ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	SUBDIRECCIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA GESTIÓN DE CALIDAD	Código Documento: 040VE0601FE04 Fecha de Emisión: 2022-02-01 Página: 1/1	
Elaboró: Profesionales VE	Revisó: Isabel Olivero	Aprobó: Verónica Lara	Versión: 4
Fecha de elaboración: 2008-06-23	Fecha de revisión: 2022-01-31	Fecha de aprobación: 2022-02-01	
EVALUACIÓN EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO DE LEISHMANIASIS			

NOMBRE DEL LABORATORIO: _____ **SEDE:** _____

NOMBRE DEL LECTOR (A): _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

TELÉFONO-EXTENSIÓN: _____ **CELULAR:** _____

COORDINADOR(A) DEL LABORATORIO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

TELÉFONO-EXTENSIÓN: _____ **CELULAR:** _____

TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS: _____ **TOTAL LÁMINAS REMITIDAS EEID:** _____

TOTAL DE LÁMINAS POSITIVAS: _____ **TOTAL DE LÁMINAS NEGATIVAS:** _____

LÁMINAS CORRESPONDIENTES AL AÑO (AAAA) - MES (MM): _____

LÁMINA NÚMERO	RADICADO SLSP	LECTURA	COLORACIÓN EMPLEADA	OBSERVACIONES

1. En la lectura escriba:
P: En caso de muestras POSITIVAS
N: En caso de muestras NEGATIVAS
2. Para la coloración empleada escriba: 1 Si utiliza Giemsa; 2 si es Wrigth; 3 si es Field y 4 Otra (especifique)
3. En observaciones también registrar las muestras séricas así:
MS-LHV: Si la muestra sérica es para diagnóstico de Leishmaniasis Visceral.
MS-LHM: Si la muestra sérica es para diagnóstico de Leishmaniasis Mucosa.