Salud. El horario de trabajo de la sección de Virología es de lunes-viernes de 7:00 AM - 3:30 PM.

Criterios Clínicos de los Casos Referidos

Las muestras referidas serán de los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

-Pacientes con fiebre mayor de 37.8°C (100°F) que posean síntomas relacionados a enfermedad respiratoria aguda febril (tos, dolor de garganta, dolor muscular, etc.).

Muestras Aceptables

La muestra aceptable será una alícuota (1-3 ml.) de un medio de transporte viral líquido, conteniendo estabilizadores de proteína, solución amortiguadora y sustancias que eviten el crecimiento de hongos y bacterias. En aquellos casos que la muestra haya sido tomada con un hisopo, se debió haber utilizado uno de punta sintética (Dacron, Nylon, Polyester) y una base de plástico o alambre flexible. No se debe utilizar hisopos de alginato de calcio o palillos de madera.

Transporte y Envío de las Muestras

Las muestras deben ser enviadas lo más pronto posible al L.S.P.P.R. Se deben mantener de 2°-8°C (refrigeradas) por **no más de 72 horas**, y transportadas en una nevera insulated a una temperatura de 4°C con empaques de hielo ("ice packs"). No se debe utilizar hielo. Dentro de la nevera debe colocar un termómetro para verificar la temperatura de la muestra al momento de ser recibida en el laboratorio. De no ser posible su transporte durante este período de tiempo, se debe congelar a -70°C y transportarse en hielo seco. Las muestras tienen que ser enviadas con la Hoja de Referido de Muestras para Vigilancia de Influenza, debidamente cumplimentada. La información suministrada está protegida de conformidad con las disposiciones de la Ley HIPPA y de acuerdo a las disposiciones contenidas en 45 CFR 164.501 et seq. Dichas disposiciones autorizan la divulgación de información a las agencias de salud pública cuando su propósito es un fin público tales como evaluar, monitorear, llevar a cabo investigaciones, mantener registros de datos o para cualquier otro uso regulador y/o fiscalizador. **Toda muestra a ser referida deberá coordinarse en el horario establecido, llamando al 787-765-2929 x 3765. Cualquier duda concerniente al envío y referido de las muestras, se puede comunicar con el Lcdo. Rafael González a los teléfonos antes mencionados.**

RGP/agosto 2016

ack.

ANEJO XI

INFORME SEMANAL DE RESULTADOS POSITIVOS O REACTIVOS PARA
PARA EL DIAGNÓSTICO DEL VIH/SIDA

SEMANA DEL _____ AL _____

MUESTRAS TOMADAS SUJETAS A INFORME

Resultado	Tipo de Prueba				
	VIH - 1 EIA	HIV - 1 / 2	WESTERN BLOT	CD4/CD8	Otras
Positivo					
Negativo					
Indeterminado					
Total					

ack.

Certifico que los resultados incluidos en la tabla representan todos los realizados durante la semana señalada. Adjunto copia de los resultados positivos; certifico que he revisado los mismos y confirmo que contienen la información requerida por el Departamento de Salud, en forma **clara y legible**.

NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA _____

DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL TECNÓLOGO MÉDICO Y # DE LICENCIA _____

TELÉFONO: _____

Para cualquier pregunta o información relacionada con el reporte de VIH comuníquese con la oficina arriba indicada.
Favor de enviar copia de los resultados positivos y/o indeterminados. Al enviar su correspondencia indique en el sobre "INFORME CONFIDENCIAL"

NOMBRE DEL LUGAR QUE REPORTA: _____ PERSONA CONTACTO: _____

ack

TIPO DE INSTITUCION: (marque sólo en el que corresponda)

LABORATORIO: LAB. DE REFERENCIA: SI NO

HOSPITAL:

CORRECCIONAL: AREA: _____

FONDOS FEDERALES: SI NO

HOGAR O ALBERGUE: PACIENTE RESIDE EN LUGAR: SI NO

CLINICA: CLINICA: _____

NOMBRE COMPLETO	SEXO m/f	FECHA NACIM. m/d/año	SEGURO SOCIAL	DIRECCION RESIDENCIAL	FACTOR RIESGO*	HOSPITAL si es diferente al lugar que realiza el reporte	** NUM. EXPEDIENTE S. Emer. / OPD	PRUEBAS (incluya confirmatorias)			FECHA toma de muestra m/d/año	***CD4 en la cantidad (%) y/o Carga Viral / Fecha
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
MEDICO: _____ Tel. _____												
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
MEDICO: _____ Tel. _____												
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
MEDICO: _____ Tel. _____												
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
MEDICO: _____ Tel. _____												
								EIA <input type="checkbox"/>	WB <input type="checkbox"/>	VIH - 1/2 <input type="checkbox"/>		
MEDICO: _____ Tel. _____												

* Factores de riesgo = usuario de drogas intravenosas (ivdu), hombre que tiene sexo con hombre (homo), sexo con una persona VIH (sexo hom VIH es mujer, sexo muj VIH si es hombre), sexo con mujer usuaria de drogas (sexo ivdu muj), sexo con hombre usuario de drogas (sexo ivdu hom), otro según aplique.

** En adición al número expediente favor indicar: (S. Emer.) para sala emergencias, (OPD) si no está hospitalizado, (HOSP) si está hospitalizado.

*** FAVOR DISTINGUIR ENTRE % Y/O CONTAJE DE CELULAS INCLUYA LA FECHA DE TOMA DE MUESTRA. / PRUEBAS VIH REQUIEREN CONFIRMACION CON WESTERN BLOT (WB)



ANEJO XII
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION
SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA INFLUENZA
Informe de resultados de prueba rápida para influenza

Instrucciones: Todo laboratorio clínico, ambulatorio o de hospital debe enviar este informe semanalmente. Por cada grupo de edad, reportar el total de muestras positivas para influenza A, B o A & B, el total de muestras negativas y el total de muestras para influenza analizadas en el periodo que comprende la semana del reporte. Las semanas de reporte comienzan los domingos y culminan los sábados. El reporte se puede enviar por fax, correo postal o correo electrónico.

Grupos de Edad (años)	Resultados de pruebas rápidas para influenza			Total muestras analizadas
	Positivas A	Positivas B	Positivas A & B	
Menor de 1 año				
1-4 años				
5-9 años				
10-19 años				
20-24 años				
25-49 años				
50-64 años				
65 años o más				

ack.

NOMBRE DEL LABORATORIO O INSTITUCIÓN Y # DE LICENCIA

DIRECTOR DEL LABORATORIO Y # DE LICENCIA

DIRECCIÓN:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REPORTA

TELÉFONO:

Sistema de Vigilancia para Influenza – Oficina de Epidemiología e Investigación
P. O. BOX 70184, San Juan, Puerto Rico 00936-8184
Teléfono: (787) 765-2929 ext. 3552 Fax (787) 751-6993

Anejo XIII
Departamento de Salud
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Edificio A P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936
Lic. No. 1 CLIA #40D0672312
Tel. (787) 765-2929 x 3765
Facsimile: (787)274-7751

HOJA DE REFERIDO DE MUESTRAS PARA VIGILANCIA DE INFLUENZA

I. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE REFIERE		
Nombre de la Institución: _____	Fecha de envío ____/____/____ mes día año	
Dirección: _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
Laboratorio/Hospital(indicar origen de la muestra): _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
Médico que ordena la prueba: _____	Teléfono (____) - ____ - ____	
II. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA		
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre: _____		
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ en años/meses/semanas mes día año		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Embarazada, especifique semana gestación _____		
Dirección física: Urb. o Barrio _____		Tel. casa: (____) - ____ - ____
Calle: _____	Número: _____	Tel. celular (____) - ____ - ____
Pueblo: _____		Zip-Code: _____
III. INFORMACIÓN CLÍNICA (REQUISITO INDISPENSABLE PARA PROCESAMIENTO)		
Fecha del primer síntoma ____/____/____ <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio mes día año		
Fiebre ($\geq 38^{\circ}$ C ó 100°F): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Temperatura _____	Dolor de garganta: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escalofríos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor muscular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos seca: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor de cabeza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mareos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros: _____
Erupción (Rash): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fatiga: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Diagnóstico clínico inicial: _____		
¿Ha recibido usted vacuna contra influenza de temporada? Si, Fecha ____/____/____ mes día año		
IV. INFORMACIÓN DEL LABORATORIO/HOSPITAL QUE REFIERE		
Fecha de toma de muestra: ____/____/____		Tipo de muestra: _____
mes día año		
*Prueba realizada(si alguna): _____		*Método de Identificación: _____
*Resultados obtenidos: _____		*Información opcional

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO

Fecha de recibo de muestra al LSPPR: ____/____/____ mes día año	Muestra Rechazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Número del LSPPR:	Comentarios: _____ _____
Prueba realizada en el LSPPR: REAL TIME – RT PCR	MT _____ DATE _____

Julio 2016

acr.

ANEJO XIV
Tabla de Procedimientos para la colección de muestras relacionadas a la investigación de brotes ETA ¹

Tipo de Muestra	Envase	Toma de muestras/Volumen mínimo	Transportación	
Bacterias	Garganta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presionar lengua con depresor 2. Frotar área tonsilar y la úvula 3. Evitar tocar: lengua, encía y dientes con hisopo Cary Blair 4. Colocar en envase con medio de transporte 	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR	
	Nariz	1. Colocar hisopo cuidadosamente, aprox. 1 cm dentro de los orificios nasales	Temperatura ambiente. NO REFRIGERAR	
	Excreta Rectal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidadosamente insertar hisopo 1" por el esfínter 2. Observar material fecal 3. Colocar en envase con medio de transporte 	≤24 horas a temperatura ambiente ≤24 horas at 4°C*	
	Excreta Completa	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina)	1. Colectar una porción de muestra en el envase	≤24 horas at 2-8°C*
	Excreta Completa	Envase con la tapa de rosca (se sugiere "cup" de orina) ó Envase con 10 % formalina y envase PVA Comerciales	1. Colectar alrededor 2 gramos de excreta formada o 10cc de diarrea	≤24 horas a temperatura ambiente
Parásito	Excreta Completa	1. Colectar 10-50cc de excrete/diarrea	≤24 horas at 2-8°C*	
	Vómito	1. Colectar 10-50cc of vómito	≤24 horas at 2-8°C*	
Todo **	Excreta Completa	1. Colectar 10-50cc de excrete/diarrea	≤24 horas at 2-8°C*	

ACK.

* Transportar en neverita insulated con "Ice Pack" en 2-8°C

** Muestra para todos (bacterias, parásitos y virus)

¹ Fuente: *Guía para la investigación de brotes de enfermedades transmisibles por alimentos*, Oficina de Epidemiología e Investigación, Departamento de Salud de Puerto Rico, Agosto 2007, p.37.

Para información puede comunicarse al
Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico

Teléfono: 787-765-2929 Ext. 3745, 3726, 3566 - Fax: 787-274-7751 Email: laura.castro@salud.pr.gov

ANEJO XV



INFORME DE INVESTIGACION DE CASO DE SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ (GBS)

Laboratorio de Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico, Edificio A - 2do Piso, Área de Centro Médico, San Juan, PR 00926; GBS@salud.pr.gov; Fax: (787) 706-2496

Fecha de hoy: ____/____/____

Información mínima requerida (Secciones I-VI)

Complete las secciones I-VI e informe lo antes posible.

I. Datos del Paciente Nombre del Paciente _____ Apellidos _____ Nombre _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: _____ Apellidos _____ Nombre _____ País de Nacimiento: _____

II. Dirección Física Municipio: _____ Código Postal: _____ Tel: _____ Otro Tel: _____
III. Proveedor que informó este caso Nombre del Proveedor: _____ Tel: _____ Fax: _____ NPI: _____ Nombre del Hospital y Dirección Postal: _____

IV. Presentación Actual

Comienzo de síntomas neurológicos: ____/____/____	Debilidad bilateral 3/4 miembros superiores: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Debilidad focal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Tratamiento médico variado: ____/____/____	Reflejos disminuidos/ausentes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Détrofia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Fecha de colección de muestra: ____/____/____	Episodios previos de GBS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Diarrea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
	Disautonomía: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Dificultad para respirar: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
	Oftalmoparesis: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Embarazada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
	Ataxia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Si la respuesta es SI, semana de gestación: _____

V. Condición/estado durante los últimos 2 meses

Comienzo de la enfermedad crónica más reciente: ____/____/____	Dolor de garganta: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Metales pesados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Sarpullido: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Náuseas/vómitos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Alcohol no ético: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Conjuntivitis: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Diarrea: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Quimioterapia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Artralgia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Fiebre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Viaje internacional: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS
Tos: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	Vacunación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS	
Congestión nasal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS		

Si su respuesta es SI, qué tipo: _____ Si su respuesta es SI, a dónde: _____ Si la respuesta es SI, órgano primario: _____

VII. Datos Adicionales Complete si los datos están disponibles.

Líquido cefalorraquídeo: ____/____/____	Proteínas (mg/dl): _____	Estudios electrofisiológicos: ____/____/____	Imágenes: Cerebro ____/____/____
WBC (cells/cc): _____	Glucosa (mg/dl): _____	AIDP <input type="checkbox"/> AMSAN <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
RBC (cells/cc): _____	Índice de IgG: _____	AMAN <input type="checkbox"/> No excitable <input type="checkbox"/>	Describe: _____
Glucosa en sangre (mg/dl): _____	Bandas oligoclonales: _____	Otro <input type="checkbox"/> No es GBS <input type="checkbox"/>	Columna vertebral: Normal <input type="checkbox"/> Anormal (No GBS) <input type="checkbox"/>
	Síntesis de IgG: _____	Normal <input type="checkbox"/> Cuestiones técnicas <input type="checkbox"/>	Consistente con GBS <input type="checkbox"/> Describe: _____

VIII. Tratamientos (fecha de inicio) Esteroides: ____/____/____ Ventilación mecánica: ____/____/____
 IVIG: ____/____/____ Intercambio de plasma: ____/____/____

IX. Resultado Hospitalizado: SI No Nadir: ____/____/____ Resultado: Casa Muerto
 Fecha de alta o muerte: ____/____/____ Rehabilitación Otro Escala de discapacidad de Hughes (0-6): Nadir ____ Año ____

X. Para uso del laboratorio

Número de caso	Número de muestra	Días después de comienzo de los síntomas	Tipo	Fecha recibida	Número de muestra	Días después de comienzo de los síntomas	Tipo	Fecha recibida
SAN ID: [] [] [] [] [] []	Q CODE: [] []	S1		____/____/____	S3			____/____/____
[] [] [] [] [] []	[] []	S2		____/____/____	S4			____/____/____

ack.

Instrucciones para completar el Informe de Investigación del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)

El proveedor de salud (neurólogo/fisiatra) completará el formulario para reportar la vigilancia del GBS en letra de molde y solicitará la prueba de laboratorio: serología para arbovirus (dengue, chikungunya y Zika). El laboratorio enviará el formulario completado y la muestra de suero siguiendo los procedimientos vigentes para las pruebas del dengue. Las muestras adicionales (e.g., líquido cefalorraquídeo y orina) pueden enviarse conjuntamente con el formulario y la muestra de suero.

Complete las Secciones I-VI y reporte el caso lo antes posible.

• Sección I, II y III:

El nombre completo y la información del paciente es esencial ya que muchas personas tienen nombres y datos similares. Complete según las indicaciones.

• Sección IV:

Inicio de los síntomas: comienzo de las manifestaciones neurológicas no incluyendo síntomas previos.

Primera atención médica solicitada: para las manifestaciones neurológicas no las condiciones previas, informe la primera cita con su proveedor de servicios de salud (hospitalización o servicio ambulatorio).

Diagnóstico del GBS: fecha del diagnóstico del GBS, según lo indicó el neurólogo o fisiatra.

Signos y síntomas: Marque todas las manifestaciones que se detecten hasta la fecha de envío del informe del caso (presentes en cualquier momento durante el transcurso de la enfermedad).

• Sección V, VI:

Comienzo de la enfermedad previa más reciente: Fecha del comienzo de síntomas de la enfermedad previa más reciente en los dos meses anteriores. Por favor marque todos los síntomas/condiciones previas que presentó en cualquier momento durante los dos meses anteriores al comienzo del GBS.

Incluya cualquier información disponible en el momento del envío del informe, pero no retrase la entrega del informe con tal de completar todas las secciones de la VII a la IX. Si es posible, haga una copia de este formulario, llene la información adicional y envíelo cuando se le dé el alta al paciente. Las siguientes muestras de suero se pueden analizar usando la serología para arbovirus y un formulario completamente actualizado.

• Sección VII:

Fecha de la muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR): señale la fecha de la punción lumbar con los resultados del LCR utilizados para el diagnóstico del GBS.

Estudios electrofisiológicos: indique la fecha del estudio utilizado para el diagnóstico del GBS.

AIDP: Polineuropatía aguda inflamatoria desmielinizante

AMAN: Neuropatía aguda axonal motora

AMSAN: Neuropatía axonal aguda sensitivo-motora

No excitable: Nervios eléctricamente no excitables

Otros: otros hallazgos probablemente asociados al GBS

No GBS: Hallazgos anormales, pero que no están asociados al GBS

Normal: sólo los hallazgos que sean totalmente normales

Cuestiones técnicas: Estudio realizado, pero cuestiones técnicas impiden la interpretación de los resultados.

Imágenes: Señale la fecha del hallazgo en la imagen más importante del cerebro y/o la columna vertebral. Para las imágenes cerebrales, marque si los hallazgos son normales o anormales. Para la columna vertebral, señale si es normal; anormal, pero no es el GBS; o anormal y consistente con el GBS.

• Sección VIII:

Indique las fechas de inicio de tratamientos específicos (IVIG: Inmunoglobulina intravenosa).

• Sección IX:

Señale si el paciente fue hospitalizado por el GBS, la fecha de nadir (nadir = el punto de déficit/debilidad neurológica más severo) y el resultado (como se documenta, antes de los 3 meses del inicio del GBS).

Escala de discapacidad de Hughes:

0 = Sano; 1 = Síntomas leves y capaz de correr; 2 = Capaz de caminar 10 m o más sin ayuda, pero no puede correr; 3 = Capaz de caminar 10 m en un espacio abierto sólo con ayuda; 4 = Postrado en cama o silla; 5 = Requiere respiración asistida durante una parte del día; 6 = Muerto.

ack.

ANEJO XVI A

Fecha de hoy: Día ____/Mes ____/Año ____

Indique la infección sospechada (Marque todas las que apliquen): Dengue Zika Chikungunya Otro

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN DE CASO DE ARBOVIRUS

Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico
Edificio A – Segundo Piso, Área de Centro Médico
Tel. (787)765-2929 ext. 3728, Fax (787) 274-5710



Favor de leer y completar TODAS las secciones. Vea instrucciones en el lado dorsal.

1. Datos del paciente

Lo hospitalizaron por esta enfermedad: No Sí → Nombre del hospital: _____ Número de expediente: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre/initial

Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Segundo nombre/initial

Falleció: Sí No No sabe

Cambios de estatus mental: Sí No No sabe

2. Dirección residencial (física) completa del paciente

Urbanización/Sector/Edificio: _____

Número: _____ Calle: _____

Municipio: _____ Código postal: _____

Tel: _____ Otro Tel: _____

Vive cerca de: _____

Nombre y dirección del trabajo: _____

5. Información de contacto del médico

Médico que ordenó prueba - Nombre: _____

National Provider Identifier (NPI): _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Dirección postal: Número: _____ Calle: _____

Municipio: _____ Código postal: _____

Hospital/Clinica/Laboratorio: _____ Especialidad: _____

Médico primario - Nombre: _____

National Provider Identifier (NPI): _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

Dirección postal: Número: _____ Calle: _____

Municipio: _____ Código postal: _____

Hospital/Clinica/Laboratorio: _____ Especialidad: _____

3. Información demográfica del paciente:

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años Sexo: M F

o edad: _____ años Embarazada: Sí No NS

Semanas de gestación: _____

Fecha Estimada de Parto: Día ____/Mes ____/Año ____

4. Estatus de síntomas e inicio/fecha de la muestra

¿Paciente sintomático? Sí No Día Mes Año _____

Si está sintomático, fecha de primer(os) síntoma(s) _____

Fecha toma de muestra _____

Muestra de suero _____

Otra muestra (especifique tipo) _____

Otra muestra(especifique tipo) _____

Otra muestra(especifique tipo) _____

6. ¿Quién llenó este formulario?

Nombre: _____ Relación con paciente: _____

Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

7. Datos adicionales del paciente

País de nacimiento: _____

¿Durante los 14 días antes de enfermarse, viajó a otro país, o municipio?
 Sí, otro país Sí, otro municipio No No sabe

¿A dónde viajó? _____

8. Descripción de signos y síntomas que tiene el paciente al momento de completar este formulario

			Síntomas			Señales de alerta					
	SÍ	NO	NO SABE		SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	
Fiebre durante 2-7 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga acelerada y débil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos persistentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre alta (>38°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falder o piel fría.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal/sensibilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaquetas <100,000/mm ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eructos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de las mucosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento de plaquetas: _____				Sopulido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Letargo/Intranquilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna manifestación hemorrágica				Dolor de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agotamiento del hígado >2cm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en los ojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritema pleural o abdominal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equimosis o ecchimosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el cuerpo (cabeza/tronco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síntomas adicionales			
Vómitos con sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de conjuntiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la escarola.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incañalla/meningitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjuntivitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia en las encías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infante (solamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coagulación nasal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microcefalia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calcificaciones intracraniales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tripanosoma positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro defecto congénito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsión o coma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(tubo S ESI/tubo positivo para sangre)				Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas y vómitos (ocasionales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Taniguchi <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> No se hizo				Modo con resultado de Zika positivo o indeterminado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activa (conjuntiva hinchada).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. SOLAMENTE PARA USO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE PUERTO RICO

Número de Caso	Especimen #	Días después Ter.síntoma	Tipo	Fecha recibido	Especimen #	Días después Ter.síntoma	Tipo	Fecha recibido
SAN ID	GCORF	S1		____/____/____	S3			____/____/____
		S2		____/____/____	S4			____/____/____

ack.

ANEJO XVI B



Today's date: Day ____/Month ____/Year ____

Check suspected arboviral infection (Check all that apply):
 Dengue Zika
 Chikungunya Other

ARBOVIRUS CASE INVESTIGATION FORM
 Puerto Rico Public Health Laboratory, Department of Health
 Building A – Second Floor, Medical Center Area
 P.O. Box 70184, San Juan, PR 00928
 Tel. (787)765-2929 ext. 3728, Fax (787) 274-5710

Please read and complete ALL sections. See instructions on back page.

1. Patient Data		Hospitalized due to this illness: No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> → Hospital Name: _____	Record Number _____																																																																																																																								
Name of Patient: _____ <small>Last Name First Name Middle Name or Initial</small>		Fatal: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
If patient is a minor, name of father or primary caregiver: _____ <small>Last Name First Name Middle Name or Initial</small>		Mental status changes: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk <input type="checkbox"/>																																																																																																																									
2. Patient's Home (Physical) Address		5. Physician contact information																																																																																																																									
Housing Development/Building: _____		Physician who ordered test - Name: _____																																																																																																																									
Number: _____ Street: _____		National Provider Identifier (NPI): _____																																																																																																																									
City: _____ Zip code: _____		Tel: _____ Fax: _____ Email: _____																																																																																																																									
Tel: _____ Other Tel: _____		Mailing address: Number: _____ Street: _____																																																																																																																									
Residence is close to: _____		City: _____ Zip code: _____																																																																																																																									
Work address: _____		Hospital/Clinic/Laboratory: _____ Specialty: _____																																																																																																																									
3. Patient's Demographic Information		Primary care doctor- Name: _____																																																																																																																									
Date of Birth: ____/____/____ Age: ____ month Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		National Provider Identifier (NPI): _____																																																																																																																									
or Age: ____ years Pregnant: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> UNK		Tel: _____ Fax: _____ Email: _____																																																																																																																									
Weeks pregnant (gestation): _____		Mailing address: Number: _____ Street: _____																																																																																																																									
Estimated Date of Delivery: Day ____/Month ____/Year ____		City: _____ Zip code: _____																																																																																																																									
4. Patient Symptom Status and Onset/Date of Specimen		6. Who filed out this form?																																																																																																																									
Patient symptomatic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Day ____/____/____		Name: _____ Relationship with patient: _____																																																																																																																									
If symptomatic, date of first symptom(s): _____		Tel: _____ Fax: _____ Email: _____																																																																																																																									
Date specimen taken: _____		7. Additional Patient Data																																																																																																																									
Serum sample: _____		Country of Birth: _____																																																																																																																									
Other sample (Specify type: _____): _____		During the 14 days before onset of illness, did you TRAVEL to other municipalities, or countries? <input type="checkbox"/> Yes, another country <input type="checkbox"/> Yes, another municipality <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown																																																																																																																									
Other sample (Specify type: _____): _____		Where did you travel? _____																																																																																																																									
Other sample (Specify type: _____): _____		8. Description of patient's signs and symptoms experienced at time of form completion																																																																																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Unk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fever lasting 2-7 days</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fever >38°C</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>RBCs <100,000/mm³</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>WBC count</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Any hemorrhagic manifestations</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Petechiae</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Purpura/Ecchymosis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vomit with blood</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Blood in stool</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nasal bleeding</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bleeding gums</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Blood in urine</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vaginal bleeding</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Positive urinalysis (over 5 RBC/hpf or positive for blood)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Yes	No	Unk	Fever lasting 2-7 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever >38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RBCs <100,000/mm ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WBC count	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any hemorrhagic manifestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Petechiae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Purpura/Ecchymosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vomit with blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood in stool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bleeding gums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaginal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Positive urinalysis (over 5 RBC/hpf or positive for blood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Symptoms</th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Unk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Rapid, weak pulse</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pale or cool skin</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Chills</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rash</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Headache</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Eye pain</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Body (muscle/bone) pain</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Joint pain</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Anorexia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Encephalitis/Meningitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Microcephaly</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Intracranial calcifications</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Other birth defect(s) Specify: _____</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mother with positive or indeterminate Zika test result</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Symptoms	Yes	No	Unk	Rapid, weak pulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pale or cool skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eye pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Body (muscle/bone) pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encephalitis/Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microcephaly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intracranial calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other birth defect(s) Specify: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mother with positive or indeterminate Zika test result	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes	No	Unk																																																																																																																								
Fever lasting 2-7 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Fever >38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
RBCs <100,000/mm ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
WBC count	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Any hemorrhagic manifestations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Petechiae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Purpura/Ecchymosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Vomit with blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Blood in stool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Nasal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Bleeding gums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Blood in urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Vaginal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Positive urinalysis (over 5 RBC/hpf or positive for blood)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Symptoms	Yes	No	Unk																																																																																																																								
Rapid, weak pulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Pale or cool skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Eye pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Body (muscle/bone) pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Joint pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Encephalitis/Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Microcephaly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Intracranial calcifications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Other birth defect(s) Specify: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Mother with positive or indeterminate Zika test result	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Manifestations</th> <th>Yes</th> <th>No</th> <th>Unk</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Persistent vomiting</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abdominal pain/Tenderness</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mucosal bleeding</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lethargy, restlessness</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Liver enlargement >2cm</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pleural or abdominal effusion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Additional symptoms</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diarrhea</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cough</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Conjunctivitis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nasal congestion</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sore throat</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jaundice</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Convulsion or coma</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nausea and vomiting (occasional)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Arthritis (swollen joint)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Manifestations	Yes	No	Unk	Persistent vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominal pain/Tenderness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucosal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lethargy, restlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver enlargement >2cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleural or abdominal effusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Additional symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conjunctivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nasal congestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsion or coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea and vomiting (occasional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis (swollen joint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">9. For laboratory use</th> </tr> <tr> <th>Case number</th> <th>Specimen #</th> <th>Days post onset (DPO)</th> <th>Type</th> <th>Date Received</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>S1</td> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>S2</td> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>S3</td> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>S4</td> <td>____/____/____</td> <td>_____</td> <td>____/____/____</td> </tr> </tbody> </table>		9. For laboratory use				Case number	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Date Received	_____	S1	____/____/____	_____	____/____/____	_____	S2	____/____/____	_____	____/____/____	_____	S3	____/____/____	_____	____/____/____	_____	S4	____/____/____	_____	____/____/____																							
Manifestations	Yes	No	Unk																																																																																																																								
Persistent vomiting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Abdominal pain/Tenderness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Mucosal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Lethargy, restlessness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Liver enlargement >2cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Pleural or abdominal effusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Additional symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Conjunctivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Nasal congestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Convulsion or coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Nausea and vomiting (occasional)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
Arthritis (swollen joint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																								
9. For laboratory use																																																																																																																											
Case number	Specimen #	Days post onset (DPO)	Type	Date Received																																																																																																																							
_____	S1	____/____/____	_____	____/____/____																																																																																																																							
_____	S2	____/____/____	_____	____/____/____																																																																																																																							
_____	S3	____/____/____	_____	____/____/____																																																																																																																							
_____	S4	____/____/____	_____	____/____/____																																																																																																																							

CCR