

	LABORATORIO DE SALUD PUBLICA GESTIÓN DE CALIDAD		Código Documento: 040VE0101FE04	
			Fecha de Emisión: 2019-11-18	
Elaboró: Marisol García		Revisó: Ana Isabel Oliveros	Aprobó: Herbert Vera	Versión: 2
Fecha de elaboración: 2016-04-21		Fecha de revisión: 2019-11-05	Fecha de aprobación: 2019-11-18	
REMISIÓN DE MUESTRAS PRUEBA COMPLEMENTARIA PARA CHAGAS EN GESTANTES				

*Protocolo para implementación del Tamizaje de Enfermedad de Chagas en Gestantes a
Riesgo*

DATOS INSTITUCIÓN REMITENTE

Institución que remite: _____
 Fecha remisión: Año (AAAA)/ _____ Mes (DD)/ _____ Día (AA)/ _____
 Teléfono: _____ E-mail _____
 Profesional responsable del proceso en el Laboratorio: _____

DATOS GESTANTE

Nombre de la paciente: _____
 Identificación: CC ___ TI ___ Otro _____ Número _____
 Fecha probable de parto: Año / _____ Mes/ _____ Día / _____
 Fecha toma de la muestra: Año / _____ Mes/ _____ Día / _____
 EPS a la cual pertenece: _____

RESULTADOS LABORATORIO

Código Identificación Muestra (Laboratorio remitente)	Radicado LSP	RESULTADO 1		RESULTADO 2	
		Absorbancia		Absorbancia	
		Punto de corte		Punto corte	
		Interpretación		Interpretación	

Método o técnica empleada: _____
 Marca o Casa comercial: _____

Observaciones:

