

青海省临床检验中心文件

青临检中（2023）18号

青海省临床检验中心 关于2024年青海省临床检验 室间质量评价工作计划的通知

委属各医院，西宁市、海东市各医院，各州、市、县医院，省级系统、部队、民营各医院，省血液中心，各州、市中心血站：

室间质量评价（简称EQA）是临床实验室全面质量管理的重要组成部分，是医疗机构临床实验室行政管理和实验室认可的基本要求，是临床实验室检验结果质量的重要保证和改进依据。

根据《医疗质量管理办法》（国家卫计委第10号令）、《医疗机构临床实验室管理办法》（卫医发〔2006〕73号）及《青海省医疗机构临床实验室建设与管理规范》（青卫医〔2009〕36号）的要求，为保证和提高我省临床检验质量，推进全省临床检验规范化、标准化工作顺利进行。青海省临床检验中心已拟定“2024年青海省临床检验室间质量评价工作计划”，现下发各相关单位，请严格按本计划的要求开展并做好此项工作。

一. 开展项目及时间安排：

2024年青海省临床检验室间质量评价（下称室间质评）活动

开展项目为常规化学、临床免疫学、全血细胞计数、血站血液检验、尿液化学分析、凝血试验、临床微生物学、临床输血相容性检测、糖化血红蛋白、内分泌、血细胞形态学、尿液沉渣及寄生虫形态学、肿瘤标志物、新型冠状病毒核酸检测、核酸检测（病毒学）、核酸检测（非病毒）、血气和酸碱分析、便携式血糖检测仪、粪便隐血与临床检验医疗质量控制指标等二十项。请各实验室认真阅读各项目的具体内容，并根据各临床实验室的实际报名参评，原则上要求凡向临床发报告的检验项目均应参加相应的室间质评活动，以保证检验结果的准确性。具体内容如下：

1. 常规化学室间质评，评价项目（31项）：钾（K）、钠（Na）、氯（Cl）、钙（Ca）、血糖（Glu）、尿素（Urea）、尿酸（UA）、肌酐（Cre）、白蛋白（Alb）、总蛋白（TP）、总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、总胆红素（TBil）、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、碱性磷酸酶（ALP）、淀粉酶（AMY）、肌酸激酶（CK）、乳酸脱氢酶（LDH）、 γ -谷氨酰基转移酶（GGT）、磷（P）、直接胆红素（DBil）、铁（Fe）、总铁结合力（TIBC）、镁（Mg）、锂（Li）、铜（Cu）、锌（Zn）、 α -羟丁酸脱氢酶（ α -HBDH）、胆碱酯酶（CHE）、脂肪酶（LIP）。

全年测定三次，每次五个标本。采用能力验证（简称PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、七月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、七月三十日、十月三十日。

收费 800 元/年。

2. 临床免疫学室间质评，评价项目（8项）：乙肝表面抗原（HBsAg）、乙肝表面抗体（HBsAb）、乙肝 e 抗原（HBeAg）、乙肝 e

抗体（HBeAb）、乙肝核心抗体（HBcAb）、丙肝抗体（抗HCV）、梅毒抗体（anti-TP）、人类免疫缺陷病毒 I 型抗体（anti-HIV-1）。

全年测定两次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 800 元/年。

3. 全血细胞计数室间质评，评价项目（8 项）：白细胞计数（WBC）、红细胞计数（RBC）、血红蛋白（Hb）、血小板计数（PLT）、红细胞比积（HCT）、平均红细胞体积（MCV）、平均红细胞血红蛋白含量（MCH）、平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC）。

全年测定两次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 600 元/年。

4. 血站血液检验室间质评，评价项目：计分项目（5 项）：丙氨酸氨基转移酶（ALT）、乙肝表面抗原（HBsAg）、丙肝抗体（抗HCV）、梅毒抗体（anti-TP）、人类免疫缺陷病毒 I 型抗体（anti-HIV-1）。

全年测定三次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、七月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、七月三十日、十月三十日。

收费 1000 元/年。

5. 尿液化学分析室间质评，评价项目（10项）：比重（SG）、PH、蛋白（PRO）、葡萄糖（GLU）、胆红素（BIL）、酮体（KET）、隐血（BLD）、亚硝酸盐（NIT）、尿胆原（UBG）、白细胞酯酶（LEU）。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 600 元/年。

6. 凝血试验室间质评，评价项目（5项）：凝血酶原时间（PT）、活化部分凝血活酶时间（APTT）、纤维蛋白原（FIB）、凝血酶时间（TT）、国际标准化比值（INR）。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 600 元/年。

7. 临床微生物学室间质评，评价项目（2项）：分离鉴定、药敏试验。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 800 元/年。

8. 临床输血相容性检测室间质评，评价项目（5项）：ABO 正定型、ABO 反定型、Rh(D) 血型、抗体筛查、交叉配血。

全年测定二次，每次十二个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 1000 元/年。

9. 糖化血红蛋白室间质评，评价项目：糖化血红蛋白 (HbA_{1c})。

全年测定一次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：七月十五日，回报截止时间：七月三十日。

收费 700 元/年。

10. 内分泌室间质评，评价项目（27 项）：总 T₃(T₃)、游离 T₃(FT₃)、总 T₄(T₄)、游离 T₄(FT₄)、促甲状腺素(TSH)、皮质醇(Cortisol)、促卵泡成熟激素(FSH)、促黄体生成素(LH)、孕酮(P)、催乳素(PRL)、睾酮(T)、雌二醇(E₂)、C-肽(C-P)、叶酸(FA)、胰岛素(INS)、维生素 B₁₂(VB₁₂)、25-羟维生素 D₂(25-OH-VD₂)、25-羟维生素 D₃(25-OH-VD₃)、总维生素 D(T-VD)、甲状腺球蛋白(TG)、生长激素(GH)、甲状旁腺激素(PTH)、促肾上腺皮质激素(ACTH)、醛固酮(ALD)、性激素结合球蛋白(SHBG)、17-α-羟孕酮(17OH P)、硫酸脱氢表雄酮(DHEA-S)。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 850 元/年。

11. 血细胞形态学室间质评，评价项目：不同类型血细胞图

片的识别。

全年测定二次，每次十个图片。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 300 元/年。

12. 尿液沉渣及寄生虫形态学室间质评，评价项目：不同类型尿液沉渣图片的识别、不同类型寄生虫图片的识别。

全年测定一次，每次各十个图片。

测定时间：七月十五日，回报截止时间：七月三十日。

收费 200 元/年。

13. 肿瘤标志物室间质评，评价项目（11 项）：甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)、人绒毛膜促性腺激素(HCG)、前列腺特异性抗原(PSA)、CA125、CA15-3、CA19-9、 β_2 微球蛋白(β_2 -microglobulin)、铁蛋白(Ferritin)、总 Beta-HCG(β -HCG)、游离 PSA(F-PSA)。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 850 元/年。

14. 新型冠状病毒核酸检测室间质评，评价项目：新型冠状病毒核酸（SARS-CoV-2 RNA）

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 900 元/年。

15. 核酸检测（病毒学）室间质评，评价项目（2 项）：乙型肝炎病毒核酸（HBV DNA）、丙型肝炎病毒核酸（HCV RNA）。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 800 元/年。

16. 核酸检测（非病毒）室间质评，评价项目（3 项）：结核杆菌（TB DNA）、沙眼衣原体（CT DNA）、淋球菌（NG DNA）。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 800 元/年。

17. 血气和酸碱分析室间质评，评价项目（7 项）：pH、PO₂、PCO₂、K⁺、Na⁺、Cl⁻、Ca²⁺。

全年测定三次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、七月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、七月三十日、十月三十日。

收费 700 元/年。

18. 便携式血糖检测仪室间质评，评价项目：血糖（Blood Glucose）。

全年测定一次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方

案统计结果。

测定时间：七月十五日，回报截止时间：七月三十日。

收费 800 元/年。

19. 粪便隐血室间质评，评价项目：隐血试验。

全年测定二次，每次五个标本。采用能力验证（简称 PT）方案统计结果。

测定时间：四月十五日、十月十五日，回报截止时间：四月三十日、十月三十日。

收费 500 元/年。

20. 临床检验医疗质量控制指标室间质评，评价项目：与国家卫生健康委临床检验中心同步开展。

全年一次，凡参加全省室间质评的单位必须参加此项活动，开展时间与全国同步。

收费 0 元/年。

二. 要求：

为确保全省室间质评工作公正、科学、准确、及时、有效，青海省临床检验中心对全省室间质评活动各参评单位要求如下：

1. 根据《医疗质量管理办法》、《医院管理评价指南》、《医疗机构临床实验室管理办法》及《青海省医疗机构临床实验室建设与管理规范》的要求，每一个向临床发报告的实验室必须参加相应的室间质评活动，以确保其检验结果的准确性。

2. 凡参加本计划的各临床实验室，必须根据《医疗机构临床实验室管理办法》及《青海省医疗机构临床实验室建设与管理规范》的要求，建立自己实验室相应的室内质控体系并开展室内质控工作，严格按照《全国临床检验操作规程》（第四版）规范操作。

并保留室间质评上报原始数据及相关资料，青海省临床检验中心将不定期对实验室进行抽查。

3. 认真阅读本计划，严格遵守各项项目的测定时间和回报截止时间，超过截止时间则不予统计成绩。

4. 青海省临床检验中心室间质评信息处理采用基于互联网的室间质评信息处理系统，室间质评申请、检测结果上报以及相关信息回报、统计分析等活动均通过信息系统完成。室间质评信息系统运行网站为检验医学信息网 (<http://www.clinet.cn>)，相关应用文件及说明可登录青海省临床实验室质量管理信息网 (<http://www.qhsyxjyxx.com>) 或登录公共邮箱 (qheqa2016@163.com，密码 8066105) 中获取。

5. 2024 年青海省室间质评活动**申请日期为自通知发出之日起至 2023 年 10 月 31 日**。2023 年已参评的单位请直接网上申请。2024 年新参评单位需提交单位的书面申请及申请回执表，加盖单位公章，于 2023 年 10 月 15 日前寄回青海省临床检验中心（网上申请步骤由中心通过申请后统一通知安排），申请回执表见附件。

6. 对本计划开展的建议和意见，可在回执备注填写或以书面形式告知我们。

7. 青海省临床检验中心将于 2024 年对参加全省临床检验室间质评的单位进行现场比对。

三. 收费：

根据国家发展和改革委员会（发改办价格〔2003〕1066 号）文件精神，青海省临床检验中心向参评实验室收取室间质评费用，用以维持室间质评计划运行。请各单位根据所参加活动项目，**于 2023 年 12 月 15 日前将所有质评费用统一汇款至青海省人民医院。**

单位名称：青海省人民医院；
开户行：青海西宁工行城东支行；
帐号：2806000309026403641。

联系人：王立萍 张瑞 韩启福

地址：西宁市城东区共和路2号青海省人民医院内

电话、传真：0971- 8066105

附件：2024年青海省临床检验室间质评计划申请回执表



青海省临床检验中心 2024年临床检验室间质量评价计划申请回执表

(*号为必填项目)

实验室编码: _____ *单位名称: _____

科室名称: _____ *单位纳税人识别号: _____

*详细通信地址: _____

*医院类别: _____ *医院等级: _____ 邮 编: _____

*开展检验项目数量: _____ 项, *实验室工作人员数量: _____

本科室人员信息:

职称: 正高级职称人数: ____ 副高级职称人数: ____ 中级人员数: ____ 初级及以下人员数: ____

学历: 博士: ____ 硕士: ____ 本科: ____ 大专及以下人员数: ____

*实验室主任姓名: _____ *手 机: _____ *联系电话(加区号): _____

传 真、*电子信箱(e-mail): _____

您实验室信息系统(LIS)开发商名称(写全称): _____

请在参加项目“□”上打√

质 评 计 划	收 费 标 准
医疗机构临床实验室室间质量评价计划	
常规化学	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
临床免疫学	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
全血细胞计数	<input type="checkbox"/> 600 元 (医疗单位)
尿液化学分析	<input type="checkbox"/> 600 元 (医疗单位)
凝血试验	<input type="checkbox"/> 600 元 (医疗单位)
临床微生物学	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
输血相容性检测	<input type="checkbox"/> 1000 元 (医疗单位)
糖化血红蛋白	<input type="checkbox"/> 700 元 (医疗单位)
内分泌	<input type="checkbox"/> 850 元 (医疗单位)
血细胞形态学	<input type="checkbox"/> 300 元 (医疗单位)
尿液沉渣及寄生虫形态学	<input type="checkbox"/> 200 元 (医疗单位)
肿瘤标志物	<input type="checkbox"/> 850 元 (医疗单位)
新型冠状病毒核酸检测	<input type="checkbox"/> 900 元 (医疗单位)
核酸检测(病毒学)	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
核酸检测(非病毒)	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
血气和酸碱分析	<input type="checkbox"/> 700 元 (医疗单位)
便携式血糖检测仪	<input type="checkbox"/> 800 元 (医疗单位)
粪便隐血	<input type="checkbox"/> 500 元 (医疗单位)
临床检验医疗质量控制指标	<input type="checkbox"/> 0 元 (医疗单位)
采供血机构临床检验室间质量评价计划	
血站血液检验	<input type="checkbox"/> 1000 元 (医疗单位)

*科主任签字: _____

*申请单位(公章) _____

年 月 日