



FORMULÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA ESQUISTOSSOMOSE

MUNICÍPIO: _____

Data de envio das lâminas: ____ / ____ / ____

Quantidade de lâminas enviadas: _____

Total de Exames realizados: _____

Positivas: _____

Mês / Ano: ____ / ____ / ____

Negativas: _____

Nº.	Nº. da Lâmina	Data confecção	Nome do Paciente	Data Nasc.	CPF	Resultado			
						1º exame		Revisão	
						POS	NEG	POS	NEG
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									

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

Carimbo e assinatura do executor

Carimbo e assinatura do revisor