

Laboratorio que refiere: _____ Nombre y apellidos del Microbiólogo: _____

Fecha de envío: _____ Envío correspondiente a la semana: _____ mes _____

Con el envío de la última semana del mes anotar: # láminas examinadas 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 | Tipo Muestra 1. Frotis 2. Gota gruesa 3. Ambas | Fiebre 1. Con 2. Sin | Ctl. Tx | Resultado de laboratorio | | | | | Para uso de INCIENSA | | | |
|------------------------|------------------------------|--------------|--------|----------|-----------------------------|-------------------|--------|----------|--------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|---------|--------------------------|----|----|----|------|----------------------|--|--|--|
| | 1er Apellido | 2do Apellido | Nombre | | | Provincia | Cantón | Distrito | | | | | | Pv | Pf | Pm | Po | P sp | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

 *Ctl. Tx. = Control tratamiento, **Pv = *Plasmodium vivax*, Pf = *Plasmodium falciparum*, Pm = *Plasmodium malariae*, Po = *Plasmodium ovale*, P sp = *Plasmodium sólo género*
Observaciones: _____

Instrucciones de llenado

- Unidad programática:* Anotar el nombre del Unidad de Programática o Clínica que envía las láminas.
2. *Fecha de envío:* Se refiere a la fecha en que las muestras son enviadas al CNRP de INCIENSA.
 3. *Nombre y apellidos del MQC:* Indicar el nombre y los dos apellidos del microbiólogo(a) que envía las láminas.
 4. *Envío:* Anotar en el espacio disponible la semana y el mes correspondiente con el formato **##**.
 5. *Láminas vistas en el mes, indicar cuántas positivas y cuántas negativas:* Anotar la cantidad total de láminas observadas, las positivas y negativas con formato **##**.
 6. *N° de muestra:* Anotar el número con el que la muestra fue identificada por el laboratorio que la envía.
 7. *N° de cédula:* Anotar el número de cédula o identificación del paciente con formato **#-####-####**.
 8. *Nombre y apellidos:* Indicar el nombre y los dos apellidos del paciente
 9. *Fecha de nacimiento:* Indicar la fecha con el formato día-mes-año.
 10. *Sexo:* Anotar 1 si es masculino y 2 si es femenino.
 11. *Tipo de muestras:* Anotar 1 si es frotis, 2 si es gota gruesa y 3 ambas.
 12. *Residencia actual:* Anote la provincia, cantón y distrito del lugar de residencia del paciente.
 13. *Fiebre:* Si presenta fiebre, anotar 1 si tiene fiebre y 2 si no tiene fiebre.
 14. *Ctl de tx:* Indicar con una X en la casilla correspondiente si el paciente es de control de tratamiento.
 15. *Resultados de Laboratorio:* Marcar con una X la especie de plasmodio encontrado en el examen parasitológico e indicar la densidad parasitaria correspondiente.

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