



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: _____