Obtención y transporte de muestras para Parálisis Flácida Aguda

Blga. Fany Cárdenas Bustamante

Laboratorio de Referencia Nacional de Hepatitis, Enterovirus y Rotavirus

CENTRO NACIONAL DE SALUD PUBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE PFA

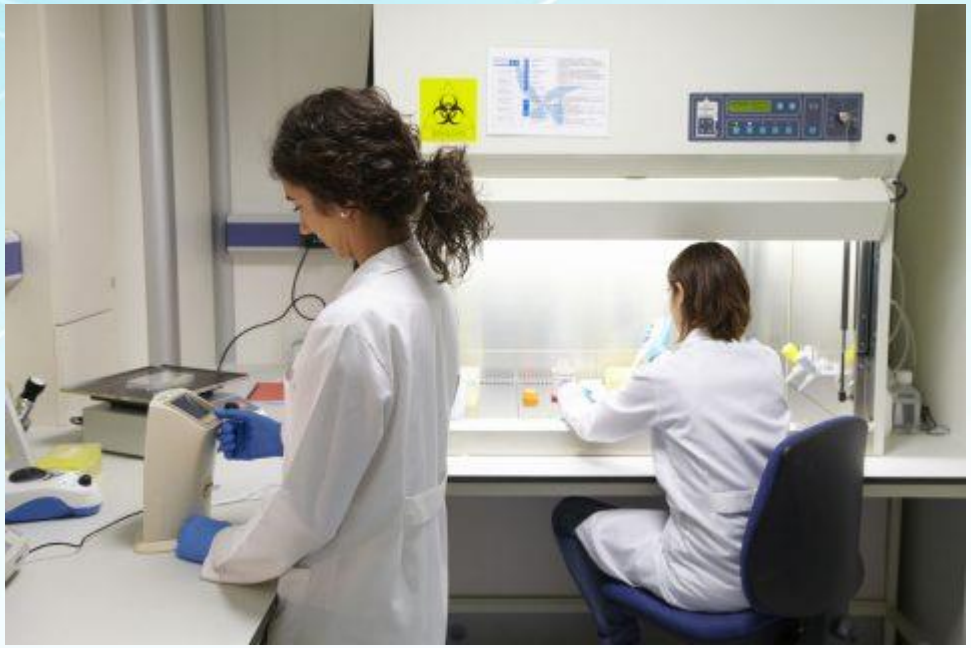
Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) será investigado por un equipo coordinado por el responsable de la vigilancia epidemiológica y conformado por los responsables de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones y laboratorio del establecimiento. **La investigación deberá realizarse dentro de las 48 horas siguientes a su conocimiento**.

La investigación de los casos cuya procedencia no corresponde a la jurisdicción de la DISA/DIRESA/GERESA notificante, deberá ser realizada de forma compartida con el establecimiento de la jurisdicción de procedencia y de acuerdo a sus competencias

DIRECTIVA SANITARIA Nº 059 - MINSA/DGE-V-01)

El laboratorio desempeña una función primordial en la vigilancia del virus polio, ya que la erradicación se centra en la eliminación misma del virus salvaje y no sólo en la enfermedad clínica.

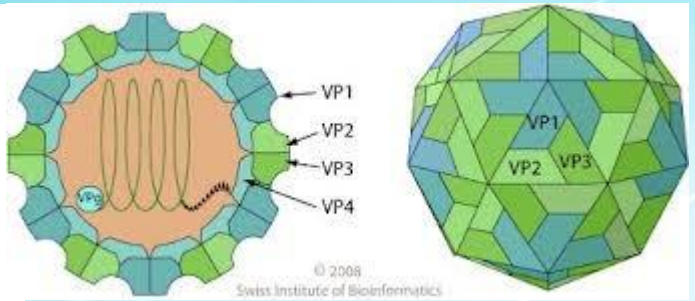
La única manera de comprobar la circulación del virus polio es mediante el diagnóstico de laboratorio de los casos sospechosos de PFA, mediante la recolección de la muestra en un tiempo adecuado que permita la oportunidad de detectar el poliovirus.

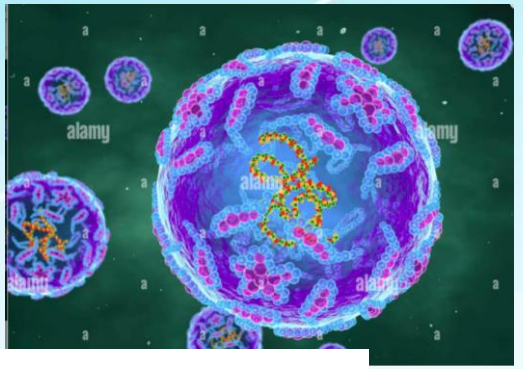


Investigar para proteger la salud

VIRUS DE CAUSANTE DE LA POLIO

El virus de la Polio o poliovirus
Pertenece a la familia Picornaviridae
Del genero de los Enterovirus.
virus más pequeños : miden entre 20 y 30 nm.
Poseen una cápside icosaédrica y carecen de envoltura.
El virión del poliovirus :
4 proteínas estructurales:
VP1 actúa como espícula
VP2 y VP3 forman la cápside propiamente dicha
VP4 es la encargada de estabilizar al genoma al unir este a la cápside.
El genoma: consta de una cadena de RNA de sentido positivo formada por aproximadamente 7, 441 nucleótidos.
El genoma codifica una poliproteina que se escinde por proteólisis para producir las proteínas enzimáticas y estructurales del virus, además de una polimerasa de ARN dependiente de ARN y dos proteasas.





Patogenia

- PI: 7-14 días ó 3-35 días
- Localización en faringe e intestino
- Replicación en:
  - Amigdalas
  - Placas de Peyer
- Eliminación heces
- Diseminación sanguínea a SNC
- Medula espinal:
  - Astas Anteriores
    Ganglios Grises intermedios, astas posteriores, Ganglio Raiz Dorsal
- Cerebro:
  - Formación reticular, núcleos vestibulares, núcleos cerebelosos profundos

Investigar para proteger la salud

LLENADO DE FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO

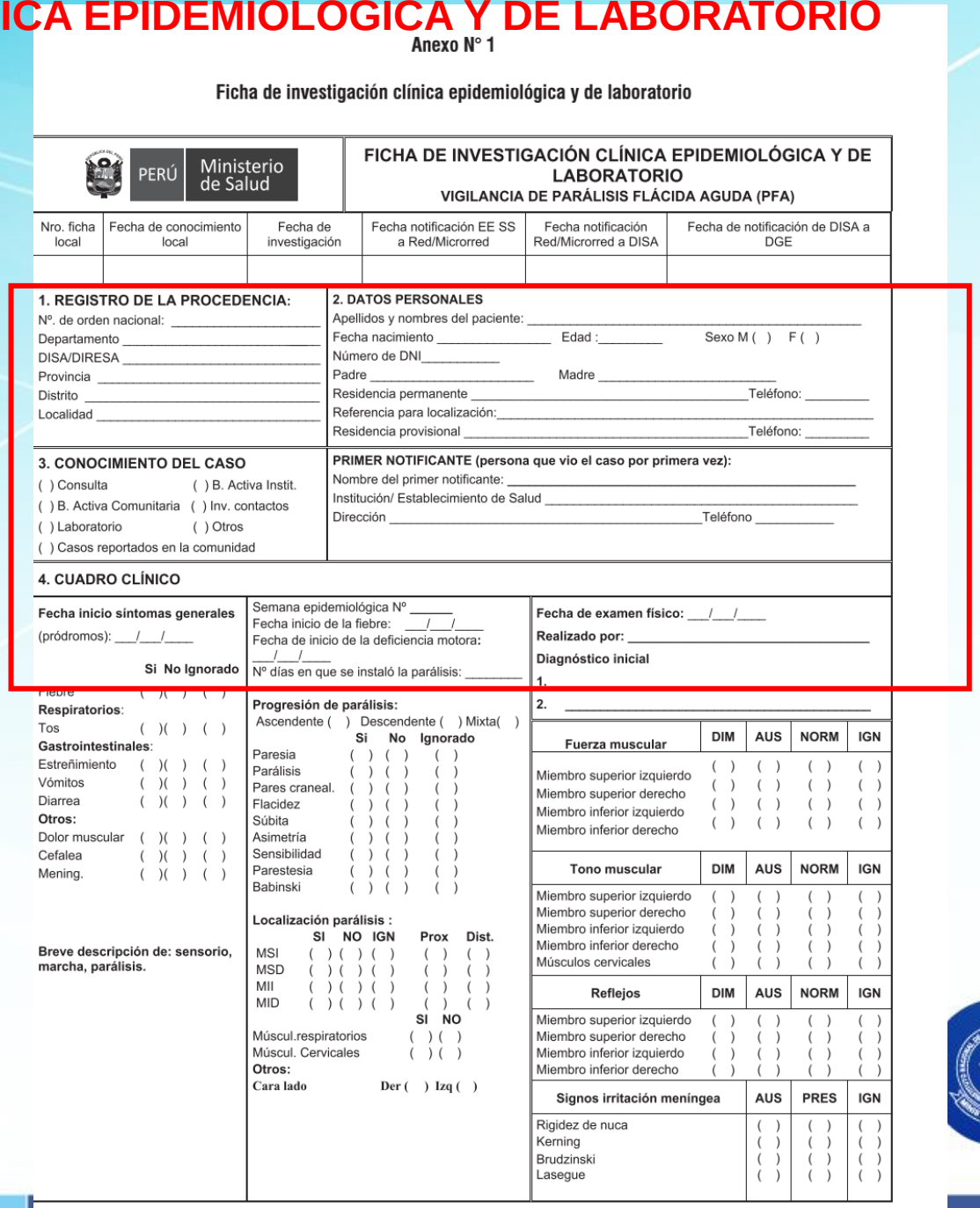
- La información de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio debe ser llenada por el médico que atiende al caso (datos clínicos), el responsable de epidemiología (información epidemiológica) **y de laboratorio (información relativa a la muestra),** de acuerdo a sus competencias.

- La ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio de todos los casos de parálisis flácida aguda (PFA) deben llenarse por triplicado.

- Hacer énfasis en averiguar el **antecedente de vacunación**, verificando la información en el carné de vacunación y en los casos en lo que no se cuente con el mismo, coordinar con la encargada de inmunizaciones del establecimiento de salud donde se vacunó.

LLENADO DE FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO

- La segunda copia se envía con la muestra de heces al laboratorio.
- El responsable de epidemiología o quien haga sus veces en la Red de Salud debe hacer el control de calidad del llenado de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio y del seguimiento para completar su llenado.



Anexo N° 1

Ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio

PERÚ | Ministerio de Salud

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO
VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)

Nro. ficha local	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE

1. REGISTRO DE LA PROCEDENCIA:
Nº. de orden nacional: _____
Departamento _____
DISA/DIRESA _____
Provincia _____
Distrito _____
Localidad _____

2. DATOS PERSONALES
Apellidos y nombres del paciente: _____
Fecha nacimiento _____ Edad :_____ Sexo M ( ) F ( )
Número de DNI_____
Padre _____ Madre _____
Residencia permanente _____Teléfono: _____
Referencia para localización:_____
Residencia provisional _____Teléfono: _____

3. CONOCIMIENTO DEL CASO
( ) Consulta ( ) B. Activa Instit.
( ) B. Activa Comunitaria ( ) Inv. contactos
( ) Laboratorio ( ) Otros
( ) Casos reportados en la comunidad

PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez):
Nombre del primer notificante: _____
Institución/ Establecimiento de Salud _____
Dirección _____Teléfono _____

4. CUADRO CLÍNICO

Fecha inicio síntomas generales
(pródromos): ___/___/____
Semana epidemiológica Nº _____
Fecha inicio de la fiebre: ___/___/____
Fecha de inicio de la deficiencia motora: ___/___/____
Nº días en que se instaló la parálisis: _____

Fecha de examen físico: ___/___/____
Realizado por: _____
Diagnóstico inicial
1.
2. _____

	Si	No	Ignorado
Fiebre	( )	( )	( )
Respiratorios:			
Tos	( )	( )	( )
Gastrointestinales:			
Estreñimiento	( )	( )	( )
Vómitos	( )	( )	( )
Diarrea	( )	( )	( )
Otros:			
Dolor muscular	( )	( )	( )
Cefalea	( )	( )	( )
Mening.	( )	( )	( )

Progresión de parálisis:
Ascendente ( ) Descendente ( ) Mixta( )

	Si	No	Ignorado
Paresia	( )	( )	( )
Parálisis	( )	( )	( )
Pares craneal.	( )	( )	( )
Flacidez	( )	( )	( )
Súbita	( )	( )	( )
Asimetría	( )	( )	( )
Sensibilidad	( )	( )	( )
Parestesia	( )	( )	( )
Babinski	( )	( )	( )

Localización parálisis :

	SI	NO	IGN	Prox	Dist.
MSI	( )	( )	( )	( )	( )
MSD	( )	( )	( )	( )	( )
MII	( )	( )	( )	( )	( )
MID	( )	( )	( )	( )	( )

	SI	NO
Múscul.respiratorios	( )	( )
Múscul. Cervicales	( )	( )

Otros:
Cara lado Der ( ) Izq ( )

Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.

Fuerza muscular	DIM	AUS	NORM	IGN
Miembro superior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro superior derecho	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior derecho	( )	( )	( )	( )

Tono muscular	DIM	AUS	NORM	IGN
Miembro superior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro superior derecho	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior derecho	( )	( )	( )	( )
Músculos cervicales	( )	( )	( )	( )

Reflejos	DIM	AUS	NORM	IGN
Miembro superior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro superior derecho	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior izquierdo	( )	( )	( )	( )
Miembro inferior derecho	( )	( )	( )	( )

Signos irritación meníngea	AUS	PRES	IGN
Rigidez de nuca	( )	( )	( )
Kerning	( )	( )	( )
Brudzinski	( )	( )	( )
Lasegue	( )	( )	( )

Anexo N° 1 de la directiva sanitaria DIRECTIVA SANITARIA Nº 059 - MINSA/DGE-V-01)

5. HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

Fecha de internamiento _____/_____/____ Hospital:_____ Servicio: _____

Nº Historia clínica: _____ Nº Cama _____Ciudad:_____ Fecha de alta: _____/_____/____

6. FALLECIDO: Si ( ) No ( ) Fecha ___/____/____ Causa _____

Informe de necropsia _____

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO

Vacunado SI ( ) NO ( ) IGN ( ) Nº dosis recibidas ( ) Verificada con carné SI ( ) NO ( ) Fecha última dosis recibida _____

Establecimiento donde fue vacunado _____ Dirección_____

Ciudad _____

8. DATOS DE LABORATORIO:

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		

9. FUENTE PROBABLE DE INFECCIÓN:

(a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] A donde_____ [No]

(b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] De donde_____ [No]

(c) Existen otros casos semejantes en el área [Si] [No] [No sabe]

10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:

a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. **b)** Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 1 semana antes y 2 semanas después del inicio de la parálisis. **c)** Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. **d)** Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.

Apellidos y nombres	Edad	Nº dosis recibida	Fecha última dosis			OBSERVACIONES
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente **UN caso de PFA**)

Bloqueo Localidad (es) : _____

Fecha inicio: _____

Población Menor de 5 años encontrada: _____

Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas)

Nº casos hallados _____ Ingresan al sistema ____

Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____ Fecha inicio: _____

Menor de 1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde había alguien en casa)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS

12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:

	30 días	60 días
Fecha programada	/ /	/ /
Fecha que se realizó	/ /	/ /

	EVALUACIÓN DEL TROFISMO			EVALUACION DE REFLEJOS		
	Segmento corporal	**30 días**	**60 días**	**Segmento corporal**	**30 días**	**60 días**
Fuerza muscular	Miembro superior derecho			Miembro superior derecho		
	Miembro superior izquierdo			Miembro superior izquierdo		
	Miembro inferior derecho			Miembro inferior derecho		
	Miembro inferior izquierdo			Miembro inferior izquierdo		
	Cara			Babinski		
Tono muscular	Miembro superior derecho			Músculos respiratorios		
	Miembro superior izquierdo			**Comentarios:**		
	Miembro inferior derecho					
	Miembro inferior izquierdo					
	Cara					
Atrofia	Miembro superior derecho					
	Miembro superior izquierdo					
	Miembro inferior derecho					
	Miembro inferior izquierdo					
	Cervicales					
Sensibilidad						

13. EVALUACIÓN FINAL DE SECUELAS: Fecha: ____/____/____

TIPO DE SECUELA: Ausente ( ) Mínima ( ) Media ( ) Grave ( )

LOCALIZACION: MSI ( ) MSD ( ) MII ( ) MID ( ) Cara ( ) Músculos cervicales ( ) Músculos respiratorios ( )

14. ELECTROMIOGRAFÍA: Realizado por: _____en _____Fecha: ____/____/____

Conclusión:

15. CLASIFICACIÓN FINAL Polio salvaje ( ) Polio derivado de la vacuna ( ) Polio asociado a la vacuna ( ) Polio compatible ( ) Descartado ( )

Especificar _____ Fecha de clasificación _____/_____/____

16. CRITERIOS PARA CLASIFICACIÓN: Laboratorio ( ) Defunción ( ) Con parálisis residual ( ) Sin parálisis residual ( ) Descartado ( )

17.DIAGNÓSTICO FINAL EN CASOS DESCARTADOS: SGB ( ) Neuritis traumática ( ) Mielitis transversa ( ) Tumor ( ) Desconocido ( ) otro: especificar

OTRO :Especificar _____

18. INVESTIGADOR:

Nombre: _____ **Cargo:** _____

Fecha: ____/_____/____ **Firma:** _____

19. OBSERVACIONES

Obtención y transporte de muestras de laboratorio

- **Volumen:** Se debe obtener una muestra de heces (sólidas o diarreicas) **10 gramos aproximadamente** (equivalente al volumen de 2 dedos pulgares de un adulto o 2 cucharas soperas), dentro de los 14 días calendario del inicio de la parálisis.

- **Envase:** La muestra debe ser colocada en un envase de plástico de boca ancha con tapa de rosca de cierre hermético. Se debe evitar la exposición solar de la muestra.

- **Nro de muestras:** En caso de obtener una muestra **menor a 10 gramos**, ésta será considerada **como insuficiente**, por lo que deberá obtenerse una segunda muestra de heces la cual deberá estar dentro de los 14 días de iniciada la parálisis.

- **Importante:** En caso que no se pueda obtener la muestra, se puede realizar la estimulación del esfínter anal con un hisopo estéril y esperar a que se produzca la deposición. No usar enemas.

- **Importante:** Para evitar la contaminación de las muestras, éstas no deben ser recolectadas del suelo o del inodoro.

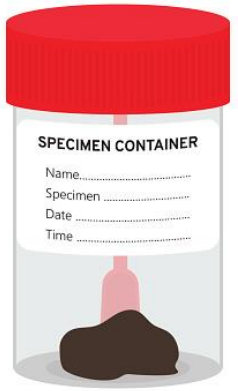
Transporte de muestras de laboratorio

- **Rotulado:** Apellidos y nombres, fecha de obtención de la muestra y procedencia.
- **Conservación:** El responsable de laboratorio del establecimiento de salud deberá enviar la muestra de heces dentro de las 24 horas, manteniendo la cadena de frio (+2°C y +8ºC)
- **Transporte:** mantener las medidas de bioseguridad, para la remisión al Laboratorio de Referencia Regional para ser enviada al INS dentro de los 5 días de haber sido obtenida adjuntando una copia de la ficha de investigación clínica epidemiológica y de laboratorio.
- El responsable del laboratorio Referencial o de laboratorio del establecimiento (si no hubiera laboratorio referencial), es el encargado de enviar en forma adecuada las muestras al Instituto Nacional de Salud
- El responsable de epidemiología de las DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, es el encargado de verificar el envío de las muestras de laboratorio desde el laboratorio referencial al Instituto Nacional de Salud (INS).

Nombres y apellidos: _____

Fecha de muestra :_____

Lugar de procedencia_____

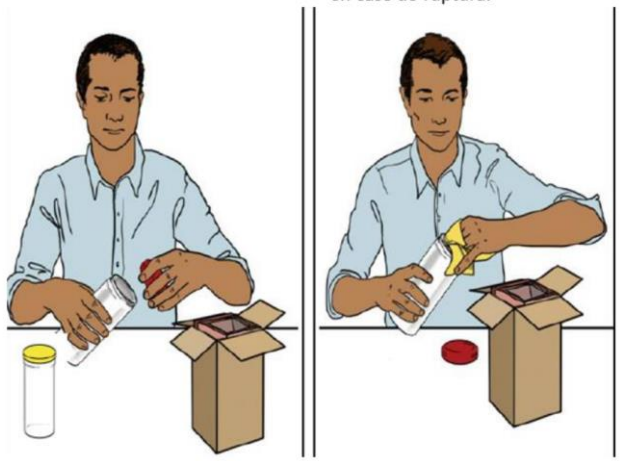


Investigar para proteger la salud

Realice el empaque

1 **Abra el contenedor secundario (rígido).** Asegure que tenga un tamaño adecuado para contener el tubo con la muestra

2 **Ponga en el interior el material absorbente.** Asegure que el material sea suficiente para absorber todo el contenido del contenedor primario en caso de ruptura.



3 **Envuelva el contenedor primario con material amortiguador.** Si va a enviar mas de una muestra, cada una debe ir en un contenedor primario independiente

4 **Ponga el contenedor primario dentro del contenedor secundario**

5 **Cierre el contenedor secundario**

Empaque con refrigeración (recomendado)

https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-para-embalaje-envio-apropiado-por-terrestre-muestras-potencialmente-0

6 Ponga el contenedor secundario dentro de la caja de poliestireno-espuma, rodeado por varios bloques fríos (congelados)

7 Ponga la caja de poliestireno-espuma, dentro del contenedor terciario (caja exterior)

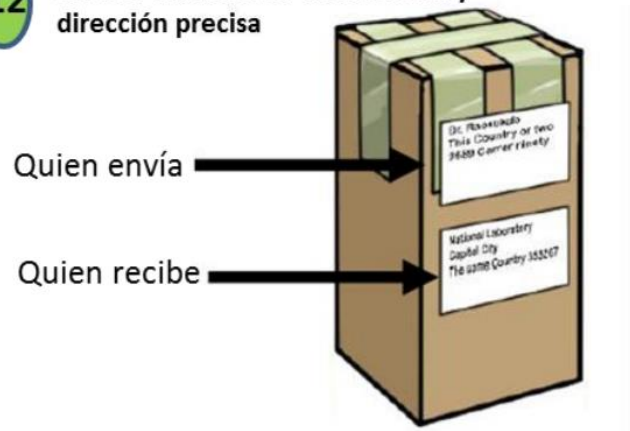
8 Ponga el formato para remisión de muestras y la ficha epidemiológica (ó resumen de la historia clínica) en un sobre

9 Ponga el sobre con los documentos dentro del contenedor terciario;, por fuera de la caja de poliestireno-espuma para evitar humedad por la refrigeración

10 Cierre bien la parte superior del contenedor exterior

11 Ponga cinta para sellar la caja de forma segura

12 **Escriba claramente los nombres y dirección precisa**



13 **Nombre, teléfono y datos de contacto del referente en el Laboratorio Nacional.** Debe estar disponible las 24 horas hasta que el envío sea recibido

14 **Pegue la etiqueta de Sustancia Infecciosa y el nombre oficial UN (*proper shipping name*): *Sustancia infecciosa, afecta a humanos UN2814***

15 **Verifique la orientación de la caja con las flechas adecuadas**

Las flechas de orientación sólo son obligatorias cuando se transportan cantidades superiores a 50 mL

Investigar para proteger la salud

Refrigerantes congelados para mantener la red fria

Muestras biológicas ordenadas y en posición vertical para evitar derrames **(Contenedor secundario 2)**

Muestras biológicas en contenedor primario embaladas con material absorbente y colocadas dentro del **Contenedor secundario 2** para evitar derrames y contaminación de los diferentes tipos

El embalaje exterior cuando es enviado por paqueteria debe contener la etiqueta y marcas siguientes:

- Etiquetas con identificación de remitente y destinatario:

Remitente: _____ Puesto: _____ Unidad médica: _____ Dirección: _____	Destinatario: M.Pl. Yolanda Ek Solís Directora del LESP Quintana Roo Dirección: Av. Maxuxac S/N con calle Miguel Aleman, CP.33039, Chetumal Quintana Roo

- Simbolo de Riesgo Biológico:

- Flechas de orientación:

Ejemplo de embalaje de muestras recepcionadosen el LESP:

Etiqueta de identificacion remitente y destinatario

Flechas de orientación

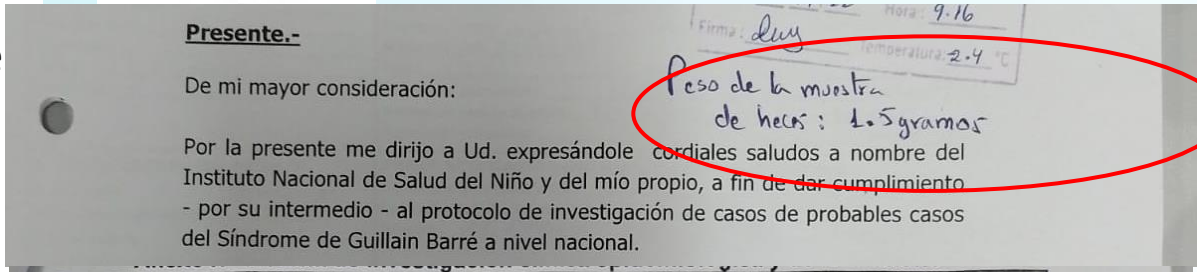
Documentación en sobre, sin contacto con muestras biológicas .

Nevera unicel para conservar temperatura y proteger muestras **(Embalaje exterior 3)**

Oficio de solicitud de estudios con formatos establecidos o historias clinicas según diagnóstico solicitado.

INCIDENCIAS EN EL LABORATORIO AL MOMENTO DE RECEPCIONAR LAS MUESTRAS

- ❑ Muestras mal rotuladas (no precisan fecha de toma de muestra o no coincide con los datos del paciente)
- ❑ Volúmenes de Muestra Inferiores a los 10 gramos
- ❑ Llenado de fichas incompletas, no colocan la fecha de toma de muestra.
- ❑ No colocan procedencia.
- ❑ En algunas fichas no indican inicio de síntomas para evaluar tiempo de toma de muestras.

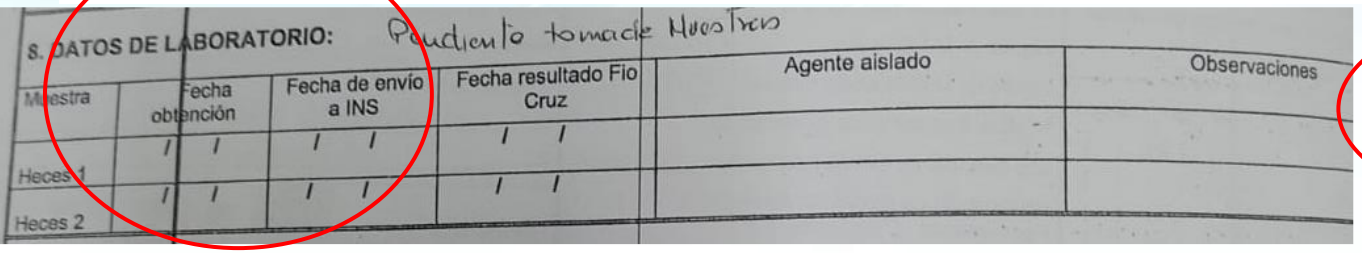


Presente.-

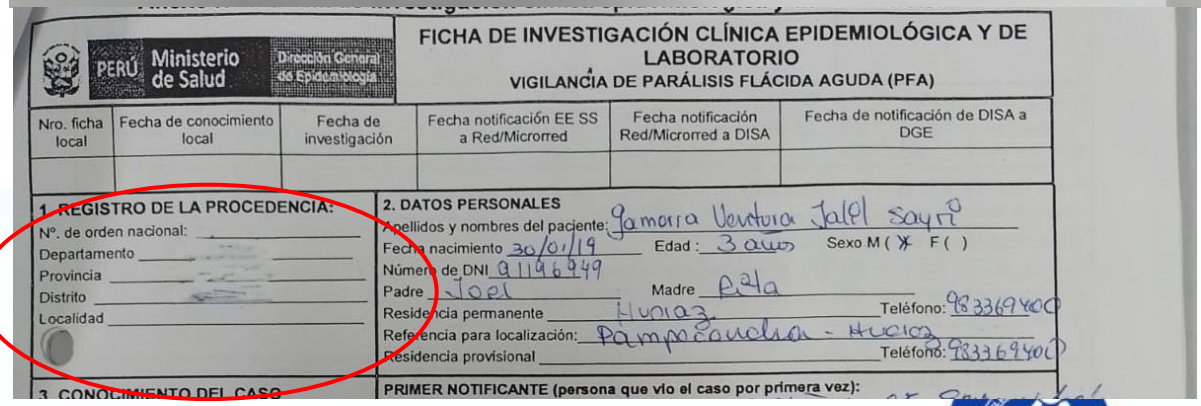
De mi mayor consideración:

Peso de la muestra de heces: 1.5 gramos

Por la presente me dirijo a Ud. expresándole cordiales saludos a nombre del Instituto Nacional de Salud del Niño y del mío propio, a fin de dar cumplimiento - por su intermedio - al protocolo de investigación de casos de probables casos del Síndrome de Guillain Barré a nivel nacional.



8. DATOS DE LABORATORIO: Paciente tomarle Muestras					
Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		



PERÚ Ministerio de Salud — Dirección General de Epidemiología

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA Y DE LABORATORIO
VIGILANCIA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (PFA)

Nro. ficha local	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microrred	Fecha notificación Red/Microrred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE

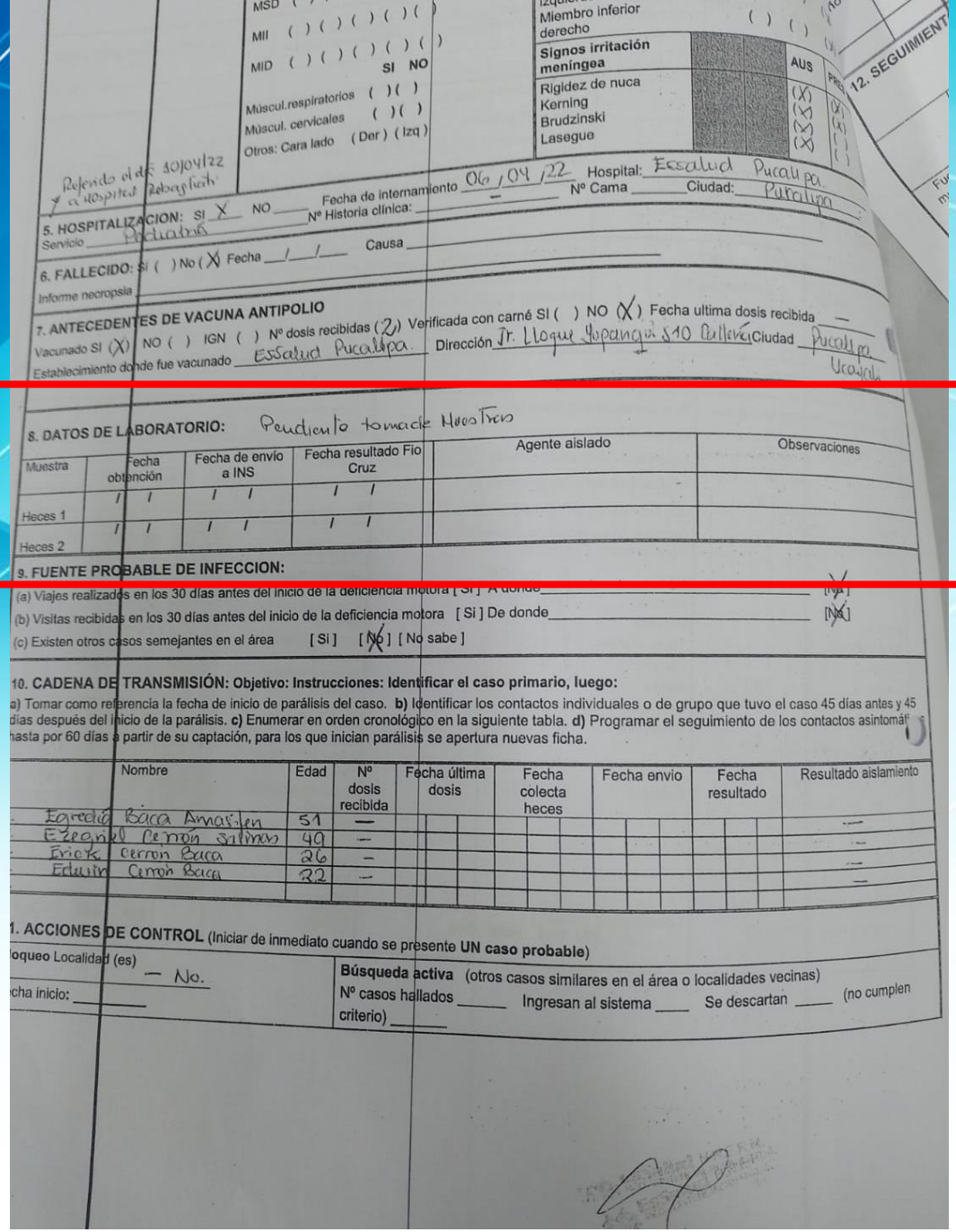
1. REGISTRO DE LA PROCEDENCIA:
N°. de orden nacional:
Departamento
Provincia
Distrito
Localidad

2. DATOS PERSONALES
Apellidos y nombres del paciente: Zamarra Ventura Jalil Sayri
Fecha nacimiento 30/01/19 Edad: 3 años Sexo M (X) F ( )
Número de DNI 91196949
Padre Joel Madre Ayla
Residencia permanente Huaraz Teléfono: 983369400
Referencia para localización: Pampacancha - Huaraz
Residencia provisional Teléfono: 983369400

3. CONOCIMIENTO DEL CASO

PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez):

Investigar para proteger la salud



MSD ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
MII ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
MID ( ) ( ) ( ) ( ) ( )
SI NO
Músculo.respiratorios ( ) ( )
Músculo. cervicales ( ) ( )
Otros: Cara lado (Der) (Izq)

Miembro inferior derecho ( ) ( )

Signos irritación meníngea	AUS	PRES
Rigidez de nuca	(X)	( )
Kerning	(X)	( )
Brudzinski	(X)	( )
Lasegue	(X)	( )

12. SEGUIMIENT

Referido el dia 30/04/22 y a Hospital Rebagliati

5. HOSPITALIZACION: SI X NO ___ Fecha de internamiento 06/04/22 Hospital: Essalud Pucallpa
Servicio Pediatria Nº Historia clínica: ___ Nº Cama ___ Ciudad: Pucallpa

6. FALLECIDO: Si ( ) No (X) Fecha __/__/__ Causa ___
Informe necropsia ___

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLIO
Vacunado SI (X) NO ( ) IGN ( ) Nº dosis recibidas (2) Verificada con carné SI ( ) NO (X) Fecha ultima dosis recibida ___
Establecimiento donde fue vacunado EsSalud Pucallpa Dirección Jr. Lloque Yupanqui 510 Callería Ciudad Pucallpa

8. DATOS DE LABORATORIO: Pendiente toma de Muestras

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		

9. FUENTE PROBABLE DE INFECCION:
(a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] A donde ___ [No]
(b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] De donde ___ [No]
(c) Existen otros casos semejantes en el área [Si] [No] [No sabe]

10. CADENA DE TRANSMISIÓN: **Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:**
a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. **b)** Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 45 días antes y 45 días después del inicio de la parálisis. **c)** Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. **d)** Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.

Nombre	Edad	Nº dosis recibida	Fecha última dosis	Fecha colecta heces	Fecha envio	Fecha resultado	Resultado aislamiento
Egredia Baca Amasifen	51	—					—
Ezequiel Cerron Salinas	49	—					—
Erick Cerron Baca	26	—					—
Edwin Cerron Baca	22	—					—

11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente **UN caso probable**)
Bloqueo Localidad (es) — No.
Fecha inicio: ___
Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas)
Nº casos hallados ___ Ingresan al sistema ___ Se descartan ___ (no cumplen criterio) ___

PERÚ Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo | Seguro Social de Salud EsSalud — EsSalud

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

OFICIO Nº 90 UIS-OFGI-GRPR-ESSALUD-2022

01 Heces
PF

Lima, 18 ABR 2022

Doctor
VÍCTOR JAVIER SUÁREZ MORENO
Jefe del Instituto Nacional de Salud (INS)
Cápac Yupanqui 1400 - Jesus María
Teléfono: 748 1111
Presente-

ASUNTO : SOLICITUD DE PROCESAMIENTO DE MUESTRA PARA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en relación al asunto, solicitar a través de su Despacho el procesamiento de muestra adjunta para descartar Parálisis Flácida.

Nombre : Cerrón Baca Esthephanny Mia
DNI : 63692888
Fecha de toma de muestra :
MUESTRA:
Marcar con (X):

SUERO	
ORINA	
HECES	X
LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO	
HISOPADO	

Instituto Nacional de Salud
Centro Nacional de Salud Pública
18 ABR 2022
RECIBIDO
10:50

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, aprovecho la oportunidad para manifestarle mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. ROCIO MIRANDA MESIAS
CMP. 54154
Médico Asistente
Ficha de Vigilancia Sanitaria
HNERM - Essalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Área de Recepción, Obtención de Muestras y BNMB
Sede Central

Embalaje	Conservación
☐ Adecuado ☐ Inadecuado	4S

RECIBIDO DE MUESTRAS
LABORATORIO DE REFERENCIA NACIONAL DE HEPATITIS ENTEROVIRUS Y RETROVIRUS
Nombre y Apellido: Sf Cpt B
Hora: 14:30
Firma: ___ Temperatura: -2.6°C

ROM - CNSP
REGISTRADO
SEDE CHORRILLOS

KCT
NIT: 858-2022- 342

Peso de la muestra de heces : 1,8gramos

Investigar para proteger la salud

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto Nacional de Salud

Gracias

fcardenas@ins.gob.pe

Investigar para proteger la salud