| | SUBDIRECCIÓN DE<br>LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA<br>GESTIÓN DE CALIDAD | Código Documento: 040VE0501FE02<br>Fecha de Emisión: 2025-03-17<br>Página 1/1 | |
|---|---|---|---|
| Elaboró: Profesionales VE | Revisó: Ibeth Bula | Aprobó: Sandra Gómez | Versión: 4 |
| Fecha de Elaboración: 2013-09-24 | Fecha de revisión: 2025-03-12 | Fecha de Aprobación: 2025-03-17 | |

**EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO VIRUS RESPIRATORIOS- INMUNOFLUORESCENCIA**

**INSTITUCIÓN REMITENTE:** _____

**FECHA DE ENVÍO AAAA-MM-DD:** _____

**MUESTRAS CORRESPONDIENTES AL MES DE:** _____

**No. DE MUESTRAS PROCESADAS EN EL MES:**_____

**No. DE MUESTRAS POSITIVAS ENVIADAS AL LSP:**_____

**No. DE MUESTRAS NEGATIVAS ENVIADAS AL LSP:**_____

**TÉCNICA DE FLUORESCENCIA UTILIZADA POR LA INSTITUCIÓN:**_____

| | |
|---|---|
| | $O_1$ $O_2$ $O_3$ $O_4$ $O_5$<br>$O_6$ $O_7$ $O_8$ $O_9$ $O_{10}$ |

*Esquema de láminas enviadas*

| ***LABORATORIO QUE REMITE*** | | | | ***LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA (LSP)*** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Calidad de la muestra | | Fluorescencia | | |
| Radicado SLSP | Número de lámina | Resultado Inmunofluorescencia | Posición en la lámina | Resultado Inmunofluorescencia | Moco | Celularidad | Inespecífica | Contraste celular | Observaciones |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

***ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA***

| **Total muestras supervisadas** | **Muestras Positivas: _____** | | | | **Muestras Negativas: _____** | | | | **% CONCORDANCIA TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Concordancia** | | **Discordancia** | | **Concordancia** | | **Discordancia** | | |
| | **No.** | **%** | **No.** | **%** | **No.** | **%** | **No.** | **%** | |
| | | | | | | | | | |

Analizó por SLSP:_____ Verificó por SLSP:_____

| ***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:** / T° CORRECCIÓN | **TEMPERATURA:** / T° CORRECCIÓN | **PROFESIONAL:** |
| **NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:** | **NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:** | **NÚMERO DE MUESTRAS:** |
| **NOMBRE DE QUIEN RECIBE:** | **NOMBRE DE QUIEN RECIBE:** | **OBSERVACIONES: CONFIRMACION DE LECTURA DE LÁMINA** |
| **NÚMERO DE MUESTRAS RECIBIDAS:** | **NÚMERO DE MUESTRAS RECIBIDAS:** | |