

Laboratorio Remitente: _____ Fecha de envío (AAAA-MM-DD) _____
 Mes de EEID: _____ Total de láminas leídas en el mes : _____
 Nombre del profesional responsable: _____ Número de láminas enviadas para EEID: _____

RADICADO (LSP)	IDENTIFICACION DE LA LÁMINA (Lab. Clínico)	TIPO DE MUESTRA	EDAD	PRIMER LECTOR			OBSERVACIONES
				LECTURA DE GRAM	REACCION LEUCOCITARIA	INFORME FINAL (Según anexo)	

ENVÍO LÁMINA CONTROL GRAM POSITIVO SI _____ NO _____ ENVÍO LÁMINA CONTROL GRAM NEGATIVO SI _____ NO _____

TIPO DE MUESTRA
 FV: Flujo Vaginal
 SU: Secreción Uretral
REACCIÓN LEUCOCITARIA
 ARL: Abundante reacción leucocitaria
 MRL: Moderada reacción leucocitaria
 ERL: Escasa reacción leucocitaria

USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	
FECHA RECEPCIÓN (AAAA-MM-DD):	FECHA VERIFICACION ÁREA (AAAA-MM-DD):
HORA DE RECEPCIÓN:	NÚMERO DE LÁMINAS:
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA:	NÚMERO DE LÁMINAS DE CONTROL:
NOMBRE DE QUIEN RECIBE:	NOMBRE DE QUIEN REVISÁ:

SE PROHIBE MODIFICAR ESTE FORMATO