ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	**SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD**	**Código Documento: 040VE0107FE05** **Fecha de Emisión: 2023-12-19** **Página: 1/1**
Elaboró: Carmen Gallego Fecha de elaboración: 2010-05-10	Revisó: Diana Alexandra González Ch. Fecha de revisión: 2023-12-11	Aprobó: Ligia Robayo Fecha de aprobación: 2023-12-12 Versión:5

PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL DE HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO - EEID

Fecha de remisión	**Año:** AAAA	**Mes:** MM	**Día:** DD	**Institución remitente:**			
Teléfono:				**Nombre de la coordinadora:**			
Correo electrónico:				**Nombre del profesional responsable del evento:**			
Técnica utilizada:				**Nombre comercial:**		**Punto de corte:**	**Unidades:**
Tipo de papel	**S&S903**	**Otro**	**¿Cuál?**	**Mes correspondiente a esta estadística:**			

CRITERIO	PACIENTES DE BOGOTÁ	PACIENTES FUERA DE BOGOTÁ	TOTAL
Total de muestras procesadas para TSH neonatal en el mes informado			
Número de casos probables: número de recién nacidos con TSH superior al punto de corte			
Número de casos probables citados a control			
Número de recién nacidos no ubicados para confirmación			
Número de casos positivos verdaderos: número de recién nacidos confirmados con TSH sérica alta y T4 libre baja			
Número de recién nacidos confirmados por el laboratorio con resultados de TSH sérica alta y T4 libre normal			
Número de menores de 4 años con TSH sérica alta y T4 libre baja			

Relación de las muestras enviadas a la Subdirección de Laboratorio de Salud Pública: se remitirá el total de las muestras positivas y el número correspondiente de las negativas

1. **POSITIVAS**: todas las muestras superiores al punto de corte
2. **NEGATIVAS**: muestras por debajo del punto de corte. Tener en cuenta los siguientes criterios:
   a. Si durante el mes se recibieron menos de 200 muestras enviar 10 muestras
   b. Si durante el mes se recibieron entre 200 y 1000 muestras enviar el 5%
   c. Si durante el mes se recibieron más de 1000 muestras enviar 50 muestras

Identificación de la muestra del Laboratorio remitente	Tipo de muestra			Fecha de nacimiento			Fecha de procesamiento			Resultado de TSH neonatal	Identificación de la muestra SLSP
	Cordón	Talón	Otro ¿Cuál?	Año AAAA	Mes MM	Día DD	Año AAAA	Mes MM	Día DD		

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:**
Número de muestras recibidas:	**Número de muestras recibidas:**	