ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD	Código Documento: 040VE0602FE05 Fecha de Emisión: 2024-01-17 Página: 1/1	
Elaboró: Profesionales VE	Revisó: Zuly Arévalo	Aprobó: Ligia Robayo	Versión: 6
Fecha de elaboración: 2008-06-23	Fecha de revisión: 2023-12-12	Fecha de aprobación: 2024-01-17	
PROGRAMA MALARIA LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA - EEID			

Nombre del Laboratorio: _____ **Mes enviado:** _____

Nombre del Responsable: _____

Correo institucional: _____

Teléfono de contacto:

No. total de pacientes a los cuales se les realizó gota gruesa en el mes enviado: _____

No. total de pacientes con gota gruesa positiva: _____

No. total de pacientes a los cuales se les realizó control del tratamiento: _____

No. total de láminas enviadas para Evaluación Externa Indirecta del Desempeño: _____

No. total de láminas positivas enviadas para la EEID: _____

RADICADO SLSP	IDENTIFICACION DE LA LÁMINA	DIAGNÓSTICO				RECUENTO LEUCOCITARIO ***
		Positivo (P) ó Negativo (N)	Especie de *Plasmodium* 1 2 3 4 5*	RECUENTO PARASITARIO	PRESENCIA DE FORMAS SEXUADAS**	
TOTAL						

*: 1: *P.vivax* 2: *P.falciparum* 3:*P.malariae* 4: Infección mixta 5: *P.ovale*

: Marque con una **X si observa la presencia de formas sexuadas (gametocitos) en las infecciones por *P. falciparum.*

***: Escriba la constante que es 8000 con la cual se debe hacer el recuento parasitario.

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 : /	**Temperatura : /**	**Profesional :**
Nombre quien entrega:	**Nombre quien entrega:**	**Número de Muestras :**
Nombre de quien recibe:	**Nombre de quien recibe:**	**Observaciones:**
Número de muestras recibidas:	**Número de muestras recibidas:**	