


|                                                                                                 |                                                                                    |                                                                                                     |                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                | <b>SUBDIRECCIÓN DE<br/>LABORATORIO DE<br/>SALUD PÚBLICA<br/>GESTIÓN DE CALIDAD</b> | <b>Código Documento: 040VE0204FE35</b><br><b>Fecha de Emisión: 2025-02-27</b><br><b>Página: 1/1</b> |                                                            |
|                                                                                                 |                                                                                    | Elaboró: Leidy Pérez<br>Fecha de elaboración: 2025-02-11                                            | Revisó: Catalina Figueroa<br>Fecha de revisión: 2025-02-11 |
| <b>RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DE DESEMPEÑO DE BACILOSCOPIA DE<br/>HANSEN</b> |                                                                                    |                                                                                                     |                                                            |

|                                     |                                                     |                           |                                               |                                 |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Laboratorio clínico:</b>         |                                                     |                           |                                               |                                 |
| <b>Mes evaluado:</b>                |                                                     |                           |                                               |                                 |
| <b>Laboratorio Clínico evaluado</b> |                                                     |                           | <b>Resultado Laboratorio de Salud Pública</b> |                                 |
| <b>Número de baciloscopia</b>       | <b>Muestra</b>                                      | <b>Resultado</b>          | <b>Primer supervisor MP/PB</b>                | <b>Segundo supervisor MP/PB</b> |
|                                     | Lóbulo oreja derecha                                |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lóbulo oreja izquierda                              |                           |                                               |                                 |
|                                     | Codo derecho y/o lesión 1                           |                           |                                               |                                 |
|                                     | Codo izquierdo y/o lesión 2                         |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lesión 3                                            |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lesión 4                                            |                           |                                               |                                 |
| Índice Bacilar                      |                                                     |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lóbulo oreja derecha                                |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lóbulo oreja izquierda                              |                           |                                               |                                 |
|                                     | Codo derecho y/o lesión 1                           |                           |                                               |                                 |
|                                     | Codo izquierdo y/o lesión 2                         |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lesión 3                                            |                           |                                               |                                 |
|                                     | Lesión 4                                            |                           |                                               |                                 |
| Índice Bacilar                      |                                                     |                           |                                               |                                 |
|                                     |                                                     |                           |                                               |                                 |
| <b>Parámetro</b>                    | <b>Calificación</b>                                 | <b>Desempeño obtenido</b> |                                               |                                 |
| Adecuado                            | Correcta clasificación del caso (MB o PB)           |                           |                                               |                                 |
| No adecuado                         | Discordancia en la clasificación del caso (MB o PB) |                           |                                               |                                 |

**Observaciones y/o recomendaciones:**

**Profesional/es que realizaron la lectura:**

| USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA |                               |                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Recepción</b>                               | <b>Área</b>                   | <b>Custodia final</b>         |
| Fecha de Recepción-Hora:                       | Fecha de verificación-Hora:   | Fecha de custodia             |
| 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: | Ubicación:                    |