DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

# PROTOCOLO

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

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

Desarrollado y Certificado por:

*Carmen J. Rodríguez Caquías, BS, MS*
Epidemióloga

*Dianne Martínez Rivera, BS, MT, ASCP*
Tecnóloga Médica

Visto Bueno de:

*Johnny Rullán, MD, FACPM*
Epidemiólogo del Estado

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

# PROTOCOLO

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

### CONTENIDO


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

## TRASFONDO

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

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

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

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

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

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

## MALARIA: DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Agente Etiológico

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

### Descripción Clínica

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

### Diagnóstico Diferencial

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

### Reservorio

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

**Modo de Transmisión**

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

**Período de Incubación**

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

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

**Período de Comunicabilidad**

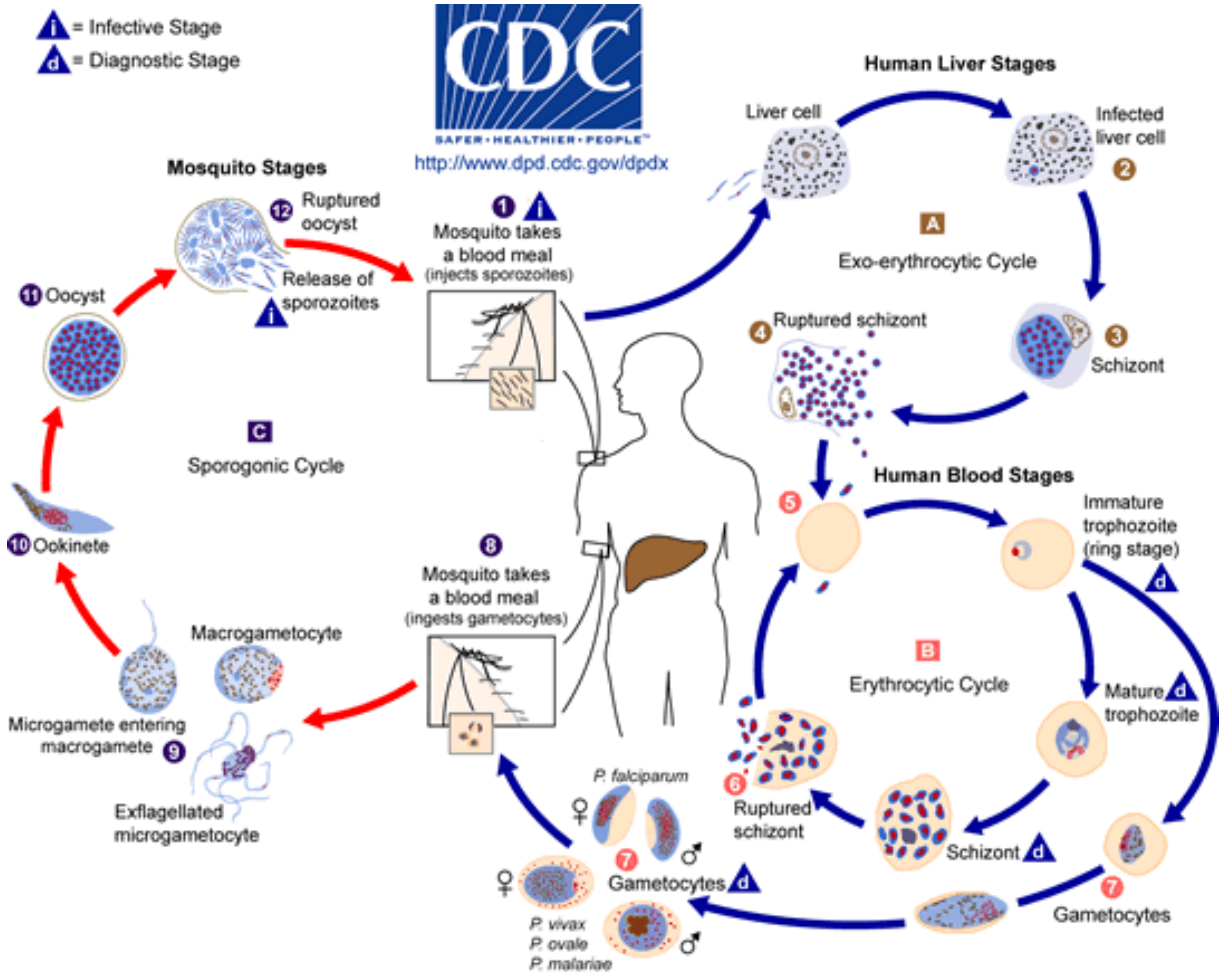
Los humanos pueden infectar a los mosquitos durante todo el tiempo a los mosquitos durante todo el tiempo que alberguen gametocitos infectantes en la sangre; esto varía según la especie del parasito y la respuesta al tratamiento.

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

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

## EPIDEMIOLOGÍA

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



## Criterios para el Reporte

### ¿Qué se debe reportar al Departamento de Salud?

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

### Pruebas de laboratorio

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

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

## Cadena de Custodia

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

La Cadena de Custodia implica lo siguiente:

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

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

**Clasificación de Caso**

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

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

   - Detección de las especies de *Plasmodium* por pruebas de ácido nucleico en cualquier persona diagnosticada en los Estados Unidos, independientemente de si la persona ha experimentado episodios previos de la malaria, mientras estuvo fuera del país.

## Reporte de la Enfermedad e investigación de caso

### Propósito de la vigilancia y el reporte

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

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

Ver documentos adjuntados:

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

### Proceso de reporte

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

### Investigación de Caso

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

### Control de Malaria

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

### Manejo de Caso

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

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

**Manejo de Contactos**

No es requerida intervención específica de salud pública.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

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

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

- Repelente para los mosquitos

- Ropa apropiada (ropas de manga larga y pantalones largos), particularmente entre la anochecer y el amanecer, las horas en las que pican por lo general los mosquitos anofelinos .

- Los donantes de sangre deben ser cuestionados sobre historial de malaria o exposición a la enfermedad. Aquellos con historial de malaria deben ser excluidos de la donación.

## TELÉFONOS DE INFORMACIÓN

***Oficina de Epidemiología e Investigación***
***Oficina Central***
(787) 765-2929 ext. 3551 ó 3552

**Laboratorio de Salud Pública de Puerto Rico**
(787) 765-2929 ext. 3765
***Oficina de Epidemiología e Investigación***
***Oficinas Regionales***
***Arecibo***
*787-879-3246*
*787—880-5538*
*787816-4577 (Fax)*

***Aguadilla***
*787-997-0164*
*787-882-9092*
*787-891-2045 (Fax)*

***Bayamón***
*787-780-7973*
*939-225-2098*
*787-895-0123 (Fax)*

***Caguas***
*787-653-0550 ext. 1170*
*787-286-0880*
*787- 744-1748 (Fax)*

***Fajardo***
*787-801-5922*
*787-863-2841 (Fax)*

***Mayaguez***
*787-832-3640*
*787-831-0262*
*787-834-0095 (Fax)*

***Metro***
*787-250-1330/1336 ext.256*
*787-281-62444 (Fax)*
***Ponce***
*787-765-2929 ext.5705*
*787-841-4555 (Fax)*

## INFORMACION EN PORTALES

**Departamento de Salud**
www.salud.gov.pr

**Centros para el Control y Prevención de Enfermedades**
http://www.cdc.gov/malaria/

## *APENDICES*

## *APENDICE 1: PROTOCOLO DEL LSPPR PARA CASOS DE MALARIA*

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

2. Una vez la muestra sea recibida en el LSPPR esta será examinada microscópicamente para confirmar el diagnóstico. Se tomarán fotos para ser enviadas vía Internet a CDC a través del programa *Division of Parasitic Diagnostic* (DPDx).

3. En caso de que CDC confirme el diagnóstico del LSPPR basado en las fotos enviadas por este, se procederá a reportar el resultado tanto a la División Epidemiología del Departamento de Salud como al laboratorio que envío la muestra.

4. En caso de que CDC requiera la muestra de sangre o laminillas para confirmar el diagnóstico del LSPPR la muestra será enviada a CDC para pruebas microscópicas adicionales y/o pruebas moleculares (PCR).

5. CDC enviará el resultado final al LSPPR y este será reportado tanto a la División Epidemiología del Departamento de Salud como al laboratorio que envío la muestra.

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

**Malaria: Colección de muestras para envío al LSPPR**

1. Tomar la muestra antes de dar tratamiento.

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

   2.1. Tubo tapón rojo para serología (PCR)

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

3. Adicional enviar muestra reciente en EDTA (tubo violeta) a 4°C. Tubo debe estar debidamente identificado.

4. Enviar forma CDC 50.34 debidamente cumplimentada. Importante incluir en la sección de data epidemiológica información de historial de viajes y residencia.

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

**Envío de Muestra**

1. Comunicarse a la sección de Bacteriología Clínica/Parasitología del LSPPR al 787-765-2929 ext. 3745

2. Se reciben muestras de Lunes a Viernes de 7:00 am – 4:00 pm. (De ser necesario traer la muestra fuera de este horario tiene que haber un previo acuerdo).

3. Entregar muestra a la siguiente dirección física:
   Laboratorio de Salud Pública de PR
   Departamento de Salud
   Calle Periferal
   Edificio A 2do piso
   Antiguo Hospital de Psiquiatría
   Bo. Monacillos Rio Piedras, PR 00935

## APENDICE 3: MALARIA CASE SURVEILLANCE REPORT

Fuente:

# MALARIA CASE SURVEILLANCE REPORT

Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention
Division of Parasitic Diseases (MS F-22), 4770 Buford Highway, N.E. Atlanta, Georgia 30341

CDC

State Case No: ..... CSID No..... Case No: .....

Patient name (last, first):

Date of symptom onset of this attack (mm/dd/yyyy): ____/ ____/ _____

Age: _____ yrs. mos. wks. days (*circle units*)
Date of Birth: ____/ ____/ _____
Is patient pregnant? ☐ Yes ☐ No

Sex:
☐ Male
☐ Female
☐ Unknown

Physician name (last, first):

Telephone Number: ( ) _____ – _____

Ethnicity:
☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino

Race (select one or more):
☐ American Indian/Alaska Native
☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander
☐ Black or African American
☐ Asian ☐ White ☐ Unknown

**Positive** lab test result (*check all that apply*):
☐ Smear ☐PCR ☐RDT ☐ No test done/unknown

Species (check all that apply):
☐ Vivax ☐ Falciparum ☐Malariae ☐ Ovale ☐ Not Determined
☐ Other species (specify) _____

Parasitemia (%): _____

State/territory reporting this case: _____
County: _____

Patient admitted to hospital: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Hospital: _____

Date: ____/ ____/ _____ Hospital record No.: _____

Laboratory name:

Telephone Number: ( ) _____ – _____

Specimens being sent to CDC? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

If yes: ☐ Smears ☐ Whole Blood ☐ Other: _____

Has the patient traveled or lived outside the U.S. during the past 2 years? ☐Yes ☐ No If yes, specify:

| | 1. | 2. | 3. |
|---|---|---|---|
| Country: | _____ | _____ | _____ |
| Date returned/ arrived in U.S. (mm/dd/yyyy): | ____/ ____/ _____ | ____/ ____/ _____ | ____/ ____/ _____ |
| Duration in country yrs. mos. wks. days (*circle units*) | _____ | _____ | _____ |

Did patient reside in U.S. prior to most recent travel?
☐ Yes
☐ No, (specify country): _____
☐ Unknown

Principal reason for travel from/ to U.S. for most recent trip:
☐ Tourism ☐ Visiting friends/relatives ☐ Student/teacher
☐ Military ☐ Airline/ship crew ☐ Other: _____
☐ Business ☐ Missionary or dependent ☐ Unknown
☐ Peace Corps ☐ Refugee/immigrant

Was malaria chemoprophylaxis taken? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
If yes, which drugs were taken? ☐ Chloroquine ☐ Mefloquine ☐ Doxycycline ☐ Primaquine ☐ Atovaquone/proguanil
☐ Other: _____ ☐ Unknown

Were all pills taken as prescribed?
☐ Yes, missed no doses
☐ No, missed doses
☐ Unknown

If doses were missed, what was the reason?
☐ Forgot
☐ Didn't think needed
☐ Had a side effect (specify): _____
☐ Was advised by others to stop
☐ Prematurely stopped taking once home
☐ Other (specify): _____
☐ Unknown

History of malaria in last 12 months (prior to this report)?
☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Date of previous illness: ____/ ____/ _____

If yes, species (check all that apply):
☐Vivax ☐ Falciparum ☐Malariae ☐ Ovale
☐Not Determined ☐ Other (specify) _____

Blood transfusion/organ transplant within last 12 months: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown If yes, date: ____/ ____/ _____

Clinical Complications: ☐ Cerebral malaria ☐ ARDS ☐ None ☐ Renal failure ☐ Severe anemia(Hb<7) ☐ Other : _____

Was illness fatal: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
If yes, date of death : _____/____/_____

Therapy for this attack (check all that apply):
☐ Chloroquine ☐ Tetracycline ☐ Doxycycline ☐Mefloquine ☐ Exchange transfusion ☐ Artesunate ☐ Unknown
☐ Primaquine ☐ Quinine ☐ Quinidine ☐Clindamycin ☐Atovaquone/proguanil ☐ Other (specify): _____

Person submitting report: Telephone No. :

Affiliation: Date Submitted: _____/_____/_____

For CDC Use Only. Classification ☐ Imported ☐ Induced ☐ Introduced ☐ Congenital ☐ Cryptic

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Please send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Rd., NE (MS D-24); Atlanta, GA 30333; ATTN: PRA (0920-0009).

CDC 54.1 12/2008(Front) OMB 0920-0009
If sending specimens, please forward blood smears (thick and thin) with this report.

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

Select the Specimen Origin to Begin the Form

# CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

## LABORATORY EXAMINATION REQUESTED

Test order name:

Test order code:

Suspected agent:

Date sent to CDC: (MM/DD/YYYY)

At CDC, bring to the attention of:

## PATIENT INFORMATION

Patient Name: Last / First / MI / Suffix

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

Sex:

Clinical diagnosis:

Date of onset: (MM/DD/YYYY)

Fatal: Date of death: (MM/DD/YYYY)

## SPECIMEN INFORMATION

Specimen collected date: (MM/DD/YYYY) Time: (Hh:mm:ss)

Material submitted:

Specimen source (type):

Specimen source modifier:

Specimen source site:

Specimen source site modifier:

Collection method:

Treatment of specimen:

Transport medium/Specimen preservative:

Specimen handling:

## CDC USE ONLY

CDC specimen identification label

Package ID#: _____

Delivered to Unit #: _____

Unit Specimen ID#: _____

Date received at CDC: _____/_____/_____

Date received at STAT: _____/_____/_____

Date received in testing lab: _____/_____/_____ Time: _____

Barcode 1

| Condition | STAT Laboratory | Testing Laboratory |
|---|---|---|
| Outer package | | |
| Specimen container | | |
| Specimen | | |

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

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Institution name:

Street address: Line 1 / Line 2 / City / ZIP/Postal code / State / Country

Phone: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Extension

Fax: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Institutional e-mail

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

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

## ORIGINAL SUBMITTER (Organization that originally submitted specimen for testing)

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Institution name:

Street address: Line 1 / Line 2 / City / ZIP/Postal code / State / Country

Phone: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Extension

Fax: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Institutional e-mail

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

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

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

Name: (Laboratory Director or designee)

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Institution name:

Street address: Line 1 / Line 2 / City / ZIP/Postal code / State / Country

Phone: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Extension

Fax: Country code / Area code / Local number (e.g. 6380000) / Institutional e-mail

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

Prefix / Last / First / MI / Suffix / Degree

Patient ID: Alternative Patient ID:

Specimen ID: Alternative Specimen ID:

## CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM: SPECIMENS OF HUMAN ORIGIN

Patient name: _____ (Last) _____ (First)

AND/OR Original Patient ID: _____

AND/OR SPHL Specimen ID: _____

### PATIENT HISTORY

**BRIEF CLINICAL SUMMARY** (Include signs, symptoms, and underlying illnesses if known)

**STATE OF ILLNESS**

- ☐ Symptomatic
- ☐ Asymptomatic
- ☐ Acute
- ☐ Chronic
- ☐ Convalescent
- ☐ Recovered

**TYPE OF INFECTION**

- ☐ Upper respiratory
- ☐ Lower respiratory
- ☐ Cardiovascular
- ☐ Gastrointestinal
- ☐ Genital
- ☐ Urinary tract
- ☐ Other, specify _____
- ☐ Sepsis
- ☐ Central nervous system
- ☐ Skin/soft tissue
- ☐ Ocular
- ☐ Joint/bone
- ☐ Disseminated

**THERAPEUTIC AGENT(S) DURING ILLNESS**

| Agent | Start date | End date |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | MM/DD/YYYY | MM/DD/YYYY |

### EPIDEMIOLOGICAL DATA

**EXTENT**

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

**TRAVEL HISTORY**

Travel: _____ Dates of Travel: _____ (MM/DD/YYYY) to _____ (MM/DD/YYYY)

Travel: Foreign (Countries) _____

Travel: United States (States) _____

Foreign Residence (Country) _____

United States Residence (State) _____

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

**EXPOSURE HISTORY**

Exposure: _____

☐ **Animal** Type of Exposure: _____

Common name: _____

Scientific name: _____

☐ **Arthropod** Type of Exposure: _____

Common name: _____

Scientific name: _____

**RELEVANT IMMUNIZATION HISTORY**

| Immunization(s) | Date received |
|---|---|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | MM/DD/YYYY |

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

**CDC USE ONLY**

Barcode 2

Barcode 3

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC), an agency of the Department of Health and Human Services, is authorized to collect this information, including the Social Security number (if applicable), under provisions of the Public Health Service Act, Section 301 (42 U.S.C. 241). Supplying the information is voluntary and there is no penalty for not providing it. The data will be used to increase understanding of disease patterns, develop prevention and control programs, and communicate new knowledge to the health community. Data will become part of CDC Privacy Act system 09-20-0168, "Specimen Handling for Testing and Related Data" and may be disclosed: to appropriate State or local public health departments and cooperating medical authorities to deal with conditions of public health significance; to private contractors assisting CDC in analyzing and refining records; to researchers under certain limited circumstances to conduct further investigations; to organizations to carry out audits and reviews on behalf of HHS; to the Department of Justice in the event of litigation, and to a congressional office assisting individuals in obtaining their records. An accounting of the disclosures that have been made by CDC will be made available to the subject individual upon request. Except for permissible disclosures expressly authorized by the Privacy Act, no other disclosure may be made without the subject individual's written consent.

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

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

| 1. Metro | 2. Bayamón | 3. Arecibo | 4. Caguas |
|---|---|---|---|
| Teléfono: **787- 751-8381**<br>Facsímil: 787-281-6144 | Teléfono: **939-225-2098**<br>Facsímil: 787-995-0123 | Teléfono: **787-879-3246**<br>Facsímil: 787-817-6759 | Teléfono: **787-286-0880**<br>Facsímil: 787-746-2528 |
| • Supervisora Enfermería:<br>Sra. Pilar Torres Rodríguez<br>• Epidemióloga:<br>*Srta. Shirley Morales Estrada* | • Supervisora Enfermería:<br>*Sra. Wanda Díaz*<br>• Epidemióloga:<br>*Sr. Aníbal Cruz Sánchez* | • Supervisora Enfermería:<br>N/A<br>• Epidemiólogo:<br>*Sr. Juan B. Méndez* | • Supervisora Enfermería:<br>*Sra. Carmen Valentín*<br>• Epidemióloga:<br>*Sra. Jazmin Román* |
| Pueblos:<br>Canóvanas, Carolina, Guaynabo, Loíza, San Juan, Trujillo Alto | Pueblos:<br>Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerío, Corozal, Dorado, Naranjito, Orocovis, Toa Alta, Toa Baja, Vega Alta | Pueblos:<br>Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado, Vega Baja | Pueblos:<br>Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo, Yabucoa |
| **5. Fajardo** | **6. Ponce** | **7. Mayagüez** | **8. Aguadilla** |
| Teléfono: 787-801-5922<br>Facsímil: 787-801-6767 | Teléfono::787-765-2929 ext 5705<br>Facsímil: 787-844-3885 | Teléfono: 787-831-0262<br>Facsímil: 787-834-0095 | Teléfono: 787-997-0155<br>Facsímil: 787-891-2045 |
| • Supervisora Enfermería:<br>Nydia Piña<br>• Epidemióloga:<br>*Sra. Edna I. Ponce* | • Supervisora Enfermería:<br>*Damaris Velazquez Viviana Vargas*<br>• Epidemióloga:<br>*Sra. María V. Ramos* | • Supervisora Enfermería:<br>*Sra. María S. Pérez*<br>• Epidemiólogo<br>*Sra. Zobeida Santiago Berrios* | • Supervisora Enfermería:<br>*Sra. Noelia Esteves*<br>• Epidemiólogo:<br>*Sra. Zobeida Santiago Berrios* |
| Pueblos:<br>Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande, Vieques | Pueblos:<br>Adjuntas, Arroyo, Coamo, Guánica, Guayama, Guayanilla, Jayuya, Juana Díaz, Patillas, Peñuelas, Ponce, Salinas, Santa Isabel, Villalba, Yauco | Pueblos:<br>Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Rincón, Sabana Grande, San Germán | Pueblos:<br>Aguada, Aguadilla, Isabela, Moca, San Sebastián |

**www.salud.gov.pr**