VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO | SS Secretaría de Salud | SESVER Servicios de Salud de Veracruz | VERACRUZ ME LLENA DE ORGULLO

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PÚBLICA

Circular No. SESVER/LESP/DE/10/2024
Hoja 1/3
Asunto: Criterios de Rabia
Clasificación: 13S.2 Diagnóstico Epidemiológico

Veracruz, Ver. a 19 de febrero de 2024

- **A LAS 11 JURISDICCIONES**
- **CLIENTES PARTICULARES**

0530

At'n. Responsables del programa de Zoonosis

En seguimiento al cumplimiento de los Lineamientos para la Vigilancia por Laboratorio de la Rabia, versión 2023, relacionado a los criterios para la recepción de las muestras del diagnóstico de Rabia en esta unidad a mi cargo, es importante retomar y hacer mención de la importancia de hacer cumplir los criterios propios de las muestras, los cuales se encuentran descritos en el catálogo **ERC-C-001 Criterios de aceptación y envío de muestras biológicas al LESP** y en el instructivo **ERC-I-001 Toma de muestras biológicas,** así como el cumplimiento de la documentación solicitada en cada caso:

- Oficio de solicitud de diagnóstico de Rabia perfectamente identificado.
- Para el proceso de muestras de Rabia antemortem (en humanos) y postmortem deberá incluir el **ERC-E-004 Formato único para envío de muestras biológicas de Rabia humana y animal,** debidamente requisitado con letra legible en los campos que aplique para: **Rabia humana, Rabia animal de impacto doméstico ó Rabia silvestre. Se anexa formato.**
- Cuando aplique realizar el diagnóstico de Rabia en animales silvestres o domésticos de interés económico **"Bovinos"** se debe entregar la muestra con el **ERC-E-004 Formato único para envío de muestras biológicas de Rabia humana y animal**, además de **ERC-E-024 Formato de Estudio Epidemiológico de caso de Rabia** de los casos humanos en contacto. **Se anexa formato.**

Lo anteriormente solicitado tiene como objetivo contar con la información necesaria para el diagnóstico, evitar el rechazo de las muestras y cuando aplique contar con lo necesario para coordinar el seguimiento de las muestras a Referencia con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

M. en C. Jacqueline Ayza Ríos Garcés
Directora del Laboratorio Estatal de Salud Pública

SERVICIO DE SALUD DE VERACRUZ
LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
VERACRUZ, VER.

Dra. Guadalupe Díaz del Castillo Flores.- Secretaria de Salud y Directora General de Servicios de Salud de Veracruz.- Para su conocimiento.- Presente
QC. Ma. Elena de la Cruz Francisco -. Coordinador de Aseguramiento de la Calidad.- Para su conocimiento.- Presente
L.A. Grecia K. Castañeda Barrios.- Responsable de Módulo de Servicio al Cliente.- Presente
QC. Dora Alicia González Romero, Jefe de la sección de Zoonosis
QC. Fernando Cruz Solano, Jefe de Recepción de Muestras y Control de resultados

EAR/DAGR/foh

LABORATORIO ESTATAL DE SALUD PUBLICA
DESPACHADO
19 FEB 2024
CONTROL DE DOCTOS.
VERACRUZ, VER.

Av Eucalipto S/N Lote 7 Mza. IZC Fracc. Framboyanes
Cd. Industrial Bruno Pagliai
C.P. 91697, Veracruz, Veracruz
Tel. 229 9812951, 229 9811390
http://www.ssaver.gob.mx/lesp/

200 AÑOS VERACRUZ

RABIA ANIMAL DE IMPACTO DOMÉSTICO INFORMACION DE LA MUESTRA

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☐ DIAGNÓSTICO ☐ REFERENCIA ☐ ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

NOMBRE DE LA ESPECIE: _____ NO. DE CASO O CLAVE: _____

JURISDICCION SANITARIA: _____

RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA: FECHA _____/_____/_____ LOCALIDAD O COLONIA: _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____ ESTADO: _____ EDAD: ____AÑOS ____MESES ____DIAS

SEXO: ☐ M ☐ H STUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: ☐ VIVO ☐ MUERTO

TIPO DE VIGILANCIA: ☐ AGRESIÓN ☐ MONITOREO ☐ SACRIFICIO ☐ FALLECIMIENTO

TIPO DE MUESTRA: _____

DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: ☐ AGRESIVIDAD ☐ FOTOFOBIA ☐ AEROFOBIA ☐ SALIVACIÓN PROFUSA ☐ INCOORDINACIÓN ☐ HIDROFOBIA ☐ PARÁLISIS ☐ CAMBIOS DE CONDUCTA ☐ ALUCINACIONES ☐ COMA

FECHA DE TÓMA DE MUESTRA: _____/_____/_____ FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: _____/_____/_____

EN CASO DE HABER AGRESIÓN:
MENCIONE EL AGRESOR: _____ MENCIONES EL AGREDIDO _____

SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: _____ NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: _____

VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: ☐ SI ☐ NO ☐ SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS ____/____/____

RABIA ANIMAL SILVESTRE INFORMACION DE LA MUESTRA

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☐ DIAGNÓSTICO ☐ REFERENCIA ☐ ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

NOMBRE DE LA ESPECIE: _____ NOMBRE CIENTÍFICO DE LA ESPECIÉ: _____ NO. DE CASO O CLAVE: _____

JURISDICCION SANITARIA: _____ RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA: FECHA _____/_____/_____

LOCALIDAD O COLONIA: _____ MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____ ESTADO: _____

SEXO: ☐ M ☐ H SITUACIÓN DE LA ESPECIÉ AFECTADA: ☐ VIVO ☐ MUERTO TIPO DE VIGILANCIA: ☐ AGRESIÓN ☐ MONITOREO ☐ SACRIFICIO ☐ FALLECIMIENTO

TIPO DE MUESTRA: _____

DATOS CLÍNICOS DE LA ESPECIE: ☐ AGRESIVIDAD ☐ FOTOFOBIA ☐ AEROFOBIA ☐ SALIVACIÓN PROFUSA ☐ INCOORDINACIÓN ☐ HIDROFOBIA ☐ PARÁLISIS ☐ CAMBIOS DE CONDUCTA ☐ ALUCINACIONES ☐ COMA

FECHA DE TOMA DE MUESTRA: _____/_____/_____ FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS: _____/_____/_____

EN CASO DE HABER AGRESION:
MENCIONE EL AGRESOR: _____ MENCIONE EL AGREDIDO _____

SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN: _____ NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: _____

VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: ☐ SI ☐ NO ☐ SE IGNORA FECHA DE ÚLTIMA DOSIS ____/____/____

RESULTADO DE ORIGEN Y OBSERVACIONES

RESULTADOS DE ORÍGEN: _____ VARIANTE ANTIGÉNICA: _____ FECHA DEL RESULTADO: ____/____/____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA EL DIAGNÓSTICO: _____

OBSERVACIONES:

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
"Dr. Manuel Martínez Báez" (InDRE)
Francisco de P. Miranda No 177, Col. Lomas de Plateros, Delegación Álvaro Obregón C.P. 01480, Cd. De México
Tel. +52 (55) 5062 1600 Ext. 59317 y 59579 www.indre.salud.gob.mx

FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS DE RABIA HUMANA Y ANIMAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

NOMBRE DE LA MENSAJERIA DE ENVÍO _____ NUM. DE GUÍA: _____

FECHA DE ENVÍO AL LESP: ___/___/___ FECHA DE RECEPCIÓN EN EL LESP: ___/___/___ FECHA DE ENVÍO AL INDRE: ___/___/___

INSTITUCIÓN: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____ C.P. _____

TEL.: _____ FAX:(indispensable) _____ Email : _____

MÉDICO SOLICITANTE:

_____

ESTUDIO SOLICITADO:

_____

RABIA HUMANA INFORMACIÓN DE LA MUESTRA

JUSTIFICACIÓN DEL ENVÍO: ☐ DIAGNÓSTICO ☐ REFERENCIA ☐ ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **EDAD:** ___AÑOS___MESES___DÍA

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

SEXO: ☐ M ☐ F **NO. DE CASO O CLAVE:** _____ **JURISDICCIÓN SANITARIA:** _____

LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE: _____ **LOCALIDAD O COLONIA** _____

MUNICIPIO U DELEGACIÓN: _____ **ESTADO:** _____

SITUACIÓN DEL PACIENTE: ☐ VIVO ☐ MUERTO

TIPO DE MUESTRA: ☐ SUERO ☐ LCR ☐ SALIVA ☐HISOPO SUBLINGUAL ☐ BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO ☐ IMPRONTA DE CORNEA ☐TEJIDO CEREBRAL (MEDULA ESPINAL, ASTA DE AMMON, CEREBELO)

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: ☐ AGRESIVIDAD ☐ FOTOFOBIA ☐AEROFOBIA ☐ SALIVACIÓN PROFUSA ☐ INCOORDINACIÓN ☐ HIDROFOBIA ☐ PARÁLISIS ☐ CAMBIOS DE CONDUCTA ☐ALUCINACIONES ☐ COMA

FECHA DE TOMA: _____/_____/_____ **FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS:** _____/_____/_____

HOSPITALIZACIÓN: ☐ SI ☐ NO **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE ATIENDE EL CASO** _____

EN CASO DE HABER AGRESIÓN, MENCIONE EL AGRESOR: _____ **SITIO ANATÓMICO DE LA LESIÓN:** _____

NÚMERO DE PERSONAS O ANIMALES QUE ESTUVIERON EN CONTACTO CON EL AGRESOR: _____ **FECHA DE MUERTE DEL AGRESOR:** ___/___/___

CAUSA DE LA MUERTE DEL AGRESOR: _____

VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGRESOR: ☐SI ☐ NO ☐SE IGNORA **FECHA DE ÚLTIMA DOSIS** ___/___/___

VACUNA ANTIRRÁBICA EN EL AGREDIDO: ☐SI ☐ NO ☐SE IGNORA **FECHA DE ÚLTIMA DOSIS** ___/___/___

EPI-RAB

SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE RABIA HUMANA

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO DE RABIA

I. IDENTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN
1. SOSPECHOSO
2. PROBABLE
3. CONFIRMADO
4. DESCARTADO

FECHA DE ENVÍO DE ESTE FORMATO: Día Mes Año

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRE (S)

Sexo: M F

Edad: Año Meses

DOMICILIO: LOCALIDAD:

Mayor de 2500 habs: SI NO

MUNICIPIO: JURISDICCIÓN: ENTIDAD:

II. NOTIFICACIÓN:

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA DGE: Día Mes Año

INSTITUCIÓN NOTIFICANTE: 1. SSA 2. IMSS 3. IMSS-PROSPERA 4. ISSSTE 5. DIF 6. SEDENA 7. SEDEMAR 8. OTROS 9. SE IGNORA

INSTITUCIÓN TRATANTE: Especifíque:

III. DATOS DE EXPOSICIÓN:

FECHA DE EXPOSICIÓN: Día Mes Año

ANIMAL AGRESOR:
1. Perro
2. Gato
3. Zorrillo
4. Quiróptero
6. Otro
7. Desconocido

TIPO DE EXPOSICIÓN:
1. Mordedura
2. Rasguño
3. Otro
4. Desconocido

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LA LESIÓN:
1. Cabeza o cuello
2. Tronco
3. Miembro superor izquierdo
4. Miembro superior derecho
5. Mienbro inferior izquierdo
6. Miembro Inferior derecho
7. Se ignora

HERIDA:
1. Única
2. Multiple
3. Se ignora

TIPO:
1. Leve
2. Grave
3. Se ignora

CONDICIONES DEL ANIMAL AGRESOR:
1. Observación
2. Desaparición
3. Muerto
4. Otro
5. Se ignora

ANIMAL CON RABIA:
1. Sí
2. No
3. Se Ignora

¿SE CONFIRMO POR LABORATORIO?
1. Sí 2. No 3. Se Ignora

IV TRATAMIENTO

LAVADO Y TRATAMIENTO DE LA HERIDA:
1. Sí 2. No 3. Se Ignora

¿SE APLICO SUERO O GAMMA GLOBULINA ANTIRRABICA?
1. Si
2. No
3. Se Ignora

TIPO:
1. Homólogo
2. Heterólogo
3. Se Ignora

FECHA DE APLICACIÓN: Día Mes Año

UNIDADES APLICADAS

N° Lote:

¿SE APLICO VACUNA ANTIRRÁBICA?
1. Sí 2. No 3. Se Ignora

No. DE DOSIS APLICADAS:

FECHA DE LA 1a DOSIS: Día Mes Año

FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: Día Mes Año

TIPO DE VACUNA:

TIPO DE LOTE:

V. DATOS DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE INICIO DE LOS PRIMERO SÍNTOMAS: Día Mes Año

SIGNOS Y SÍNTOMAS:
1. FIEBRE
2. CEFALEA
3. NAÚSEA
4. VOMITO
5. HIPERIRRITABILIDAD
6. ANOREXIA
7. MALESTAR GENERAL
8. DOLOR DURANTE LA DEGLUCIÓN
9. DOLOR EN LA HERIDA
10. PRURITO EN LA HERIDA
11. PARESTESIA EN LA HERIDA
12. DISFAGIA
13. DESHIDRATACIÓN
14. RESPIRACIÓN IRREGULAR
15. ANSIEDAD
16. AGITACIÓN
17. DEPRESIÓN
18. AFASIA
19. INCORDINACIÓN
20. PARESIA
21. PARÁLISIS
22. HIDROFOBIA
23. FOTOFOBIA
24. AEROFOBIA
25. SIALORREA
26. CONFUSIÓN
27. DELIRIO
28. ALUCINACIONES
29. HIPERACTIVIDAD
30. NEUMOTÓRAX
31. HIPOTESIÓN
32. ARRITMIA
33. COMA
34. PARO CARDIORESPIRATORIO
35. MUERTE

FECHA DE DEFUNCIÓN: Día Mes Año

¿SE AUTORIZO AUTOPSIA? SI NO

VI. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y RESULTADOS:

1. Positivo 2. Negativo 3. Inadecuada

1. IMPRONTA DE CÓRNEA: Día Mes Año
2. IMPRONTA DE SALIVA: Día Mes Año
3. BIOPSIA DE CUERO CABELLUDO: Día Mes Año
4. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: Día Mes Año
5. SUERO SANGUÍNEO: Día Mes Año
6. TEJIDO CEREBRAL: Día Mes Año

NOMBRE DEL LABORATORIO QUE PROCESO LAS MUESTRAS:

VII. CONTACTOS

No. DE CONTACTOS:

CONTACTOS EN TRATAMIENTO:

VIII. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE:

CARGO:

OBSERVACIONES: