

Consecutivo de Copia N°:

Departamento: _____

Municipio: _____

Organismo de Salud: _____

Nombre del Lector: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____ Correo _____

Total Laminas Recibidas: _____

Total Laminas Remitidas: _____

Total pacientes Atendidos en el Mes: _____

Laminas Correspondientes al Mes: _____

LAMINA N°	LECTURA		COLORACIÓN EMPLEADA	DEFECTOS TECNICOS					
	ORIGINAL	SUPERVISOR		EXTENDIDO		COLORACIÓN			
				N° de Frotis por Lamina	Identificación	Contaminación	Precipitado	Acido	Básica

No. TOTAL DE FROTIS	FROTIS POSITIVOS					FROTIS NEGATIVOS					% DEFECTOS TECNICOS
	No.	CONCORDANCIA		DISCORDANCIA		No.	CONCORDANCIA		DISCORDANCIA		
		No.	%	No.	%		No.	%	No.	%	

Para Coloración Empleada Escriba si Utiliza:	
1- GIEMSA	2- WRIGHT
3- FIELD	4- OTRA (ESPECIFIQUE)

OBSERVACIONES:

Firma Profesional Analista GAP

Revisó Líder Técnico GAP

V°.B°. Coordinador LSPD