

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLÓGICO

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

REFORZAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES OCASIONADOS POR FACTORES HUMANOS EN LAS VÍAS GENERALES DE COMUNICACIÓN CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS.

## OBJETIVO

Realizar del examen toxicológico que se practica al personal de los diversos modos de transporte de las Vías Generales de Comunicación

## LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

1. Será responsabilidad de la Unidad de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, que la toma de muestras para la práctica de los exámenes toxicológicos al personal del transporte carretero, ferroviario, aéreo, y marítimo, aspirantes a ingresar a las Escuelas Náuticas y personal de Organismos o Instituciones con las que se firman convenios en activo, se realice de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte.
2. Será obligación del personal antes citado sujetarse a la práctica del examen toxicológico, en los casos que así lo determine la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte.
3. La Unidad de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte, deberá prever la adquisición suficiente y oportuna de todos los materiales y suministros para la toma de muestras del examen toxicológico.
4. La toma de muestras de orina para la práctica del examen toxicológico se realizará de acuerdo a lo que establece la Sección III, artículo 16 del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TIPO PARA CENTROS SCT

VIGENCIA: MARZO DE 2008

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLÓGICO

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

REFORZAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES OCASIONADOS POR FACTORES HUMANOS EN LAS VÍAS GENERALES DE COMUNICACIÓN CON EL PROPÓSITO DE GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE LOS USUARIOS.

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLÓGICO

DURACIÓN TOTAL:

1:20 hrs.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Actv. N° | Responsable   | Descripción   | Tiempo |
|----------|---|---|--------|
| 1        | Recolector de muestra   | Recibe al Usuario y aplica el Instructivo de Trabajo de Recolección de Muestras DGMPT-IT-02-01 del Sistema Institucional de Medicina Preventiva en el Transporte.   | 10 min |
| 2        | Personal responsable  | Una vez recolectada la muestra aplica el Instructivo de Trabajo de Envío de Muestras DGMPT-IT-02-02 del Sistema Institucional de Medicina Preventiva en el Transporte.  | 30 min |
| 3        | Jefe de Unidad de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte | Consulta los resultados de las muestras enviadas, en el Sistema Institucional Med Prev.   | 5 min  |
| 4        | Personal responsable  | Registra en el <b>Formato Federal de Cadena de Custodia (MP-CSCT-PR12-P05-F01)</b> los resultados del examen en el campo que corresponda.   | 5 min  |
| 5        | Personal responsable  | En caso de ser negativo, archiva el Formato Federal de Cadena de Custodia   | 5 min  |
| 6        | Jefe de Unidad de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte | En caso de ser positivo, se notificará a la autoridad que expidió la licencia federal, Título, certificado o Libreta de mar y de Identidad Marítima, para los efectos a que haya lugar.<br><br>Se notificará del resultado a la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte para su debida captura y actualización en el catálogo de no aptos. | 20 min |
| 7        |   | Entregará a la Empresa la copia del Formato Federal de Cadena de Custodia que le corresponde.   | 7      |
|          |   | Se informa al interesado de los resultados y se le  | 15 min |



ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLÓGICO

DURACIÓN TOTAL:

1:20 hrs.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| Actv. N° | Responsable | Descripción   | Tiempo |
|----------|-------------|---|--------|
|          |             | explica, que en términos del Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte, tiene derecho a solicitar la revaloración psicofísica.<br><br>TERMINA PROCEDIMIENTO |        |



012607 A



SUBSECRETARIA DE TRANSPORTE  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y  
MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE

### FORMATO DE CONTROL Y CADENA DE CUSTODIA

► PASO 1: PARA SER LLENADO POR EL RECOLECTOR.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| A. Nombre, Domicilio y No. De Identificación del Patrón.<br><b>1</b>                                      |  | B. Nombre y Domicilio del (MRO)<br><b>2</b>   |  |
| C. No. De Identificación del Empleado / Donante: <b>3</b>   |  |   |  |
| Razón de examen: <input type="checkbox"/> Solicitud de empleo <input type="checkbox"/> Aleatoria <b>4</b> |  | <input type="checkbox"/> Sospecha razonable <input type="checkbox"/> Post-accidente |  |
| <input type="checkbox"/> Reincorporación al trabajo <input type="checkbox"/> Seguimiento                  |  | <input type="checkbox"/> Otros <b>4</b><br>(especificar) _____                      |  |

► PASO 2: PARA SER LLENADO POR EL RECOLECTOR. La temperatura de la muestra debe tomarse dentro de un periodo de tiempo de 4 minutos desde la recolección.

► PASO 3: PARA SER LLENADO POR EL RECOLECTOR MEDICO REVISOR Y D.

La temperatura de la muestra es en promedio  Si 90° - 100°F/38°C  No. Registrar aquí la temperatura **5**

DONANTE - El recolector adhiere el sello(s). Pone la fecha al sello(s). El donante pone sus iniciales en el sello(s)

► PASO 4: PARA SER LLENADO POR EL DONANTE. Ver copia 4 (hoja rosa); PASO 4

► PASO 5: PARA SER LLENADO POR EL RECOLECTOR.

|   |  |                                     |   |                  |
|---|--|-------------------------------------|---|------------------|
| LUGAR DONDE SE TOMA LA MUESTRA:         |  |                                     | SE DIVIDIO LA MUESTRA<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>8</b> |                  |
| <b>6</b><br>Lugar de la toma de muestra |  | <b>7</b><br>Teléfono del Recolector |   | <b>9</b><br>C.P. |
| <b>9</b><br>Domicilio                   |  | <b>9</b><br>Ciudad                  |   |                  |
|   |  | <b>9</b><br>Estado                  |   |                  |
| OBSERVACIONES <b>10</b>                 |  |                                     |   |                  |

Certifico que la muestra identificada en este formato, es la muestra que me presento el donante según lo estipulado en la certificación en la copia 4 de este formato y que porta el mismo número de identificación que el que se menciona arriba, y que la muestra ha sido recolectada, etiquetada y sellada conforme a lo acordado por el reglamento de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte de la S.C.T.

**11** Nombre del Recolector      **12** Firma del Recolector      **13** / **13** / **13** AM  
Hora PM

► PASO 6 PARA SER INICIADO POR EL RECOLECTOR Y SER LLENADO POSTERIORMENTE SI ES NECESARIO. **15**

| FECHA<br>DIA MES AÑO | MUESTRA ENTREGADA POR     | MUESTRA RECIBIDA POR      | PROPOSITO DEL CAMBIO                  |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <b>16</b>            | DONANTE - NO FIRMAR       | FIRMA <b>17</b><br>NOMBRE | PROPORCIONAR MUESTRA<br>PARA ANALISIS |
| <b>18</b>            | FIRMA <b>19</b><br>NOMBRE | FIRMA <b>20</b><br>NOMBRE | <b>21</b>                             |
|                      | FIRMA<br>NOMBRE           | FIRMA<br>NOMBRE           |                                       |

► PASO 7. PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO. El sello (s) de la Muestra Intacto (s)  SI  NO. Explicar en la Observaciones de abajo. **22**

LOS RESULTADOS PARA LA MUESTRA IDENTIFICADA ARRIBA SON DE ACUERDO CON LAS PRUEBAS INICIALES Y DE CONFIRMACIÓN APLICABLES A LOS NIVELES DE CORTE ESTABLECIDOS POR LOS PROGRAMAS DE LA D.G.P.M.P.T. PARA LA DETECCIÓN DE DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO.

NEGATIVO  POSITIVO  No se realizó prueba

CANABINOIDES como carboxi-THC  OPIACEOS  METABOLITOS DE COCAINA  FENCICLIDINA

Codeína  Morfina  Anfetamina  Anfetamina  Metanfetamina  Otros **23**

OBSERVACIONES: **(24)**

PRUEBAS DE LABORATORIO (Si son diferentes a las anteriores) **(25)** NOMBRE **(26)** DOMICILIO **(27)** TELEFONO

Certifico que la muestra identificada por el número de acceso al laboratorio en este formato, es la muestra que porta el número de identificación que el que se menciona arriba, y que la muestra ha sido examinada conforme a la recepción, manejo y análisis acordado por el reglamento de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte de la S.C.T. y los resultados indicados son los de dicha muestra.

**(28)** Nombre del MRO (letra de molde) **(29)** Firma del MRO **(30)** / **(30)** / **(30)**  
Fecha (Día / Mes / Año)

► PASO 8. PARA SER LLENADO POR EL MEDICO REVISOR **(31)**

He revisado los resultados del laboratorio de la muestra identificada en este formato de acuerdo con el reglamento de la D.G.P.M.P.T. Mi resolución / Verificación es:

Negativo  Positivo  No se realizó prueba  Prueba Cancelada

OBSERVACIONES **(32)**

**(33)** Nombre del MRO (letra de molde) **(34)** Firma del MRO **(35)** / **(35)** / **(35)**  
Fecha (Día / Mes / Año)

COPIA ORIGINAL DEBE ACOMPAÑAR A LA MUESTRA AL LABORATORIO

HOJA ROSA  
PASO 4

► PASO 4. PARA SER LLENADO POR EL DONANTE

Teléfono para localizarlo de día 36 Teléfono para localizarlo de noche 37 Fecha de Nacimiento 38 / 38 / 38  
Día Mes

Año► Certifico que proporcione mi muestra de orina al recolector; que no he adulterado de ninguna forma; que cada frasco utilizado fue sellado con cinta adhesiva contra violación evidente en mi presencia y que la información contenida en este formato y en la etiqueta que se adhiere a cada frasco es correcta.

39 40 41 / 41 / 41  
Nombre del Donante (LETRA DE IMPRENTA) Firma del Donante Fecha (Día / Mes / Año)

Si los resultados del laboratorio de la muestra identificada en este formato fueran confirmados como positivos, el (médico Revisor) hará contacto con usted para preguntarle si ha tomado algún medicamento prescrito. Por ello, se le sugiere que haga una lista de aquellos medicamentos, que en un momento dado, puedan "olvidar" que los están tomando. ESTA LISTA NO ES NECESARIA. Si la hace, puede hacerlo en una hoja por separado o en la parte posterior de su copia (COPIA 5).- NO LO HAGA EN LA PARTE DE ATRÁS DE NINGUNA DE LAS OTRAS COPIAS. LA COPIA 5 ES PARA USTED.

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLOGICO

FORMATO:

FORMATO FEDERAL DE CONTROL Y CADENA DE  
CUSTODIA

RESGUARDO

## GUIA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse  |
|-------|---|
| 1     | Nombre, domicilio y número de identificación del padrón.  |
| 2     | Nombre y domicilio del MRO. (Unidad Médica)   |
| 3     | No. de identificación del Empleado/ Donante. (número del expediente de la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte) |
| 4     | Indicar con una "x" según sea el caso la razón del examen.  |
| 5     | Indicar con una "x" según sea el caso la temperatura promedio de la muestra.  |
| 6     | Lugar de la toma de la muestra  |
| 7     | Teléfono del recolector de la muestra (teléfono de la Unidad Médica)  |
| 8     | Indicar con una "x" según sea el caso, de cómo se entrega la muestra de orina.  |
| 9     | Domicilio, ciudad, estado y código postal del lugar de la toma de muestra de orina.   |
| 10    | Observaciones.  |
| 11    | Nombre completo de la persona autorizada para la recolección de muestra de orina.   |
| 12    | Firma autógrafa de la persona autorizada para la recolección de muestra de orina.   |
| 13    | Fecha: día, mes y año en la que la persona autorizada toma la muestra de orina.   |
| 14    | Hora en que la persona autorizada toma la muestra de orina  |
| 15    | Inicio de la cadena de custodia.  |
| 16    | Primer renglón, columna uno: anotar fecha: día, mes y año de la toma de muestra de orina.   |

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLOGICO

FORMATO:

FORMATO FEDERAL DE CONTROL Y CADENA DE  
CUSTODIA

RESGUARDO

## GUIA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse   |
|-------|--|
| 17    | Primer renglón, columna tres: anotar firma y nombre de la persona autorizada para la recolección de la muestra de orina. |
| 18    | Segundo renglón, columna uno: anotar, fecha: día, mes y año de entrega de la muestra de orina a la Unidad Médica.        |
| 19    | Segundo renglón, columna dos: anotar, firma y nombre de la persona que entrega la muestra de orina a la Unidad Médica.   |
| 20    | Segundo renglón, columna tres. Anotar, firma y nombre de la persona que recibe la muestra de orina.                      |
| 21    | Segundo renglón, columna cuatro: anotar “Envío a Laboratorio y (nombre de la empresa de mensajería utilizada).           |
| 22    | Para ser llenado por la persona responsable de laboratorio   |
| 23    | Para ser llenado por la persona responsable de Laboratorio y por el Médico Revisor                                       |
| 24    | Observaciones si hay alguna en especial  |
| 25    | En caso de existir alguna diferencia poner el nombre de la persona que se le toma la muestra de orina.                   |
| 26    | Domicilio completo del interesado  |
| 27    | No. de teléfono particular   |
| 28    | Nombre del Médico Revisor Oficial (MRO)  |
| 29    | Firma del médico Revisor Oficial (MRO)   |
| 30    | Fecha: día, mes y año en que se recolectó la muestra.  |
| 31    | Paso 8 para ser llenado por el Médico Revisor Oficial (MRO)  |

ÁREA RESPONSABLE:

UNIDAD DE PROTECCION Y MEDICINA PREVENTIVA

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN TOXICOLOGICO

FORMATO:

FORMATO FEDERAL DE CONTROL Y CADENA DE  
CUSTODIA

RESGUARDO

## GUIA DE LLENADO

| Campo | Datos que deberán anotarse  |
|-------|---|
| 32    | Observaciones   |
| 33    | Nombre del médico Revisor Oficial (MRO)   |
| 34    | Firma del Médico Revisor Oficial (MRO)  |
| 35    | Fecha: día, mes y año en que se recolectó la muestra.                             |
| 36    | Paso 4 para ser llenado por el donante, poner el teléfono para localizarlo de día |
| 37    | Número de teléfono para localizarlo de noche                                      |
| 38    | Fecha de nacimiento del donante empezando por el día, mes y año.                  |
| 39    | Nombre completo del donante, poner letra de imprenta                              |
| 40    | Firma del donante   |
| 41    | Fecha en que se le realizó el examen toxicológico, empezando por día, mes y año   |