

تاریخ

صفحه ۱ از ۲

فرم ثبت نام و دریافت وجه در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۴۰۲

درج کلیه مشخصات الزامی می باشد. (تعداد صفحات: ۲)

نام آزمایشگاه:

دولتی: بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه ☐ آزمایشگاه ☐ مرکز بهداشت ☐

خصوصی: بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه ☐ آزمایشگاه ☐

نوع: تشخیص پزشکی ☐ ژنتیک ☐ آسیب شناسی ☐ تک تخصصی ☐

کد عضویت آزمایشگاه در برنامه EQAP (در صورتی که قبلاً در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی انجمن شرکت کرده‌اید):

EQAP-

مشخصات مسئولین:

❖ نام و نام خانوادگی مؤسس: تخصص: شماره نظام:

مدرک تحصیلی: کاردان ☐ کارشناس ☐ کارشناس ارشد ☐ دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐

کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تخصص: شماره نظام:

مدرک تحصیلی: دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐ کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی سوپروایزر: تلفن همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول بانک خون: تلفن همراه:

مشخصات نماینده تام الاختیار: (لازم به ذکر است کد و پسوندد آزمایشگاه شما جهت ورود به برنامه در اختیار ایشان قرار خواهد گرفت).

❖ نام و نام خانوادگی نماینده: کد ملی: شماره همراه:

❖ حوزه دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی آزمایشگاه شما:

آدرس دقیق پستی آزمایشگاه:

استان: شهر: خیابان: پلاک:

کد پستی: تلفن به همراه پیش شماره: داخلی:

نمبرآزمایشگاه: پست الکترونیکی آزمایشگاه:

آدرس ارسال نمونه ها در صورتی که با آدرس آزمایشگاه مغایرت دارد:

استان: شهر: خیابان: پلاک:

کد پستی:

نمونه های درخواستی سال ۱۴۰۲ (در انتخاب نمونه درخواستی دقت نمایید).

نوع آزمایش	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	تست های عمومی درخواستی
دوره عمومی				
اسمیر از نظر بررسی AFB	☐	☐	☐	☐ بیوشیمی
نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH	☐	-	☐	☐ هموگلوبین A1c
نمونه کنترل برای آزمایش های میکروآلبومین UMA	☐	☐	☐	☐ نوار ادرار
نمونه کنترل برای بررسی مارکرهاي قلبي (شرکت کلیه آزمایشگاه های بیمارستانی دارای بخشهای عمومی، در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مارکرهاي قلبي الزامي است).	☐	-	☐	☐ پروتئين ادرار
نمونه کنترل برای آزمایش های غربالگری uE3, AFP, hCG, PAPP-A, fβhCG, Inhibin A, NT (شرکت کلیه آزمایشگاههایی که آزمایش های غربالگری مادران باردار را در آزمایشگاه خود انجام می دهند در برنامه مربوطه الزامي است).	☐	☐	☐	☐ خون کنترل
نمونه کنترل Semen Analysis	☐	-	☐	☐ پلاسماي انعقادي
نمونه مولکولی عوامل عفونی (کلیه آزمایشگاه هایی که آزمایش های تشخیص مولکولی عوامل عفونی (PCR) از جمله تشخیص مولکولی HBV را انجام می دهند، موظف به شرکت در برنامه مرتبط، می باشند.	☐	-	☐	☐ رتيكولوسيت
ایمونوهماٹولوژی (بانک خون): (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	TB	-	☐	☐ لام های خونی محیطی
	HBV	-	☐	☐ ایمونوسرولوژی
		-	☐	☐ سرولوژی (رایت)
		-	☐	☐ باکتری شناسی
		☐	☐	☐ انگل شناسی

دوره تکمیلی

مبلغ قابل پرداخت: ریال

نحوه پرداخت:

❖ واریز به حساب / کارت: شماره فیش / کد پیگیری: تاریخ پرداخت: بانک:

❖ کد اقتصادی: شناسه ملی:

مهر و امضاء دریافت کننده وجه

امضاء و مهر مؤسس / مسئول فنی

پل ارتباطی با مسئول اجرایی برنامه EQAP: ۸۸۹۷۰۷۰۰ داخلی ۱ ارتباط از طریق ایتا، تلگرام و واتساپ: ۰۹۱۹۶۶۸۸۲۶۹

وب سایت برنامه: eqap.iacld.com

کانال تلگرامی برنامه: @eqcld