

Ministerio de Salud Pública

Formulario E2: Registro semanal de muestras positivas de Gota gruesa/frotis y Pruebas de diagnóstico rápido de paludismo (malaria)

Establecimiento de salud / Puesto de diagnóstico: _____ Provincia: _____

Cantón: _____ Parroquia: _____ Localidad: _____

SE: _____ Del: _____ Al: _____ Año: _____

Fecha		Fuente		Paciente			Procedencia del paciente				Método de diagnóstico		Resultado del diagnóstico				
Toma de muestra	Examen	Número de muestra	Tipo de notificante ES / PC / PD / ON	Nombre y apellido	Edad	Sexo: M / F	Provincia	Cantón	Parroquia	Localidad	PDR marcar X	Gota gruesa / frotis: marcar X	PDR		Gota gruesa / frotis		
													Negativo: marcar X	Positivo: Pf / Pv Po / Pm IM	Especie	Gametocitos Pf	Densidad (p/μl)
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																
__/__/__	__/__/__																

Nombre y apellido del Laborista / Microscopista / Promotor

Firma

Fecha de entrega