

فرم ثبت نام و دریافت وجه در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال 1400

درج کلیه مشخصات الزامی می باشد. (تعداد صفحات: 2)

نام آزمایشگاه:

☐ بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه	خصوصی:	☐ بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه	دولتی:
---	--------	---	--------

EQAP-

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

مشخصات مسئولین:

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

مدرک تحصیلی: ☐ دکترا ☐ متخصص ☐ PhD

کد ملی: شماره همراه:

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

مدرک تحصیلی: ☐ دکترا ☐ متخصص ☐ PhD

کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی سوپروایزر: تلفن همراه:

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

مشخصات نماینده تام‌الاختیار: (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: داخلی: نمابر آزمایشگاه:

پست الکترونیکی آزمایشگاه:

نمونه های درخواستی (در انتخاب نمونه درخواستی دقت نمایید.) سال 1400

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 بررسی مارکرهاي قلبي (شرکت کلیه آزمایشگاه های بیمارستانی دارای بخشهای عمومی، در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مارکرهاي قلبي الزامي است.)	☐	-	☐	☐ نوار 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.)	☐	☐	☐	☐ پروتئین ادرار
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.)	☐	-	☐	☐ خون کنترل
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.)	☐	-	☐	☐ 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.)	☐	-	☐	☐ رتیکولوسیت
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.)	☐	-	☐	☐ لام های خونی
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.)	☐	-	☐	☐ محیطی
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.)	☐	-	☐	☐ ایمونوسرولوژی
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.)	☐	-	☐	☐ سرولوژی (رایت)
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.)	☐	-	☐	☐ باکتری شناسی
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.)	☐	-	☐	☐ انگل شناسی
دوره تکمیلی				
ایمونوهما تولوژی (بانک خون) (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)				

مبلغ قابل پرداخت: ریال

نحوه پرداخت:

❖ پرداخت نقدی: نقدی ☐ Pose ☐ مبلغ ریال در تاریخ انجام شد.

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

❖ پرداخت از طریق چک شماره بانک مبلغ به سررسید انجام شد.

در صورت درخواست فاکتور: کد اقتصادی شناسه ملی

پل ارتباطی با مسئول اجرایی برنامه EQAP: 88970700 داخلی 1 ارتباط از طریق تلگرام و واتساپ: 09196688269
وب سایت برنامه: eqap.iacld.com کانال تلگرامی برنامه: @eqclld

مهر و امضاء دریافت کننده وجه

امضاء و مهر مؤسس /مسئول فنی