	CIRCULAR	CÓDIGO	AP-AI-RG-115
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Laboratorio Departamental de Salud Pública

CIRCULAR No.7

PARA: IPS, EPS, LABORATORIOS CLINICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.

ASUNTO: DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA RECEPCIÓN DE MUESTRAS SARS-CoV -2 (COVID-19)

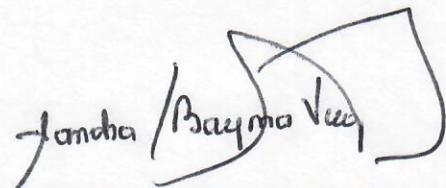
FECHA: ABRIL 24/2020

Con el fin de fortalecer el proceso de diagnóstico de SARS-CoV -2 causante del COVID-19, desde la fase preanalítica hasta la emisión de resultados, es necesario que las muestras tomadas para diagnóstico de COVID-19 por cada una de las instituciones adjunten toda la documentación requerida, esto con el fin de evitar hallazgos que retrasen el procesamiento.

Los documentos que se deben anexar son los siguientes:

1. Formato Control de envío y recepción de muestras para análisis SARS-CoV -2 (COVID-19), el cual se adjunta-
2. Ficha de notificación impresa del SIVIGILA, no se aceptan ficha diligenciadas a mano, ni pantallazos, ni fichas que no tengan todos los datos diligenciados.
3. Historia clínica o epicrisis del paciente

Los anteriores documentos deben venir en el orden enunciado, y por duplicado.



SANDRA BAYONA VERGEL
Coordinadora Grupo Laboratorio de Salud Pública



Certificado No. 0143-1

Certificado No. SC 4317-1



Formato Control de envío y recepción de muestras para análisis SARS-CoV -2 (COVID-19)
Laboratorio Departamental de Salud Pública Santander

CODIGO	
VERSION	1
FECHA DE APROBACION	
PAGINA	1 de 1

CONDICIONES DEL ENVÍO DE MUESTRAS AL LSPD

FECHA ENVÍO: RESPONSABLE DEL ENVÍO _____ TELEFONO: _____
 (DD/MMM/AÑO) (NOMBRE COMPLETO)

INSTITUCION REMITENTE: _____ CORREO ELECTRONICO A DONDE SE ENVIARA EL REPORTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO	FECHA DE TOMA	TIPO DE MUESTRA				PRUEBA
			HISOPADO OROFARINGEO	HISOPADO NASOFARINGEO	HISOPADO NASOFARINGEO Y OROFARINGEO	SUERO	
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>
		DDMM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RT-PCR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>

ESTABILIZACIÓN DE LA CAVA

HORA ENVÍO (Formato 24h) LECTURA DE TEMPERATURA SALIDA °C _____ TOTAL DE MUESTRAS ENVIADAS _____
 (Temperatura actual)

RECEPCIÓN DE LAS MUESTRAS EN LABORATORIO LDSP

FECHA: RESPONSABLE DE RECEPCIÓN _____
 (DD/MMM/AÑO) (NOMBRE COMPLETO)

HORA RECEPCION: LECTURA DE TEMPERATURA LLEGADA °C DE LA CAVA _____ EMBALAJE DE LA MUESTRA
 (Formato 24h) (Temperatura actual) ADECUADO NO ADECUADO

TOTAL DE MUESTRAS RECIBIDAS _____ DOCUMENTACION COMPLETA INCOMPLETA

OBSERVACIONES _____