

Laboratorio Remitente: _____ Fecha de envío: _____
 Mes de EEID: _____ Total de láminas leídas en el mes : _____
 Nombre del profesional responsable: _____ Numero de láminas enviadas para EEID: _____

CONSECUTIVO (LSP)	IDENTIFICACION DE LA LÁMINA (Lab. Clínico)	TIPO DE MUESTRA	EDAD	PRIMER LECTOR			OBSERVACIONES
				LECTURA DE GRAM	REACCION LEUCOCITARIA	INFORME FINAL (Según anexo)	
NÚMERO DE LÁMINAS ENVIADAS PARA EEID DE ITS		% LECTURA DE GRAM	% EXTENDIDO		ENVÍO DE LÁMINAS CONTROL DE CALIDAD COLORACIÓN DE GRAM		
					GRAM POSITIVO		GRAM NEGATIVO
					COLORACIÓN		COLORACIÓN

Comentarios: _____

Supervisor: _____ Fecha: _____

TIPO DE MUESTRA FV: Flujo Vaginal SU: Secreción Uretral	LECTURA DE GRAM Observación de Flora bacteriana y de estructuras micóticas	REACCIÓN LEUCOCITARIA ARL: Abundante reacción leucocitaria MRL: Moderada reacción leucocitaria ERL: Escasa reacción leucocitaria
--	--	--