

 <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small>	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD	Código Documento: 040VE0403FE01 Fecha de Emisión: 2023-12-28 Página: 1/1	
	Elaboró: Pilar Muñoz Fecha de elaboración: 2021-08-24	Revisó: Sandra Paola Lemus Fecha de revisión: 2023-12-11	Aprobó: Ligia Robayo Fecha de aprobación: 2023-12-19

EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO PARA VPH

INSTITUCIÓN	_____	NIVEL DE ATENCIÓN	_____
TELÉFONO / E-MAIL	_____	DIRECCIÓN	_____
MES SUPERVISADO	_____	AÑO	_____
FECHA DE ENVÍO (AAAA-MM-DD)	_____	NOMBRE DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	_____
NÚMERO DE MUESTRAS PROCESADAS	_____	NÚMERO DE MUESTRAS ENVIADAS	_____
NÚMERO DE MUESTRAS POSITIVAS PROCESADAS	_____	NÚMERO DE MUESTRAS NEGATIVAS PROCESADAS	_____
TÉCNICA	_____	FECHA DE VENCIMIENTO (AAAA-MM-DD)	_____
LOTE	_____	CASA COMERCIAL	_____

RADICADO (SLSP)	IDENTIFICACION (Lab. Clínico)	FECHA TOMA DE MUESTRA VPH	FECHA ENTREGA DE RESULTADO VPH	PRUEBA DE TAMIZAJE		TIPO DE MUESTRA*	EDAD	GENERO	RESULTADOS				OBSERVACIONES
				SI	NO				VPH-ALTO RIESGO	VPH-BAJO RIESGO	OTROS VPH	INTERPRETACIÓN	

* Tipo de Muestra. Se debe indicar si es cervical, uretral, anal o pene.

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PUBLICA					
Recepción		Aprestamiento		Procesamiento	
Fecha de Recepción:	_____	Fecha de verificación:	_____	Fecha de verificación:	_____
Temperatura de recepción:	/	Temperatura de recepción:	/	Profesional del evento:	_____
Auxiliar de recepción:	_____	Auxiliar de aprestamiento:	_____	Número de Muestras :	_____
Nombre quien entrega:	_____	Número de Muestras :	_____	Cumple criterios de registro y condiciones de muestra Si _ No _	_____
Número de muestras recibidas	_____	Observaciones	_____		