

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA</small>	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD		Código Documento: 040VE0101F03 Fecha de Emisión: 2023-01-31 Página: 1/1	
	Elaboró: Profesionales VE Fecha de elaboración: 2010-09-17	Revisó: Paula Losada Fecha de revisión: 2023-01-31	Aprobó: Ligia Robayo Fecha de aprobación: 2023-01-31	Versión: 4
EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA – CHAGAS PRUEBA SÉRICA				

Nombre y sede de la Institución	_____	_____	_____
Dirección de la institución	_____	Teléfono	_____
Bacteriologa Responsable del envío	_____	Correo Electrónico	_____
Coordinador del laboratorio	_____	Correo Electrónico	_____
Mes supervisado	_____	Año	_____

RELACIÓN DE LAS MUESTRAS

Número de Muestras Procesadas de Población General en el mes	_____	Número de Muestras Procesadas de Población materna en el mes	_____
Número de Muestras Procesadas en el mes	_____	Número de Muestras Enviadas	_____
Número de Muestras Positivas	_____	Número de Muestras Negativas	_____

INFORMACIÓN TÉCNICA IMPLEMENTADA

PRIMERA PRUEBA	SEGUNDA PRUEBA
Principio antigénico _____	Principio antigénico _____
Casa Comercial _____	Casa Comercial _____

ÍTEM	RADICADO LSP	IDENTIFICACIÓN MUESTRA INSTITUCIÓN REMITENTE	FECHA TOMA DE MUESTRA AAAA-MM-DD	RESULTADO PRIMER PRUEBA			RESULTADO SEGUNDA PRUEBA (Solamente se enviara esta informacion de las muestras Positivas en la primer prueba, dando cumplimiento con el algoritmo).		
				RESULTADO ABSORBANCIA/URL	PUNTO DE CORTE/ÍNDICE/ URL	INTERPRETACIÓN RESULTADO DE LA MUESTRA	RESULTADO ABSORBANCIA/URL	PUNTO DE CORTE/ÍNDICE/ URL	INTERPRETACIÓN RESULTADO DE LA MUESTRA
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

OBSERVACIONES _____

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

RECEPCIÓN	
Fecha de Recepción AAAA-MM-DD	_____
Temperatura de recepción	_____
Auxiliar de recepción	_____
Nombre quien entrega	_____
Número de muestras recibidas	_____

APRESTAMIENTO	
Fecha de verificación AAAA-MM-DD	_____
Auxiliar de aprestamiento	_____
Número de Muestras	_____
OBSERVACIONES	_____