

## แบบประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวปี ๒๕๖๑

## หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หน่วยบริการ.....อำเภอ..... จังหวัด.....

## ๔.๕ การจัดระบบบริการสนับสนุน

## ๔.๕.๓ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB)

(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เลือก และ/หรือเติมข้อความให้ครบถ้วน)

ส่วนที่ : ๑ ข้อมูลทั่วไป	
๑. ชื่อหน่วยบริการ	๖. ประเภทหน่วยงาน ( ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาด ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่ ( ) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ขนาด ( )เล็ก ( )กลาง ( )ใหญ่ ( ) ศูนย์สุขภาพชุมชน ของ รพ. ( ) รพศ. (ระบุชื่อ รพ.)..... ( ) รพท. (ระบุชื่อ รพ.).....
๒. ที่อยู่	( ) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ( ) ศูนย์บริการสาธารณสุข ( ) สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
๓. เขตสุขภาพที่.....	
๔. รหัสหน่วยงาน (๕ หลัก)	
๕. สังกัด ( ) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.) ( ) กรม (ระบุ) ..... ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....	



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
<b>๑. บุคลากร ☆</b>							
๑	๑.๑ ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องผ่านการอบรมหรือได้รับการฟื้นฟูทางวิชาการ <ul style="list-style-type: none"> <li>ผู้มีหน้าที่ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทุกคนต้องมีหลักฐานการได้ฝึกอบรม จากรพ.ที่เลี้ยง หรือ ผู้ตรวจวิเคราะห์สามารถรับการฝึกอบรมจากผู้รับผิดชอบหลักใน รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรมได้โดยมีหลักฐานการฝึกอบรม</li> </ul>	ผู้ปฏิบัติที่มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบทุกคนได้รับการฝึกอบรมครอบคลุมรายการทดสอบที่ให้บริการ	ผู้ปฏิบัติหลักและรองหรือผู้ปฏิบัติงานจริงได้รับการอบรมจำนวน $\geq 50\%$ ของจำนวนในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	ผู้ปฏิบัติหลักเท่านั้นได้รับการอบรม	ผู้ปฏิบัติงานจริงได้รับการอบรมแต่ไม่ครบทุกคน	ไม่มีคนได้รับการอบรม	หลักฐานการได้รับการอบรม/สอน
๒	๑.๒ มีบันทึกประวัติการอบรม <ul style="list-style-type: none"> <li>มีใบประกาศหรือเอกสารบันทึกการสอนหน้างาน (On the job training) ผู้ที่จะทำหน้าที่สอนหน้างานควรเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบงานเทคนิคการแพทย์ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมโดย นักเทคนิคการแพทย์ของ รพ. ที่เป็นพี่เลี้ยงโดยครอบคลุม ทุกคนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ครอบคลุม ๔ test หลักที่ให้บริการ(โดยดูหลักฐานการให้บริการในรอบ ๑ ปีย้อนหลังนับจากวันประเมิน)</li> </ul>	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติทุกคนและเป็นปัจจุบัน	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักและรอง $\geq 50\%$ ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติหลักรวมทั้งของผู้ปฏิบัติงานจริง $< 50\%$ ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	ไม่มีใบประกาศบันทึกการอบรมของผู้ปฏิบัติงานหลักแต่มีบันทึกการอบรมผู้ปฏิบัติงานจริง $< 50\%$ ของจำนวนผู้ปฏิบัติงานในคำสั่งมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ	ไม่มีใบประกาศหรือบันทึกการอบรม	ใบประกาศนียบัตรหรือบันทึกการอบรม/สอน



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓	<p>๑.๓ มีการมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบหลักและรองด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการฯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งมอบหมายการปฏิบัติงานผู้รับผิดชอบหลักและรองต้องระบุให้ชัดเจนว่าทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์รายการทดสอบใดและเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติงานที่ทำการตรวจวิเคราะห์จริงครบทุกคนครอบคลุมรายการทดสอบที่เปิดบริการ</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรองและบุคลากรอื่นแต่ไม่ครบทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลักและรอง</p>	<p>มีคำสั่งมอบหมายผู้ปฏิบัติหลัก</p>	<p>ไม่มีคำสั่งมอบหมาย</p>	<p>หนังสือคำสั่งมอบหมาย</p>
๔	<p>๑.๔ มีที่ปรึกษาทางวิชาการเช่น นักเทคนิคการแพทย์หรือเจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ของโรงพยาบาลทุติยภูมิ/ตติยภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีคำสั่งแต่งตั้งและมีหลักฐานการรับคำปรึกษาจากพี่เลี้ยงสามารถคัดลอกข้อความการรับคำปรึกษาจากโทรศัพท์/ line / face book ได้</li> </ul>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา ๒. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน ๓. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาครบทุกคน</p>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษา ๒. มีหลักฐานการขอรับคำปรึกษาครบทุกช่องทางที่ปรึกษาจริงและเป็นปัจจุบัน ๓. ผู้รับผิดชอบหลักและรองลงลายมือชื่อรับทราบคำปรึกษาไม่ครบทุกคน</p>	<p>มีคำสั่งแต่งตั้งแต่ไม่มีบันทึกการขอรับคำปรึกษาหรือมีบันทึกการขอคำปรึกษา แต่ไม่ได้ทำคำสั่ง</p>	<p>ไม่มี</p>	<p>คำสั่งแต่งตั้งบันทึกการขอคำปรึกษา</p>	

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
<b>๒. สถานที่ทำการทดสอบ/พื้นที่ปฏิบัติงาน</b>							
๕	๒.๑ มีพื้นที่ปฏิบัติงานเพียงพอมีการแยกพื้นที่ห้องทำงาน จากพื้นที่ปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ตรวจปัสสาวะ ควรเป็นสัดส่วน ไม่ตรวจที่หน้าห้องน้ำ</li> </ul>	แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน สะอาด ไม่ร้อน ไม่ชื้น ไม่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น	แยกเป็นสัดส่วน มีใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นบางส่วนเล็กน้อย	ใช้พื้นที่เดียวกับงานอื่นแต่สลับเวลาใช้งาน หรือจัดพื้นที่/ตั้งโต๊ะเฉพาะในวันที่ให้บริการ	ใช้พื้นที่ตรวจวิเคราะห์ร่วมกับงานอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน	ไม่ได้จัดพื้นที่ปฏิบัติงาน Lab	ดู, สังเกต, สอบถาม
๖	๒.๒ มีพื้นที่จัดวางเครื่องมือวิทยาศาสตร์ที่จำเป็นในการตรวจวิเคราะห์อย่างเหมาะสม <ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่วางเครื่องปั่น Hematocrit แข็งแรง จับโยกไม่ได้</li> </ul>	จัดวางในพื้นที่มั่นคง เพียงพอพร้อมใช้งาน สิ่งแวดล้อมเหมาะสม	มั่นคงแต่สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น มีความชื้นหรือแดดส่องเข้าถึงยาก	มีพื้นที่วางแต่ไม่มั่นคง	มั่นคงหรือไม่มั่นคงแต่ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่นเมื่อจะใช้งานถึงจะยกเครื่องมือมาวาง	ไม่ได้จัดพื้นที่วางเครื่องมือ	ดู, สังเกต, สอบถาม, ลองชั๊บ



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓. วัสดุ นํ้ายาและเครื่องมือทดสอบ ★							
๓.๑ วัสดุ นํ้ายา							
๗	๓.๑.๑ มีระบบการเลือก การจัดซื้อ การเบิกจ่าย การจัดเก็บวัสดุ และชุดนํ้ายาทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ต้องมีหลักฐานการเบิกจ่าย หมายเลขการผลิต (lot number) วันหมดอายุ จำนวนรับเข้า จ่ายออก ให้ข้อมูลตรงกับของที่มีอยู่ในคลังจัด เก็บในอุณหภูมิถูกต้องในกรณีรพ.สต.มีการจัดซื้อวัสดุเองขอระบบการคัดเลือกหลักฐานการจัดซื้อวัสดุ</li> </ul>	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่าย ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบันทุกเดือน จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	มีระบบและหลักฐานการเบิกจ่ายเป็นปัจจุบันแต่ไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง จัดเก็บในอุณหภูมิที่เหมาะสม	มีหลักฐานการเบิกจ่ายครบ แต่ไม่ถูกต้อง ไม่เป็นปัจจุบันอุณหภูมิจัดเก็บเหมาะสม	มีหลักฐานการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง และไม่ เป็นปัจจุบัน อุณหภูมิจัดเก็บเหมาะสม	ไม่มีหลักฐานการเบิกจ่าย อุณหภูมิจัดเก็บไม่เหมาะสม	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
๘	๓.๑.๒ มีการระบุวันเริ่มใช้ วันหมดอายุของนํ้ายา และตรวจสอบทุกครั้งก่อนทำการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการระบุวันเปิดใช้ และวันหมดอายุตามเอกสารกำกับนํ้ายา</li> </ul>	มีระบุถูกต้องทุกชั้นและไม่มีหมดอายุ	มีระบุทุกชั้นแต่ไม่ถูกต้องและไม่มีหมดอายุ	มีระบุไม่ทุกชั้นหรือไม่ถูกต้องและไม่มีหมดอายุ	ไม่ระบุหรือมีหมดอายุ	ไม่ระบุและมีหมดอายุ	ดู, สังเกต, ถาม
๓.๒ เครื่องมือทดสอบ							
๙	๓.๒.๑ มีทะเบียนประวัติเครื่องมือ <ul style="list-style-type: none"> <li>ทะเบียนประวัติเครื่องมือให้มีรายละเอียดที่สำคัญเช่น ชื่อ เครื่องมือ หมายเลขเครื่องหรือหมายเลขครุภัณฑ์ วันที่รับ บริษัทจำหน่าย ราคาเป็นต้น</li> </ul>	มีข้อมูลครบตามข้อกำหนดทุกเครื่อง และเป็นปัจจุบัน	เครื่องมือ ๗๕% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	เครื่องมือ ๕๐% มีข้อมูลครบตามข้อกำหนด	มีทะเบียนแต่ทุกเครื่องข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนด	ไม่มีทะเบียนเครื่องมือ	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๒ เครื่องมือทดสอบ (ต่อ)							
๑๐	<p>๓.๒.๒ มีแผนการสอบเทียบและบำรุงรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถใช้แผนสอบเทียบรวมของ CUP หรือ รพ.สต. อาศัยข้อมูลมาจัดทำเฉพาะของ รพ.สต. เองก็ได้ ต้องรวม นาฬิกาจับเวลาด้วย ในกรณีมีวัสดุงานห้องปฏิบัติการเก็บในตู้เย็นให้มีการสอบเทียบเทอร์โมมิเตอร์ด้วย</li> </ul>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบ จุดที่ต้องการสอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง พร้อมระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษาครบทุกประเภทเครื่องมือ</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบ และระบุความถี่ในการสอบเทียบครบทุกเครื่อง แต่ไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบหรือระบุไม่ตรงตามการใช้งานจริง</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ <math>\geq ๗๕\%</math> ประเภทเครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบแต่ไม่ครบทุกเครื่อง และไม่ระบุความถี่หรือไม่ระบุจุดที่ต้องการสอบเทียบ</p> <p>๒. มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ <math>\geq ๕๐\%</math> ประเภทเครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>๑. มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ ไม่ครบทุกเครื่องและไม่ระบุรายละเอียดใดๆ ในแผน</p> <p>๒. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ</p>	<p>๑. ไม่มีแผนสอบเทียบเครื่องมือ</p> <p>๒. ไม่มีแผนบำรุงรักษาเครื่องมือ</p>	ดู, สังเกต, ถาม
๑๑	<p>๓.๒.๓ มีบันทึกการสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องมือที่เป็นปัจจุบัน มีบันทึกการสอบเทียบที่มีรายละเอียดจากการสอบเทียบ หรือสำเนาจากหน่วยงานที่สอบเทียบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>เครื่องปั่น Hct. สอบเทียบความเร็วรอบ ทำอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มีบันทึกการสอบเทียบเวลาเครื่องปั่นด้วย การสอบเทียบเวลาเครื่องอาจบันทึกสอบเทียบกับนาฬิกาที่ผ่านการสอบเทียบแล้ว ถ้าไม่มีการสอบเทียบเวลา เมื่อใช้งานต้องนำนาฬิกาที่ผ่าน</li> </ul>	<p>๑. มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ตรงตามกำหนดครบทุกเครื่องตามแผน</p>	<p>๑. มีบันทึกการสอบเทียบจุดที่สอบเทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือสอบเทียบไม่ครบทุกเครื่อง</p>	<p>๑. มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือสอบเทียบไม่ครบทุกเครื่องตามแผน</p>	<p>๑. มีบันทึกการสอบเทียบแต่จุดที่สอบเทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด และสอบเทียบไม่ครบทุก</p>	<p>๑. ไม่มีบันทึกผลการสอบเทียบ</p> <p>๒. ไม่มีผลการบำรุงรักษาเครื่องมือ</p>	ดู, สังเกต, ถาม



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
	<p>การเทียบเวลาแล้วมา จับเวลาเสมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• นาฬิกาจับเวลา มีการเทียบเวลาทุก ๖ เดือน ตรงตามค่า ที่ใช้งาน สามารถทำเองได้โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองจากบริษัทหรือองค์กรอื่น มีข้อมูลบันทึกครบถ้วน การเทียบเวลาแต่ละค่าต้องจับเวลาอย่างน้อยค่าละ ๓ ครั้ง เมื่อดำเนินการแล้ว จัดให้มีฉลากติด</li> </ul>	<p>๒. มีผลการบำรุงรักษาครบทุกประเภท เครื่องมือจริงเป็นปัจจุบันทั้งเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์</p>	<p>ตามแผน ๒. มีผลบำรุงรักษา เครื่องมือ <math>\geq ๗๕\%</math> ประเภท เครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>๒. มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือ <math>\geq ๕๐\%</math> ประเภท เครื่องมือที่มีอยู่</p>	<p>เครื่องตามแผน ๒. ไม่มีผล การบำรุงรักษา เครื่องมือ</p>		





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๓ การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัตโนมัติ (Hematocrit)							
๑๒	๓.๓.๑ มีแผ่นสเกลอ่านค่า Hematocrit คมชัดไม่จำเป็นต้องเป็นโลหะ	มีใช้งานได้ดี		มีแต่ใช้งานยาก มองเส้นอ่านไม่ชัด	มีแต่มองไม่เห็นเส้นอ่าน	ไม่มี	หีบคู غام
๑๓	๓.๓.๒ บันทึกการตรวจสอบแปรงถ่าน/พิวส์/มีแปรงถ่านสำรอง (carbon brush) กรณีไม่ใช่แปรงถ่านแต่ใช้พิวส์ให้มีพิวส์สำรองหรือมีระบบสำรอง (หรือระบบสำรองเครื่องมือที่พร้อมให้บริการในพื้นที่) <ul style="list-style-type: none"> <li>• เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีพิวส์ ให้มีพิวส์สำรอง เครื่องปั่น Hematocrit ที่มีแปรงถ่านให้พิวส์สำรองแปรงถ่าน</li> </ul>	มีการตรวจสอบสม่ำเสมอและมีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบแต่ไม่สม่ำเสมอ มีสำรองประจำเครื่องหรือมีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบไม่สม่ำเสมอ ไม่มีสำรองประจำเครื่อง แต่มีระบบสำรอง	มีการตรวจสอบไม่สม่ำเสมอ ไม่มีสำรองประจำเครื่อง ไม่มีระบบสำรอง	ไม่มีการตรวจสอบ ไม่มีสำรอง และ ไม่มีระบบสำรอง	คูเอกสาร, สังเกต, غام
๑๔	๓.๓.๓ Tube Hematocrit ชนิด Heparin (มีแถบคาดสีแดงที่ปลายหลอด) <ul style="list-style-type: none"> <li>• capillary tube สำหรับใช้ตรวจ Hct. ต้องไม่หมดอายุ</li> </ul>	มีใช้งาน และไม่มี Tube หมดอายุ				มีแต่หมดอายุ	หีบคู غام
๑๕	๓.๓.๔ ดินน้ำมันสำหรับอุดปลาย Tube Hematocrit และคุณภาพพร้อมใช้ <ul style="list-style-type: none"> <li>• ดินน้ำมันสามารถใช้ดินน้ำมันธรรมดาได้ป็นน้ำไม่หลุด ไม่ใช้สีแดง มีผิวหน้าเรียบ ให้สาริตการใช้งานได้จริง</li> </ul>	มี ลักษณะใช้งานได้ดี		มีแต่ใช้สีแดงหรือสีส้ม หรือสีชมพู		ไม่มี หรือมีแต่ใช้งานไม่ได้	หีบคู غام
๑๖	๓.๓.๕ มีอุปกรณ์เจาะเลือด	มีเป็น lancet หรือเข็มเจาะปลายนิ้ว โดยเฉพาะ				ไม่มีหรือใช้เข็มฉีดยามาเจาะปลายนิ้ว	หีบคู غام





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๓ การตรวจหาปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit)							
๑๗	๓.๓.๖ เครื่องปั่น Hematocrit มีการสอบเทียบความเร็วรอบและเวลา ถ้าไม่ได้สอบเทียบเวลาที่เครื่องต้องใช้นาฬิกาจับเวลา	มีและสอบเทียบทั้งความเร็วรอบและเวลาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	มีการสอบเทียบความเร็วรอบแต่ไม่ได้สอบเทียบเวลาและไม่ใช้นาฬิกาที่ผ่านการสอบเทียบมาใช้จับเวลา	มีแผนแต่ยังไม่ถึงกำหนดสอบเทียบ	มีแผนแต่ไม่ได้สอบเทียบตามแผน	ไม่ได้สอบเทียบ	ดู เอกสารหรือ sticker สอบเทียบ สังกัด, غام
๓.๔ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว							
๑๘	๓.๔.๑ มีแผ่นทดสอบ (Test strip) น้ำตาลในเลือดไม่หมดอายุ	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุและไม่มีแผ่นทดสอบหมดอายุ	ระบุวันเปิดวันหมดอายุไม่ตรงบริษัทกำหนด และไม่มีแผ่นทดสอบหมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแผ่นทดสอบหมดอายุ	มีแผ่นทดสอบหมดอายุและไม่มีแผ่นทดสอบหมดอายุ	มีแผ่นทดสอบหมดอายุเท่านั้น	ดู, สังกัด, غام
๑๙	๓.๔.๒ มีแบตเตอรี่สำรองพร้อมใช้งาน	มีอย่างน้อย ๑ ชุด		ไม่มีสำรองในหน่วยงานแต่สามารถจัดหาได้ทันต่อการใช้งาน		ไม่มี	หยิบดู, สังกัด, غام

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๕ การตรวจวิเคราะห์น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ							
๒๐	๓.๕.๑ มีแถบวัด Sugar, Protein ในปัสสาวะที่ไม่หมดอายุ	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	ระบุวันเปิด วันหมดอายุไม่ตรง บริษัทกำหนด และไม่มีแถบหมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	มีทั้งแถบตรวจหมดอายุและไม่หมดอายุ	มีแถบตรวจหมดอายุเท่านั้น	ดู, สังเกต, ถาม
๒๑	๓.๕.๒ มีการใช้นาฬิกาที่มีการเทียบเวลา (ละเอียดวินาที) จับเวลาได้อย่างถูกต้อง	ใช้นาฬิกาจับเวลาได้อย่างถูกต้อง		ใช้นาฬิกาจับเวลาไม่ถูกต้อง		ไม่ใช้นาฬิกาจับเวลา	ดู, สังเกต, ถาม
๒๒	๓.๕.๓ นาฬิกาจับเวลา มีผลการเทียบเวลาทุก ๖ เดือน	มีบันทึกการเทียบเวลา จุดที่เทียบตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ทุก ๖ เดือน ครบทุกเครื่องตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา จุดที่เทียบตรงกับการใช้งานจริง แต่ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา แต่จุดที่เทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนด หรือไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	มีบันทึกการเทียบเวลา แต่จุดที่เทียบไม่ตรงกับการใช้งานจริง ความถี่ไม่ตรงตามกำหนดและไม่ได้เทียบเวลาตามแผนที่กำหนด	ไม่มีการเทียบเวลา	หยิบดู ถาม





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓.๖ การตรวจวิเคราะห์การตั้งครรภ์ (HCG ในปัสสาวะ)							
๒๓	๓.๖.๑ มีแถบตรวจหาการตั้งครรภ์ ไม่หมดอายุ และมีการใช้นาฬิกาจับเวลา	มีระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	ระบุวันเปิดวันหมดอายุไม่ตรงบริษัทกำหนด และไม่มีแถบหมดอายุ	ไม่ระบุวันเปิดวันหมดอายุ และไม่มีแถบหมดอายุ	มีทั้งแถบตรวจหมดอายุและ ไม่หมดอายุ	มีแถบตรวจหมดอายุเท่านั้น	ดู, สังเกต, ถาม
๒๔	๓.๖.๒ มีภาชนะใส่ปัสสาวะ (สะอาด,แห้ง,ใช้ครั้งเดียว) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ภาชนะใส่ปัสสาวะ สามารถใช้แบบถ่วงน้ำพลาสติกได้ ต้องตรวจทันทีไม่มีฝาไม่หัดกะแนนแต่ไม่ควรเป็นแบบกระดาษเคลือบไซ</li> </ul>	มีและแห้งสะอาด ใช้ครั้งเดียว		มีและแห้งสะอาด แต่ไม่ใช่ครั้งเดียวทิ้ง	มีแต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	ไม่มี	หยิบดู ถาม
๔. ขั้นตอนก่อนการทดสอบ							
๒๕	๔.๑ มีคู่มือการเก็บตัวอย่างที่มีรายละเอียดแสดงวิธีการเก็บตัวอย่างแต่ละชนิด ปริมาณตัวอย่าง เวลาที่เก็บ และวิธีการเก็บรักษาตัวอย่าง กรณีไม่ได้ตรวจทันที <ul style="list-style-type: none"> <li>• ใช้คู่มือของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ได้</li> </ul>	มีคู่มือที่เป็นปัจจุบัน		มีคู่มือแต่ไม่เป็นปัจจุบัน		ไม่มี	ดูเอกสาร, สังเกต, ถาม
๒๖	๔.๒ ใบส่งตรวจมีรายละเอียดครบถ้วน ได้แก่ ชื่อ - สกุล เลขประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี) อายุ เพศ ผู้ส่งตรวจ รายการตรวจ <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจวิเคราะห์เองในพื้นที่ มีการส่งตรวจโดยให้อีกจุดเป็นผู้ตรวจ ต้องมีการเขียนใบส่งตรวจระบุชื่อ - นามสกุล เพศ รายการตรวจ กรณีบริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ สั่งเอง ตรวจเองไม่ต้องเขียนใบส่งตรวจ</li> </ul>	มีครบตามกำหนด	มีแต่รายละเอียดไม่ครบตามที่กำหนด			ไม่มี	หยิบดู ถาม

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๒๗	๔.๓ มีอุปกรณ์เก็บตัวอย่างที่สะอาดและแห้ง เช่น หลอดเก็บเลือด ภาชนะใส่ปัสสาวะ เป็นต้น	มีและแห้ง สะอาด ใช้ครั้งเดียว		มีแต่ไม่ใช่ครั้ง เดียวทิ้ง	มีแต่ไม่สะอาด ไม่แห้ง	ไม่มี	หีบคู غام
๒๘	๔.๔ ฉลากติดภาชนะบรรจุตัวอย่างมีรายละเอียดตรง ตามใบส่งตรวจ ประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เลขประจำตัว ผู้ป่วย วันเวลาที่เก็บตัวอย่าง และผู้เก็บตัวอย่าง <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีตรวจเองในพื้นที่ ภาชนะบรรจุตัวอย่าง ระบุ ชื่อ-นามสกุลสามารถใช้ปากกาเคมีแบบถาวร เขียนได้ กรณีส่งต่อให้ รพ. พี่เลี้ยงตรวจ ระบุ ชื่อ-นามสกุล หน่วยงานที่ส่ง วันที่โดยใช้ฉลากติดเท่านั้น</li> </ul>	มีรายละเอียด ครบตามกำหนด		มี แต่รายละเอียด ไม่ครบ	กรณีตรวจเอง One stop service ไม่เขียน ชื่อ-สกุล	กรณีส่งส่งต่อ รพ. ไม่มี หรือไม่เขียน ชื่อ-สกุล หน่วยงานที่ส่ง	หีบคู غام
๕. ขั้นตอนการทดสอบ ☆							
๒๙	๕.๑ มีคู่มือการทดสอบตัวอย่างครบทุกรายการที่เปิด ให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> <li>• คู่มือการตรวจวิเคราะห์/การเก็บส่งตรวจ นอกจากของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แล้ว CUP สามารถจัดทำขึ้นเองได้โดยนักเทคนิคการแพทย์ และ ต้องมีเอกสารกำกับน้ำยา / ชุดตรวจ ที่เป็นปัจจุบันอยู่ ด้วยเสมอ</li> </ul>	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและเป็นปัจจุบันตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการและเป็นปัจจุบันแต่ มี๑รายการไม่ ตรงกับเอกสาร กำกับน้ำยา	มีคู่มือทุก รายการที่เปิด ให้บริการแต่มี๒ รายการไม่ตรงกับ เอกสารกำกับ น้ำยา	มีแต่ไม่ครบทุก การทดสอบและ หรือไม่เป็น ปัจจุบัน	ไม่มี	หีบคู ตรวจสอบ غام
๓๐	๕.๒ ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มืออย่างเคร่งครัด <ul style="list-style-type: none"> <li>• สุ่มบุคลากรผู้ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจ วิเคราะห์ ๑ คนเพื่อสาธิตการทดสอบทั้ง ๔ รายการ</li> </ul>	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนถูกต้อง ตามคู่มือทุก รายการทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ ถูกต้อง ๑ รายการทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ถูกต้อง ๒ รายการ ทดสอบ	ปฏิบัติตาม ขั้นตอนไม่ ถูกต้อง ๓ รายการทดสอบ	ไม่ปฏิบัติตาม ขั้นตอน หรือ ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง ทุกรายการ	ให้ปฏิบัติหรือ บรรยาย ขั้นตอน สังเกต, غام





ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
<b>๖. การประกันคุณภาพการทดสอบ ☆</b>							
๓๑	๖.๑ มีการควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control, IQC) ควบคู่กับการทดสอบ <ul style="list-style-type: none"> <li>ควบคุมคุณภาพภายใน(IQC) อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง กรณีที่ทำแบบฟอร์มแยกต่างหากควรทำ IQC โดยบันทึกใน Worksheet การปฏิบัติงานประจำต่อจากผู้ป่วย ไม่ต้องแยกแบบฟอร์มดังกล่าว (ยกเว้น IQC ของการตรวจน้ำตาลจากปลายนิ้ว) ส่วนการทดสอบ Hematocrit ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input &amp; process) ตรวจสอบวิเคราะห์แทนการส่งตัวอย่างเลือดทำ IQC</li> </ul>	ทำ IQC ทุกการทดสอบ ความถี่เดือนละ ๑ ครั้ง	ทำ ๓ รายการ ความถี่เดือนละ ๑ ครั้ง หรือครบทุกการทดสอบแต่ความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ ๒ รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ทำ ๑ รายการ และความถี่ไม่ได้ตามที่กำหนด	ไม่มีการทำ IQC ทุกรายการ	ดู, สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
๓๒	๖.๒ ควรมีการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment, EQA) หรือเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ <ul style="list-style-type: none"> <li>มีการทำเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง มีสรุปผลการเปรียบเทียบ มีบันทึกทบทวนผลการเปรียบเทียบ กรณีขณะที่ออกตรวจ อาจไม่ครบทั้ง ๒ ครั้ง ต้องมีแผนรองรับ</li> </ul>	ทำ EQA หรือ Inter-Lab ทุกการทดสอบ ๒ ครั้ง/ปี	ทำ EQAหรือ Inter-Lab ๓ รายการ ๒ ครั้ง/ปี หรือทำครบทุกรายการแต่ทำ ๑ ครั้ง/ปี	ทำ EQAหรือ Inter-Lab ๒ รายการ ๒ ครั้ง/ปี หรือทำ ๒ – ๓ รายการและทำ ๑ ครั้ง/ปี	ทำ ๒ รายการ และและทำ ๑ ครั้ง/ปี	ไม่มีการทำ EQA หรือ Inter-Lab	ดู, สังเกต, ถาม ดูหลักฐาน
๓๓	๖.๓ กรณีที่พบว่าการควบคุมคุณภาพภายใน หรือการควบคุมคุณภาพโดยองค์กรภายนอกมีผลดำเนินการออกนอกเกณฑ์การยอมรับ ให้มีการหาสาเหตุปัญหา ดำเนินการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำโดยมีบันทึกไว้เป็นหลักฐาน	มีบันทึกการหาสาเหตุดำเนินการแก้ไขและกำหนดมาตรการป้องกัน	มีบันทึกการหาสาเหตุและแก้ไขแต่ขาดแนวทางป้องกัน			ไม่มีการดำเนินการ	ขอดูบันทึกการดำเนินการ

ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
<b>๗. ขั้นตอนหลังการทดสอบและความปลอดภัย</b>							
๓๔	๗.๑ ปฏิบัติตามการทำลายตัวอย่างหลังการทดสอบตามคู่มือความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการหรือตามเกณฑ์งาน IC ได้อย่างถูกต้อง	มีการทำลายตัวอย่างถูกต้อง		มีการทำลายแต่ไม่ถูกต้อง		ไม่มีแนวทาง	ถาม ให้อธิบายสังเกตหลักฐานแวดล้อม
๓๕	๗.๒ มีน้ำยาฆ่าเชื้อโรค	มี				ไม่มี	ถามขอคูตรวจสอบความถูกต้อง
๓๖	๗.๓ มีคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติหลังการทดสอบและความปลอดภัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น กรณีเลือดหก เข็มทิ่มตำ ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เป็นต้น	มีคู่มือหรือ WI ที่เป็นปัจจุบัน		มีคู่มือหรือ WI แต่ไม่เป็นปัจจุบัน		ไม่มี	ถามขอคูตรวจสอบความถูกต้อง
<b>๘. การรายงานผลการทดสอบ</b>							
๓๗	๘.๑ มีทะเบียนผลการทดสอบ จัดทำรายงานผลการทดสอบกรณีที่ทำการทดสอบได้เองและมีบันทึกการรายงานค่าวิฤติ มี work sheet การทดสอบปัสสาวะ บันทึกการอ่านปฏิกิริยา UPT, น้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะ กรณีทะเบียนผลการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วไม่ได้ทำในรูปแบบ worksheet ต้องสามารถทวนสอบได้ว่า ณ วันที่ตรวจ ใช้ชุดตรวจ lot number อะไร หมดอายุเมื่อไหร่ ใครเป็นผู้ตรวจให้มีการลงลายมือชื่อผู้ตรวจ/ผู้ตรวจสอบรับรองรายงานผล ถ้าระบุชื่อไม่ได้ เช่น ในหมู่บ้าน อสม. ๒ คนช่วยกันตรวจ ต้องทวนสอบข้อมูลอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ให้ดูหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม.ของรพ.สต. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือดด้วย	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วนถูกต้อง ๔ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบครบถ้วนถูกต้อง ๓ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ๒ รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	๑.มีทะเบียนผลการทดสอบ ๑รายการ ๒.มีหลักฐานการควบคุมกำกับ อสม. ในการเจาะปลายนิ้วตรวจน้ำตาลในเลือด	ไม่มีหลักฐานแสดง	ถามขอคูตรวจสอบความถูกต้อง



ส่วนที่ ๓ : ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการ							
ข้อที่	ระบบคุณภาพ/มาตรฐานงานบริการ	๔	๓	๒	๑	๐	หลักฐาน
๓๘	๘.๒ ใบรายงานผลการทดสอบมีรายละเอียดของผู้ป่วย ครบถ้วนผลการทดสอบชื่อผู้ทดสอบ วันเวลาที่ รายงานผล ผู้ตรวจสอบผลและลงนามกำกับไว้เป็น หลักฐาน <ul style="list-style-type: none"> <li>• กรณีส่งต่อให้ดูใบรายงานจาก รพ. ที่ส่งผล กลับมากรณีตรวจเองให้ดูจาก ข้อ ๘.๑ ได้</li> </ul>	๑. ใบรายงานมี ข้อมูลครบถ้วน ๒. มีลายมือชื่อ ผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมี ข้อมูลผู้ป่วย ครบถ้วน ๒. มีลายมือชื่อ แต่ไม่มี ชื่อ-สกุล ผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมี ข้อมูลผู้ป่วย ครบถ้วน ๒. ไม่มีลายมือชื่อ และชื่อสกุล ผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	๑. ใบรายงานมี ข้อมูลผู้ป่วยไม่ ครบถ้วน ๒. ไม่มีลายมือชื่อ และ ชื่อ-สกุล ผู้ทดสอบ ผู้ตรวจสอบผล	ไม่มีใบ รายงานผล	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง
๓๙	๘.๓ เก็บสำเนารายงานผลการทดสอบไว้ เพื่ออ้างอิง ตามระยะเวลาที่กำหนดเก็บสำเนาผลการตรวจ อย่างน้อย ๕ ปี	๑. มีทะเบียนผล การทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง ๔ รายการ ๒. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการ เจาะปลายนิ้ว ตรวจน้ำตาลใน เลือด	๑. มีทะเบียนผล การทดสอบ ครบถ้วน ถูกต้อง ๓ รายการ ๒. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการ เจาะ ปลายนิ้วตรวจ น้ำตาลในเลือด	๑. มีทะเบียนผล การทดสอบ ๒ รายการ ๒. มีหลักฐาน การควบคุมกำกับ อสม. ในการ เจาะ ปลายนิ้วตรวจ น้ำตาลในเลือด	๑. มีทะเบียน ผลการทดสอบ ๑ รายการ ๒. มีหลักฐาน การควบคุม กำกับ อสม. ในการ เจาะ ปลายนิ้วตรวจ น้ำตาลในเลือด		ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง
๔๐	๘.๔ มีระบบทะเบียนบันทึกการส่งตรวจต่อ และผล การตรวจกรณีส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย	มีทะเบียน การส่งต่อและ มีผลการตรวจ	ไม่มีทะเบียนแต่ สามารถค้นหา จากระบบได้	มีสำเนารายงาน ผลปัจจุบัน		ไม่มีและค้นหา ไม่ได้	ถามขอ ดู ตรวจสอบ ความถูกต้อง
รวม คะแนนทั้งหมด ๑๖๐ คะแนน (คะแนนที่ได้ หารด้วย ๔)							
คะแนนเต็ม ๔๐							





โปรดลงชื่อตัวบรรจง

๑.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

๒.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

๓.).....ผู้ตรวจวิเคราะห์/ให้ข้อมูล/รับการตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

วันที่ให้ข้อมูล .....

๑.).....ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

๒.).....ผู้นิเทศ/ตรวจประเมิน  
ตำแหน่ง.....

วันที่นิเทศ/ตรวจประเมิน.....

**หมายเหตุ สำหรับผู้ประเมินและพี่เลี้ยง**

๑. ☆ หมายถึง ข้อกำหนดที่จำเป็น ได้แก่ ข้อ ๑ ๓ ๕ และ ๖ ต้องไม่ได้คะแนน ๐ (ศูนย์) ถ้ามีคะแนน ๐ (ศูนย์) ในข้อกำหนดดังกล่าว คะแนนของหมวดที่ ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๕.๓ ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (LAB) ได้คะแนน ๐ (ศูนย์)
๒. ศักยภาพ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ อาจต่างกัน ดังนั้น การคิดคะแนนเต็มให้คิดตามบริบทการให้บริการตรวจวิเคราะห์จริง ของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง
๓. แนวทางการทำ IQC ๓ การทดสอบให้ทำอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง หากผลวิเคราะห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ให้ปรึกษานักเทคนิคการแพทย์ที่ดูแลทันที
๔. การจัดหา IQC material ให้ รพช./รพท./รพศ./คปสอ. ดำเนินการเพื่อให้ รพ.สต. ทำ IQC และส่งรายงานผลให้ นักเทคนิคการแพทย์ผู้ดูแล เพื่อดู trend หรือแนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกันหรือแก้ไข
๕. การทำ IQC ของ Hct ให้ควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ (input & process) ได้แก่ การฝึกอบรม การสอบเทียบเครื่องปั่นและเวลา ระดับเลือดและดินน้ำมัน เครื่องวัดหรืออาจใช้ known Control ทำเป็นครั้งคราว ควบคุมไปด้วยก็ได้





๖. การทดสอบที่ไม่มี EQA ให้ทำการเปรียบเทียบผลระหว่างห้องปฏิบัติการ (Interlab Comparisons) โดย รพช./รพท./รพศ./CUP เป็นผู้สนับสนุนพร้อมดำเนินการ และวิเคราะห์ผลอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๗. การทดสอบที่ไม่มีบริการให้บริการ เป็น N/A คือไม่นำมาคิดคะแนน
๘. ข้อเสนอแนะในการตรวจประเมิน มีข้อเสนอแนะอย่างน้อยดังนี้
  - ๘.๑ การรักษาความลับของผู้ใช้บริการ
  - ๘.๒ การเบิกวัสดุใช้งานไม่เกิน ๓ เดือน
  - ๘.๓ การสุ่มตรวจรายงานผล
  - ๘.๔ การส่งตัวอย่างต้องมีภาชนะนำส่งที่มีฝาปิดมิดชิด และมีการควบคุมอุณหภูมิอย่างถูกต้อง และปลอดภัย
  - ๘.๕ กรณีมีการเก็บ rectal swab ให้แนะนำการเก็บ
  - ๘.๖ การเก็บตัวอย่างจากแผลเพื่อเพาะเชื้อในกลุ่ม Long Term Care
  - ๘.๗ การจัดทำบัญชีผู้บริจาคโลหิตเพื่อรองรับอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ(ผู้ประเมิน)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....