



Memorandum

A: Hospitales y/o Laboratorios Clínicos de Puerto Rico

De: *Concepción Q. Longo, MD*
Dra. Concepción Quiñones de Longo
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud

Fecha: 17 de octubre de 2017

Asunto: Envío de Muestras de Casos Sospechosos de Leptospirosis

El Programa de Epidemiología e Investigación del Departamento de Salud, en su labor ministerial de llevar a cabo y mantener una vigilancia activa para los casos con sospecha a la enfermedad de Leptospirosis, solicita a todos los hospitales y/o laboratorios clínicos privados que de evaluar pacientes con la sospecha de la condición, favor de enviar las muestras al Laboratorio de Salud Pública del Departamento de Salud. El envío de estas muestras debe regirse por los protocolos de **Colección de muestras para envío al Laboratorio de Salud Pública de P.R.** (anejados en este documento).

Debe indicarse que se recibirá toda muestra que cumpla con los criterios establecidos por el Laboratorio de Salud Pública.

Gracias anticipadas por la atención a este asunto.



Leptospirosis: Colección de muestras para envío al Laboratorio de Salud Pública de P.R.

1. Tomar la muestra antes de dar tratamiento. De haber comenzado la terapia de antibióticos tomen la muestra y favor de documentarlo en el tubo de muestra.
2. Hay tres tipos de muestras para el análisis de leptospirosis y son las siguientes:
 - a. ***Sangre completa o "Whole Blood"**
 - b. ***Suero**
 - c. **Orina**

Preferiblemente sangre completa y suero por las especificaciones de envío.

3. Instrucciones de toma de muestras:

- a. Tomar una muestra de **sangre completa de EDTA (en tubo violeta)** La muestra debe ser tomada los primeros 5 días de comienzo de síntomas. El tubo debe estar debidamente rotulado. **Enviar al laboratorio en una nevera con gel pack a 4°C. Muestras que no llegue refrigerada serán rechazadas.**
- b. Tomar una muestra de **suero** en un tubo de tapón rojo con separador. Estas muestras debe ser tomadas seriadas fase aguda y convalescente; **fase aguda** en los primeros 5 días y **fase convalescente** tomadas entre 7 a 14 días después de comienzo de síntomas.
La muestra debe **ser centrifugada** y enviar el suero separado (mínimo de 3ml), debidamente identificados especificando la fase (aguda y convalescente), en un tubo con rosca para evitar derrame de la muestra. **Muestras derramadas serán rechazadas.**
- c. Muestra de **orina** debe ser colectada después de la primera semana de comienzo de síntomas. El envase tiene que estar debidamente identificado y sellado con parafina para evitar derrames. **Muestras derramadas serán rechazadas.**



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

4. Llenar la Hoja del **CDC 50.34** con la información del paciente, fecha de nacimiento, edad, fecha de comienzos de síntomas, síntomas, tipo de exposición si alguna, etc. Debidamente cumplimentada.
5. Enviar copia de resultado de pruebas previas positivas (prueba de Inmuno DOT).
6. Pacientes con pruebas positivas o indeterminadas y estén en el umbral de fase de convalecencia (entre 7 a 14 días de enfermedad) favor de tomar las muestras de suero, sangre y enviarlas al Laboratorio de Salud Pública

Envío de Muestra

1. Comunicarse a la sección de **Bacteriología Clínica** del LSPPR al **787-765-2929 x 3745 o 3763**
2. Se reciben muestras en horas laborables de Lunes a Viernes de **7:30am – 2:30pm**
3. Se reciben muestras en horas no laborables con previa comunicación con el epidemiólogo de su región. (24/7 on call)
4. Entregar muestra a la siguiente dirección física:

Atención Lcda. Rosa I. Cuevas Ruiz
Laboratorio de Salud Pública de PR – Bacteriología Clínica
Departamento de Salud
Calle Periferal
Edificio A 2do piso
Antiguo Hospital de Psiquiatría
Bo. Monacillos Rio Piedras, PR 00935

Justification must be completed by State health department laboratory before specimen can be accepted by CDC. Please check the first applicable statement and when appropriate complete the statement with the *.

1. Disease suspected to be of public health importance. Specimen is:
 (a) from an outbreak. (b) from uncommon or exotic disease.
 (c) an isolate that cannot be identified, is atypical, shows multiple antibiotic resistance, or from a normally sterile site(s) (d) from a disease for which reliable diagnostic reagents or expertise are unavailable in State.

2. Ongoing collaborative CDC/State project.
 3. Confirmation of results requested for quality assurance.

*Prior arrangement for testing has been made.
 Please bring to the attention of:
 (Name): _____ Date: ____/____/____

STATE HEALTH DEPARTMENT LABORATORY ADDRESS:

STATE HEALTH DEPT. NO.: _____ DATE SENT TO CDC: (MM/DD/YYYY) ____/____/____

PATIENT IDENTIFICATION: (Hospital No.) _____

NAME: (LAST, FIRST, MI) _____

BIRTHDATE: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ SEX: MALE FEMALE

CLINICAL DIAGNOSIS: _____

ASSOCIATED ILLNESS: _____

DATE OF ONSET: (MM/DD/YYYY) ____/____/____ FATAL? YES NO

Name, Address and Phone Number of Physician or Organization:

(FOR CDC USE ONLY)		CDC NUMBER		DATE RECEIVED		
UNIT	FY	NUMBER	SUF	MO	DA	YR

REVERSE SIDE OF THIS FORM MUST BE COMPLETED

THIS FORM MUST BE EITHER PRINTED OR TYPED
 PLEASE PREPARE A SEPARATE FORM FOR EACH SPECIMEN

D.A.S.H.

DATE REPORTED

0	3
---	---

MO DA YR
 ____/____/____

Comments:

--	--

D	6	5
---	---	---



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
 Public Health Service
 Centers for Disease Control
 Center for Infectious Diseases
 Atlanta, Georgia 30333



The Centers for Disease Control (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 09-20-0106, "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.

LABORATORY EXAMINATION(S) REQUESTED: <input type="checkbox"/> ANtimicrobial <input type="checkbox"/> ISolation Susceptibility <input type="checkbox"/> SErology (Specific Test) _____ <input type="checkbox"/> HIstology <input type="checkbox"/> IDeentification <input type="checkbox"/> OTher (Specify) _____		CATEGORY OF AGENT SUSPECTED: <input type="checkbox"/> BActerial <input type="checkbox"/> RIckettsial <input type="checkbox"/> VIral <input type="checkbox"/> PArasitic <input type="checkbox"/> FUngal <input type="checkbox"/> OTher (Specify) _____					
SPECIFIC AGENT SUSPECTED: _____	OTHER ORGANISM(S) FOUND: _____	ISOLATION ATTEMPTED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NO. OF TIMES ISOLATED: _____	NO. OF TIMES PASSED: _____	SPECIMEN SUBMITTED IS: <input type="checkbox"/> Original Material <input type="checkbox"/> Mixed Isolate <input type="checkbox"/> Pure Isolate		
DATE SPECIMEN TAKEN: MO / DA / YR	ORIGIN: <input type="checkbox"/> FOod <input type="checkbox"/> ANimal <input type="checkbox"/> HUman <input type="checkbox"/> SOil (Specify) _____ <input type="checkbox"/> OTher (Specify) _____						
SOURCE OF SPECIMEN: <input type="checkbox"/> BLood <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> WOund (Site) _____ <input type="checkbox"/> GAstic <input type="checkbox"/> HAir <input type="checkbox"/> EXudate (Site) _____ <input type="checkbox"/> SERum <input type="checkbox"/> SKin <input type="checkbox"/> TIssue (Specify) _____ <input type="checkbox"/> SPutum <input type="checkbox"/> STool <input type="checkbox"/> URine <input type="checkbox"/> THroat <input type="checkbox"/> OTher (Specify) _____			SUBMITTED ON: <input type="checkbox"/> MEedium _____ <input type="checkbox"/> ANimal _____ <input type="checkbox"/> TIssue Culture (Type) _____ <input type="checkbox"/> EGG <input type="checkbox"/> OTher (Specify) _____				
SERUM INFORMATION: MO DA YR <input type="checkbox"/> S3 _____ <input type="checkbox"/> ACute _____ <input type="checkbox"/> S4 _____ <input type="checkbox"/> COnvalescent _____ <input type="checkbox"/> S5 _____		SIGNS AND SYMPTOMS: <input type="checkbox"/> FEver Maximum Temperature: _____ Duration: _____ Days <input type="checkbox"/> CHills		CENTRAL NERVOUS SYSTEM: <input type="checkbox"/> HEadache <input type="checkbox"/> MEningismus <input type="checkbox"/> MIcrocephalus <input type="checkbox"/> HYdrocephalus <input type="checkbox"/> SEizures <input type="checkbox"/> CErebral Calcification <input type="checkbox"/> CHorea <input type="checkbox"/> PAralysis <input type="checkbox"/> OTher _____			
IMMUNIZATIONS: MO YR (1.) _____ (2.) _____ (3.) _____ (4.) _____		SKIN: <input type="checkbox"/> MAculopapular <input type="checkbox"/> HEorrhagic <input type="checkbox"/> VEsicular <input type="checkbox"/> Erythema Nodosum <input type="checkbox"/> Erythema Marginatum <input type="checkbox"/> OTher _____		MISCELLANEOUS: <input type="checkbox"/> JAundice <input type="checkbox"/> MYalgia <input type="checkbox"/> PLeurodynia <input type="checkbox"/> COnjunctivitis <input type="checkbox"/> CHorioretinitis <input type="checkbox"/> SPlenomegaly <input type="checkbox"/> HEpatomegaly <input type="checkbox"/> LIVER Abscess/cyst <input type="checkbox"/> LYmphadenopathy <input type="checkbox"/> MUcous Membrane Lesions <input type="checkbox"/> OTher _____			
TREATMENT: DRUGS USED <input type="checkbox"/> None MO DA YR MO DA YR (1.) _____ _____ (2.) _____ _____ (3.) _____ _____							
EPIDEMIOLOGICAL DATA: <input type="checkbox"/> Single Case <input type="checkbox"/> SPoradic <input type="checkbox"/> COntact <input type="checkbox"/> EPidemic <input type="checkbox"/> CArrier Family Illness _____ Community Illness _____ Travel and Residence (Location) <input type="checkbox"/> Foreign _____ <input type="checkbox"/> USA _____ Animal Contacts (Species) _____ Anthropod Contacts: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Exposer Only <input type="checkbox"/> Bite Type of Anthropod: _____ Suspected Source of Infection: _____							
PREVIOUS LABORATORY RESULTS/OTHER CLINICAL INFORMATION: (Information supplied should be related to this case and/or specimen(s) and relative to the test(s) requested.) 							
CDC 50.34 Rev. 09/2002 (BACK)		- CDC SPECIMEN SUBMISSION FORM -		UNIT	FY	NUMBER	SUF.
CDC NUMBER							