

**ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**  
**แบบสรุปผลและบันทึกปัญหาในการควบคุมคุณภาพ**

|              |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| วันที่ _____ | <b>ประเภทของการควบคุมคุณภาพ</b><br><input type="checkbox"/> Internal Quality Control (IQC) <input type="checkbox"/> External Quality Assessment (EQA) <input type="checkbox"/> Inter-laboratory Comparison |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ข้อมูลการทดสอบ** (ระบุชื่อการทดสอบ) \_\_\_\_\_

- |                   |                     |                 |
|-------------------|---------------------|-----------------|
| 1. Assay Reagent  | Lot No. _____       | Exp. Date _____ |
| 2. Calibration    | Last Cal. _____     | Due Date _____  |
| 3. IQC/EQA sample | Lot No./Trial _____ | Exp. Date _____ |

**ผลการควบคุมคุณภาพ**

- ☐ ยอมรับ
- ☐ ไม่ยอมรับ เนื่องจาก ผล IQC Invalid    ☐ 1-2S    ☐ 1-3S    ☐ Shift    ☐ Trend    ☐ อื่นๆ \_\_\_\_\_
- ☐ ไม่ยอมรับ เนื่องจาก ผล EQA Incorrect    ☐ Inaccuracy    ☐ อื่นๆ \_\_\_\_\_
- ☐ ไม่ยอมรับ เนื่องจาก ผล Inter-laboratory Comparison ไม่สอดคล้อง ระบุ \_\_\_\_\_

**กรณีไม่ยอมรับผลการควบคุมคุณภาพ โปรดระบุการดำเนินการ**

1. การดำเนินการเบื้องต้น    ☐ ยกเลิกผลการทดสอบของผู้ป่วย    ☐ ไม่ยกเลิกผลการทดสอบของผู้ป่วย
- เหตุผลเพราะ \_\_\_\_\_
2. การดำเนินการแก้ไข
- ☐ ทดสอบ QC sample ซ้ำ    ☐ เปลี่ยน QC sample ชุดใหม่    ☐ ทำ Calibration ใหม่    ☐ ทำ maintenance เครื่อง
- ☐ เปลี่ยน Assay Reagent กล่องใหม่ (Lot No. เดิม)    ☐ เปลี่ยน Assay Reagent Lot No. ใหม่
- ☐ อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_
- เหตุผลเพราะ \_\_\_\_\_

**ผลการดำเนินการ การแก้ไข และการป้องกัน**

|                         |                                          |
|-------------------------|------------------------------------------|
| ลงนาม _____ (ผู้บันทึก) | ลงนาม _____ (หัวหน้าหน่วยหรือผู้ตรวจสอบ) |
| วันที่ _____            | วันที่ _____                             |