



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



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	Nome do Paciente	Data Nasc.	Nome da Mãe	Resultado			
					1º exame	Revisão	POS	NEG
1			/ /					
2			/ /					
3			/ /					
4			/ /					
5			/ /					
6			/ /					
7			/ /					
8			/ /					
9			/ /					
10			/ /					
11			/ /					
12			/ /					
13			/ /					
14			/ /					
15			/ /					
16			/ /					
17			/ /					
18			/ /					

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

Carimbo e assinatura do revisor