

 <p>SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Hospital General de Querétaro</p> <p>Hospital General de Querétaro</p>	Clave del Procedimiento: U540-DSMH-HGQ-P07		Revisión: A
	Elaboró: EBC. Laura Esther Cárdenas Rodríguez Jefa del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado (CEDA) del Hospital General de Querétaro Asesoró: MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra. Jefa del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática. C. Sandra Margarita Nieves Torres Analista del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.		Fecha de validación: 18 de enero 2022
	Aprobado por: Junta de Gobierno 1ra sesión ordinaria 2022. Acuerdo JG1/2022/A04. 23 de febrero del 2022.		
	REVISADO Y VALIDADO POR		
<p>Procedimiento para la atención en el servicio del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado (CEDA)</p>	ÁREA	NOMBRE	FIRMA
	Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios	Dr. Hugo Daniel Cerrillo Cruz.	
	Director del Hospital General de Querétaro	Dr. Leopoldo Francisco Espinoza Feregrino.	
	Subdirector del Hospital General de Querétaro	Dr. Fernando Domínguez Márquez	
	Jefa del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado (CEDA)	EBC. Laura Esther Cárdenas Rodríguez	
	Encargado de despacho de la Dirección de Planeación	Lic. Emilio Díaz Flores.	
Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.	Dra. Dulce María Ramírez Saavedra.		

1.0 OBJETIVO

Establecer lineamientos para brindar una atención cálida, de calidad y oportuna a los usuarios del servicio ofrecido por el Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado (CEDA), a fin de generar resultados clínicamente útiles para el cuidado de la salud de los pacientes.

2.0 ALCANCE

Aplica a todo el personal del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado y al personal multidisciplinario involucrado en el proceso de análisis clínicos.

3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

CEDA: Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado.

Pacientes de consulta externa: Son aquellos provenientes de consulta externa, y de programas (CAPASITS, Casa Hogar, DIF, Centros Penitenciarios de Querétaro, Trabajador Agrícola Canadá, Unidad Estatal de Hemodiálisis), que acuden (previa cita) a la toma de muestra para ser atendidos directamente por el personal del laboratorio.

Pacientes hospitalizados: Son aquellos que se encuentran internados en alguno de los servicios del Hospital General de Querétaro.

PNC: Producto No Conforme.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ

Sistema NrLab: Software para manejo integral de información de los laboratorios de hospitales y tomas de muestras de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

TORCH: Corresponde a las iniciales de Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes simple.

Turnos: **TM:** turno matutino, **TV:** Turno vespertino, **ED:** turno especial diurno (sábado, domingo y días festivos), **EN:** turno especial nocturno (sábado, domingo y días festivos), **NA:** turno nocturno, guardia A (lunes, miércoles y viernes) y **NB:** turno nocturno, guardia B (martes, jueves y sábado).

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Unidades remotas: Para términos del presente procedimiento se refiere a unidades administrativas de SESEQ como el Hospital General de San Juan del Río (HGSJR), Hospital General de Cadereyta (HGC), Hospital General de Jalpan (HGJ), Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer (HENM), donde se recaban muestras y se envían al CEDA para su análisis, mediante el Formato para la recepción de muestras en el CEDA (Unidades Remotas) FOR-TC-043-CEDA. Anexo 6.

VDRL: siglas de Venereal Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas). Prueba no treponémica que se utiliza como parte del algoritmo de diagnóstico de sífilis.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Western Blot: Es un inmunoensayo que detecta proteínas específicas en las muestras de laboratorio.

4.0 POLÍTICAS.

- 4.1 Todo el personal multidisciplinario involucrado con las actividades del CEDA deberá conocer y aplicar las políticas y responsabilidades descritas en el presente documento, así como dar cumplimiento a la normatividad vigente y aplicable en materia de análisis clínicos.
- 4.2 Todo el personal que interviene en el proceso deberá aplicar en el ejercicio de sus actividades los principios, valores y reglas de integridad contenidas en el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades, así como en el Código de Conducta de SESEQ y el Código de ética del CEDA vigente.
- 4.3 Para contribuir en la mejora de la calidad en la atención y seguridad del paciente, en el CEDA se pondrán en práctica las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente.
- 4.4 Los servicios que oferta el CEDA, incluidos los subcontratados, así como los criterios para la aceptación o rechazo de muestras estarán relacionados en el Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA). Anexo 1.
- 4.5 El CEDA operará bajo un SGC acorde a la normatividad y base legal aplicable al laboratorio, procesando las muestras bajo un control de calidad interno y participando en un programa de evaluación externo de la calidad, garantizando así un desempeño adecuado en la fase analítica.
- 4.6 El acceso al CEDA estará restringido y controlado, con la finalidad de garantizar el buen uso, la seguridad y la confidencialidad de la información médica, muestras de pacientes y recursos del laboratorio.
- 4.7 Todo servicio de análisis de laboratorio deberá ser solicitado a través de la Solicitud de Análisis diversos (FOR-TC-015-A-CEDA) Anexo 2, el cual tendrá que estar debidamente requisitado, con firma y número de cédula del médico adscrito, únicamente para el caso de otros hospitales pertenecientes a SESEQ se realizará a través del Formato para la recepción de muestras en el CEDA (FOR-TC-043-CEDA) Anexo 6.
- 4.8 Los horarios de atención del laboratorio serán los siguientes:

Servicio		Horario
Hospitalización	Urgencias	Lunes a domingo las 24 horas del día.
	Otros servicios (cirugía, traumatología y ortopedia, medicina interna, UCI, etc.)	Lunes a domingo de 7:00 am a 10:00 am.
Unidades Remotas	Lunes a viernes de 7:00 am a 10:30 am (excepto días festivos).	
Consulta externa	Citas	Lunes a viernes: de 8:30 am a 12:00 pm y de 3:00 pm a 6:00 pm.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ

		Sábados y domingos: 11:00 am a 1:00 pm.
	Entrega de resultados	Lunes a domingo de 11:00 am a 1:00 pm.
	Toma de muestras	Lunes a viernes de 7:00 am a 8:00 am (excepto días festivos).

- 4.9 El CEDA recibirá únicamente solicitudes de análisis diversos y microbiológicos que estén debidamente requisitadas, presenten sus muestras rotuladas con letra legible y además cumplan con todos los criterios de aceptación acorde al tipo de estudio.
- 4.10 En el CEDA se mantendrá la confidencialidad de toda información generada en el área relacionada con los resultados de los estudios de laboratorio, excepto cuando sea solicitada en forma escrita por la autoridad competente y en los casos previstos bajo las disposiciones jurídicas en materia de vigilancia epidemiológica.
- 4.11 Los pacientes referidos de los programas deberán de seguir lo descrito en el procedimiento 8.1. Procedimiento para atender la solicitud de estudios de laboratorio en el CEDA para pacientes de consulta externa del Hospital General de Querétaro.
- 4.12 Para la realización de estudios de laboratorio de pacientes de Consulta Externa, la fecha de la cita se determinará considerando la fecha de la próxima consulta médica, el tipo de estudio solicitado, los días de proceso requerido para el estudio y el tiempo que tarda en emitirse los resultados, para lo cual el personal del área de Recepción del CEDA se apoyará del Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA). Anexo 1.
- 4.12.1 Previo al día de la cita, se deberá de tramitar en el área de control o caja, su recibo de pago o comprobante de exento de pago.
- 4.12.2 Las instrucciones para su preparación y/o muestras que el mismo paciente deba recolectar, serán otorgadas por el personal del área de Recepción del CEDA de forma verbal, y de forma escrita a través del Comprobante de cita (FOR-TC-015-C-CEDA) Anexo 5.
- 4.12.3 No se realizará ningún estudio si el paciente no cubre con las condiciones pre-analíticas que previamente se le hayan otorgado desde el momento de realizar su cita, por lo que en estos casos se deberá reprogramar la cita a fin de que cumpla con las indicaciones y no se invalide la utilidad clínica de los resultados.
- 4.13 El CEDA solicitará el consentimiento informado:
- 4.13.1 En el caso de pacientes de consulta externa a través de la leyenda: "Una vez que se me ha explicado el procedimiento de toma de muestra (según los estudios solicitados por el médico), sus riesgos y beneficios, doy mi consentimiento para someterme de manera voluntaria a dicho(s) procedimiento(s)" que se encuentra en el Comprobante de cita (FOR-TC-015-C-CEDA) Anexo 5. mismo en el que se solicita su firma de enterado.
- 4.13.2 En el caso de los pacientes de hospitalización, se infiere el consentimiento del paciente desde el momento en que el médico entrega la solicitud al CEDA. En aquellos casos en los que el paciente esté consiente y se niegue al procedimiento, se registra en el sistema NrLab que no se realizó la toma de muestra a falta del consentimiento.
- 4.14 Los diferentes servicios del hospital y el resto de las Unidades hospitalarias de SESEQ, podrán acceder a los resultados de laboratorio a través de la página de resultados del CEDA y, en el caso de no poder visualizarlos, deberán comunicarse con el personal del CEDA para que les sean impresos.
- 4.15 A fin de optimizar los recursos, el CEDA no elabora perfiles, por lo cual los médicos de consulta externa y hospitalización deberán de desglosar cada uno de los estudios requeridos, de acuerdo con el Catálogo de Servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA) Anexo 1, de lo contrario no se darán de alta.
- 4.16 Se reserva por parte del personal del CEDA, la asesoría a pacientes sobre la solicitud de exámenes e interpretación de sus resultados.
- 4.17 Los documentos generados como parte del SGC serán propiedad y autoría del CEDA, por lo que queda prohibida su reproducción parcial o total sin previa autorización.

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ

4.18 El CEDA difundirá a las áreas involucradas el Catálogo de Servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA) Anexo 1, cada vez que se realice alguna modificación de acuerdo a los requerimientos, cambio de equipos, inclusión de estudios etc., a fin de que se consulte el vigente.

4.19 El personal adscrito y rotatorio del CEDA deberá de:

4.19.1 Brindar atención a los usuarios del CEDA bajo los principios, valores y reglas de integridad establecidos para el servicio público enunciados en el Código de Ética, así como de los compromisos específicos establecidos en el Código de Conducta de SESEQ.

4.19.2 Ajustar su actuación atendiendo a los compromisos establecidos con la ciudadanía de actitud de servicio, atención a usuarios, valor al ciudadano, seguridad y salud, de impacto ecológico y de combate a la corrupción.

4.19.2.1 Evitar ser influenciado por clientes o proveedores en actividades que pudieran afectar la calidad de su desempeño en el laboratorio, como actos de corrupción, alteración de resultados, favoritismos, etc.

4.19.3 Ajustar su actuación atendiendo a los compromisos establecidos con sus compañeros de trabajo en equipo, garantizar la igualdad de género y la no discriminación, la no tolerancia ni fomento al acoso sexual y al hostigamiento sexual, y de promover un ambiente de trabajo libre de acoso laboral.

4.19.3.1 Abstenerse de dar malos tratos a sus jefes, compañeros y usuarios, manteniendo imparcialidad en el trato y atención de los mismos.

4.19.4 Ajustar su actuación atendiendo a los compromisos establecidos con su trabajo de responsabilidad del puesto, manejo de los recursos materiales, financieros e informáticos con eficiencia y austeridad, de desarrollo profesional, de identificación y gestión de los conflictos de interés y de manejo apropiado de la información.

4.19.4.1 Asistir de manera puntual a desarrollar su trabajo con la intensidad, cuidado y esmero requeridos, sujetándose a la dirección de su jefe inmediato, acorde al puesto que ocupa, funciones designadas y a los procedimientos, marco legal y/o reglamentos respectivos.

4.19.4.2 Participar en la capacitación y adiestramiento del personal de nuevo ingreso o prestadores de servicio social o prácticas profesionales cuando se requiera.

4.19.4.3 Continuar su preparación como profesionistas mediante la asistencia a cursos de actualización internos e incluso externos.

4.19.4.4 Presentarse aseado, portar el uniforme y el equipo de protección que le proporciona SESEQ; así mismo, portar el gafete que lo identifica como trabajador del mismo.

4.19.4.5 El personal que se encuentre en el área técnica deberá de portar: bata, guantes y zapato cerrado.

4.19.4.6 Utilizar de manera cuidadosa cada uno de los instrumentos analíticos, insumos y reactivos disponibles para la realización de los diferentes estudios y actividades.

4.19.4.7 Reportar de inmediato al jefe de servicio y a la Comisión Auxiliar Mixta de Seguridad e Higiene, cualquier accidente que resulten de la sobre exposición a materiales infecciosos, mediante acta de hechos.

4.19.4.8 Informar a su jefe inmediato y/o área de calidad las necesidades de material e insumos, fallas del sistema y/o equipo que requiere para llevar a cabo sus actividades.

4.19.4.9 Participar en mantener el orden, la seguridad y la limpieza del laboratorio, así como de acciones para la mejora del área y de los servicios.

4.19.4.10 Queda estrictamente prohibido guardar alimentos en gabinetes y refrigeradores destinados para el resguardo de reactivos, insumos y/o materiales de trabajo.

4.19.4.11 Evitar comer, beber, fumar o aplicarse cosméticos dentro del área técnica del CEDA.

4.20 Los Responsables de laboratorio de las Unidades Remotas:

- 4.20.1 Podrán solicitar estudios de laboratorio al CEDA de acuerdo con los criterios de aceptación y rechazo descritos en el Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA). Anexo 1.
- 4.20.2 Toda muestra deberá acompañarse del formato para la recepción de muestras en el CEDA FOR-TC-043-CEDA (Anexo 6), el cual deberá estar debidamente requisitado y si es el caso deberá enviar el formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 y/o FOR-TC-032-CEDA (Anexo 4 y 6).
- 4.20.3 Deberán revisar los resultados a través del acceso al sistema de resultados del CEDA y en el caso de no tener red deberán notificar al CEDA para su impresión y posterior recolección de resultados mediante mensajería.
- 4.20.4 Deberán ajustarse a los días y horarios establecidos en la Política 4.9.

4.21 Las instalaciones:

- 4.21.1 Deberán de mantenerse limpias y ordenadas a fin de garantizar la calidad, seguridad y la eficacia del servicio que se brinda a los usuarios, así como la salud y la seguridad del personal del CEDA.
- 4.21.2 El almacén del CEDA deberá de mantenerse con el espacio suficiente y las condiciones que aseguren la integridad, calidad y seguridad del material de toma de muestra, equipo, reactivos, consumibles, registros, resultados y otros artículos que podrían afectar la calidad del servicio.
- 4.21.3 El CEDA contará con un área de recepción/espera separada del área de toma de muestras, de tal forma que evitará se invaliden los resultados o afecte de manera adversa la calidad de los exámenes y/o atención al usuario.

5.0 RESPONSABILIDADES.

5.1 Jefe del CEDA.

- 5.1.1 Cumplir con la normatividad vigente aplicable a los laboratorios clínicos y garantizar que el presente procedimiento se difunda y aplique por todo el personal involucrado.
- 5.1.2 Implementar acciones de mejora necesarias para el buen funcionamiento del área, así como mantener un ambiente de respeto e igualdad acorde al Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades, y al Código de Conducta de SESEQ.
- 5.1.3 Aplicar y vigilar que se lleven a cabo las acciones esenciales en seguridad del paciente.
- 5.1.4 Asegurar la disponibilidad de recursos humanos suficientes y competentes para realizar los servicios del CEDA y en caso de requerir realizar las gestiones pertinentes.
- 5.1.5 Generar información relevante del trabajo realizado para fines estadísticos, de mejora y de comunicación del servicio.
- 5.1.6 Asegurar que se realicen los mantenimientos preventivos y correctivos en el equipo de acuerdo con las necesidades y/o calendario.
- 5.1.7 Coordinar las actividades de análisis clínicos con los responsables de las áreas y servicios de hospitalización, urgencias, consulta externa del hospital y responsables de los laboratorios en las Unidades Remotas, así como mantener constante comunicación con los mismos.
- 5.1.8 Establecer y dar continuidad al SGC que permita implementar estrategias que garanticen la mejora continua del servicio.
- 5.1.9 Garantizar los insumos necesarios para el proceso del control interno de calidad, así como la participación en programas de control externo de la calidad con la finalidad de evaluar el desempeño de la fase analítica.
- 5.1.10 Interactuar con organismos de acreditación, con personal administrativo, comunidad médica, pacientes y proveedores cuando sea requerido.

- 5.1.11 Difundir y concientizar al personal del CEDA de la importancia de cumplir con las necesidades y requisitos especificados por las normas institucionales, nacionales y por la Norma ISO 15189 vigente, los usuarios y actividades competentes.
- 5.1.12 Determinar los requerimientos anuales de insumos, materiales, equipo y mantenimientos, para la correcta operatividad del servicio.
- 5.1.13 Comprobar que las condiciones ambientales de las instalaciones no invaliden los resultados ni comprometan la calidad requerida de los servicios.
- 5.1.14 Garantizar que la tecnología, en términos de instrumentación analítica, con la que cuenta el CEDA sea operada adecuadamente.
- 5.1.15 Asegurar la emisión de resultados confiables y útiles para el cuidado de la salud de los pacientes, auxiliando al diagnóstico médico.
- 5.1.16 Vigilar que se lleve a cabo el proceso de los exámenes de laboratorio clínico de rutina y especiales que requiera la población usuaria.
- 5.1.17 Establecer y dar a conocer los criterios de rechazo de las muestras, a fin de garantizar que las muestras que son recibidas tienen la calidad mínima indispensable para generar un resultado útil para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la salud de los pacientes.
- 5.1.18 Establecer e implementar formato de resultados claros y acorde con la normatividad vigente y aplicable al servicio.
- 5.1.19 Supervisar que se satisfagan las necesidades de los usuarios del servicio de laboratorio y se cumpla con lo establecido en el Registro Estatal de Trámites y Servicios.
- 5.1.20 Mantener comunicación con el personal médico y/o de enfermería para garantizar la entrega adecuada de las muestras que son tomadas por ellos.
- 5.1.21 Coordinar la recepción de los usuarios, así como el trabajo en equipo entre los Químicos, Técnicos y demás personal del CEDA, así como mantener una comunicación constante con los mismos que permita un ambiente armónico de trabajo.
- 5.1.22 Supervisar que el personal haga uso consciente y racional de los recursos e insumos otorgados.
- 5.1.23 Promover y gestionar la formación, capacitación y actualización del personal técnico y administrativo del CEDA, de tal forma que le permita desarrollarse de manera óptima en el cumplimiento de sus actividades.
- 5.1.24 Promover que el personal se apegue a los procedimientos establecidos para cada uno de los procesos.

5.2 Responsable de Calidad.

- 5.2.1 Cumplir con las políticas y responsabilidades establecidas en el presente procedimiento.
- 5.2.2 Asegurar y generar evidencia de que el SGC del CEDA abarca todo el trabajo realizado en las instalaciones del CEDA, incluido el Procedimiento para la atención en el servicio del Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado
- 5.2.3 Asegurar que el personal comprende la pertinencia e importancia de las actividades que realiza y cómo éstas aportan valor para alcanzar los objetivos planeados.
- 5.2.4 Informar al Jefe del Laboratorio sobre el desempeño del SGC y oportunidades de mejora.
- 5.2.5 Asegurar que se promueva la toma de conciencia en el cumplimiento de los requisitos de las normas institucionales aplicables, requisitos y necesidades de los usuarios.
- 5.2.6 Establecer procedimientos para controlar los documentos del CEDA.
- 5.2.7 Coordinar y promover actividades de mejora al sistema de gestión del CEDA, incluidas acciones correctivas y preventivas.
- 5.2.8 Elaborar y aplicar procedimientos para controlar los registros generados por el CEDA.
- 5.2.9 Colaborar en la revisión, actualización y/ o adaptación de los procedimientos.
- 5.2.10 Elaborar procedimientos para programar y conducir auditorías internas al CEDA.
- 5.2.11 Actualizar y revisar los informes de resultados de control externo de la calidad.
- 5.2.12 Generar evidencia objetiva que permita detectar oportunidades de mejora.
- 5.2.13 Interactuar con organismos de acreditación, con personal administrativo, comunidad médica, pacientes y proveedores cuando sea requerido.

- 5.2.14 Difundir y concientizar al personal del CEDA de la importancia de cumplir con las necesidades y requisitos especificados por las normas institucionales, nacionales y por la Norma ISO 15189 vigente, los usuarios y actividades competentes.

5.3 Químico y Técnico laboratorista.

- 5.3.1 Aplicar las políticas y lineamientos establecidos en el presente procedimiento.
- 5.3.2 Supervisar se registren los Productos No Conformes (PNC) que se generen durante la atención a los usuarios.
- 5.3.3 Conocer, seguir y aplicar el SGC del CEDA.
- 5.3.4 Aplicar los métodos y procedimientos establecidos por el CEDA para realizar el proceso pre-analítico, analítico y post-analítico.
- 5.3.5 Generar los registros de análisis realizados, así como en el concentrado de información para las estadísticas que se requieran.
- 5.3.6 Utilizar sus habilidades y competencias técnicas para la correcta operación de los instrumentos.
- 5.3.7 Orientar al personal médico sobre los contenedores adecuados acorde a la toma de muestra.
- 5.3.8 Realizar la toma de muestras a los pacientes, de tal forma que se garantice una muestra de calidad y que sea óptima para su procesamiento.
- 5.3.9 Empezar acciones necesarias para mantener los equipos en condiciones de trabajo seguras y en buen estado de funcionamiento, lo que implica realizar la limpieza e inspección, los mantenimientos, procesar los controles de calidad necesarios, etc.

5.4 Personal del área de Recepción del CEDA.

- 5.4.1 Cumplir con las políticas y responsabilidades establecidas en el presente procedimiento
- 5.4.2 Brindar la atención que soliciten los usuarios de forma amable, respetuosa y cordial.
- 5.4.3 Verificar que el solicitante presente los requisitos para sacar cita, revisar disponibilidad en agenda y realizar el registro en el sistema NrLab.
- 5.4.4 Brindar las indicaciones a los usuarios sobre cómo deben prepararse y/o recolectar las muestras que tengan que traer el día de su cita y verificar que las indicaciones hayan sido entendidas por el paciente.
- 5.4.5 Resolver dudas al solicitante, sobre las condiciones en las cuales tengan que presentarse.
- 5.4.6 Orientar al paciente en el proceso que debe realizar para agendar una cita, presentarse a toma de muestra en el CEDA e informarle que debe realizar el trámite para pago o de exención con anticipación, de tal forma que el día de su cita se presente puntual y con su documentación completa.
- 5.4.7 Generar etiquetas para rotular muestras.
- 5.4.8 Emitir ficha para recoger resultados.
- 5.4.9 Entregar los resultados a los pacientes.

5.5 Responsable de Laboratorio de Unidades Remotas.

- 5.5.1 Cumplir con las políticas y responsabilidades establecidas en el presente procedimiento.
- 5.5.2 Enviar el Formato para la recepción de muestras en el CEDA (FOR-TC-043-CEDA) Anexo 6. debidamente requisitado y firmado al CEDA.
 - 5.6.2.1. Asegurar que las muestras enviadas estén rotuladas de forma correcta, de tal forma que coincidan con el registro realizado en el formato para la recepción de muestras en el CEDA (FOR-TC-043-CEDA) Anexo 6.
 - 5.6.2.2. En caso de solicitar **Western Blot** enviar la Solicitud de Prueba Confirmatoria FOR-TC-032-CEDA (Anexo 3) y Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo 4). **Para confirmatoria de Sífilis:** 2 juegos del Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo

4). Para Hepatitis A, B y C: Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo 4).

- 5.5.3 Solicitar apoyo del mensajero para el envío de muestras al CEDA.
- 5.5.4 Proporcionar medios e indicaciones para el traslado de las muestras.
- 5.5.5 Consultar en la página de resultados del CEDA las muestras enviadas y en caso de no poder visualizarlos, solicitar al CEDA su impresión para su posterior recolección mediante el mensajero.

5.6 Mensajero de Unidades Remotas.

- 5.6.1 Cumplir con las políticas y responsabilidades establecidas en el presente procedimiento.
- 5.6.2 Trasladar las muestras al CEDA procurando atender a las medidas de seguridad tanto biológicas como físicas acordes a las muestras.
- 5.6.3 Mantener las condiciones de bioseguridad de las muestras y utilizar el equipo y medidas de protección necesarias.
- 5.6.4 Entregar las muestras rotuladas al personal del CEDA, con los formatos correspondientes.
- 5.6.5 Recoger los resultados impresos en el caso de que no se visualicen en la página de resultados del CEDA.

5.7 Personal médico y de enfermería.

- 5.7.1 Cumplir con las políticas y responsabilidades establecidas en el presente procedimiento.
- 5.7.2 Conocer las indicaciones para realizar una adecuada toma de muestra y evitar invalidar los resultados.
- 5.7.3 Completar correctamente todos los campos de las solicitudes de análisis de laboratorio, con letra legible, nombre, firma y número de cédula del médico adscrito.
- 5.7.4 Deberá desglosar cada uno de los estudios requeridos, el CEDA no realiza perfiles.
- 5.7.5 Entregar al personal del CEDA encargado de la recepción de muestras del hospital, las muestras rotuladas con letra legible y acompañada de las solicitudes de análisis clínicos requeridas.
- 5.7.6 Acceder a los resultados a través de la página de resultados del CEDA, y en caso de no poder hacerlo, deberá acudir con el personal del CEDA encargado de la recepción de muestras del Hospital, para que se le entreguen impresos.
- 4.21.4 Solicitar al médico jefe de servicio el Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA). Anexo 1, a fin de que lo pueda utilizar como guía durante la elaboración de las solicitudes. En el caso de Hospitalización, adicionalmente podrán conocer los contenedores y horarios adecuados para la recolección de las muestras.

6.0 DOCUMENTOS O PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

Acuerdo por el que se expiden los lineamientos, horarios y requisitos respecto a los trámites y servicios de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, unidad administrativa integrante de Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

Lineamientos generales de atención en el primer y segundo nivel de atención en salud durante la contingencia por COVID-19

Anexo 1. Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio (DOC-GEN-001-CEDA)

Anexo 2. Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA

Anexo 3. Solicitud de Prueba Confirmatoria FOR-TC-032-CEDA

Anexo 4. Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6

Anexo 5. Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA

Anexo 6. Formato para la recepción de muestras en el CEDA (Unidades Remotas) FOR-TC-043-CEDA

Anexo 7. Etiqueta para muestras.

Anexo 8. Ficha para recoger resultados.

7.0 REFERENCIAS

Ley General de Salud.
Ley General de Mejora Regulatoria.
Ley General de Responsabilidades Administrativas.
Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.
Ley de Salud del Estado de Querétaro.
Ley de Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro.
Ley de Mejora Regulatoria del Estado de Querétaro.
Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.
Reglamento interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).
Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus Entidades.
Código de Conducta de SESEQ.
Manual de Organización General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Acciones Esenciales de Seguridad el Paciente, CSG.
NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
NOM-010-SSA2-2018, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
NOM-230-SSA1-2002, Salud ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.
NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002 Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano
NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo.
NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para diagnóstico.
NMX-EC-15189-IMNC-2015/ISO15189:2012 Laboratorios Clínicos – Requisitos de la calidad y competencia.

8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

8.1 Procedimiento para atender la solicitud de estudios de laboratorio en el CEDA para pacientes de consulta externa del Hospital General de Querétaro.

RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN
Paciente/ Solicitante.	1	Acude con el personal del área de Recepción del CEDA en el horario establecido, presenta Carnet de citas, INE y Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA (Anexo 2), para poder realizar su registro.
Personal del área de Recepción del CEDA.	2	Recibe y revisa documentación completa y firmada. Verifica si le es solicitada la Confirmatoria de VIH, de sífilis, hepatitis A, Hepatitis B y/o Hepatitis C.
	2.A	¿Le solicitan confirmatoria? Si: Solicita al paciente o solicitante presente adicional a los documentos requeridos los siguientes:

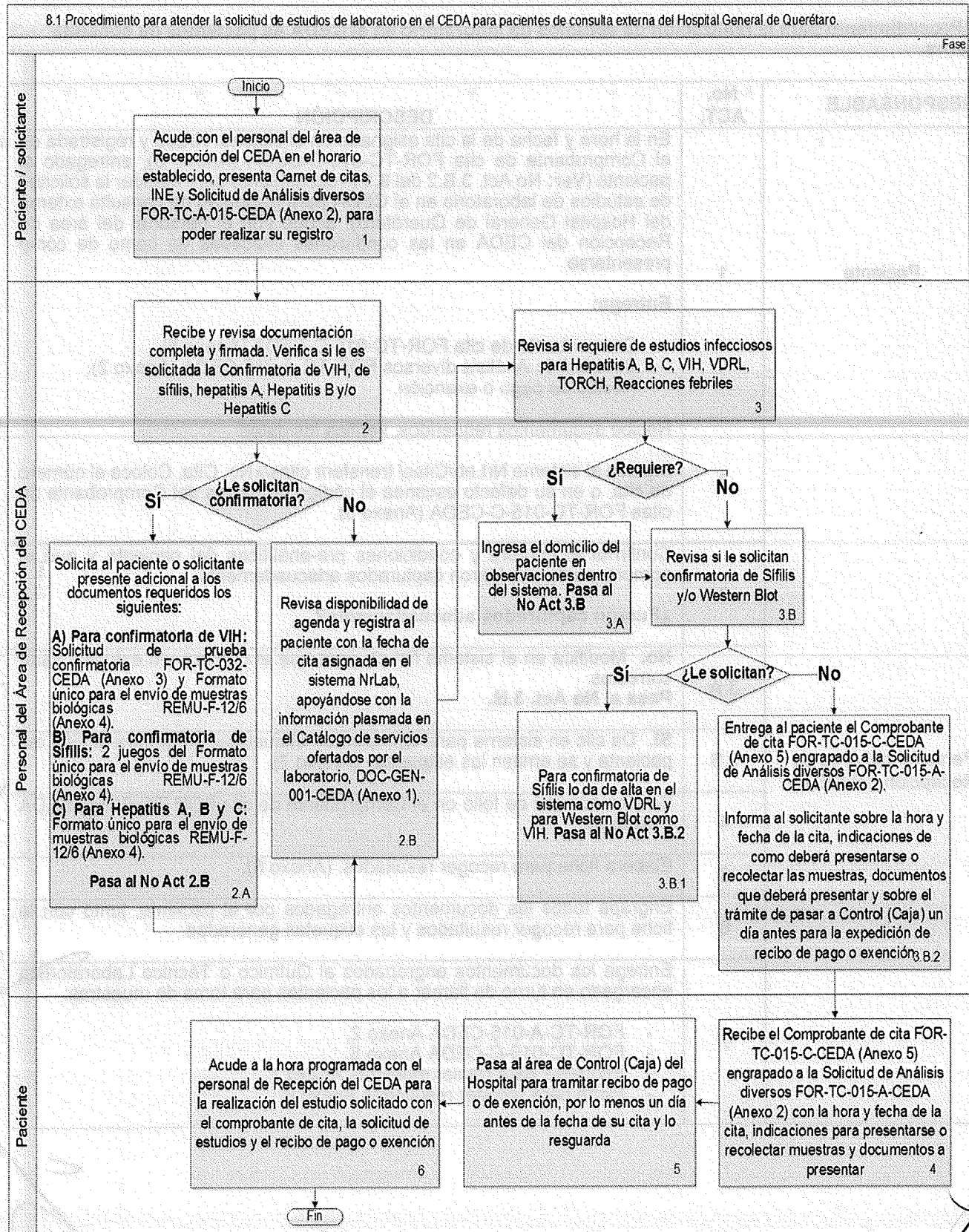
Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ

		<p>A) Para confirmatoria de VIH: Solicitud de prueba confirmatoria FOR-TC-032-CEDA (Anexo 3) y Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo 4).</p> <p>B) Para confirmatoria de Sífilis: 2 juegos del Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo 4).</p> <p>C) Para Hepatitis A, B y C: Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (Anexo 4). Pasa al No Act 2.B.</p>
	2.B	No: Revisa disponibilidad de agenda y registra al paciente con la fecha de cita asignada en el sistema NrLab, apoyándose con la información plasmada en el Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio, DOC-GEN-001-CEDA (Anexo 1).
	3	Revisa si requiere de estudios infecciosos para Hepatitis A, B, C, VIH, VDRL, TORCH, Reacciones febriles.
	3.A	<p>¿Requiere?</p> <p>Si: Ingresa el domicilio del paciente en observaciones dentro del sistema.</p> <p>Pasa al No Act 3.B.</p>
	3.B	No: Revisa si le solicitan confirmatoria de Sífilis y/o Western Blot.
	3.B.1	<p>¿Le solicitan?</p> <p>Si. Para confirmatoria de Sífilis lo da de alta en el sistema como VDRL y para Western Blot como VIH. Pasa al No Act 3.B.2.</p>
Personal del área de Recepción del CEDA.	3.B.2	<p>No. Entrega al paciente el Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5) engrapado a la Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA (Anexo 2).</p> <p>Informa al solicitante sobre la hora y fecha de la cita, indicaciones de como deberá presentarse o recolectar las muestras, documentos que deberá presentar y sobre el trámite de pasar a Control (Caja) un día antes para la expedición de recibo de pago o exención.</p>
	4	Recibe el Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5) engrapado a la Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA (Anexo 2) con la hora y fecha de la cita, indicaciones para presentarse o recolectar muestras y documentos a presentar.
Paciente.	5	Pasa al área de Control (Caja) del Hospital para tramitar recibo de pago o de exención, por lo menos un día antes de la fecha de su cita y lo resguarda.
	6	Acude a la hora programada con el personal de Recepción del CEDA para la realización del estudio solicitado con el comprobante de cita, la solicitud de estudios y el recibo de pago o exención.
		FIN

DIAGRAMA

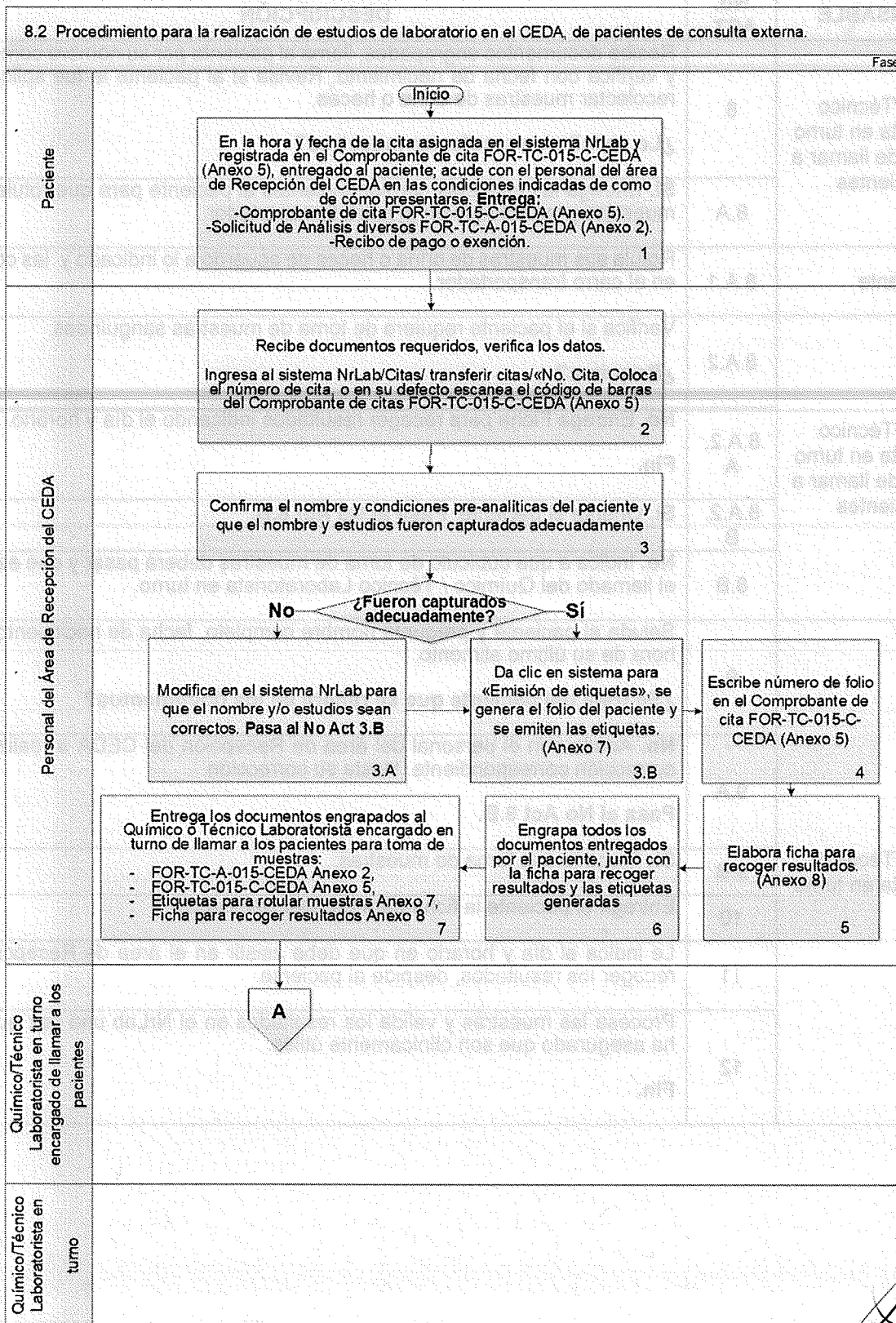


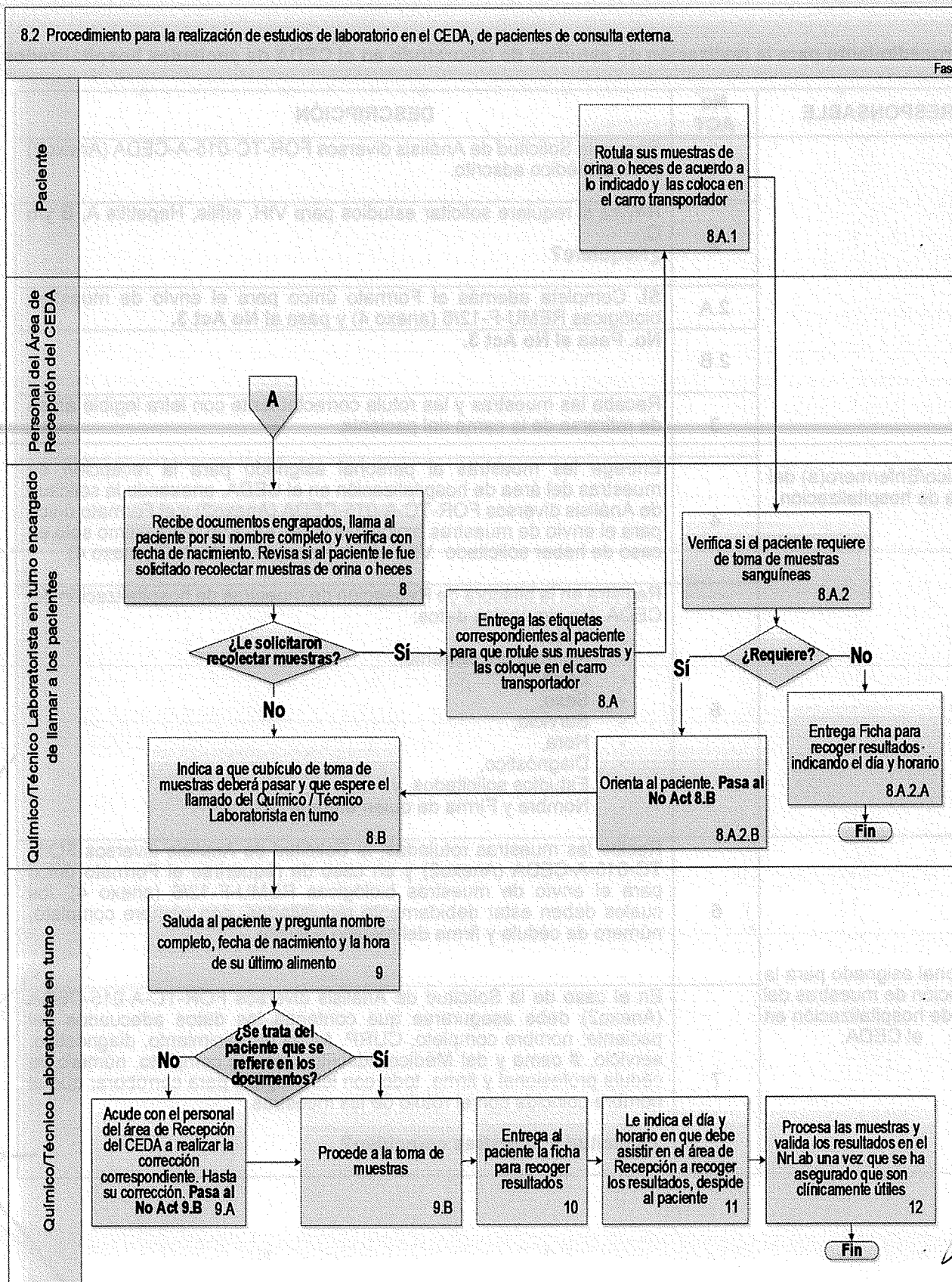
8.2 Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio en el CEDA de pacientes de consulta externa.

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN
Paciente	1	<p>En la hora y fecha de la cita asignada en el sistema NrLab y registrada en el Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5), entregado al paciente (Ver: No Act. 3.B.2 del 8.1 Procedimiento para atender la solicitud de estudios de laboratorio en el CEDA para pacientes de consulta externa del Hospital General de Querétaro); acude con el personal del área de Recepción del CEDA en las condiciones indicadas de como de cómo presentarse.</p> <p>Entrega:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5). - Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-A-015-CEDA (Anexo 2). - Recibo de pago o exención.
	2	<p>Recibe documentos requeridos, verifica los datos.</p> <p>Ingresa al sistema NrLab/Citas/ transferir citas/«No. Cita, Coloca el número de cita, o en su defecto escanea el código de barras del Comprobante de citas FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5).</p>
Personal del Área de Recepción del CEDA	3	<p>Confirma el nombre y condiciones pre-analíticas del paciente y que el nombre y estudios fueron capturados adecuadamente.</p> <p>¿Fueron capturados adecuadamente?</p>
	3.A	<p>No. Modifica en el sistema NrLab para que el nombre y/o estudios sean correctos. Pasa al No Act. 3.B.</p>
	3.B	<p>Si. Da clic en sistema para «Emisión de etiquetas», se genera el folio del paciente y se emiten las etiquetas. (Anexo 7).</p>
	4	<p>Escribe número de folio en el Comprobante de cita FOR-TC-015-C-CEDA (Anexo 5).</p>
	5	<p>Elabora ficha para recoger resultados. (Anexo 8).</p>
	6	<p>Engrapa todos los documentos entregados por el paciente, junto con la ficha para recoger resultados y las etiquetas generadas.</p>
	7	<p>Entrega los documentos engrapados al Químico o Técnico Laboratorista encargado en turno de llamar a los pacientes para toma de muestras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FOR-TC-A-015-CEDA Anexo 2, - FOR-TC-015-C-CEDA Anexo 5, - Etiquetas para rotular muestras Anexo 7, - Ficha para recoger resultados Anexo 8.

RESPONSABLE	No. ACT.	DESCRIPCIÓN
Químico/Técnico Laboratorista en turno encargado de llamar a los pacientes	8	Recibe documentos engrapados, llama al paciente por su nombre completo y verifica con fecha de nacimiento. Revisa si al paciente le fue solicitado recolectar muestras de orina o heces. ¿Le solicitaron recolectar muestras?
	8.A	Sí. Entrega las etiquetas correspondientes al paciente para que rotule sus muestras y las coloque en el carro transportador.
Paciente	8.A.1	Rotula sus muestras de orina o heces de acuerdo a lo indicado y las coloca en el carro transportador.
	8.A.2	Verifica si el paciente requiere de toma de muestras sanguíneas. ¿Requiere?
Químico/Técnico Laboratorista en turno encargado de llamar a los pacientes	8.A.2. A	No. Entrega Ficha para recoger resultados indicando el día y horario. Fin.
	8.A.2. B	Sí. Orienta al paciente. Pasa al No Act 8.B.
	8.B	No. Indica a que cubículo de toma de muestras deberá pasar y que espere el llamado del Químico / Técnico Laboratorista en turno.
Químico/Técnico Laboratorista en turno	9	Saluda al paciente y pregunta nombre completo, fecha de nacimiento y la hora de su último alimento. ¿Se trata del paciente que se refiere en los documentos?
	9.A	No. Acude con el personal del área de Recepción del CEDA a realizar la corrección correspondiente. Hasta su corrección. Pasa al No Act 9.B.
	9.B	Sí. Procede a la toma de muestras.
	10	Entrega al paciente la ficha para recoger resultados.
	11	Le indica el día y horario en que debe asistir en el área de Recepción a recoger los resultados, despide al paciente.
	12	Procesa las muestras y valida los resultados en el Nrlab una vez que se ha asegurado que son clínicamente útiles. Fin.

DIAGRAMA





8.3 Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio en el CEDA de pacientes hospitalizados.

RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN
	1	Requisita Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA (Anexo2) y firma médico adscrito.
	2	Revisa si requiere solicitar estudios para VIH, sífilis, Hepatitis A, B y/o C. ¿Requiere?
	2.A	Sí. Completa además el Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (anexo 4) y pasa al No Act 3.
	2.B	No. Pasa al No Act 3.
	3	Recaba las muestras y las rotula correctamente con letra legible antes de retirarse de la cama del paciente.
Médico/Enfermero(a) del área de hospitalización.	4	Entrega las muestras al personal asignado para la recepción de muestras del área de hospitalización en el CEDA, anexando la solicitud de Análisis diversos FOR-TC-A-015-CEDA (Anexo2) y el Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6, éste último solo en caso de haber solicitado VIH, sífilis, Hepatitis A, B y/o C (anexo 4).
	5	Registra en la bitácora de Recepción de muestras de hospitalización del CEDA, los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> - Folio, - Nombre del paciente, - Edad, - Sexo, - Servicio, - Hora, - Diagnóstico, - Estudios solicitados, y - Nombre y Firma de quien entrega.
Personal asignado para la recepción de muestras del área de hospitalización en el CEDA.	6	Recibe las muestras rotuladas, la Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-015-A-CEDA (Anexo2) y en caso de requerirse el Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 (anexo 4), los cuales deben estar debidamente requisitados, con nombre completo, número de cédula y firma del médico adscrito.
	7	En el caso de la Solicitud de Análisis diversos FOR-TC-A-015-CEDA (Anexo2) debe asegurarse que contenga los datos adecuados del paciente: nombre completo, CURP, fecha de nacimiento, diagnóstico, servicio, # cama y del Médico adscrito: nombre completo, número de cédula profesional y firma, todo con letra legible para corroborar que el nombre coincida con el rótulo de las muestras. ¿Solicitud y muestras coinciden?

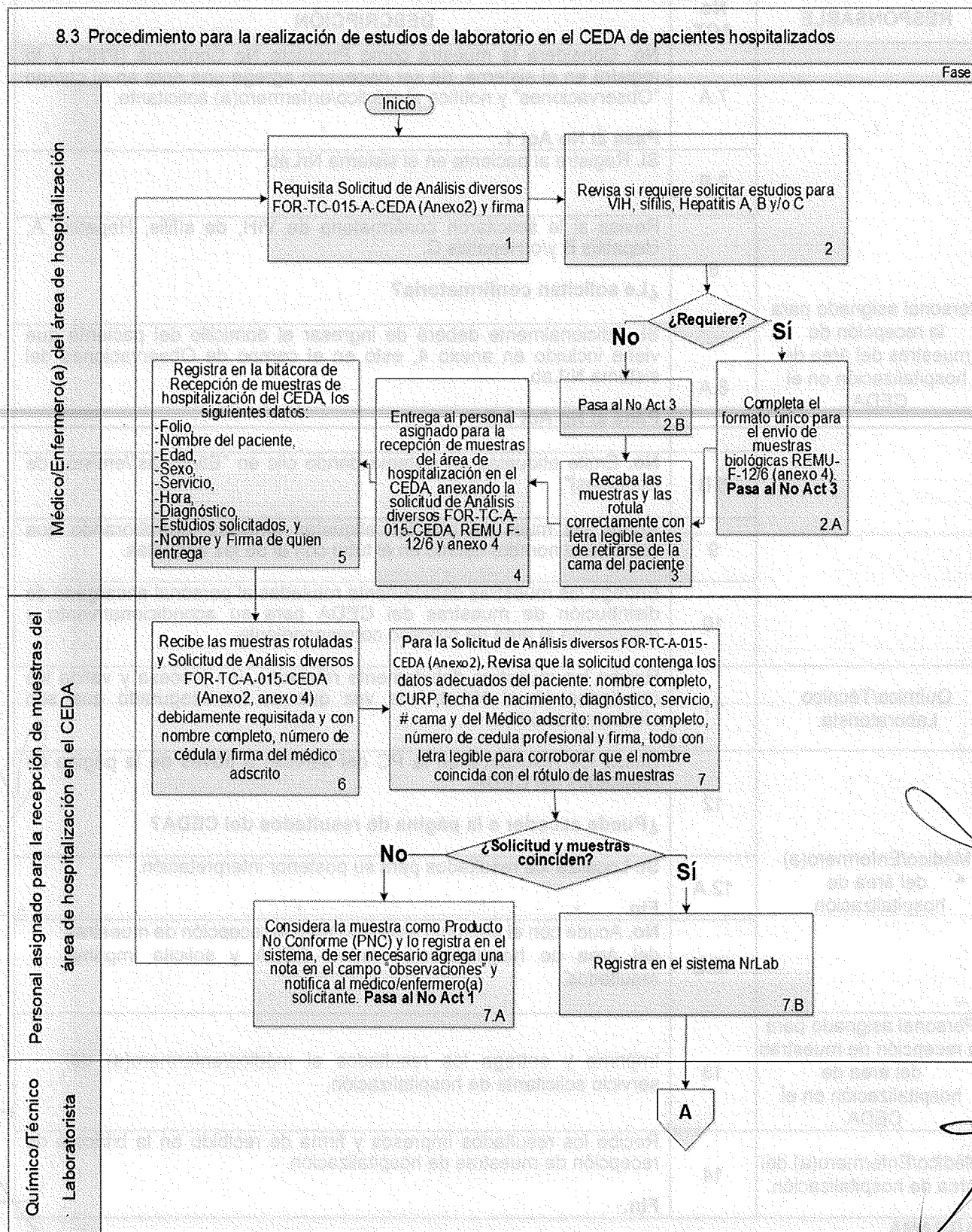
RESPONSABLE	No ACT	DESCRIPCIÓN
Personal asignado para la recepción de muestras del área de hospitalización en el CEDA.	7.A	No. Considera la muestra como Producto No Conforme (PNC) y lo registra en el sistema, de ser necesario agrega una nota en el campo "Observaciones" y notifica al médico/enfermero(a) solicitante. Pasa al No Act 1.
	7.B	Sí. Registra al paciente en el sistema NrLab.
	8	Revisa si le solicitaron confirmatoria de VIH, de sífilis, Hepatitis A, Hepatitis B y/o Hepatitis C. ¿Le solicitan confirmatoria?
	8.A	Sí. Adicionalmente deberá de ingresar el domicilio del paciente que viene incluido en anexo 4, esto en el campo de Observaciones del sistema NrLab. Pasa al No Act 8.B.
	8.B	No. Emite etiquetas en sistema dando clic en "Etiquetas"/emisión de Etiquetas"]".
	9	Rotula las muestras con las etiquetas emitidas, corroborando que coincide el nombre escrito en el tubo con el de las etiquetas.
Químico/Técnico Laboratorista.	10	Entrega las muestras debidamente rotuladas al personal encargado de distribución de muestras del CEDA para su acondicionamiento y disposición al área de proceso correspondiente.
	11	Recibe las muestras debidamente rotuladas, las procesa y valida los resultados en el NrLab una vez que se ha asegurado que son clínicamente útiles.
Médico/Enfermero(a) del área de hospitalización.	12	Busca los resultados en la PC del servicio a través de la página de resultados del CEDA. ¿Puede acceder a la página de resultados del CEDA?
	12.A	Sí. Localiza los resultados para su posterior interpretación. Fin
	12.B	No. Acude con el personal asignado para la recepción de muestras del área de hospitalización en el CEDA y solicita imprima resultados.
Personal asignado para la recepción de muestras del área de hospitalización en el CEDA.	13	Imprime y entrega los resultados al médico/enfermero(a) del servicio solicitante de hospitalización.
Médico/Enfermero(a) del área de hospitalización.	14	Recibe los resultados impresos y firma de recibido en la bitácora de recepción de muestras de hospitalización. Fin.

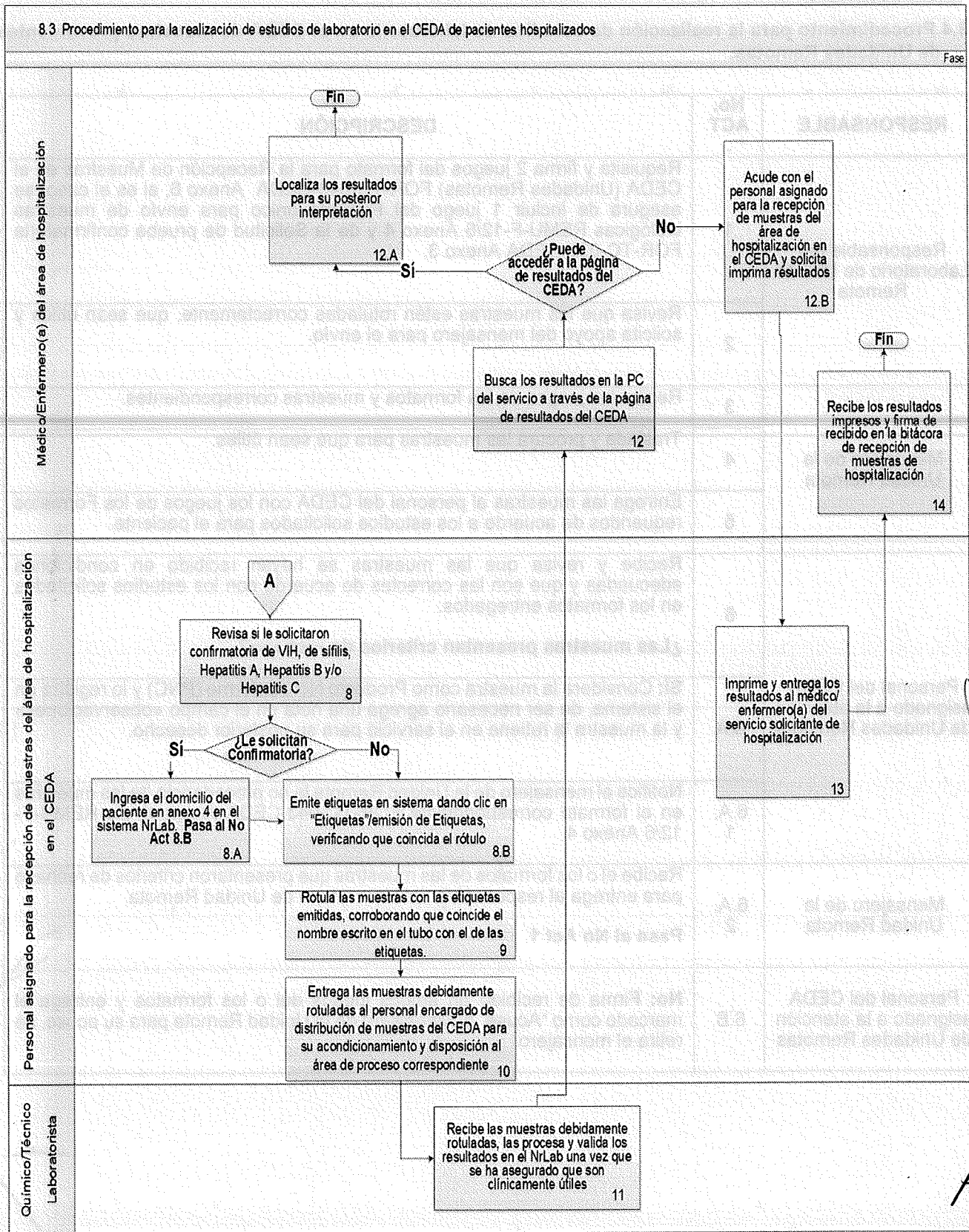
DIAGRAMA

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ



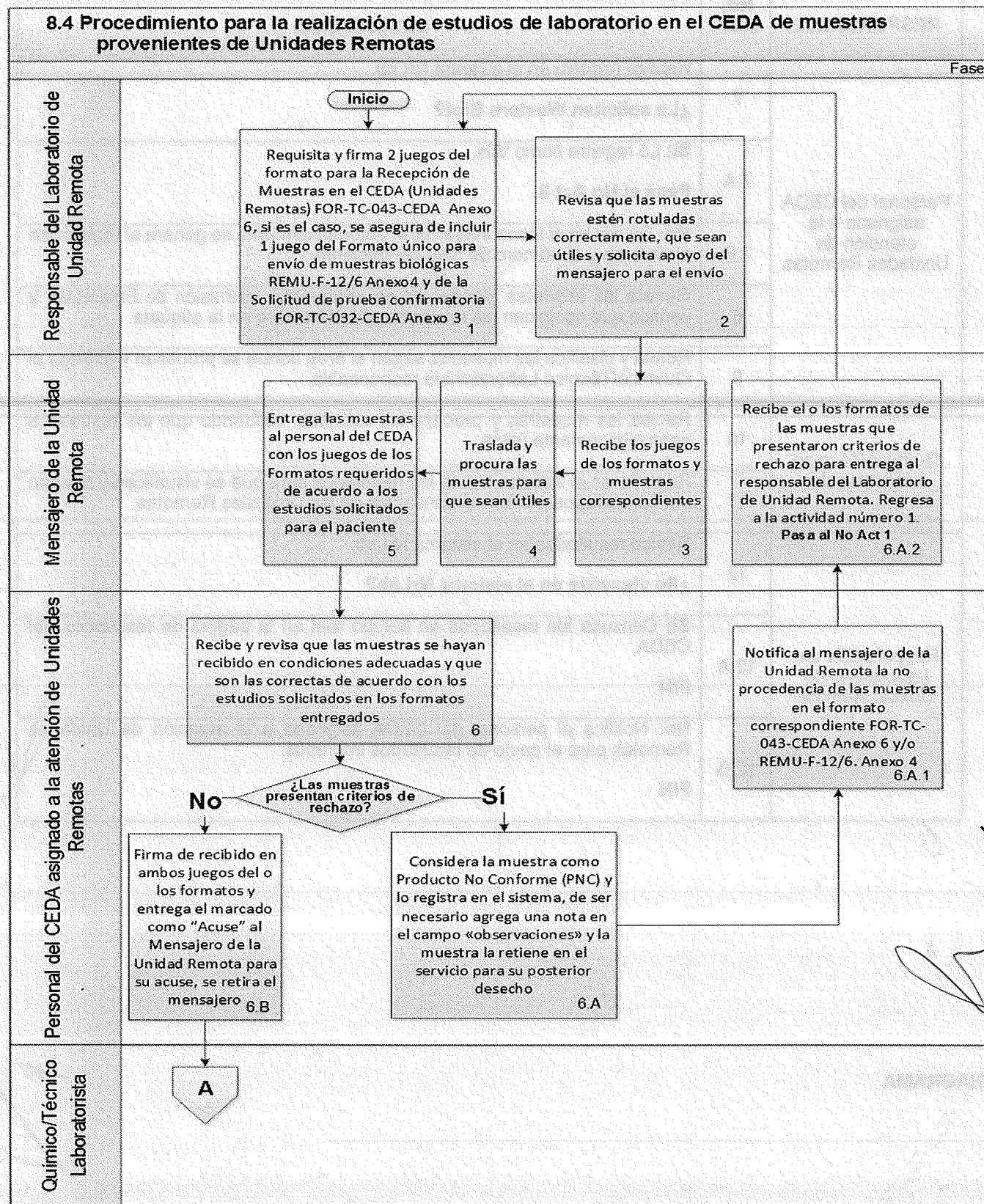


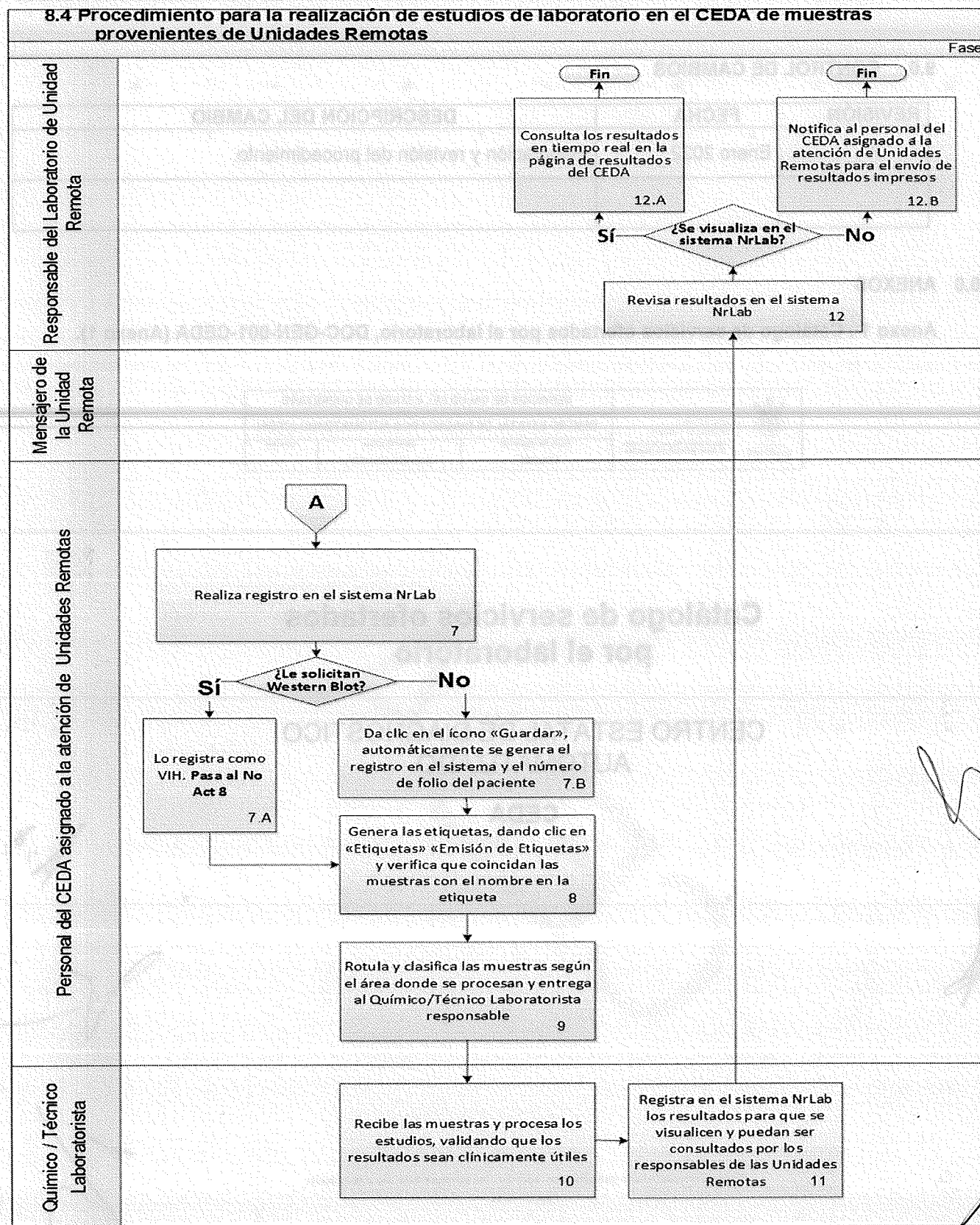
8.4 Procedimiento para la realización de estudios de laboratorio en el CEDA de muestras provenientes de Unidades Remotas.

RESPONSABLE	No. ACT	DESCRIPCIÓN
Responsable del Laboratorio de Unidad Remota	1	Requisita y firma 2 juegos del formato para la Recepción de Muestras en el CEDA (Unidades Remotas) FOR-TC-043-CEDA Anexo 6, si es el caso, se asegura de incluir 1 juego del Formato único para envío de muestras biológicas REMU-F-12/6 Anexo 4 y de la Solicitud de prueba confirmatoria FOR-TC-032-CEDA Anexo 3.
	2	Revisa que las muestras estén rotuladas correctamente, que sean útiles y solicita apoyo del mensajero para el envío.
Mensajero de la Unidad Remota	3	Recibe los juegos de los formatos y muestras correspondientes.
	4	Traslada y procura las muestras para que sean útiles.
	5	Entrega las muestras al personal del CEDA con los juegos de los Formatos requeridos de acuerdo a los estudios solicitados para el paciente.
Personal del CEDA asignado a la atención de Unidades Remotas	6	Recibe y revisa que las muestras se hayan recibido en condiciones adecuadas y que son las correctas de acuerdo con los estudios solicitados en los formatos entregados. ¿Las muestras presentan criterios de rechazo?
	6.A	Sí: Considera la muestra como Producto No Conforme (PNC) y lo registra en el sistema, de ser necesario agrega una nota en el campo «observaciones» y la muestra la retiene en el servicio para su posterior desecho.
	6.A.1	Notifica al mensajero de la Unidad Remota la no procedencia de las muestras en el formato correspondiente FOR-TC-043-CEDA Anexo 6 y/o REMU-F-12/6 Anexo 4.
Mensajero de la Unidad Remota	6.A.2	Recibe el o los formatos de las muestras que presentaron criterios de rechazo para entrega al responsable del Laboratorio de Unidad Remota. Pasa al No Act 1.
Personal del CEDA asignado a la atención de Unidades Remotas	6.B	No: Firma de recibido en ambos juegos del o los formatos y entrega el marcado como "Acuse" al Mensajero de la Unidad Remota para su acuse, se retira el mensajero.

RESPONSABLE	No. ACT	DESCRIPCIÓN
Personal del CEDA asignado a la atención de Unidades Remotas	7	Realiza registro en el sistema NrLab. ¿Le solicitan Western Blot?
	7.A	Sí: Lo registra como VIH. Pasa al No Act 8.
	7.B	No: Da clic en el ícono «Guardar», automáticamente se genera el registro en el sistema y el número de folio del paciente.
	8	Genera las etiquetas, dando clic en «Etiquetas» «Emisión de Etiquetas» y verifica que coincidan las muestras con el nombre en la etiqueta.
	9	Rotula y clasifica las muestras según el área donde se procesan y entrega al Químico/Técnico Laboratorista responsable.
Químico/Técnico Laboratorista	10	Recibe las muestras y procesa los estudios, validando que los resultados sean clínicamente útiles.
	11	Registra en el sistema NrLab los resultados para que se visualicen y puedan ser consultados por los responsables de las Unidades Remotas.
Responsable del Laboratorio de Unidad Remota	12	Revisa resultados en el sistema NrLab. ¿Se visualiza en el sistema NrLab?
	12.A	Sí: Consulta los resultados en tiempo real en la página de resultados del CEDA. FIN
	12.B	No: Notifica al personal del CEDA asignado a la atención de Unidades Remotas para el envío de resultados impresos. FIN

DIAGRAMA





9.0 CONTROL DE CAMBIOS

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	Enero 2022	Elaboración y revisión del procedimiento.

10.0 ANEXOS

Anexo 1-. Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio, DOC-GEN-001-CEDA (Anexo 1).

 GOBIERNO DEL ESTADO DE QUERÉTARO	SECRETARÍA DE SALUD COORDINACIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO	SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO		
		CENTRO ESTATAL DE DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO (CEDA)		
		Inicio de vigencia:	Identificación:	Versión:
		23/06/2021	DOC-GEN-001-CEDA	1

Catálogo de servicios ofertados por el laboratorio

CENTRO ESTATAL DE DIAGNÓSTICO
AUTOMATIZADO

CEDA

Documento controlado, prohibida su reproducción parcial o total sin autorización.


Página 1 de 22

Vigencia a partir de: Aprobación de Junta de Gobierno.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Vigencia Documental de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Disposición Documental de SESEQ


Anexo 2. Solicitud de Análisis diversos (FOR-TC-015-A-CEDA).

		SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO	
		HOSPITAL GENERAL DE QUERÉTARO	
		CENTRO ESTATAL DE DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADO	
		SOLICITUD DE ANÁLISIS DIVERSOS	
		NO. FOLIO _____	
		CURP _____	
Nombre _____	Sexo _____	F. Nacimiento _____	
Diagnóstico _____	Servicio _____	No. de cama _____	
Fecha de elaboración _____		Fecha y hora de toma de muestra _____	
Nombre, Cédula y firma del médico solicitante _____			

FOR-TC-015-A-CEDA

Rev. 2; emisión: 01/01/20

Anexo 3. Solicitud de prueba confirmatoria. (FOR-TC-032-CEDA)

 <p>SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO CENTRO ESTATAL DE DIAGNOSTICO AUTOMATIZADO FOR-TC-032-CEDA SOLICITUD DE PRUEBA CONFIRMATORIA</p>	
(1) Fecha y hora de toma de muestra _____	
(2) DATOS DEL PACIENTE	
CURP: _____	
Nombre completo del paciente: _____	
Edad _____	Fecha de nacimiento: _____ Sexo _____ Embarazo _____
Diagnóstico: _____	Hospitalizado: SI _____ NO _____
Domicilio: _____	
Municipio: _____ Estado: _____ C.P. _____	
Telefono: _____	
(3) DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE	
Fecha de envío de la muestra: _____	
Institución solicitante: _____	
Domicilio: _____	
Municipio: _____ Estado: _____ C.P. _____	
Telefono: _____	
Nombre del médico solicitante _____	
Cédula y firma del médico solicitante _____	
(4) DIAGNOSTICO SOLICITADO	
Impresión Diagnóstica: _____	
Estudio Solicitado: _____	
Tipo de muestra que envía para el análisis: _____	
(5) INFORMACION PARA EL DIAGNOSTICO	
Estudios realizados previamente: _____	
Resultados obtenidos: _____	Fecha de realización: _____
Fecha de inicio de síntomas: _____	Fecha probable del riesgo: _____
Factores de riesgo: _____	
(6) Fecha y folio de recepción de muestra: _____	
(7) Nombre y firma de persona que envía _____	(8) Nombre y firma de persona que recibe muestra _____

Instrucciones de llenado:

1. Registrar la fecha y hora en la que se realizó la toma de muestra.
2. Todos los datos solicitados en este apartado deberán de ser llenados con la información del paciente: CURP, Nombre completo, Edad, Fecha de nacimiento, Sexo, en Embarazo colocar el número de semanas de gestación en caso de aplicar, de lo contrario colocar "No" si la paciente no está embarazada o "No aplica" en el caso de los hombres, Diagnóstico, si está Hospitalizado(a), Domicilio completo, registrando el Municipio, Estado y CP, así como un número de teléfono.
3. Llenar los campos con la información del médico solicitante, incluyendo: Fecha que envía la muestra, Institución solicitante, Domicilio de la Institución solicitante, Municipio, Estado y CP. Incluir un teléfono de contacto, así como el nombre completo del médico adscrito, su cédula y firma.
4. Registrar la siguiente información: Impresión diagnóstica, el estudio requerido y el tipo de muestra que envía para realizar el análisis.
5. En esta apartado se recaba información útil para establecer el diagnóstico como lo es: Estudios realizados previamente, ej. Prueba rápida para VIH, el resultado obtenido de dichos estudios realizados y la fecha en la que se le realizaron. En caso de que el paciente presente síntomas, indicar la fecha de inicio, la fecha en la que se tuvo el contacto de riesgo y los factores de riesgo a los que estuvo expuesto.
6. En este apartado el personal del CEDA coloca la fecha en que recibió la muestra y el folio que se le asignó en el momento de su registro en el Nrlab.
7. Colocar el nombre y firma de la persona que envía la muestra.
8. Colocar el nombre y firma de la persona del CEDA que recibe la muestra.

Anexo 4. Formato único para el envío de muestras biológicas REMU-F-12/6.



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 779 Col. Lomas de Plateros C.P. 06460
Tel: (5255) 5062-1600 ext. 89386 Fax: (5255) 6383-0043
www.gob.mx/salud indre@salud.gob.mx

FORMATO ÚNICO PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS
DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

REM-F-026

No. de paquete:	Fecha de envío:
Institución solicitante:	
Calle:	Colonia:
Municipio:	Estado: <u>Seleccionar</u> C.P.:
Teléfono:	Fax: (indispensable) E-mail:
Nombre del médico solicitante:	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y/o Referencia:	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Domicilio:	Colonia:		
Estado: <u>Seleccionar</u>	Municipio:	Localidad:	C.P.:
Fecha de nacimiento:	o Edad: Años Meses Días	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	CURP:
Entidad de nacimiento: <u>Seleccionar</u>	Nacionalidad:	Hospitalizado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Situación: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerto

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA

Justificación del envío:	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Control de calidad	Tipo de Vigilancia:	<input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> Brote <input type="checkbox"/> Contingencia
Origen:	<input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Ambiental		
Tipo de muestra:	<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Orina <input type="checkbox"/> Cepa <input type="checkbox"/> Hisopo <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Espudo <input type="checkbox"/> Cerebro <input type="checkbox"/> Hemocultivo		
	<input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Exudado faríngeo <input type="checkbox"/> Exudado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Biopsia <input type="checkbox"/> Laminilla <input type="checkbox"/> Gargarismo <input type="checkbox"/> Impronta		
	<input type="checkbox"/> Sangre <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tejido cerebral <input type="checkbox"/> Piel cabelluda <input type="checkbox"/> Lavado nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Agua		
Heces:	<input type="checkbox"/> Sólidas <input type="checkbox"/> Pastosas <input type="checkbox"/> Líquidas		
Otras:			
Cantidad o volumen:	Fecha de toma:	Fecha de inicio de síntomas:	

DIAGNÓSTICO SOLICITADO

Impresión diagnóstica:
Estudio solicitado:
Clave Descripción

INFORMACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO

Estudios realizados previamente:	
Vive en zona endémica:	¿Se presentó algún tipo de parálisis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de inicio de la parálisis:	¿Ha estado en contacto con casos similares? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora
En caso afirmativo indique la fecha: y el lugar geográfico	
¿Efectuó algún viaje los días previos al inicio de la enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos días antes?	
Especifique los lugares visitados:	
Ingestión de lácteos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?:	Ingestión de carne de res o cerdo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Exposición con animales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especie animal:	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

En casos de sospecha de RABIA conteste lo siguiente: ¿Sufrió agresión por parte de algún animal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de la agresión:	
Especie agresora:	
Sitio anatómico de la lesión:	Núm. de personas que estuvieron en contacto con el animal:
Edad del animal:	Fecha de muerte del animal:
Causa de la muerte:	
Tipo de vacuna:	Fecha de última dosis:
No. de caso:	
Datos clínicos del animal: <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Fotofobia <input type="checkbox"/> Aerofobia <input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Salivación profusa <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Agresor <input type="checkbox"/> Víctima	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL DIAGNÓSTICO

<p>En caso de sospecha de Tuberculosis conteste lo siguiente:</p> <p>¿Ha recibido tratamiento antituberculosis? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo indique cual(es):</p> <p><input type="checkbox"/> Estreptomina <input type="checkbox"/> Isoniacida <input type="checkbox"/> Rifampicina <input type="checkbox"/> Etambutol</p> <p><input type="checkbox"/> Pirazinamida <input type="checkbox"/> Etonamida <input type="checkbox"/> Otras: _____</p> <p>Fecha última toma: _____</p> <p>Antecedentes citopatológicos:</p> <p>Tipo de revisión: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Después de 3 años <input type="checkbox"/> Subsecuente</p> <p>Actividad sexual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Edad de inicio: _____</p> <p>Número de parejas sexuales: _____</p> <p>Antecedentes de Vacunación para VPH: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Fecha de vacunación: _____</p> <p>Sintomatología: <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Secreción y/o Leucorrea</p> <p>Situación Gineco-obstétrica: <input type="checkbox"/> Puerperio o postparto <input type="checkbox"/> Postmenopausia</p> <p><input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Uso de hormonas <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Embarazo actual</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico <input type="checkbox"/> Tratamiento colposcópico previo <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p>Factores de riesgo para infección por VIH:</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Transfusión <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hijo de madre infectada</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Sexo servidor(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de droga IV <input type="checkbox"/> Número de parejas _____</p> <p>Fiebre:</p> <p>Fecha de inicio: _____ Temperatura: _____</p> <p>Duración: _____ Días Periodicidad: _____</p> <p>Signos y síntomas generales:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Artralgias</p> <p><input type="checkbox"/> Escalofrío <input type="checkbox"/> Mialgias <input type="checkbox"/> Sudoración profusa <input type="checkbox"/> Postración <input type="checkbox"/> Náuseas</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor retroocular <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual <input type="checkbox"/> Conjuntivitis</p> <p><input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Presencia de quiste/nódulo <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Geofagia</p> <p><input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Lesión en mucosas <input type="checkbox"/> Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Esplenomegalia</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Linfadenopatía (Cervical, Supradavicular o Retroauricular)</p> <p>Exantema y piel:</p> <p><input type="checkbox"/> Macular <input type="checkbox"/> Papular <input type="checkbox"/> Eritematoso <input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/> Pústula <input type="checkbox"/> Úlcera</p> <p><input type="checkbox"/> Costra <input type="checkbox"/> Presencia de nódulos <input type="checkbox"/> Koplik <input type="checkbox"/> Chagoma de inoculación</p> <p>Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____</p> <p>Respiratorios:</p> <p><input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Rinitis <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Dolor o ardor de garganta</p> <p><input type="checkbox"/> Disfonía <input type="checkbox"/> Faringitis <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Neumonía</p> <p><input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Apneas <input type="checkbox"/> Tos productiva <input type="checkbox"/> Hemoptisis <input type="checkbox"/> Coriza</p> <p>Cardiovascular:</p> <p><input type="checkbox"/> Miocarditis <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Pericarditis <input type="checkbox"/> Vasculitis <input type="checkbox"/> Flebitis</p> <p>Sistema Nervioso Central:</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Incoordinación <input type="checkbox"/> Cambios de conducta <input type="checkbox"/> Fotofobia</p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Paranoia <input type="checkbox"/> Alucinaciones</p> <p><input type="checkbox"/> Hidrofobia <input type="checkbox"/> Calorificaciones <input type="checkbox"/> Hipertensión endocraneal <input type="checkbox"/> Coma</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio del ciclo circadiano</p> <p>Genito urinario:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor durante la micción <input type="checkbox"/> Uretritis <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal</p> <p>Lesiones en genitales: <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Vasiculas</p> <p><input type="checkbox"/> Chancro <input type="checkbox"/> Chancroide <input type="checkbox"/> Flujo vaginal <input type="checkbox"/> Embarazo</p> <p>Fecha de última regla: _____</p> <p>Semanas de gestación: _____</p>	<p>Gastrointestinal:</p> <p><input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Tenesmo</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrea recurrente <input type="checkbox"/> Diarrea sanguinolenta <input type="checkbox"/> Mucosa</p> <p>Consistencia de diarrea: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Prolongada (>1 sem.)</p> <p>- No. de evacuaciones en las últimas 24 horas: _____</p> <p>- No. de evacuaciones en los últimos 15 días <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>- No. de cuadros diarreicos durante el año: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Deshidratación: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa</p> <p>Num. de vómitos en las últimas 24 hrs. _____ Num. de días con vómito: _____</p> <p>Ha expulsado lombrices: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de expulsión: _____</p> <p>Ha expulsado proglótidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de expulsión: _____</p> <p>Estadio de la enfermedad</p> <p><input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Sintomático <input type="checkbox"/> Asintomático <input type="checkbox"/> Localizado</p> <p><input type="checkbox"/> Diseminado <input type="checkbox"/> Recaída <input type="checkbox"/> Convaleciente <input type="checkbox"/> Defunción</p> <p>Otros: _____</p> <p>Hemorragias y otras alteraciones hematológicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Fragilidad capilar <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Gingivorragia <input type="checkbox"/> Epistaxis</p> <p><input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Rectorragia <input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Metrorragia</p> <p><input type="checkbox"/> Shock <input type="checkbox"/> Plaquetopenia <input type="checkbox"/> Hemocentración <input type="checkbox"/> Eosinofilia</p> <p>Tratamiento:</p> <p>¿Ha recibido tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál? _____</p> <p>Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____</p> <p>Dosis: <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Especial</p> <p>Especifique: _____</p> <p>Antecedentes vacunales:</p> <p>Tipo de vacuna: _____</p> <p>Fecha de primera vacuna: _____</p> <p>Fecha de última dosis: _____</p> <p>Notas adicionales:</p> <p>(Resultados de laboratorio y gabinete importantes en el caso)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Fuente de información:</p> <p><input type="checkbox"/> Registro hospitalario <input type="checkbox"/> Vig. Epid. Activa <input type="checkbox"/> Certificado de defunción</p> <p>Servicios de atención:</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Hidratación oral <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Hospitalización</p> <p>Motivo del término de la atención:</p> <p><input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Alta voluntaria <input type="checkbox"/> Defunción</p> <p>Fecha de término de la atención: _____</p> <p>Observaciones:</p> <p>A) No se recibirá muestra alguna si no viene acompañada de este formato</p> <p>B) Verificar que el nombre del paciente sea el mismo en la muestra que en este formato</p> <p>C) Utilizar letra de molde en el formato y en la etiqueta de la muestra</p> <p>D) La muestra debe identificarse utilizando una cinta de tela adhesiva, escrita con lápiz donde se incluyan los datos relevantes del caso como:</p> <p>- Nombre o clave, diagnóstico presunto, fecha de toma, tipo de muestra indicando también si es la 1a, 2a, 3a, etc. Si es cepa anotar la fecha de siembra y el tipo de muestra.</p> <p>E) Enviar la muestra adecuada y en cantidad suficiente al estudio solicitado</p> <p>F) No se recibirán muestras en envases de cristal</p> <p><input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Imprimir"/></p>
--	--

Anexo 5. "Comprobante de cita" FOR-TC-015-C-CEDA

HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO
"Centro Estatal de Diagnóstico Automatizado"
E.B.C. Laura E. Cárdenas Rodríguez Ced. Prof. 12199539
José Antonio García Jimeno No. 1000 Col. Exhacienda La Capilla Tel. 4424300043

Matriz
FOR-TC-015-C-CEDA

COMPROBANTE DE CITA

Nombre: [REDACTED] No. de cita: **10517**
Fecha: [REDACTED]
Servicio: [REDACTED]
Cedula: [REDACTED]
Capturó: [REDACTED]

Día de la Cita: **17/11/2021** Hora de la Cita **7:00 A.M**

☐ Cumple requisitos preexamen Flebotomista: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Lista de Estudios:

LDH
PRUEBAS FUNCION HEPATICA
BIOMETRIA HEMATICA
QUIMICA SANGUINEA 3 ELEMENTOS

INDICACIONES: FAVOR TRAER RECIBO DE PAGO O EXCENTO DE PAGO

1 PRESENTARSE EN ESTADO BASAL (BIEN DESCANSADO, BIEN HIDRATADO Y EN AYUNO DE 8 HORAS).

Una vez que se me ha explicado el procedimiento de toma de muestra (según los estudios solicitados por el médico), sus riesgos y beneficios, doy mi consentimiento para someterme de manera voluntaria a dicho(s) procedimiento(s).

Anexo 6. Formato para la recepción de muestras en el Centro Estatal de Diagnostico Automatizado (Unidades Remotas)

SECRETARIA DE SALUD - SESEQ
HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO
HOSPITAL GENERAL DE QUERETARO

FORMATO PARA RECEPCION DE MUESTRAS EN EL CENTRO ESTATAL DE DIAGNOSTICO AUTOMATIZADO (UNIDADES REMOTAS)

FOR-TC-043-CEDA

UNIDAD QUE ENVIA	HOSPITAL GENERAL DE JALPAN DE SERRA
FECHA DE ENVIO	

#FOLIO	#CURP	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD NACIMIENTO	SEXO	DIAGNOSTICO	ESTUDIOS SOLICITADOS	FOLIO CEDA
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Anexo 7. Etiqueta

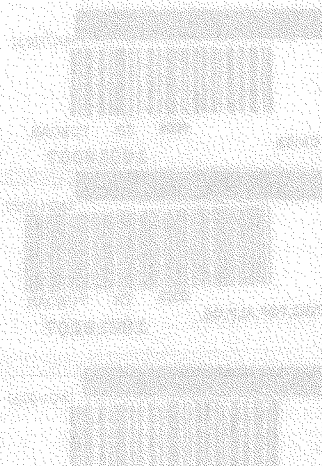
[Redacted]		18/01/2022
		
CA163,	0008 TM TUBOAM	18018007
[Redacted]		
18/01/2022		
		
TGD,TGP,ALP,QS,	0008 TM TUBOAM	18018007
[Redacted]		
18/01/2022		
		
BH,	0008 TM TUBOLI	18018007

Anexo 8. Ficha para recoger resultados.

RESULTADOS DE IIAM A IPM
18018007

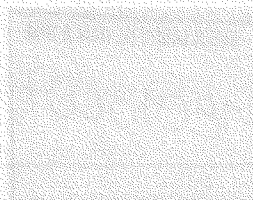
[Handwritten signatures and initials]

Área 1: Español



Libros

Área 2: Otras lenguas indígenas



Handwritten signature or initials in the bottom left corner, possibly reading 'L. J.' or similar.