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

**1.บุคลากรด้านเซลล์วิทยา**

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

**2.บุคลากรอื่นในห้องปฏิบัติการ**

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

**3.จำนวน specimen ที่ตรวจเองต่อปี**

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

**4.จำนวน specimen ที่ส่งตรวจภายนอกต่อปี**

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

**5.จำนวนรายที่ปฏิเสธสิ่งส่งตรวจต่อปี**

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

**6.จำนวนรายที่อ่านผล Unsatisfactory ต่อปี**

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

**7.จำนวน positive Pap smears / ปี (ASCUS ขึ้นไป)**

**8. ชื่อหน่วยงาน/พยาธิแพทย์ ที่ยืนยันผลการตรวจ**

ชื่อหน่วยงาน

ชื่อพยาธิแพทย์

**9. ชื่อกิจกรรมวิชาการที่หน่วยงานจัดอย่างสม่ำเสมอ (ถ้ามี) (ระบุจำนวนครั้งต่อปี) เช่น**

* ประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน/โรงพยาบาล
* interesting case discussion
* การศึกษาเทคนิคใหม่
* อื่นๆ (ระบุ)

**10. ผลตัวชี้วัดคุณภาพของการดำเนินงาน ของหน่วยงาน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผลที่ได้** |
| * Turn around time
 |  |  |
| * Gyn
 |  |  |
| * non-Gyn
 |  |  |
| * จำนวนการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ
 |  |  |
| * อื่นๆ (ถ้ามี
 |  |  |

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล

 ( )

 ตำแหน่ง

 วันที่