**Laboratorio remitente:** Marcar con una **“X”** el correspondiente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Hospital General San Juan de Dios |  | Hospital Regional de Cobán |  | Hospital Nacional de San Marcos |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Otro |  | Especifique: |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Responsable del envío:  |  | Correo electrónico:  |  |
| Fecha del envío:  |  | Total de muestras enviadas: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Id. Reg. (PAHO Flu)** | **Nombre del paciente** | **Fecha de****inicio de síntomas** | **Fecha de****toma de muestra** | **Edad** | **Sexo** | **Metodología de Análisis en Unidad Centinela** | **Resultado de análisis en Unidad Centinela** | **Valor de Ct\*** | **Código interno DLNS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*CT: Umbral del ciclo por sus siglas en inglés

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Temperatura de las muestras en recepción DLNS: \_\_\_\_\_\_\_°C**

**Firma y Sello de recepción ventanilla de la DLNS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Analista responsable de recepción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**