



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



RELAÇÃO DE LÂMINAS PARA CONTROLE DE QUALIDADE DA HANSENÍASE

MUNICÍPIO :

UNIDADE REQUISITANTE:

Nº	Nº DA LÂMINA	INICIAIS DO PACIENTE	REQUISIÇÃO GAL	NOME DO PACIENTE	NOME DA MÃE	DATA DE NASCIMENTO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO ENVIO: _____

DATA DE ENVIO: ____ / ____ / ____

RECEBIMENTO LACEN: _____

DATA DE RECEBIMENTO: ____ / ____ / ____

OBSERVAÇÃO	
-------------------	--

IMPORTANTE: Este formulário deverá ser impresso e preenchido, relacionando as lâminas que serão enviadas ao Controle de Qualidade da Hanseníase do LACEN. Duas vias devem ser assinadas pelo *responsável do envio do material* e enviadas juntamente com as lâminas, Formulário de Controle de Qualidade da Hanseníase e/ou Ficha do Gal de cada paciente descrito. Após conferência e assinatura do setor da Triagem, uma via será devolvida para a unidade requisitante e a outra permanecerá de posse do LACEN.