

陕西省临床检验中心

2019 年全省粪便隐血室间质量评价活动指导书

一、评价项目

全年粪便隐血室间质评活动共进行两次，每次五份质评样本。评价项目：粪便隐血（FOB）

二、时间安排

活动次数	批号	建议检测日期	回报截止日期	成绩回报日期 (实验室自行打印)
第一次	201911、201912			
	201913、201914	4月17-18日	4月25日	5月10日
	201915			
第二次	201921、201922			
	201923、201924	9月17-18日	9月26日	10月15日
	201925			

注：1. 质评结果网络上报，不接收纸质回报表；2. 参评实验室在质评成绩回报日期后，登陆检验医学信息网（www.clinet.com.cn），在“室间质评目录下的质评成绩回报子目录”下，打印质评报告。

三、样本使用方法

1. 质评样本收到后，2~8℃保存。

2. 检测时，先将质评样本平衡至室温；然后在含有质评样本纸条的试管中（纸条按箭头向下放置），加入蒸馏水 1mL；搅动手柄或晃动数次，使样本完全释放并混匀；按你室试剂说明书要求，直接加入稀释好的质评样本进行检测和判读（匹拉米洞化学法试剂加入质评样本 50μ L 或用巴氏滴管滴一滴进行检测）。

3. 免疫法检测时，如果怀疑样本存在钩状（HOOK）效应，可稀释后再检测，上报稀释后的检测结果。

4. 结果以阴性（-）或阳性（+）报告。检测方法、仪器、试剂厂家分别按各自编码填写（编码见附页）。如果编码表中未包含你室所使用的方法、试剂及仪器编码，请与我们联系，我们将及时添加。

5. 质评样本应与患者样本在相同条件下检测；室间质评样本应按照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》处理。

四、注意事项

1. 全年质评样本分两次发放（3月底和8月底），由冷链公司全程冷链运输发送。请参评实验室接收人员按照《质评样本签收确认表》的内容，仔细核对样本的包装、数量、批号，并在确认表上签字。同时，对冷链运输服务进行满意度评价。

2. 质评样本发放时，临检中心会及时以微信或短信方式提醒参评实验室注意查收。若有问题，及时与临检中心联系。《活动指导书》（光盘）只发一次，供全年使用，请各实验室妥善保存。另外，我们还会把《活动指导书》上传到临检中心网站，可直接在下载专区下载。

3. 为了保证质评结果的正确传输和及时有效，请实验室网络上报质评结果。网报方法请参考“2019 年全省检验医学室间质量评价计划”中的“参评实验室在线 EQA 程序操作说明”。第一次网上回报截至日期为 2019 年 4 月 25 日，第二次网上回报截至日期为 2019 年 9 月 26 日，至此网络上报将自动关闭。

地 址：西安市友谊西路 256 号 陕西省人民医院内 陕西省临床检验中心
邮 编：710068

联系人：赵院利 联系电话：（029）85253261-2571、3571、18092399009

传 真：（029）88663725 临检中心微信号：18092399009

电子邮箱：sxseqa@126.com 邮箱密码：257100

网 址：<http://sxcl.clinet.cn/>

2019 年 2 月 18 日

2019 年全省粪便隐血方法、试剂、仪器编码表

编 码	方法名称
4100	邻联甲苯胺法
4101	邻甲苯胺法
4102	愈创木酯法
4103	匹拉米洞法
4104	还原酚酞法
4105	联苯胺法
4106	无色孔雀绿法
4107	酶联免疫吸附试验
4108	胶体金免疫层析试验
4109	胶乳免疫化学凝聚法
4110	免疫单向扩散法
4111	单克隆抗体胶体金免疫层析法
4199	其它（请详述）
编 码	试剂名称
41000	珠海贝索
41001	万华普曼
41002	天津中新科炬
41003	艾博生物
41004	上海凯创
41005	美利泰格
41006	浙江东方
41007	深圳市惠安
41008	广州万孚
41009	四川沃文特
41999	其它（请详述）
编 码	仪器名称
410000	人眼判读
410001	仪器判读
419999	其它（请详述）

陕西省临床检验中心

2019 年全省粪便隐血室间质量评价结果回报表

2019 年第 1 次 总 5 次

单位名称：_____ 实验室代码：_____

通讯地址：_____ 邮 编：_____

单位等级：_____ 联 系 电 话：_____

批号	FOB 检测结果	方法	仪器	试剂
201911				
201912				
201913				
201914				
201915				
备注				

注：1. 样本检测“阳性”，“阴性”结果，请按“+”，“-”二种方式报告。2. 如果编码表中未包含你室所使用的方法、仪器及试剂编码，请与我们联系，我们将及时添加。

检测者签字：

审核者签字：

陕西省临床检验中心

2019 年全省粪便隐血室间质量评价结果回报表

2019 年第 2 次 总 6 次

单位名称：_____ 实验室代码：_____

通讯地址：_____ 邮 编：_____

单位等级：_____ 联 系 电 话：_____

批号	FOB 检测结果	方法	仪器	试剂
201921				
201922				
201923				
201924				
201925				
备注				

注：1. 样本检测“阳性”，“阴性”结果，请按“+”，“-”二种方式报告。2. 如果编码表中未包含你室所使用的方法、仪器及试剂编码，请与我们联系，我们将及时添加。

检测者签字：

审核者签字：