

2018 年安徽省公立医院 PCR 实验室调查表

一、基本信息

医院名称：_____；

医院等级：三甲 三级非三甲 其他

实验室所属科室：病理科 其他_____；

详细地址：_____

主任姓名：_____；主任联系电话：_____

实验室负责人姓名：_____；联系电话：_____；E-mail:

二、分子病理实验室设施和人员信息

分子病理实验室建筑面积：_____m²；

实验室分区：样本前处理区 试剂准备间 样本制备区 DNA 扩增区

产物分析区

开始使用时间：_____年 _____月

分子病理实验室的性质：本单位独立建设 与公司合建 公司独立建设

分子病理实验室医师人数：_____；最低学历：_____；

分子病理实验室技术员人数：_____；最低学历：_____；

持有 PCR 上岗证人数：_____；

是否通过 PCR 实验室认证：是 否；

如为是，首次通过认证年份：_____年；

如为否，计划申请认证年份：_____年。

三、开展项目

常规开展的检测项目：EGFR ALK ROS1 BRAF KRAS

其他_____;

涉及的癌肿：肺癌 胃癌 直肠癌 乳腺癌 其他_____;

月均检测的样本数量：_____例

开展检测的样本类型：组织 细胞学 血液

四：设备试剂信息

1、主要的分子检测设备及厂家

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

设备名称：_____；设备厂家：_____；

2、核酸提取试剂

核酸提取试剂名称：_____；

核酸提取试剂厂家：_____；

3、扩增和检测试剂

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

试剂名称：_____；试剂厂家：_____；

4、质控品

试剂盒自带对照/质控：有 无

其他质控品：有 无，其来源：_____；

是否覆盖您室检测的所有位点：是 否

五：参与质控情况

是否参加过国家 PQCC 的质控：是 否；参与的检测项目：_____；参加年份：_____。

是否参加过其他的质控项目：是 否；质控单位：_____；参与的检测项目：_____；参加年份：_____。

填报人：

填报日期：

医院或科室公章：