



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA



FORMULÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA

Município: _____ Total de Exames realizados: _____

Data de envio das lâminas: ____/____/____

Mês / Ano: ____ / ____

Nº.	Nº. da Lâmina	Data confecção	Nome do Paciente	Data Nasc.	CPF/CNS	Resultado			
						1º exame		Revisão	
						POS	NEG	POS	NEG
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

OBSERVAÇÕES: _____ Data da Revisão: ____ / ____ / ____

Carimbo e assinatura do executor

Carimbo e assinatura do revisor