

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO**

CIRCULAR-N°016-SGSP-DRLC-2026

PARA: Directores Médicos Regionales de Salud
Jefes Regionales de los Laboratorios Clínicos
Directores de Hospitales Públicos y Privados
Director Ejecutivo Nacional de los Servicios y Prestaciones - Caja de Seguro Social
Director del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud
Subdirector General de Salud de la Población
Director de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMELYCF)
Coordinador de Epidemiología (IMELYCF)
Coordinadores de Epidemiología Regionales
Coordinadores de Epidemiología de Hospitales Públicos y Privados
Coordinador General del Programa Ampliado de Inmunización
Departamento de Epidemiología Caja de Seguro Social
Departamento Nacional de Atención Integral a la Población y Secciones

PC: 
Dr. Pedro Contreras
Subdirector General de Salud de la Población

DE: 
Mgtr. David J. Cortés
Jefe del Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico



ASUNTO: INDICACIONES PARA TOMA DE MUESTRA DE SARAMPION.

FECHA: 20 de abril de 2026.

El Departamento de Regulación de Laboratorio Clínico, a través de la Subdirección General de Salud de la Población, brinda indicaciones para la toma de muestra de sarampión.

Se deben tomar las siguientes muestras:

1. Suero en tubo de química o serología.
2. Hisopado nasofaríngeo recolectado en transporte viral (MTV).
3. Orina preferiblemente estéril.

Las muestras deben enviarse a temperatura de 4 - 8 grados Celsius debidamente identificadas con nombre, apellidos y formulario de notificación e investigación de casos sospechosos el cual se adjunta.

El horario de entrega de las muestras en el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud será de 7:00 am - 1:30 pm, en caso de urgencia notificar por correo electrónico (modularcovid@gorgas.gob.pa) o vía telefónica (527-4800) a Virología del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, las muestras deben ser enviada en un tiempo de 24 horas.

Me despido de ustedes.

Atentamente,

Ideb

Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas
Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBÉOLA
y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.

Llene esta ficha para: Toda persona en quien un trabajador de salud sospeche sarampión o rubéola o que presente fiebre y exantema. Durante el primer contacto el trabajador de salud debe hacer todo lo posible para obtener datos epidemiológicos y clínicos y una muestra de sangre, ya que podría ser el único contacto con el paciente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Otra enfermedad eruptiva, 8=Enfermedad no eruptiva, 99=Desconocido

No. Caso: _____

Nombre de la institución que notifica: _____

Detectado por: 1=Consulta, 2=Laboratorio, 3=Búsqueda institucional, 4=Búsqueda de casos en la comunidad, 5=Investigación de Contacto, 6=Casos reportados en la comunidad, 88=Otros 99=Desconocido

Notificado por: _____

Fecha de Consulta: ____/____/____ Fecha de Notificación Local: ____/____/____

Fecha de Notificación Regional: ____/____/____

Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ Tipo de Sector de Institución que notifica 1=Público, 2=Privado, 88=Otro, Especifique

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____

Nombre de la madre o responsable: _____

Cédula/Exp: _____ Región: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección del Paciente: _____

Ocupación del Paciente: _____

Referencia para localizar la casa: _____

Tipo de localidad: 1=Urbano
 2=Periurbano
 3=Rural

Dirección del trabajo o escuela: _____

Sexo del paciente: 1=Masculino
 2=Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____

Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ Años _____ Meses

III HISTORIA VACUNAL

Tipo de Vacuna*	Número de dosis**	Fecha de última dosis	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(*) 1=Antisarampión, 2=Antirrubéola, 3=Doble Viral (SR), 4=Triple Viral (SRP)

(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO

Signos y Síntomas

¿Fiebre? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, temperatura (grados): _____	Fecha del inicio de la fiebre: ____/____/____
¿Erupción? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si se conoce, duración de la erupción en días: _____	Fecha del inicio de la erupción: ____/____/____
¿Tos? <input type="checkbox"/>	¿Conjuntivitis? <input type="checkbox"/>	¿Coriza? <input type="checkbox"/>
¿Manchas de Koplik? <input type="checkbox"/>	¿Adenopatías? <input type="checkbox"/>	¿Artralgia? <input type="checkbox"/>
¿La paciente está embarazada? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Número de semanas de embarazo (01-42): _____	Lugar donde probablemente dará a luz: _____
¿Hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Nombre del hospital: _____	Fecha de admisión: ____/____/____ Expediente Médico # : _____
¿Defunción? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de defunción: ____/____/____	Causa básica de muerte: _____

Comentarios: _____

Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas
Formulario de Notificación e Investigación de casos sospechosos de SARAMPIÓN y RUBÉOLA y para el envío de muestras al laboratorio

Nombre del paciente: _____ Cédula/Exp: _____

V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO Tome una muestra de sangre, orina e hisopado de garganta.

Especímen			Prueba de Laboratorio							
Número muestra*	Tipo de muestra**	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab.	Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Fecha de Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de la muestra en Lab.	Tipo de prueba †	Antígeno ‡	Resultado §	Fecha de Resultado (Día/Mes/Año)
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /
		/ /		/ /	/ /					/ /

Si se detectó virus, especificar el genotipo: (Sarampión: A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1, H2. Rubéola: 1a, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1g, 2A, 2B, 2c)

Comentarios: _____

- (*) 1=Primera Muestra, 2=Segunda muestra, 3=Tercera muestra (si se justifica)
 (**) 1=Siero, 2=Aspirado/Hisopado nasofaríngeo, 3=Hisopado de la garganta, 4=Orina, 5=Líquido Cefaloraquídeo, 88=Otro
 (†) 1=IgM EIA/Indirecta, 2=IgM EIA/Captura, 3=Aislamiento Viral, 4=PCR, 5=IgM IF, 6=IgG EIA/Captura, 7=IgG IF, 8=HI
 (‡) 1=Sarampión, 2=Rubéola, 3=Dengue, 4=Parvovirus B19, 5=Herpes 6, 6=Enterovirus, 88=Otro
 (§) 0=Negativo, 1=Positivo, 2=Muestra inadecuada, 3=Indeterminada, 99=Desconocido (no hay resultado disponible)

VI INVESTIGACIÓN

¿Hubo búsqueda activa de casos? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa: _____
¿Tuvo el paciente contacto con una mujer embarazada? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Nombre: _____
¿Hay otros casos presentes en el municipio de residencia? <input type="checkbox"/>	1=Si, con Sarampión 2=Si, con Rubéola 3=Si, con ambos 4=No 99=Desconocido	
¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-23 días antes del inicio del exantema? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si viajó: Ciudades/Paises _____ Fecha de entrada (Día/Mes/Año) _____ Fecha de salida (Día/Mes/Año) _____
¿Fuente de contagio? 1=Contacto en casa, 2=Comunidad, 3=Centro de Salud, 99=Desconocido, 88=Otro _____		

VII MEDIDAS DE RESPUESTA

¿Hubo vacunación de bloqueo? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha de inicio: _____ Fecha Final: _____ Número de dosis durante la vacunación de bloqueo: _____
¿Hubo monitoreo rápido de cobertura? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, ¿Qué % de vacunados se encontró?: _____
¿Se hizo seguimiento de contactos hasta 30 días después de la erupción del caso? <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Si es cierto, Fecha del último día que se hizo seguimiento de contactos: _____

VIII CLASIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión 2=Rubéola 3=Descartado	Criterio para Confirmación: <input type="checkbox"/>	1=Laboratorio 2=Nexo Epidemiológico 3=Clínica	Criterio para Descartar: <input type="checkbox"/>	1=Sarampión/Rubéola IgM-neg 2=Reacción vacunal 3=Dengue 4=Parvovirus B19 5=Herpes 6 6=Reacción Alérgica 88=Otro diagnóstico (especifique)
Fuente de infección para casos confirmados: <input type="checkbox"/>	1=Importado 2=Relacionado a importación 3=Fuente desconocida 4=Autóctono	Si es importado, o relacionado a importación: País de importación: _____			
¿Contacto de otro caso?: <input type="checkbox"/>	1=Si 2=No 99=Desconocido	Contacto de (o nexo epidemiológico con) caso número: _____			
Clasificado por: _____		Fecha de clasificación final: _____			