

## فرم ثبت نام و دریافت وجه در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۳۹۸

اینجانب ..... مؤسس/مسئول فنی آزمایشگاه ..... تخصص: .....

شماره نظام: ..... کد ملی مسئول فنی (الزامی): ..... در حوزه دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی .....  
کد عضویت آزمایشگاه در برنامه EQAP (در صورتی که قبلاً در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی انجمن شرکت کرده‌اید):EQAP- 

آدرس آزمایشگاه: استان: ..... شهر: ..... خیابان: ..... پلاک: .....

کد پستی: ..... تلفن آزمایشگاه: ..... نامبر آزمایشگاه: .....

تلفن همراه مسئول فنی: ..... آزمایشگاه: دولتی  خصوص  نام سوپروایز آزمایشگاه: .....

تلفن همراه سوپروایز آزمایشگاه: ..... پست الکترونیکی آزمایشگاه/ مسئول فنی (الزامی): .....

تست های عمومی درخواستی	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	نوع آزمایش	
				دوره عمومی	دوره تکمیلی
<input type="checkbox"/> بیوشیمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسمیر از نظر بررسی AFB	
<input type="checkbox"/> هموگلوبین A1c	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH	
<input type="checkbox"/> نوار ادرار	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکرهای قلبی (شرکت کلیه آزمایشگاه های بیمارستانی دارای بخشهای عمومی، در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مارکرهای قلبی الزامی است.)	
<input type="checkbox"/> پروتئین ادرار	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های غربالگری	
<input type="checkbox"/> خون کنترل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIA, AFP, hCG, PAPP-A, fβhCG و uE3 (شرکت کلیه آزمایشگاههایی که آزمایش های غربالگری مادران باردار را در آزمایشگاه خود انجام می دهند در برنامه مربوطه الزامی است.)	
<input type="checkbox"/> پلاسمای انعقادی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نمونه های مولکولی عوامل عفونی (کلیه آزمایشگاه هایی که آزمایش های تشخیص مولکولی عوامل عفونی (PCR) از جمله تشخیص مولکولی HBV را انجام می دهند، موظف به شرکت در برنامه مرتبط، می باشند.	
<input type="checkbox"/> رتیکولوسیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
<input type="checkbox"/> لام های خونی محیطی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
<input type="checkbox"/> ایمونوسرولوژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
<input type="checkbox"/> سرولوژی (رایت)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
<input type="checkbox"/> باکتری شناسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
<input type="checkbox"/> انگل شناسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
در صورتی که درخواست دریافت دفترچه آنالیز نتایج را دارید. کادر مربوطه را انتخاب نمایید. هزینه دفترچه هر نوبت: ۱۵۰/۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	TB	نمونه مولکولی عوامل عفونی (کلیه آزمایشگاه هایی که آزمایش های تشخیص مولکولی عوامل عفونی (PCR) از جمله تشخیص مولکولی HBV را انجام می دهند، موظف به شرکت در برنامه مرتبط، می باشند.
	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	HBV	نمونه مولکولی عوامل عفونی (کلیه آزمایشگاه هایی که آزمایش های تشخیص مولکولی عوامل عفونی (PCR) از جمله تشخیص مولکولی HBV را انجام می دهند، موظف به شرکت در برنامه مرتبط، می باشند.
نوبت اول: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
نوبت دوم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	
نوبت سوم: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوهماتولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	

امضاء و مهر مؤسس/مسئول فنی

مبلغ کل ..... ریال به شرح ذیل:

پرداخت نقدی: صندوق  Pose  مبلغ ..... ریال در تاریخ ..... انجام شد.

پرداخت از طریق چک شماره ..... بانک ..... مبلغ ..... به سر رسید ..... انجام شد.

در صورت درخواست فاکتور کد اقتصادی ..... شناسه ملی .....

پل ارتباطی با مسئول اجرایی برنامه EQAP: ۰۹۱۹۶۶۸۸۲۶۹ داخلی ۱ ارتباط از طریق تلگرام: ۰۹۱۹۶۶۸۸۲۶۹

وب سایت برنامه: www.eqcld.com

کانال تلگرامی برنامه: @eqcld

مهر و امضاء دریافت کننده وجه