ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD	Código Documento: 040VE0601FE04 Fecha de Emisión: 2024-01-17 Página: 1/1	
Elaboró: Profesionales VE	Revisó: Paula Losada	Aprobó: Ligia Robayo	Versión: 6
Fecha de elaboración: 2008-06-23	Fecha de revisión: 2023-12-11	Fecha de aprobación: 2024-01-17	

EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO (EEID) DE LEISHMANIASIS

NOMBRE DEL LABORATORIO: _____ **SEDE:** _____

NOMBRE DEL LECTOR (A): _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

TELÉFONO-EXTENSIÓN: _____ **CELULAR:** _____

COORDINADOR(A) DEL LABORATORIO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

TELÉFONO-EXTENSIÓN: _____ **CELULAR:** _____

LÁMINAS CORRESPONDIENTES AL AÑO Y MES: _____

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: _____ **TOTAL LÁMINAS REMITIDAS EEID:** _____

TOTAL DE LÁMINAS POSITIVAS: _____ **TOTAL DE LÁMINAS NEGATIVAS:** _____

IDENTIFICACIÓN MUESTRA	RADICADO SLSP	LECTURA *	COLORACIÓN EMPLEADA **	OBSERVACIONES ***

*** 1. En la lectura escriba:**
POSITIVO
NEGATIVO
**** 2. Para la coloración empleada escriba: 1 Si utiliza Giemsa; 2 si es Wrigth; 3 si es Field y 4 Otra (especifique)**
***** 3. En observaciones también registrar las muestras séricas así:**
MS-LHV: Si la muestra sérica es para diagnóstico de Leishmaniasis Visceral.
MS-LHM: Si la muestra sérica es para diagnóstico de Leishmaniasis Mucosa.

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:**	