



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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							</

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

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