



Formato de Evaluación de Riesgo de Infecciones Hantavirales

M Pacheco-Cortez, SE Guerra-Palomares, CA García-Sepúlveda (11/dic/2023 v9.0)

Datos de identificación y muestreo

Folio HFRS - Fecha entrevista: Hora:

Nombre del entrevistado:

Fecha de nacimiento: Sexo: Fem Masc Edad:

Adscripción actual:

Tel. celular: Entrevistador:

Fecha toma de muestra de suero:

Ocupación: Investigador Estudiante Laboratorista Técnico de bioterio Intendencia

Profesión: Médico Biólogo Veterinario Químico Agrónomo Zoólogo
 LCAS Geólogo Topógrafo Constructor Militar Jornalero
 Arqueólogo Paleontólogo Ecólogo Ing. Minas Constructor
 Ag. forestal Pепенador Guía ecoturismo Recolector basura
Otra:

Evaluación de exposición a roedores domésticos

Ha observado evidencia de roedores (carcasas, excretas, manchas orina, material mordido): No Sí

↳ En caso de haber respondido si, indique el tipo: Rata Ratón Hámster Cuyo/Cobayo

↳ ¿Primera ocasión (a/m/s/d)? ¿Última ocasión (a/m/s/d)? ¿Es su hogar actual? No Sí

¿Aplica medidas de control de roedores? No Sí Tipo: Snap Cebo Adhesivas Captura viva

Ubicación del domicilio: Urbano Suburbano Rural

Tipo de construcción: Madera Ladrillo / block Adobe Choza Improvisada

¿Ha tenido roedores mascota? No Sí: → Rata Ratón Hámster Cuyo/Cobayo

↳ ¿Desde hace cuántos (a/m/s/d)? ¿Último contacto hace (a/m/s/d)?

¿Crianza de roedores? No Sí

¿Comercio de roedores? No Sí

¿Intercambio de roedores? No Sí





Evaluación de exposición a roedores silvestres en actividades recreativas

	Nunca	Años de experiencia	Evidencia de roedores
Campismo con tienda de campaña	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Campismo sin tienda de campaña	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Senderismo (sin acampar)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Espeleología (cuevas)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ciclismo de montaña	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Maratones campo-travesía	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alojamiento en cabañas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Evaluación de exposición ocupacional a ratas de laboratorio

No aplica, no refiere contacto alguno

¿Cuántos años ha trabajado con roedores (a/m/s/d)?

Cuando fue la última vez (a/m/s/d)?

Tipo de roedores: Ratas Ratones Hamster Cuyos/cobayos Otros

Durante este tiempo ha participado en actividades de...

Manipulación externa de roedores de laboratorio. No Sí

Sondeo, inyección, toma de muestras o marcaje. No Sí

Cirugía, disección o necropsia. No Sí

Procesamiento de tejidos y órganos ex-vivo. No Sí

Manipulación de carcacas de roedores No Sí

Manipulación o limpieza de jaulas en bioterio o laboratorios No Sí

Transporte de animales vivos en cabina de ocupantes de vehículo No Sí

Transporte de animales muertos en cabina de ocupantes de vehículo No Sí

Trabaja en laboratorio que alberga roedores sin contacto directo No Sí

¿Utiliza equipo de protección (bata, overol, guantes, N95 y goggles) durante estas actividades?: No Sí

¿Agredido por roedores? No Rasguños Mordidas 1ra ocasión: Última:





Evaluación de exposición ocupacional a roedores silvestres

No aplica, no refiere contacto alguno

¿Cuántos años ha trabajado con roedores (a/m/s/d)? Cuando fue la última vez (a/m/s/d)?

Tipo de roedores: Ratas Ratones Hamster Cuyos/cobayos Otros

Durante este tiempo ha participado en actividades de...

- Manipulación externa de roedores silvestres. No Sí
- Sondeo, inyección, toma de muestras o marcaje. No Sí
- Cirugía, disección o necropsia. No Sí
- Procesamiento de tejidos y órganos ex-vivo. No Sí
- Manipulación de carcasas de roedores No Sí
- Manipulación o limpieza de jaulas en campo No Sí
- Transporte de animales vivos en cabina de ocupantes de vehículo No Sí
- Transporte de animales muertos en cabina de ocupantes de vehículo No Sí
- Trabaja en laboratorio que alberga roedores sin contacto directo No Sí

Ha participado en actividades de construcción, mantenimiento o reparación de...

- Carreteras No Sí
- Parques / jardines No Sí
- Maquinaria agrícola No Sí
- Cabañas No Sí
- Puentes, túneles No Sí
- Prospección (agua o minerales) No Sí
- Basura No Sí
- Jornalero No Sí
- Distribución eléctrica No Sí

¿Utiliza equipo de protección (bata, overol, guantes, N95 y goggles) durante estas actividades?: No Sí

¿Agredido por roedores? No Rasguños Mordidas 1ra ocasión: Última:

Sitio de exposición: Urbana Suburbana Rural Silvestre

Ha observado evidencia de roedores (carcasas, excretas, orina, material mordido): No Sí

Capacitación en bioseguridad Nula Básica Avanzada (Curso) Especializada (Certificada)

Capacitación en manejo de roedores: Nula Básica Avanzada (Curso) Especial (Certificado)





Antecedentes personales patológicos

Síntoma	No	Sí	Hace cuanto (a/m/s/d)
COVID-19 confirmado por prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Influenza confirmada por prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad respiratoria con prueba de influenza o COVID negativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad respiratoria (que requirió atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tos intensa (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor torácico (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ documentada (no asociada a gripa o gastroenteritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cefalea (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores musculares (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores articulares (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de espalda (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor abdominal (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea, náuseas o vómito (que requirió medicamento u atención médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomito con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Petequias, equimosis o hematomas (espontáneos y no-traumáticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado de encías, nariz, ojos u oídos (no-traumático)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sangrado transvaginal anormal (mayor en volumen / duración)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Melena o hematoquexia (Evacuaciones negras tipo moronga o c/sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hematuria (sangre en orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ictericia, coluria, acolia, hepatitis viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confusión o desorientación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exantema y fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exantema sin fiebre (no alérgico o dermatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hospitalizaciones por enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Pulmonar aguda (neumonía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad Pulmonar crónica (EPOC, bronquitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial sistémica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dengue, Malaria, Paludismo, Zika o Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIH o SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otros referidos:





Ingesta crónica de medicamentos

Medicamento	No	Sí	Años Tx
Esteroides (Hidrocortisona, cortisona, prednisona, dexametasona, betametasona).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inmunomoduladores (Ciclosporina, tacrolimus, sirolimus, azatioprina, micofenolato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anticuerpos monoclonales (Infliximab, adalimumab, etanercept, rituximab)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quimioterapéuticos (Ciclofosfamida, fosfamida, cisplatino, metotrexate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Tipo de exposición de riesgo identificada:

Doméstico Mascotas Ratas de laboratorio Roedores silvestres

Resultados de tamizaje de hantavirus

	ELISA		RT-PCR							
	IgG	IgM	SEOV	SNV	LSCV	MTNV	ELMCV	HUIV	MULV	OROV
Neg										
Pos										

Estudio	Resultado	Rango normal	Estudio	Resultado	Rango normal
Eritrocitos		3.5-5.5 millones/mm ³	Glucosa		75-125 mg/dL
Hemoglobina		11-17 g/dL	Bilirrubina		0.8-1 mg/dL
Hematocrito		39-54 %	Cetonas		5-10 mg/dL
CMHC		30-34 g/dL	Sangre		10-15 RBC/uL
VSM		80-97 pg	Proteínas		15-30 mg/dL
HCM		26.5-33-5 pg	Nitritos		0.05-0.1 mg/dL
Plaquetas		150-400 miles/mm ³	Leucocitos		20-25 WBC/uL
Leucocitos		5-10 miles/mm ³			
Linfocitos		25-40 %	ALT/TGP		0-41 U/L
Monocitos		4-10 %	AST/TGO		0-40 U/L
Eosinófilos		0-4 %			
Basófilos		0-1 %	TP		≤ 13"
Bandas		0-3 %	TPT		25 – 33"
Segmentados		50-75 %			

