

ANEXO 2. Formulario de solicitud de secuenciación

A enviar a Salud Pública⁴

PERSONA SOLICITANTE

Nombre y Apellidos
Centro sanitario

PACIENTE

Nombre y Apellidos		
Fecha de nacimiento	DNI	CIPA

MOTIVO DE SOLICITUD

Estudio <input type="checkbox"/>			
B.1.351 (Sudáfrica)	vínculo epidemiológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha PCR	Laboratorio de proceso
B.1.1.28 (Brasil)	vínculo epidemiológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha PCR	Laboratorio de proceso
Otra variante de Interés	vínculo epidemiológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha PCR	Laboratorio de proceso

Reinfección

Primera infección	PDIA diagnóstica PCR <input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígeno <input type="checkbox"/>	Fecha PDIA
	Laboratorio de proceso	Muestra conservada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Segunda infección	Fecha solicitud PCR	Laboratorio de proceso

Fallo vacunal

Fecha PCR	Laboratorio de proceso	
Primera dosis	Fecha	Marca Vacuna
Segunda dosis	Fecha	Marca Vacuna

OBSERVACIONES

--

⁴ Al correo electrónico de la Unidad Técnica del Área de Salud Pública correspondiente y a isp.epidemiologia@salud.madrid.org, sgepidemiologia@salud.madrid.org. Desde el Servicio de Epidemiología se enviará al laboratorio de referencia.