

		SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD		Código Documento: 040VE0606FE01 Fecha de Emisión: 2025-02-20 Página: 1/1	
Elaboró: Profesionales VE Fecha de elaboración: 2023-12-11		Revisó: Lizeth Arias Fecha de revisión: 2025-02-14		Aprobó: Sandra Gómez Fecha de aprobación: 2025-02-20	
				Versión: 2	
EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO – CHAGAS PRUEBA SÉRICA					

Nombre y sede de la Institución	_____	
Dirección de la institución	_____	Teléfono _____
Profesional responsable del envío	_____	Correo electrónico _____
Coordinador del laboratorio	_____	Correo electrónico _____
Mes supervisado	_____	Año _____

RELACIÓN DE LAS MUESTRAS

Número de Muestras Procesadas en el mes	_____	Número de Muestras Procesadas de Población gestante en el mes	_____
Número de Muestras Positivas en el mes	_____	Número de Muestras negativas en el mes	_____

INFORMACIÓN TÉCNICA IMPLEMENTADA

PRIMERA PRUEBA	SEGUNDA PRUEBA
Principio antigénico: Antígenos totales	Principio antigénico: Antígenos recombinantes

Técnica implementada:	_____	Técnica implementada:	_____
Nombre del kit	_____	Nombre del kit	_____
Casa Comercial	_____	Casa Comercial	_____

ÍTEM	IDENTIFICACIÓN MUESTRA INSTITUCIÓN REMITENTE	RADICADO LSP	FECHA TOMA DE MUESTRA AAAA-MM-DD	RESULTADO PRIMER PRUEBA			RESULTADO SEGUNDA PRUEBA		
				RESULTADO ABSORBANCIA /URL	PUNTO DE CORTE/ ÍNDICE/ URL	INTERPRETACIÓN RESULTADO DE LA MUESTRA	RESULTADO ABSORBANCIA/ URL	PUNTO DE CORTE/ ÍNDICE/ URL	INTERPRETACIÓN RESULTADO DE LA MUESTRA
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

OBSERVACIONES	_____								
---------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--

USO EXCLUSIVO DE LA SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

RECEPCIÓN		AREA		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:	_____		