

**Complete los siguientes criterios para asegurarse de que su paciente cumpla con la definición de Persona bajo investigación (PUI) y sea aprobado para la prueba. Si no se cumplen los criterios, es posible que no se realicen las pruebas COVID-19. ¥**

**Criterio PUI**

Riesgo epidemiológico	&	Características clínicas
<input type="checkbox"/> Contacto cercano^ con una persona que tiene COVID-19 confirmado por laboratorio y desarrolló síntomas dentro de los 14 días posteriores al contacto  <input type="checkbox"/> Antecedentes de viaje^ dentro de los 14 días posteriores al inicio de los síntomas.  No se ha identificado <input type="checkbox"/> ninguna fuente de exposición.	<b>Y</b>	Al menos <b>dos</b> de los siguientes síntomas, sin un diagnóstico alternativo más probable: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fiebre *</li> <li><input type="checkbox"/> Escalofríos</li> <li><input type="checkbox"/> Temblores</li> <li><input type="checkbox"/> Mialgia</li> <li><input type="checkbox"/> Malestar</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor de garganta</li> <li>Enfermedad de las vías respiratorias inferiores (tos, falta de respiración o dificultad para respirar)</li> <li><input type="checkbox"/> Nuevos trastornos olfativos y gustativos</li> <li><input type="checkbox"/></li> <li><input type="checkbox"/> Diarrea</li> </ul>

\* Las personas fuera de este criterio de evaluación pueden ser consideradas para la evaluación. Esto incluiría a personas con síntomas tempranos inusuales, como una pérdida repentina del gusto o el olfato, o la aparición repentina de malestar con fiebre. Registre estos síntomas en la sección Información sobre síntomas y exposición del formulario de prueba de la enfermedad por coronavirus KDHE 2019 (COVID-19).

^ Estar dentro de 6 pies por un período prolongado (10 minutos o más) o tener contacto directo con secreciones infecciosas de un caso COVID-19 (por ejemplo, alguien tosiendo)

\* Fiebre medida de 100.4 ° F. La fiebre NO PUEDE ser subjetiva

§ El historial de viajes incluye viajes fuera de los EE. UU. A países con avisos de viaje (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/index.html>). viajes a estados con casos de COVID-19 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-in-us.html>), y asistencia a reuniones masivas (por ejemplo, conferencias, cruceros, conciertos, iglesias, otras reuniones).

# KDHE Prueba de Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)

- **Patients not meeting Person Under Investigation (PUI) criteria will be rejected.**
- Enter the form data into EpiTrax. Calling the hotline is no longer required.
- Include a copy of the form with the specimen shipment to KHEL.
- Forms with missing information will be rejected.

KDHE lab use only

KDHE lab use only

## PROVIDER INFORMATION

Facility Name: \_\_\_\_\_ KHEL Facility ID: \_\_\_\_\_ Clinician Name: \_\_\_\_\_

Facility Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

24/7 Phone Number for Positive Results (e.g., Hospital Lab, Infection Prevention): \_\_\_\_\_

Lab report delivery preference:  Fax #: \_\_\_\_\_  Secure Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

No. De Teléfono en Casa: \_\_\_\_\_ Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

No. De Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Etnicidad:  No-Hispano  Hispano  Desconocido

Raza:  Blanco  Negro  Asiático  Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawaii/Islas Pacíficas

## SPECIMEN COLLECTION AND SHIPPING INSTRUCTIONS

**\*\*See below for specimen collection and shipping instructions\*\***

**\*\*Samples collected or shipped not in accordance with below instructions will be unsatisfactory for testing\*\***

**NASOPHARYNGEAL SWAB** Collection Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM/PM **\*Collection Date is Required\***

An oropharyngeal swab is not required. Ensure specimen is closed tightly to avoid leaking while shipping.

## INFORMACIÓN DE SÍNTOMAS Y EXPOSICIÓN

Síntomas:  Fiebre: \_\_\_\_\_ °F/°C  Tos  Falta de Respiración  Neumonía  Insuficiencia Respiratoria Aguda

¿Inmunocomprometido?  Si, explique: \_\_\_\_\_  No

¿Condición médica crónica?  Si, explique: \_\_\_\_\_  No

¿Hospitalizado?  Si  No ¿Otros síntomas? \_\_\_\_\_

¿Exposición? \_\_\_\_\_

¿Empleador? \_\_\_\_\_

Lab performing test KHEL  Other  Specify: \_\_\_\_\_

**NOTE:** Non-hospitalized patients should remain in home isolation until laboratory results are available.





## KDHE Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Testing

### Specimen Collection and Shipping Instructions

- Fill out the above KDHE Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Testing Form above. Include a copy of the form with the specimen shipment. In addition, fax the form to 877-427-7318.
- Collect a nasopharyngeal (NP) swab using a synthetic fiber swab with plastic shaft (not wooden)
  - Insert swab into the nostril parallel to the palate. Leave the swab in place for a few seconds to absorb secretions. An instructional video for NP swab collection can be found at [KDHE COVID-19 webpage](http://www.kdheks.gov/coronavirus/) (www.kdheks.gov/coronavirus/).
- Label the specimen container with the patient's name and specimen type.
- The NP swab should be placed in 2-3 mL of Viral Transport Media (VTM). If VTM is not available, liquid Amies solution, sterile phosphate-buffered saline, or normal [sterile saline is acceptable](#).
- Ensure the specimen tube is tight and will not leak.
- Place NP swab into its own 95 kPa bag. Ensure that sufficient absorbent material is present in specimen transport bags.
- Place all specimens in resealable zip-top biohazard bag.
- Store specimens at 2-8<sup>0</sup>C until sent to Kansas Health and Environmental Laboratories
  - Specimens must be tested within 72 hours of specimen collection.