



ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์  
ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายละเอียดและเงื่อนไขการสมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญการตรวจคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD  
ประจำปีงบประมาณ 2564

| รายการ                  | รายละเอียด   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
|-------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------|-------------|-----------------|--------|--------------|---------------|
| คุณสมบัติของสมาชิก      | เป็นห้องปฏิบัติการที่ให้บริการตรวจคัดกรองภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ด้วยวิธี Fluorescent spot (FS) test เท่านั้น  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| การจัดส่งวัตถุดิบคุณภาพ | 2 รอบต่อปี รอบละ 5 ตัวอย่าง  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| ชนิดของวัตถุดิบคุณภาพ   | ผงฮีโมโกลบินแห้ง (Lyophilized hemoglobin)  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| รอบระยะเวลาดำเนินการ    | <table border="1"><thead><tr><th>รอบการทดสอบที่</th><th>ช่วงเวลาที่ยื่นตัวอย่าง</th><th>ช่วงเวลาที่ยื่นรายงานผลการประเมิน</th></tr></thead><tbody><tr><td>1/2564</td><td>มกราคม 2564</td><td>กุมภาพันธ์ 2564</td></tr><tr><td>2/2564</td><td>พฤษภาคม 2564</td><td>มิถุนายน 2564</td></tr></tbody></table>  | รอบการทดสอบที่                    | ช่วงเวลาที่ยื่นตัวอย่าง | ช่วงเวลาที่ยื่นรายงานผลการประเมิน | 1/2564 | มกราคม 2564 | กุมภาพันธ์ 2564 | 2/2564 | พฤษภาคม 2564 | มิถุนายน 2564 |
| รอบการทดสอบที่          | ช่วงเวลาที่ยื่นตัวอย่าง  | ช่วงเวลาที่ยื่นรายงานผลการประเมิน |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| 1/2564                  | มกราคม 2564  | กุมภาพันธ์ 2564                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| 2/2564                  | พฤษภาคม 2564   | มิถุนายน 2564                     |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| มาตรฐานคุณภาพ           | ISO/IEC 17043  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| ค่าธรรมเนียมสมาชิก      | 2,000 (สองพันบาท) ต่อปี  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| การตอบรับการเป็นสมาชิก  | ภายใน 14 วันหลังจากได้รับใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินอย่างครบถ้วน หากไม่ได้รับจดหมายตอบรับ กรุณาติดต่อกลับมาถึงผู้ประสานงานศูนย์ประเมินคุณภาพฯ เพื่อตรวจสอบสถานะการสมัคร   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| การรายงานผลการทดสอบ     | รายงานผลการตรวจวิเคราะห์กลับทางแบบฟอร์มออนไลน์เท่านั้น ภายในระยะเวลา 30 วันหลังจากได้รับวัตถุดิบคุณภาพ หรือภายในระยะเวลาที่ศูนย์ประเมินคุณภาพฯ กำหนด   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| การรายงานผลการประเมิน   | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ รายงานผลการประเมินประจำรอบการทดสอบ (Interim report) ภายใน 30 วัน หลังวันปิดรับผลการทดสอบแต่ละรอบ</li><li>➢ รายงานฉบับสมบูรณ์ประจำปี (Final report) ภายใน 30 วัน หลังวันปิดรับผลการทดสอบรอบสุดท้าย</li></ul>  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| เกณฑ์การให้คะแนน        | เปรียบเทียบกับค่าอ้างอิงซึ่งได้จากห้องปฏิบัติการอ้างอิง<br>หากรายงานผลตรงกับค่าอ้างอิง = 1 คะแนน/ตัวอย่าง (คะแนนเต็ม 5)  |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| เกณฑ์การประเมินผล       | มี 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (5), ดี (4), พอใช้ (3) และควรปรับปรุง (<3.0)   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| สถิติที่ใช้             | ความถี่และร้อยละ   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| การมอบประกาศนียบัตร     | <ul style="list-style-type: none"><li>➢ ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมเป็นสมาชิก<br/>มอบให้ห้องปฏิบัติการทุกแห่งที่สมัครเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญ</li><li>➢ ประกาศนียบัตรระดับดีเยี่ยม<br/>มอบให้สมาชิกที่ได้คะแนนการประเมินอยู่ในระดับดีเยี่ยมทุกรอบการทดสอบ</li><li>➢ ประกาศนียบัตรการเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง มอบให้สมาชิกที่มีการรายงานผลอย่างต่อเนื่องทุกรอบการทดสอบ ซึ่งคะแนนการประเมินไม่อยู่ในระดับดีเยี่ยม</li></ul>   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| ขั้นตอนการสมัคร         | 1) ชำระเงินค่าสมัครผ่านช่องทางดังนี้<br>a. โอนเงินผ่านบัญชี ธนาคารกรุงเทพ สาขา คณะเทคนิคการแพทย์ มช.<br>ชื่อบัญชี ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก หมายเลขบัญชี 968-0-00099-0<br>b. หรือออกเช็คส่งจ่าย ในนาม “ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก” และส่งมาที่ศูนย์ประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์สำหรับห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 110 ถ.อินทวโรรส ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200<br>2) กรอกแบบฟอร์มออนไลน์ หรือ ดาวนโหลดแบบฟอร์มแล้วสแกนหรือถ่ายรูป ส่งกลับทาง<br>e-mail: eqa.amscmu@gmail.com หรือ Line ID: amscmueqa |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |
| ระยะเวลาเปิดรับสมัคร    | ตั้งแต่วันที่ - 31 ตุลาคม 2563   |                                   |                         |                                   |        |             |                 |        |              |               |

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ ผู้ประสานงานศูนย์ประเมินคุณภาพฯ: ทนพญ. เสาวณิต ชัยรัตนวิวงศ์ โทรศัพท์ 082-1878761