GOBERNACION DE ANTIOQUIA REPUBLICA DE COLOMBIA	**EVALUACION EXTERNA INDIRECTA DEL DESEMPEÑO PROGRAMA MALARIA RED DE LABORATORIOS**	Codigo: FO-M2-P5-209 Versión: 01 Fecha Aprobación: 09/11/2017

Departamento _____ Municipio _____

Mes de Envío _____ Email _____

Institucion _____ Codigo _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

No. total de pacientes a los cuales se les realizó gota gruesa en el período epidemiológico: _____

No. total de pacientes con gota gruesa positiva: _____

No. total de pacientes a los cuales se les realizó control del tratamiento: _____

No. total de láminas enviadas para Evaluación Externa Indirecta del Desempeño (EEID): _____

No. total de láminas positivas enviadas para la EEID: _____

NUMERO ORIGINAL DE LA LAMINA	DIAGNÓSTICO								% CONCORDANCIA RECUENTO PARASITARIO
	Positivo (P) o Negativo (N)		Especie de *Plasmodium* 1 2 3 4 5*		RECUENTO PARASITARIO				
	PRIMER LECTOR, Laboratorio Participante.	SEGUNDO LECTOR, LDSP.	PRIMER LECTOR, Laboratorio Participante.	SEGUNDO LECTOR, LDSP.	PRIMER LECTOR, Laboratorio Participante.		SEGUNDO LECTOR, LDSP		
					ASEXUADOS	SEXUADOS	ASEXUADOS	SEXUADOS	
TOTAL									

*: 1: *P.vivax* 2*: P.falciparum* 3*: P.malariae* 4: Infección mixta 5: *P.ovale*

LDSP : Laboratoratorio Departamental Salud Publica

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE POR LA ATENCION EN EL PUESTO:
CEDULA NUMERO:

FIRMA SUPERVISOR 1 LDSP:

FIRMA SUPERVISOR 2 LDSP: