



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**Superintendência de Vigilância em Saúde – SVS**  
**Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN**  
**Revisão/Controle de Qualidade - Malária**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ REGIONAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_  
 MICROSCOPISTA: \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_  
 MÊS: \_\_\_\_\_ SEMANA: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

LABORATÓRIO: \_\_\_\_\_

**QUADRO 1 – ATIVIDADE DO MICROSCOPISTA**

DIA	LÂMINAS RECEBIDAS NA SEMANA: Gota Espessa/Esfregaço						OBSERVAÇÕES
	SALDO DO DIA ANTERIOR	RECEBIDAS NO DIA	TOTAL	POSITIVAS	NEGATIVAS	TOTAL	
2ª Feira							
3ª Feira							
4ª Feira							
5ª Feira							
6ª Feira							
Sab/Dom							
TOTAL							

**QUADRO 2 – RELAÇÃO DE LÂMINAS GE/Esfregaço para: REVISAR  CQ  EXAMINAR**

Nº. DA LÂMINA	Resultados Laboratório Local/Base				Resultados Laboratório de Revisão/CQ				
	Cruzes (++)	mm <sup>3</sup>	Esfregaço	Neg	Cruzes (++)	mm <sup>3</sup>	Esfregaço	Neg	Observação

OBS: **F= Plasmodium falciparum; V= Plasmodium vivax; F+V= P. falciparum + P. Vivax; M= P. malariae; O= P. ovale**

DATA DE ENVIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO ENVIO

**Quadro 3 – USO DO LABORATÓRIO DE REVISÃO/CQ**

DATA DE ENTRADA: ____/____/____	DATA DA REVISÃO/CQ: ____/____/____
_____ RESPONSÁVEL/REVISOR	