



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA
INFORME MENSAL DE BACILOSCOPIA DA HANSENÍASE

ESTADO:			
MUNICÍPIO:		LABORATÓRIO:	
MÊS/ANO:			
QUANTITATIVO MENSAL DE BACILOSCOPIAS			
DIAGNÓSTICO	POSITIVA	NEGATIVA	TOTAL
CONTROLE	POSITIVA	NEGATIVA	TOTAL
TOTAL MENSAL			
OBSERVAÇÕES:			
DATA: ____/____/____		RESPONSÁVEL:	

Observação: Este formulário deve ser preenchido pelo Laboratório da Unidade de Saúde e enviado mensalmente (até o 5º dia útil do mês), ao LACEN/ES.