

 <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD		Código Documento: 040VE0107FE04 Fecha de Emisión: 2023-12-19 Página: 1/1	
	Elaboró: Claudia Aguilón Fecha de elaboración: 2011-05-26	Revisó: Diana A. González Fecha de revisión: 2023-12-11	Aprobó: Ligia Robayo Fecha de aprobación: 2023-12-12	Versión: 5
PROGRAMA HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EEID PRUEBAS SÉRICAS CONFIRMATORIAS				

FECHA DE REMISIÓN	AÑO:	MES:	DÍA:
INSTITUCIÓN			
TELÉFONO DE CONTACTO			

RESPONSABLE DEL EVENTO	
CORREOS ELECTRÓNICOS	
NOMBRE DE LA COORDINADORA O JEFE DEL LABORATORIO	

TÉCNICA	CASA COMERCIAL
---------	----------------

MES DE SUPERVISIÓN	
# DE NEONATOS CON RESULTADOS SUPERIORES AL PUNTO DE CORTE (Cordón: 15 uUI/mL, Talón: 10 uUI/mL)	
# DE PRUEBAS SÉRICAS CONFIRMATORIAS REALIZADAS	
# DE CASOS POSITIVOS POR PRUEBA CONFIRMATORIA	
# DE MUESTRAS SÉRICAS ENVIADAS PARA SUPERVISIÓN	

IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE O NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE	N° IDENTIFICACIÓN	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	ASEGURADORA (EAPB)	FECHA DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO AAAA-MM-DD	FECHA DE TOMA DE LA MUESTRA SÉERICA AAAA-MM-DD	EDAD DEL NEONATO (al momento de la toma de la muestra sérica)	DIRECCIÓN DEL PACIENTE Y/O INSTITUCIÓN QUE LE REMITE LA MUESTRA (cuando su institución no fue el responsable de tomar la muestra)	TELÉFONO DE CONTACTO DEL PACIENTE	SEXO M: MASCULINO F: FEMENINO	RESULTADO DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE (uUI/mL)		RESULTADOS PRUEBAS SÉRICAS OBTENIDOS EN EL LABORATORIO						RADICADO SLSP
											C	T	TSH CON UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA TSH	T4L CON UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA T4L	T4 CON UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA T4	

USO EXCLUSIVO DE LA SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Recepción		Área	Custodia final	
Fecha de recepción:		Fecha de verificación:	Fecha de custodia:	
Hora:		Hora:	Ubicación:	
Temperatura: / T °Corrección		Temperatura: / T °Corrección	Profesional:	
Nombre de quien entrega:		Nombre de quien entrega:	Número de muestras :	
Nombre de quien recibe:		Nombre de quien recibe:	Observaciones:	
Número de muestras recibidas:		Número de muestras recibidas:		