

新北市政府衛生局 112 年度醫事檢驗作業輔導  
資訊表(捐血機構)

※ 注意事項：

一、請確實填寫本表第 1 至 14 點資訊，若“無”或“不適用”等情形，請於表內對應處註明，勿留空白。

二、委外執行檢驗者，必填 1.8、1.9。

1 機構基本資料

- 1.1 機構名稱：\_\_\_\_\_ 捐血中心 捐血站 捐血室/車
- 1.2 地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_
- 1.3 實驗室認證（請提供檢驗部門相關證明文件）
- 1.3.1 認證單位：\_\_\_\_\_；認證有效期限：\_\_\_\_\_；未認證。
- 1.4 單位負責人：\_\_\_\_\_；專任，兼任
- 1.5 專業背景：醫師\_\_\_\_\_ 護理師\_\_\_\_\_ 醫事檢驗師\_\_\_\_\_ 其他
- 1.6 檢驗部門聯絡人
- 1.6.1 姓名：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_
- 電話：\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
- 1.7 機構於衛生局登錄人數\_\_\_\_\_，檢驗部門登錄人數\_\_\_\_\_
- 1.8 檢驗部門檢體量，有自行執行或委託皆要勾選：《委外執行檢驗必填》

檢測項目大分類	自行檢驗 項目數	工作量(件/年)	委外檢驗 項目數*	委外檢驗 工作量(件/年)
<input type="checkbox"/> 生化				
<input type="checkbox"/> 血液				
<input type="checkbox"/> 血清免疫				
<input type="checkbox"/> 血庫作業（含血型、 交叉試驗等）				
<input type="checkbox"/> 其他				

\*有委外部分請完成 1.9

1.9 委託單位資料（含血液分離等相關作業）《委外執行檢驗必填》

序號	委託單位	起訖日期	認證實驗室編號	委託項目

\*欄位不足請自行增加

1.10 貴單位是否有貯存各種血液成分？

否；是，請接續以下問題：



※品質主管

<b>基本資料</b>			
姓名		單位	
職稱		電子信箱	
電話		傳真	
醫事人員證書號			
<b>最高學歷</b>			
學校	系所	學位	
<b>工作經歷</b>			
機構	部門	職稱	年資
<b>訓練資歷（請填寫有證書者或本職位需求者）</b>			
訓練日期	訓練機構	課程名稱	證書編號

※職務代理人

<b>基本資料</b>			
姓名		單位	
職稱		電子信箱	
電話		傳真	
醫事人員證書號			
<b>最高學歷</b>			
學校	系所	學位	
<b>工作經歷</b>			
機構	部門	職稱	年資
<b>訓練資歷（請填寫有證書者或本職位需求者）</b>			
訓練日期	訓練機構	課程名稱	證書編號



6 儀器設備總覽：填寫主要儀器設備及其相關維護紀錄，現場應備相關文件備查。認可實驗室若有儀器異動，請依據 TAF/CAP 等單位之規定辦理。

儀器設備分類	廠牌	型號	出廠年份	購入年份	維護廠商	維護週期	最近一次維護日期	保存3年維護保養紀錄
血液	Sysmex	X2100	2012	2012	三東	1月	105.04.11.	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
								<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

\*本表不敷使用，請自行影印為續頁使用能力試驗

7 請列出 111 年參加能力試驗之相關資料(請檢驗部門提供相關證明文件)

序號	能力試驗辦理單位	參加類別	參加項目數	1年執行次數	有進行結果審查(有請打勾)	備註
1	台灣醫檢學會	生化	10	2	V	範例

\*本表不敷使用，請自行影印為續頁使用

8 品質管理

8.1 內部品管：

序號	項目	參考值	使用試劑廠牌	校正頻率	品管檢體種類*	品管檢體濃度**	品管檢體廠牌或自製	品管頻率	最近一季內出現之異常改善說明
	例如：Glucose	100-200 mg/dL	BD原廠	1次/每批次	血清	二種	□□□□□	1次/每天	
	例如：Protein (qualitative)			1次/每週禮拜一	尿液	三種	◎◎◎◎◎	2次/每天	
	例如：紅血球測試			1次/每批次	全血	一種	□□□□□	1次/每天	


\*：血清、全血      \*\*：一種濃度或兩種濃度或三種濃度以上

\*本表不敷使用，請自行影印為續頁使用

8.2 現場查核時，請提供人員教育訓練與能力評估紀錄備查，包括有效期限內之證書。