附件2：

榆林市临床检验室间质量评价回报表（血常规）

单位名称： 单位等级：

地址： 联系电话： 邮编：

使用仪器名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用试剂来源：(1)溶血剂\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2)稀释液\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 清洗液\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 染液\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是否开展室内质控：是□ 否□ 每月检测标本量\_\_\_\_\_\_份

室内质控物来源：质控物名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_批号\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 测定项目 | 测定结果 | | |
| 202011 | 202012 | 202013 |
| WBC  (×109/L) |  |  |  |
| RBC  (×1012/L) |  |  |  |
| Hb (g/L) |  |  |  |
| PLT  (×109/L) |  |  |  |
| HCT% |  |  |  |

操作者签字： 测定日期： 年 月 日 主任签字：

榆林市临床检验室间质量评价回报表（尿常规）

单位名称： 单位等级：

地址： 联系电话： 邮编：

使用方法：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 仪器：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 试剂名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是否开展室内质控：是□ 否□ 每月检测标本量\_\_\_\_\_\_份

室内质控物生产厂家批号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

是否做尿沉渣检测：是□ 否□ 使用仪器\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 测定结果 | | |
| 202011 | 202012 | 202013 |
| 白细胞 |  |  |  |
| 酮体 |  |  |  |
| 亚硝酸盐 |  |  |  |
| 尿胆原 |  |  |  |
| 胆红素 |  |  |  |
| 蛋白质 |  |  |  |
| 葡萄糖 |  |  |  |
| 尿比重 |  |  |  |
| 隐血 |  |  |  |
| 酸碱度 |  |  |  |

操作者签字： 测定日期： 年 月 日 主任签字：

榆林市临床检验室间质量评价回报表（生化）

单位名称： 单位等级：

地址： 联系电话： 邮编：

室内质控开展情况: 未开展□ 已开展的项目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

室内质控物来源：质控物名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

批号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 精度 | 测定结果 | | | | |
| 202011 | 202012 | 202013 | 方法 | 仪器名称 |
| 尿素(mmol/L) | （.00） |  |  |  |  |  |
| 肌酐(μmol/L) | （0.） |  |  |  |  |  |
| 血糖(mmol/L) | （.00） |  |  |  |  |  |
| 总蛋白(g/L) | （.0） |  |  |  |  |  |
| 白蛋白(g/L) | （.0） |  |  |  |  |  |
| 胆固醇(mmol/L) | （.00） |  |  |  |  |  |
| 甘油三脂(mmol/L) | （.00） |  |  |  |  |  |
| 丙氨酸氨基转移酶(u/L-37℃) | （0.） |  |  |  |  |  |
| 碱性磷酸酶(u/L-37℃) | （0.） |  |  |  |  |  |
| 天门冬氨酸氨基转移酶(u/L-37℃) | （0.） |  |  |  |  |  |

操作者签字： 测定日期： 年 月 日 主任签字：

榆林市临床检验室间质量评价回报表（免疫）

单位名称： 单位等级：

地址： 联系电话： 邮编：

使用方法：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 仪器：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 试剂名称：①\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_②\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

室内质控开展情况: 未开展□ 已开展的项目\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

室内质控物来源：质控物名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_生产厂家\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

批号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 测定结果（或OD值） | | |
| 202011 | 202012 | 202013 |
| HBsAg |  |  |  |
| HBsAb |  |  |  |
| HBeAg |  |  |  |
| HBeAb |  |  |  |
| HBcAb |  |  |  |

操作者签字： 测定日期： 年 月 日 主任签字：

填表说明：

1.样本检测“阳性”“阴性”结果，请按“＋”“－”两种方式报告