



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



**FORMULÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA MALÁRIA**

Município: \_\_\_\_\_ Total de Exames realizados: \_\_\_\_\_

Data de envio das lâminas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mês / Ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_

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									

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_ Data da Revisão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do executor

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do revisor