

**EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO DE ITS**

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

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 \_\_\_\_\_

<b>TIPO DE MUESTRA</b>	<b>LECTURA GRAM</b>	<b>REACCIÓN LEUCOCITARIA</b>
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**