



INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL REGISTRO SEMESTRAL DE LABORATORIOS DE DETECCIÓN NEONATAL DEL PARAGUAY

Favor bajar el registro completar los campos y reenviarlo.

Ante cualquier duda en relación a la información a ser incluida, favor enviar un mensaje por correo electrónico a : piecito@piecito.org o llamar al 21 204 675.

A - IDENTIFICACION

1. Nombre del laboratorio: Nombre con el cual el laboratorio está registrado.
2. Código del laboratorio: corresponde a un número que le será proveído por el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística, el cual solo será conocido por uno de los miembros del programa, a utilizarse en evaluaciones grupales a fin de preservar la confidencialidad de la información.
3. Periodo del informe: de que mes a que mes se está informando, no olvidar que el informe debe corresponder a un semestre.
4. El laboratorio procesa las muestras SI NO
5. El laboratorio extrae muestras y remite SI NO

B- DATOS CUANTITATIVOS DEL LABORATORIO ESPECIALIZADO

(Del primero al último día útil del semestre correspondiente)

MUESTRAS / TEST

TOTAL DE RECIEN NACIDOS ESTUDIADOS
(HASTA 14 DÍAS DE VIDA)

TEST REALIZADOS

TABLA B.1

6. ANÁLISIS		7. CANTIDAD Y METODOLOGÍA	
1	PKU	1	
2	T4libre (Suero)	2	
3	T4neo (Papel Filtro)	3	
4	TSH (Suero)	4	
5	TSHneo (Papel Filtro)	5	
6	IRT	6	
7	TSHneo (Suero)	7	
8	G6PD	8	
9	17 α OHPG	9	
10	Gal	10	
11	Otros	11	

Especificar para cada estudio que se realice en el laboratorio la cantidad en números de recién nacidos hasta los 14 días de vida y la metodología utilizada.
En caso de que realice otros estudios favor agregar al listado.



ESTUDIOS TARDÍO Y CONFIRMATORIO

TABLA B.2.

ANÁLISIS	CANTIDAD TARDÍO*	MOTIVO METODOLOGIA
PKU (Papel Filtro)	1.	1.
T4 (Papel Filtro)	2.	2.
TSH (Papel Filtro)	3.	3.
IRT (Papel Filtro)	4.	4.
TSH (Suero)	5.	5.
T4 libre (Suero)	6.	6.
TBG (Suero)	7.	7.
17 α OHPG	8.	8.
Gal	9.	9.
TEST DEL SUDOR	10.	10.

* Se considera que un estudio es tardío cuando la edad del niño o niña en el momento de la toma de muestra fuese mayor a los 15 días de vida.

En el caso del test del sudor, cuando esta fuese superior a los 30 días de vida.

TABLA B.3.*

ANÁLISIS	CANTIDAD CONFIRMATORIOS	CASO (+)	EDAD	METODO UTILIZADO
PKU (Papel Filtro)	1.	1.	1.	1.
T4 (Papel Filtro)	2.	2.	2.	2.
TSH (Papel Filtro)	3.	3.	3.	3.
IRT (Papel Filtro)	4.	4.	4.	4.
TSH (Suero)	5.	5.	5.	5.
T4 libre (Suero)	6.	6.	6.	6.
TBG (Suero)	7.	7.	7.	7.
17 α OHPG	8.	8.	8.	8.
Gal	9.	9.	9.	9.
TEST DEL SUDOR	10.	10.	10.	10.
OTROS	11.	10.	11.	11.

* Se desea conocer los casos confirmados, así como la edad en el momento de la confirmación y el método por si este fuese diferente al de tamizaje.

Obs.: Informar de forma desglosada, una tabla por cada caso confirmado



TEST DE CONTROL DE PACIENTES

Correspondiente al semestre informado

TABLA B.4.

ANÁLISIS	CANTIDAD
PKU	1.
TSH (Suero)	2.
T4 libre (Suero)	3.
Otros	4.

Conocer el número de pacientes que resultaron positivos y están bajo control, esto en especial en aquellos sitios donde tanto el análisis como el seguimiento se realiza en el mismo lugar

RECONVOCADOS *

TABLA B.5.

MOTIVOS	CANTIDAD
POR RESULTADO ALTERADO DE PKU	1.
POR RESULTADO ALTERADO DE HC	2.
POR RESULTADOS ALTERADO DE FQ.	3.
POR COLECTA PRECOZ (-24)	4.
POR MUESTRA INADECUADA	5.
POR MATERIAL INSUFICIENTE	6.
POR INFORMACIÓN INCOMPLETA	7.
POR NO ELUIR	8.
PREMATUREZ	9.
OTRO MOTIVO ESPECIFICAR	10.
TOTAL	11.

* Recién nacidos reconvocados : Existe un grupo de muestras donde los pacientes son reconvocados, pero no porque sean francamente positivos como para ingresar al grupo de confirmación, sino en algunos casos porque la muestra es borderline o es insuficiente, o algunos de los motivos que se especifican.

EDAD DEL RECIÉN NACIDOS EN LA FECHA DE COLECTA

TABLA B.6.

Edad	Cantidad	
*Desde:	1.	
HASTA 7 DÍAS	2.	
ENTRE 8 Y 14 DÍAS	3.	
ENTRE 15 Y 30 DÍAS	4.	
CON MÁS DE 30 DIAS	5.	
OTRO	6.	



* Especificar la edad mínima a partir de la cual la muestra puede ser extraída y luego especificar la cantidad, esto es válido solo para el **punto 1. Hasta 7 días.**

C. MARCAR LO QUE CORRESPONDA

C1. TIEMPO MEDIO TRASCURRIDO ENTRE LA COLECTA Y LLEGADA AL LABORATORIO PARA SU

PROCESAMIENTO: 0-5 DIAS 6-10 DIAS 11-15 DIAS 16-20 DÍAS
21-29 DIAS MAS DE 30 DIAS

C2. TIEMPO MEDIO TRASCURRIDO ENTRE LA LLEGADA AL LABORATORIO Y SU PROCESAMIENTO:

0-5 DIAS 6-10 DIAS 11-15 DIAS 16-20 DÍAS
21-29 DIAS MAS DE 30 DIAS

C3. TIEMPO MEDIO TRASCURRIDO ENTRE EL PROCESAMIENTO Y LA EMISIÓN DE RESULTADOS:

0-5 DIAS 6-10 DIAS 11-15 DIAS 16-20 DÍAS
21-29 DIAS MAS DE 30 DIAS

D- BUSCA ACTIVA DEL LABORATORIO CONTROL DE LOS RECONVOCADOS

TABLA D.1.

SITUACIÓN DE LOS RECONVOCADOS	CANTIDAD
RECONVOCADOS PENDIENTES DEL MES ANTERIOR	1.
(+) NUEVOS RECONVOCADOS DEL MES	2.
(-) CASOS QUE RETORNARON EN EL MES	3.
(=) CASOS PENDIENTES	4.

D.2. TIEMPO MEDIO RECORRIDO ENTRE LA EMISIÓN DE RESULTADOS Y EL RETORNO DE LOS RECONVOCADOS:

0-5 DIAS 6-10 DIAS 11-15 DIAS 16-20 DÍAS
21-29 DIAS MAS DE 30 DIAS



E – REFERENCIA DEL LABORATORIO ESPECIALIZADO

TABLA E.1.

DETERMINACION	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA	METODOLOGIA	MARCA REACTIVO
Phe	1	1	1	1
T4libre (suero)	2	2	2	2
T4neo (papel filtro)	3	3	3	3
TSH suero	4	4	4	4
TSHneo (papel Filtro)	5	5	5	5
IRT	6	6	6	6
TSHneo (Suero)	7	7	7	7
G6PD	8	8	8	8
17αOHPG	9	9	9	9
TBG (suero)	10	10	10	10
TEST DEL SUDOR	11	11	11	11

F – DATOS CUANTITATIVOS DEL LABORATORIO DE BIOLOGIA MOLECULAR

(DEL PRIMERO AL ULTIMO DIA UTIL DEL SE MESTRE)

TABLA F.1.

ANALISIS DE ADN	CANTIDAD
PARA FIBROSIS QUÍSTICA	1.

G. Datos Cuantitativos de los ambulatorios especializados

(DEL PRIMERO AL ULTIMO DIA UTIL DEL SEMESTRE)

G – CONSULTAS

TABLA G.1.

TOTAL DE CONSULTAS	CASOS NUEVOS	RETORNO
FENILCETONURIA	1	1
HIPOTIROIDISMO CONGENITO	2	2
FIBROSIS QUÍSTICA	3	3
OTRAS	4	4



H- CASOS POSITIVOS CONFIRMADOS EN EL SEMESTRE FENILCETONURIA

Se solicita las iniciales y la fecha de nacimiento a fin de corroborar que los casos no estén duplicándose y para ir teniendo una proyección de los pacientes, para apoyar con los medicamentos que provee el Ministerio de Salud en base a un registro confiable de pacientes.

Esta información será manejada de manera confidencial.

TABLA H.1.

111. INICIALES DEL NOMBRE COMPLETO	FECHA NAC	Phe (1)	Phe(2)	Obs.
1				
2				
3				
4				

HIPOTIROIDISMO CONGENITO

TABLA H.2.

INICIALES DEL NOMBRE COMPLETO	FECHA NAC	T4neo o TSHneo	T4libre	TSH	Obs.
1					
2					
3					
4					
5					

FIBROSIS QUÍSTICA

TABLA H.3.

INICIALES DEL NOMBRE COMPLETO	FECHA NAC	IRT	ADN (DF 508)	ADN Otro	Obs.
1					
2					
3					
4					



I. CONTROL DE CALIDAD

1. Participa de algún control de Calidad si no

2. Realiza un Control de Calidad si no

3. Indicar el Nombre de la entidad con la cual participa,
y la frecuencia del mismo

Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

I- SUGERENCIAS Y DIFICULTADES ENCONTRADAS EN EL PERIODO

Observaciones:.....

Responsable del Registro por el Laboratorio:.....

Fecha de emisión del informe:

Apreciado/a Señor/a Encargado/a del Registro Semestral:

Muchas gracias por participar y por permitirnos brindar un mejor servicio y contar con más medicamentos para el tratamiento de nuestros niños y niñas.

Dra. Marta Ascurra
PPFQRM