医务科通【2015】110号

**关于开展POCT检验项目2015年第2次**

**室间质量评价院内比对工作的通知**

各科室：

根据《三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）》和《中山大学附属第一医院床旁检验（POCT）质量管理制度》等要求，医院拟开展2015年度下半年POCT项目院内比对工作，现将有关事宜通知如下，请各科室遵照执行。

一、参加对象：

开展即时微量血糖检测、血气分析项目的所有临床科室（包括门诊和有关医技检查科室），有多台设备的科室每台均需参加。

二、工作安排

（一）微量血糖项目

1、请各科室于11月23日～12月20日（周六、日除外）按照要求，随机选取5位患者检测其**指尖微量血糖并将结果登记在附件1；**同时抽取该患者的静脉血样标本**（灰色头试管3.0ml）**。

2、在上述规定时间内将附件1及对应患者静脉血一并送至医学检验科。

3、有多台血糖仪的科室每台均需参加比对，并且每台仪器填报一份**附件1。有多台仪器的科室请按需自行复印附件。**

（二）血气分析项目

1、各临床科室于11月23日～12月20日（周六、日除外）到医学检验科生化室领取质控样本和**附件2**。

2、12月20日前完成样本检测，并填好**附件2**，提交到手术大楼3楼医学检验科。

（**三）送检地址及联系人**

**1、地址：手术大楼3楼医学检验科标本接收处生化室**

**2、联系人：冯品宁、陈渡波、龙伟清 电话：8468**

三、结果评价反馈

1、医学检验科汇总各科室检测数据，进行统计分析，作出评价结果。

2、医学检验科将评价结果提交医务科审核后反馈给各参加科室。

3、各参加科室于2016年1月5日起到手术科大楼3楼医学检验科领取比对评价结果。

4、各科室根据反馈结果进行总结分析，提出持续改进措施并记录。需要整改的科室请按要求填写**《分析报告表》（见附件3）**并于1月20日前将**附件3**复印件提交给医学检验科生化室，原件留科室存档备查。

四、为方便沟通交流，各科室人员可搜索：“中山一院POCT管理微信群”或扫描以下二维码加入微信群。



医务处医务科 医学检验科

2015年11月19日

**（备注：此通知可在医院官网医务处医务科页面下载）**

**附件1：**

**中山一院2015年POCT院内比对**

**微量血糖项目临床科室检测结果表**

科室名称： 科室联系人： 联系电话：

仪器生产厂家： 仪器型号： 仪器院内编号：

测定日期：2015年 月 日 发出结果日期： 2015年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 样本编号 | 试剂批号 | 单位 | **指尖血糖检测结果** | 检验科测定结果 | 备注 |
| 1 |  | mmol/L |  |  |  |
| 2 |  | mmol/L |  |  |  |
| 3 |  | mmol/L |  |  |  |
| 4 |  | mmol/L |  |  |  |
| 5 |  | mmol/L |  |  |  |

注：请认真填写，注意单位和小数点。

使用试剂厂家名称： 每月平均检测标本量：

是否按规定每天开展室内质控： 是□ 否□ 室内质控物厂家和批号：

室内质控是否存在失控： 有□ 无□ 失控处理记录：有□ 无□

**科室主任签字**： **操作者签字**：

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**《2015年院内比对微量血糖项目临床科室检测结果表》签收单**

**科：**

已收到贵科送来的《2015年院内血气分析项目比对临床科室回报表》（ ）份。

医学检验科

签收人： 2015年 月 日

**附件2：**

**中山一院2015年POCT院内比对**

**血气分析项目临床科室检测结果表**

科室名称： 科室联系人： 联系电话：

仪器生产产家： 仪器型号： 仪器院内编号：

测定日期：2015年 月 日 发出结果日期： 2015年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 单位 | 试剂批号 | 检测结果 | | |
| 水平1 | 水平2 | 水平3 |
| pH |  |  |  |  |  |
| PCO2 | mmHg |  |  |  |  |
| PO2 | mmHg |  |  |  |  |
| Na+ | mmol/L |  |  |  |  |
| K+ | mmol/L |  |  |  |  |
| Cl- | mmol/L |  |  |  |  |

注：请认真填写，注意单位和小数点，未开展的项目填“/”。

使用试剂厂家名称： 每月平均检测标本量：

是否按规定每天开展室内质控： 是□ 否□ 室内质控物厂家和批号：

室内质控是否存在失控： 有□ 无□ 失控处理记录：有□ 无□

**科室主任签字**： **科室操作者签字**：

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**《2015年院内比对血气分析项目临床科室检测结果表》签收单**

**科：**

已收到贵科送来的《2015年院内血气分析项目比对临床科室回报表》（ ）份。

医学检验科

签收人： 2015年 月 日

**附件3：**

**中山一院POCT项目院内比对失控分析与处理记录表**

科室名称： 时间日期：\_ \_\_\_年\_\_\_月

仪器型号名称： 仪器院内编码**NO.**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

失控项目：□微量血糖 □血气分析项目

失控原因分析：

失控处理及改进措施：

处理结果：□通过 □不通过，申请更换仪器

操作者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 负责人签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日