

Anexo 1A. Formato de evaluación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

- A partir del día primero de junio de 2022, los establecimientos con licencia sanitaria para donación y/o trasplante ya no deberán enviar el reporte mensual de la evaluación del presente semáforo de riesgo.
- En caso de que un establecimiento regrese a una situación epidemiológica que lo ubique en un color rojo o naranja del semáforo de riesgo, según la metodología establecida en el anterior Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, se deberá retomar el reporte mensual a las Coordinaciones Institucionales, a los Centros y Consejos Estatales y al Centro Nacional de Trasplantes en el formato 1A, hasta que pase a un color verde o amarillo.
- La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA

Quincena y año del reporte _____

Entidad Federativa	Color de semáforo estatal	Institución de salud	Número de RNT	Nombre del establecimiento con licencia	Programa (s)	Color del semáforo en el establecimiento conforme a los criterios del Plan de Reactivación	Comentarios
	Rojo, Naranja, Amarillo, Verde					Rojo, Naranja, Amarillo, Verde	

Firma del Responsable Sanitario

Nombre y cargo

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

- Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
- Rutas y áreas para la prevención de la exposición del virus SARS-CoV-2 (circuitos libres de COVID-19)
- Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
- Laboratorio y gabinete: pruebas PCR, TAC
- Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
- Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica

Anexo 1B. Formato de revisión y verificación del sistema de semáforo en los establecimientos con licencia sanitaria para la procuración y trasplantes de órganos y tejidos

- A partir del día primero de junio de 2022, los establecimientos con licencia sanitaria para donación y/o trasplante ya no deberán enviar el reporte mensual de la evaluación del presente semáforo de riesgo.
- En caso de que un establecimiento regrese a una situación epidemiológica que lo ubique en un color rojo o naranja del semáforo de riesgo, según la metodología establecida en el anterior Plan de Reactivación de los Programas de Donación y Trasplantes, se deberá retomar el reporte mensual al Centro Nacional de Trasplantes en el formato 1B, hasta que pase a un color verde o amarillo.
- La evaluación y decisión de reactivar los programas hospitalarios de donación y trasplante recae en los Comités Internos de Coordinación para la Donación y Comités Internos de Trasplante correspondientes. La o el responsable sanitario deberá enviar el formato debidamente llenado al CEETRA, COETRA, o la Coordinación Institucional según corresponda, quienes realizarán la evaluación periódica y validación para posteriormente notificar a las Secretarías de Salud Estatales y al CENATRA.

Mes y año del reporte _____

Entidad Federativa	Color de semáforo estatal	Institución de salud	Número de RNT	Nombre del establecimiento con licencia	Programa (s)	Color del semáforo en el establecimiento conforme a los criterios del Plan de Reactivación	Comentarios
	Rojo, Naranja, Amarillo, Verde					Rojo, Naranja, Amarillo, Verde	

Firma del Titular del Centro/Consejo Estatal de Trasplantes/Coordinación Institucional

Nombre y cargo

C.c.p. Nombre. Secretario(a) de Salud del Estado.

Para la evaluación del semáforo en el establecimiento, considerar:

- Situación epidemiológica de circulación de COVID-19
- Rutas y áreas para la prevención de la exposición del virus SARS-CoV-2 (circuitos libres de COVID-19)
- Disponibilidad de camas de hospitalización y en UCI
- Laboratorio y gabinete: pruebas PCR, TAC
- Personal de salud: disponibilidad de EPP, personal sin rotación por áreas COVID-19
- Participación de comités hospitalarios de Bioética y Unidades de Vigilancia Epidemiológica

Anexo 5. Persona receptora con COVID-19 en el post-trasplante.

Por favor, complete el formulario para las PERSONAS RECEPTORAS DE TRASPLANTE AFECTADOS. Debe ser llenado de forma electrónica o a mano y escaneado y enviado por mail a rnt.cenatra@salud.gob.mx. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO			
RNT y nombre del establecimiento			
Entidad federativa		Fecha de reporte	
DATOS DE LA PERSONA RECEPTORA			
Nombre y apellidos de la persona receptora			
CURP		Fecha de nacimiento	
ID SIRNT		Órgano / tejido	
		Fecha del trasplante	
Nombre, correo electrónico y cargo del/la profesional de la salud que notifica el caso:			
INFORMACIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2			
¿Presentó manifestaciones clínicas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de manifestaciones clínicas presentó?			
<input type="checkbox"/> Síntomas de tracto respiratorio superior		<input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales	
<input type="checkbox"/> Síntomas de neumonía		<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	
Fecha de inicio de datos clínicos (DD/MM/AA)			
Origen sospechado de la transmisión		<input type="checkbox"/> Comunitario <input type="checkbox"/> Nosocomial ¹	
Tipo de caso		<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> Negativo	
Fecha de la prueba (PCR o antígeno) ²			
Comorbilidades		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Obesidad	
VACUNACIÓN			
¿Ha sido vacunado(a)?		<input type="checkbox"/> Sí, completo <input type="checkbox"/> Sí, parcial <input type="checkbox"/> No	
Nombre de vacuna(s)		Fechas de vacunación	
¿Presentó ESAVI ³ grave?		<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DEL SEGUIMIENTO			
¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo?			
Manejo ambulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso a UCI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ventilación mecánica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se administró tratamiento para COVID-19?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron: ⁴			
<input type="checkbox"/> Molnupiravir		<input type="checkbox"/> Remdesivir <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	
<input type="checkbox"/> Paxlovid		<input type="checkbox"/> Sotrovimab	
Cambios en la inmunosupresión o administración de otros fármacos		<input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/> Con ajustes	
RESULTADO AL ALTA			
Alta por mejoría	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Fallecido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Si la respuesta es afirmativa ¿Fue resultado de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido	
Fallo del injerto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha:	
Manejo del fallo del injerto			

¹ Las infecciones nosocomiales son adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en el período de incubación ni en el momento del ingreso del paciente. Las infecciones que ocurren dentro de las primeras 48h del ingreso hospitalario no suelen considerarse nosocomiales.

² Las pruebas de antígeno sólo se deben realizar durante el período clínico.

³ ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización.

⁴ Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf>

Anexo 6. Personas donantes con prueba PCR positiva o con contacto estrecho

El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA rnt.cenatra@salud.gob.mx antes de las 48 horas posteriores a la procuración. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DONANTE	
Nombre del establecimiento:	
RNT del establecimiento:	Entidad federativa:
ID SIRNT del donante:	Tipo de donante: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
Fecha de donación:	Órganos/tejidos procurados:
Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información	
INFORMACIÓN DEL CUADRO DE COVID-19 EN LA PERSONA DONANTE	
1. Fecha de diagnóstico (DD/MM/AA):	2. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 (DD/MM/AA):
3. ¿Se administró tratamiento específico para COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron: ⁵	
<input type="checkbox"/> Molnupiravir <input type="checkbox"/> Remdesivir <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) <input type="checkbox"/> Paxlovid <input type="checkbox"/> Sotrovimab	
5. ¿Presentó manifestaciones clínicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de síntomas presentó?	
<input type="checkbox"/> Infección tracto respiratorio superior <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Otros (Especificar)	
7. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo del cuadro?	
Manejo ambulatorio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso a UCI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso hospitalario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ventilación mecánica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Fecha de remisión de síntomas (DD/MM/AA): _____	8.1 ¿La fecha de remisión de los síntomas es mayor a 3 días previo a la donación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 para donación (DD/MM/AA): _____	
9.1 Tipo de muestra <input type="checkbox"/> Tracto respiratorio superior <input type="checkbox"/> Tracto respiratorio inferior <input type="checkbox"/> Otra (Especificar)	(OPCIONAL) 9.2 Número de ciclos de PCR (Ct): _____

⁵ Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf>

Anexo 7. Personas receptoras de donantes con PCR positiva o contacto estrecho

El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA rnt.cenatra@salud.gob.mx al primer mes post-trasplante. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RECEPTORA			
Nombre del establecimiento:			
RNT del establecimiento:		Entidad federativa:	
ID SIRNT de la persona receptora:		Tipo de trasplante:	
ID SIRNT de la persona donante:		Fecha de trasplante:	
Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información			
DATOS PRE-TRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA			
1. Manifestaciones clínicas pre-trasplante de COVID-19 en persona receptora: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. Resultado de PCR para SARS-CoV-2 pre-trasplante: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo			
Si la respuesta anterior fue positiva, señale:		2.3 Tipo muestra:	
2.1 Fecha de resultado: _____		<input type="checkbox"/> Tracto respiratorio superior	
2.2 (OPCIONAL) Número de ciclos de PCR (Ct) _____		<input type="checkbox"/> Tracto respiratorio inferior	
		<input type="checkbox"/> Otra (Especificar): _____	
4. Vacunación pre-trasplante		4.1 Tipo de vacuna: _____	
<input type="checkbox"/> Sí, esquema completo		4.2 Fecha de aplicación de cada dosis	
<input type="checkbox"/> Sí, esquema parcial		(DD/MM/AA):	
<input type="checkbox"/> No			
EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE (AL MES)			
1. Pruebas SARS-CoV-2 realizadas post-trasplante			
Tipo prueba	Tipo de muestra	Fecha resultado	Resultado
PCR 3 días			
PCR 7 días			
Otra			
2. ¿Existe sospecha de COVID-19 en la persona receptora post-trasplante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<i>Si la respuesta es afirmativa por favor completar el formato 1 y 2 de caso de COVID-19 en receptores</i>			
3. ¿El órgano o tejido proviene de una persona donante COVID-19 positiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. En el último mes ¿Se ha producido alguna complicación en la evolución de la o el paciente atribuible al diagnóstico previo de COVID-19 en el donante?			
<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____			
<input type="checkbox"/> No			
5. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo de dicha complicación?			
Manejo ambulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ingreso a UCI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ventilación mecánica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. Si respondió Sí en alguna de las opciones anteriores ¿Cuál fue el desenlace?			
Alta por mejoría	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Defunción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7. Si el desenlace fue defunción ¿Fue resultado de COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido			
8. Fallo del injerto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____			

* Valorar el realizar las pruebas serológicas en función de si la persona receptora tuvo un cuadro previo de COVID-19, si ha tenido contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso, y su estado de vacunación.

Anexo 8. Personas receptoras con PCR persistentemente positiva o con contacto estrecho

El formulario deberá ser llenado de forma electrónica o a mano y enviado por e-mail a los CEETRAS-COETRAS o CI y a CENATRA rnt.cenatra@salud.gob.mx al primer mes post-trasplante. Para cualquier duda puede comunicarse al tel. 55 5434 5668, disponible las 24 horas.

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA RECEPTORA	
Nombre del establecimiento:	
RNT del establecimiento:	Entidad federativa:
ID SIRNT de la persona receptora:	Tipo de trasplante:
Fecha de trasplante:	
Nombre, correo y cargo del profesional de la salud que reporta la información	
DATOS PRE-TRASPLANTE DE LA PERSONA RECEPTORA	
1. Manifestaciones clínicas pre-trasplante de COVID-19 en persona receptora: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
1.1 Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Qué tipo de síntomas presentó?	
<input type="checkbox"/> Infección tracto respiratorio superior	<input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
2. Fecha de diagnóstico (DD/MM/AA):	3 Fecha de primera prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 (DD/MM/AA):
4. Vacunación pre-trasplante	4.1 Tipo de vacuna: _____
<input type="checkbox"/> Sí, esquema completo	4.2 Fecha de aplicación de cada dosis (DD/MM/AA):
<input type="checkbox"/> Sí, esquema parcial	
<input type="checkbox"/> No	
5. ¿Se administró tratamiento específico para COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5.1 Si la respuesta fue afirmativa, especifique qué fármacos usaron: ⁶	
<input type="checkbox"/> Molnupiravir	<input type="checkbox"/> Remdesivir
<input type="checkbox"/> Paxlovid	<input type="checkbox"/> Sotrovimab
	<input type="checkbox"/> Otros (Especificar)
6. Fecha de remisión de síntomas (DD/MM/AA):	6.1 ¿La fecha es mayor a 3 días previo a la donación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Fecha de prueba PCR (+) para SARS-CoV-2 previa a donación (DD/MM/AA):	
7.1 Tipo de muestra	(OPCIONAL)
<input type="checkbox"/> Tracto respiratorio superior	7.2 Número de ciclos de PCR (Ct): _____
<input type="checkbox"/> Tracto respiratorio inferior	
<input type="checkbox"/> Otra (Especificar)	
EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE (AL MES)	
1. En el último mes ¿Se ha producido alguna complicación en la evolución de la o el paciente atribuible al diagnóstico previo de COVID-19?	
<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál? _____	
<input type="checkbox"/> No	
1.1. ¿Requirió alguna de las siguientes opciones para el manejo de dicha complicación?	
Manejo ambulatorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingreso a UCI	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ventilación mecánica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1.2 Si respondió Sí en alguna de las opciones anteriores ¿Cuál fue el desenlace?	
Alta por mejoría	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Defunción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1.3 Si el desenlace fue defunción ¿Fue resultado de COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	
2. Fallo del injerto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha:	

⁶ Revisar la Guía clínica para el tratamiento de la COVID-19 en México. <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/06/2022.02.15-GuiaClinicaTxCOVID.pdf>