ชื่อโรงพยาบาล/หน่วยงาน.........................................................................................................................

1. บุคลากรด้านเซลล์วิทยา

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ** | **คุณวุฒิ** | **จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน** | **ปี พ.ศ.ที่สอบผ่านการรับรอง** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. บุคลากรอื่นในห้องปฏิบัติการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ** | **คุณวุฒิ** | **หน้าที่** | **จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. จำนวน specimen ที่ตรวจเองต่อปี

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเภทการตรวจ** | **จำนวน specimen ที่ตรวจเองต่อปี** |
| Gynecologic cytology |  |
| * Conventional |  |
| * Liquid based cytology |  |
| Non-gynecology |  |
| Fine needle aspiration |  |

1. จำนวน specimen ที่ส่งตรวจภายนอกต่อปี

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเภทการตรวจ** | **จำนวน specimen ที่ส่งตรวจภายนอกต่อปี** |
| Gynecology |  |
| Non-gynecology |  |
| Fine needle aspiration |  |

1. จำนวนรายที่ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจต่อปี

|  |  |
| --- | --- |
| **สาเหตุของการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ** | **จำนวนต่อปี** |
| Mislabel/unlabel |  |
| Slide แตก ไม่สามารถซ่อมแซมได้ |  |
| อื่นๆ (ระบุ) |  |

1. จำนวนรายที่อ่านผล Unsatisfactory ต่อปี

|  |  |
| --- | --- |
| **สาเหตุ** | **จำนวนต่อปี** |
| Dry smear |  |
| Cell น้อย |  |
| มีเลือดปน |  |
| อื่นๆ (ระบุ) |  |

1. จำนวน positive Pap smears / ปี (ASCUS ขึ้นไป)

…………………………………………………………………………………………………………………

1. ชื่อหน่วยงาน/พยาธิแพทย์ ที่ยืนยันผลการตรวจ

ชื่อหน่วยงาน ……………………………………………………………………………………………………

ชื่อพยาธิแพทย์ …………………………………………………………………………………………………

1. อุบัติการณ์ (incident report) ที่เกิดของแต่ละห้องปฏิบัติการ ต่อปี จำแนกตามระดับความรุนแรง

|  |  |
| --- | --- |
| **ระดับความรุนแรง** | **จำนวนต่อปี** |
| ระดับที่ 1 เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน หรือ เกิด   ความคลาด เคลื่อน แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย |  |
| ระดับที่ 2 เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย แต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย |  |
| ระดับที่ 3 เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องมี  การบำบัดรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม |  |
| ระดับที่ 4 เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็นอย่างมาก |  |
| ระดับที่ 5 เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการพิการ หรือ  เสียชีวิต /ผู้ป่วยพิการ หรือ เสียชีวิต |  |

1. ชื่อกิจกรรมวิชาการที่หน่วยงานจัดอย่างสม่ำเสมอ (ระบุจำนวนครั้งต่อปี)

………. journal club

………. interesting case discussion

........... การศึกษาเทคนิคใหม่

………. อื่นๆ (ระบุ) ....................................

1. ผลตัวชี้วัดหลักของหน่วยงาน

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดหลัก** | **เป้าหมาย** | **ผลที่ได้** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ลงชื่อ ................................................................... ผู้ให้ข้อมูล

(……………………………………………)

ตำแหน่ง ...........................................................................

วันที่……………………………………………………………..