

EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO DE ITS

Laboratorio Remitente:	_____	Fecha de envío (AAAA-MM-DD)	_____
Dirección del Laboratorio Remitente:	_____	Teléfono y extensión:	_____
Mes de EEID:	_____	Total de láminas leídas en el mes :	_____
Nombre del profesional responsable:	_____	Número láminas con DCGN:	_____
Correos electronicos:	_____	Número de láminas enviadas para EEID:	_____

Autoriza el uso de los datos consignados en este documento para ser contactado: **Si :** _____ **No:** _____

RADICADO (LSP)	IDENTIFICACION DE LA LÁMINA (Lab. Clínico)	TIPO DE MUESTRA	EDAD	PRIMER LECTOR			OBSERVACIONES
				LECTURA DE GRAM	REACCION LEUCOCITARIA	INFORME FINAL (Según anexo)	

ENVÍO LÁMINA CONTROL GRAM POSITIVO SI _____ NO _____ ENVÍO LÁMINA CONTROL GRAM NEGATIVO SI _____ NO _____

TIPO DE MUESTRA	LECTURA GRAM	REACCIÓN LEUCOCITARIA
FV: Flujo Vaginal	BGP: Bacilos Gram positivos	ARL: Aumentada reacción leucocitaria
SU: Secreción Uretral	BGN: Bacilos Gram negativos	MRL: Moderada reacción leucocitaria
	BCGN: Cocobacilos Gram variables	ERL: Escasa reacción leucocitaria
	CGP: Cocos Gram positivos	
	PM: Pseudomicelios	
	BC: Bastoconidias	

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA		
Recepción	Área	Custodia final
Fecha de Recepción: AAAA-MM-DD	Fecha de verificación: AAAA-MM-DD	Fecha de custodia: AAAA-MM-DD
Hora:	Hora:	Ubicación:
Nombre quien entrega:	Nombre quien entrega:	Profesional:
Nombre de quien recibe:	Nombre de quien recibe:	Número de muestras recibidas:
Número de muestras recibidas:	Número de muestras recibidas:	Observaciones:

SE PROHIBE MODIFICAR ESTE FORMATO