

Banco de Sangre que refiere: _____ Fecha de envío: _____

Nombre y apellidos del MQC responsable _____

Con el envío de la última semana del mes anotar: # muestras analizadas en el mes _____ N° positivas _____ N° negativas _____

N° Cédula o Expediente	Nombre completo del paciente			Sexo M/F	Fecha Nacimiento DD/MM/AA	Residencia Actual			N° Muestra Cliente	Fecha Recolección DD/MM/AA	Resultado Tamizaje		Para uso de INCIENSA	
	1er apellido	2do apellido	Nombre			Provincia	Cantón	Distrito			Elisa Recombinante			
											DO*	Corte		

*DO = Densidad óptica

Observaciones: _____

Instrucciones de llenado de Boleta de Solicitud de Confirmación Diagnóstica de Enfermedad de Chagas

Datos del banco de sangre

1. *Nombre del Banco de sangre que refiere:* Indicar el nombre del Banco de sangre de donde procede la muestra. Ej.: Banco de Sangre Hospital Max Peralta.
2. *Nombre y apellidos del MQC que analizó las muestras:* Indicar el nombre y los dos apellidos del microbiólogo(a) que realizó el análisis para el tamizaje de la Enfermedad de Chagas.
3. *Nombre y apellidos del MQC que envía las muestras:* Indicar el nombre y los dos apellidos del microbiólogo(a) que envía las muestras para el tamizaje de la Enfermedad de Chagas.
4. *Fecha de envío:* Anotar la fecha en que se envían las muestras al INCIENSA con el formato: *día-mes-año*.
5. *# de muestras analizadas en el mes:* Anotar el número de muestras que se analizaron para el tamizaje de la Enfermedad de Chagas durante el mes, además anotar en las casillas correspondientes el número de muestras positivas (N° positivas___) y el número de muestras negativas (N° negativas___) tamizadas durante el mes.

Datos del Paciente

1. *N° muestra:* Anotar el número de muestras con la que identificó el Banco de Sangre respectivo
2. *Identificación directa:* Anotar el número de cédula del paciente con el siguiente formato #-####-####. Si el paciente no posee cédula anote la identificación disponible.
3. *Nombre del paciente:* Anote primer apellido, segundo apellido y nombre.
4. *Fecha de nacimiento:* Indique la fecha con el formato *día-mes-año*.
5. *Sexo:* Anote el número según corresponda: 1: Masculino, 2: Femenino
6. *Residencia Actual:* Anote la provincia, cantón, distrito del lugar de residencia del paciente.

Resultado Banco de Sangre

1. *Resultado Banco de Sangre:* Esta información es fundamental para un adecuado procesamiento e interpretación de los resultados. **Debe ser llenada por un microbiólogo(a).** Anote el número que corresponda según el resultado obtenido por el banco de sangre: **1. ELISA Recombinante (+), 2. ELISA Recombinante (-), 3. ELISA Recombinante (IND)** cuando corresponda a un resultado indeterminado.
2. *Resultado de confirmación diagnóstica:* Este espacio es para uso Exclusivo del personal del CNRP de INCIENSA.
3. *Observaciones:* Si desea destacar alguna información adicional que considere importante en relación a la muestra o al paciente, anótela en este espacio.

Descargo de responsabilidad

“El firmante acepta los términos para la recepción de las muestras por parte del INCIENSA, y autoriza al INCIENSA a descartar la(s) muestra(s) posterior a su análisis o por motivos de bioseguridad, de acuerdo a los procedimientos y plazos de ley que rigen al INCIENSA”.

Cartago, Costa Rica.

Tel: (506) 2279-9911 Fax: (506) 2279-8175

“Documento propiedad del INCIENSA, cualquier impresión se considera una Copia No Controlada, verificar en el SFD la vigencia antes de hacer uso de esta versión”