

Laboratorio que refiere: _____ Microbiólogo responsable: _____

Fecha de envío: _____ Envío correspondiente al mes _____ año _____

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

Se le recuerda, según lo establece la normativa nacional se debe enviar al Inciensa el 10% de las gotas gruesas negativas y el 100% de las positivas

N° Cédula o expediente	Nombre del Paciente			Sexo M/F	Fecha nacimiento (DD/MM/AA)	Residencia Actual			N° Muestra Cliente	Fecha Recolección DD/MM/AA	Tipo Muestra *	Origen muestra	Resultado de laboratorio					Para uso de INCIENSA
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre			Provincia	Cantón	Distrito					Negativo	Positivo				
											1. Frotis 2. Gota gruesa 3. Ambas	1. Búsqueda pasiva 2. Búsqueda activa		Pv	Pf	Pm	Po	

* Gota gruesa y frotis son requeridos para un adecuado diagnóstico microscópico de malaria Pv = *Plasmodium vivax*, Pf = *Plasmodium falciparum*, Pm = *Plasmodium malariae*, Po = *Plasmodium ovale*

Observaciones:

Instrucciones de llenado

1. Favor completar toda la información que se solicita en este formulario
2. *Laboratorio que refiere:* Anotar el nombre del laboratorio o Clínica que envía las láminas.
3. *Fecha de envío:* Se refiere a la fecha en que las muestras son enviadas al CNR Parasitología de INCIENSA.
4. *Microbiólogo responsable:* Indicar el nombre y los dos apellidos del microbiólogo(a) responsable del envío de las láminas.
5. *Envío correspondiente a:* Anotar en el espacio disponible el mes con el formato **##** y el año con el formato **####**.
6. *Origen de las muestras:* Indicar si las muestras provienen de vigilancia pasiva o activa.
7. *Láminas vistas en el mes:* Anotar la cantidad total de láminas observadas en el mes, número de positivas y número de negativas, con formato **##**.
8. *N° de cédula:* Anotar el número de cédula con formato **#-####-####** o identificación del paciente
9. *Nombre y apellidos:* Indicar el nombre y los dos apellidos del paciente
10. *Sexo:* Anotar **M** si es masculino y **F** si es femenino.
11. *Fecha de nacimiento:* Indicar la fecha con el formato día-mes-año.
12. *Residencia actual:* Anote la provincia, cantón y distrito del lugar de residencia del paciente.
13. *N° muestra cliente:* Número de identificación de la muestra (identificación que trae la lámina).
14. *Fecha Recolección:* Indicar la fecha con el formato día-mes-año.
15. *Tipo Muestra:* Debe enviarse una lámina con gota gruesa y frotis.
16. *Origen muestra:* Anotar 1 si la muestra proviene de búsqueda pasiva, 2 si proviene de búsqueda activa.
17. *Resultado de laboratorio:* Marcar con una X si la muestra está negativa. En el caso de los positivos marcar con una X la especie encontrada en el examen parasitológico e indicar el conteo parasitario correspondiente.
18. Este formulario puede completarse en físico como digital, siendo necesario enviarlo junto a las láminas de control de calidad referidas.

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) 2279-9911 Ext 167