برگه ثبت نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت بانک خون

دوره ۱-۹۷ **سال ۱۳۹۷**

دانشگاه : **کد آزمایشگاه :** **نام آزمایشگاه:**

نمونه مجهول ایمونوهماتولوژی ABO/Rh(D) **شماره نمونه :972140**

نگهداری و پایداری:

- نمونه های ارسالی که شامل یک ویال سرم و یک ویال سوسپانسیون گلبولی ۵-۲ ٪ میباشد باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

روش استفاده :

- محتویات ویال ها به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است و **باید حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس ازتحویل , آزمایش شود**. عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن ، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر.HIV Ab, HBs Ag ,HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی ، منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت گردد.

- در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه ، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید.

تذکر ۱ : هردو نمونه متعلق به یک بیمار است.

تذکر ۲ : گلبول قرمز برای انجام آزمایش Cell Type و سرم برای انجام آزمایش Back Type است.

نکته ۱ : تعیین Rh زمانی اعتبار دارد که همراه با لوله حاوی Anti-D , یک لوله دیگر حاوی معرف Rh-Control (مانند آلبومین ۶٪) آزمایش شده و واکنش منفی در لوله کنترل مشاهده شود. (برای تهیه آلبومین ۶% , میتوان آلبومین ۲۲% را رقیق کرد.)

نکته ۲ : در صورت وجود اتوآنتی بادی در خون بیمار و یا پوشیده شدن گلبول های قرمز بیمار با آنتی بادی و یا اجزاء کمپلمان , در لوله کنترل واکنش مثبت مشاهده می گردد. در این صورت نتیجه آزمایش Rh-Control معتبر نبوده و Unresolved گزارش می شود.

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:

- **خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده**

نام آزمایش	روش انجام	شرکت سازنده معرف	نوع معرف Rh(D)
ABO/Rh(D)	Tube test □ Slide Test □ Other specify ….□	Anti-A : Anti-B : Anti-D : Rh control : A1 cells: B cells : AHG(used □ not used □):	Monoclonal(IgM) □ Blend(IgG , IgM) □

معرف و نوع معرف Rh(D) به شکل صحیح و خوانا تکمیل نمایید.

- **لطفا درجه واکنش و تفسیر نتایج را در جلوی هر مورد علامت بزنید.**
- **تفسیر بر اساس آخرین مرحله واکنش گزارش شود.**

ABO						Rh(D)			
درجه واکنش	Anti-A	Anti-B	A1-cells	B-cells	تفسیرABO	درجه واکنش	Anti-D	Rh-control	تفسیر Rh(D)
4+					A □	4+			Pos □
3+					B □	3+			Neg □
2+					AB □	2+			Unresolved □
1+					O □	1+			
(+)					Unresolved □	(+)			
mf					mf=mixed field	mf			mf=mixed field
Neg						Neg			

نام مسئول فنی **تاریخ:** **مهر و امضاء**

قابل توجه همکاران محترم : نسخه ای از گزارشات بخش ایمونوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار

می گیرد. میتوانید انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

برگه ثبت نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت بانک خون

دوره ۱-۹۷ سال ۱۳۹۷

دانشگاه : کد آزمایشگاه : نام آزمایشگاه:

نمونه مجهول ایمونوهماتولوژی (Indirect Coombs Test(Ab Screening Test

شماره نمونه: 972160

نگهداری و پایداری:

- نمونه ارسالی، حاوی یک ویال سرم بوده که باید در دمای ۲تا۸ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند یک نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر.HIV Ab, HBs Ag ,HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی ، منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت گردد.

روش استفاده :

- محتویات ویال به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است و **باید حداکثر ظرف مدت ۵روز پس از تحویل آزمایش شود.** عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن ، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.

- در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه ، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید

پیشتگاه ایرانیان
شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

نکته : جهت کنترل و معتبر سازی نتایج منفی آزمایش Ab Screening , یک قطره از گلبول قرمز حساس شده (چک سل) به لوله های منفی اضافه شده و باید آگلوتیناسیون (۱ + – ۲+) مشاهده شود .

قابل توجه همکاران محترم : نسخه ای از گزارشات بخش ایمونوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار می گیرد. لطفا انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:

- **خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده معرف ها به شکل صحیح خوانا تکمیل نمایید.**

Indirect Coombs Test (pool of 3 cells)			
نام آزمایش	روش انجام آزمایش	مرکز یا شرکت سازنده کیت	نام شرکت سازنده معرف
آزمایش کومبس Indirect (Ab Screening Test)	Liss,Tube method ☐ Albumin,Tube method ☐ Other ☐ Specify……	IBTO ☐ Lot number….. Home made ☐	AHG:آنتی هیومن گلبولین…….. Liss:……. Albumin:…… IgG Control Cells:چک سل….

IBTO:سازمان انتقال خون ایران

- **لطفاً درجه واکنش و تفسیر نتایج را علامت بزنید:**

Indirect Coombs Test		Interpretation
درجه واکنش	نمونه سرم ارسالی	
4+		Positive☐
3+		
2+		
1+		Negative☐
(+)		
MF		
Negative		

MF: Mixed Field

برگه ثبت نتایج برنامه ارزیابی خارجی کیفیت بانک خون

دوره ۱-۹۷ **سال ۱۳۹۷**

دانشگاه : **کد آزمایشگاه :** **نام آزمایشگاه:**

نمونه مجهول ایمونوهماتولوژی Cross match **شماره نمونه :972150**

نگهداری و پایداری:

- نمونه های ارسالی، حاوی یک ویال سرم و یک ویال سوسپانسیون ۵-۲ ٪بوده که باید در دمای ۲تا۸ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند یک نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر.HIV Ab, HBs Ag ,HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی ، منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت گردد.

روش استفاده :

- محتویات ویال ها به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است. **نمونه ها باید حداکثر ظرف مدت ۵روز پس از تحویل آزمایش شود**. عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن ، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.
- در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه ، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید.

تذکر : سرم به عنوان نمونه بیمار و سوسپانسیون به عنوان نمونه اهدا کننده می باشد.

پیشگام ایرانیان
شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

قابل توجه همکاران محترم : نسخه ای از گزارشات بخش ایمونوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار می گیرد. لطفا انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:

- **خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده معرف ها به شکل صحیح و خوانا تکمیل نمایید.**

Compatibility Test		
نام آزمایش	روش انجام آزمایش	شرکت سازنده معرف
Cross match	Liss,Tube method ☐ Albumin,Tube method ☐ Other ☐ Specify……	AHG:آنتی هیومن گلبولین…….. Liss:……. Albumin:…… IgG Control Cells:چک سل….

لطفاً درجه واکنش و تفسیر نتایج را علامت بزنید:

Cross match	
درجه واکنش	نمونه سرم و سوسپانسیون ارسالی
4+	
3+	
2+	
1+	
(+)	
MF	
Negative	
Interpretation	Compatible ☐ Incompatible ☐

MF: Mixed Field

نام مسئول فنی : **تاریخ:** **مهر و امضاء:**