



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



**FORMULÁRIO DE CONTROLE DE QUALIDADE DA MALÁRIA**

Município: \_\_\_\_\_

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

Nº	Nº DA LÂMINA	NOME DO PACIENTE	DATA DE NASC.	NOME DA MÃE	RESULTADO			
					1º EXAME		REVISÃO	
					POS	NEG	POS	NEG
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

\_\_\_\_\_

Laboratorista

\_\_\_\_\_

Revisor

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data