



มท.๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ 12672
วันที่ 05 5ก 2560
.....
.....

ที่ สธ ๐๖๑๓/ว ๑๒๐๗๖

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ สงขลา
๖๑๖/๑ หมู่ ๒ ต.พะวง อ.เมือง จ.สงขลา
๙๐๑๐๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ 18384
วันที่ ๑๕.๑๐.๖๐
.....
.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์แจ้งหน่วยบริการปฐมภูมิเข้าร่วมโครงการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทาง
ห้องปฏิบัติการ ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต/พังงา/กระบี่/นครศรีธรรมราช/ชุมพร/สุราษฎร์ธานี/ระนอง/ตรัง/พัทลุง
สตูล/สงขลา/ยะลา/ปัตตานี และนราธิวาส

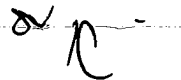
- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการฯ จำนวน ๑ แผ่น
๒. แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ สงขลา ได้ดำเนินโครงการเครือข่ายคุณภาพ และมาตรฐาน
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปี ๒๕๖๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมพัฒนา และ
ส่งเสริมระบบประกันคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผลวิเคราะห์ที่ได้มีคุณภาพ ประกอบการวินิจฉัยโรคของแพทย์
อันจะส่งผลต่อคุณภาพการรักษาโรคของประชาชนผู้มารับบริการที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ

ในการนี้ ศูนย์ฯ จึงขอความอนุเคราะห์ให้หน่วยงานของท่าน ประสานแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยงานที่ให้บริการในลักษณะเดียวกัน ในพื้นที่รับผิดชอบ ให้แจ้งความประสงค์เข้าร่วม
โครงการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓ รายการทดสอบ ได้แก่การตรวจ
ภาวะตั้งครรภ์ การตรวจโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะด้วยแถบทดสอบ โดยมีอัตราค่าธรรมเนียมสมาชิก ๕๐๐ บาท
ต่อปี รายละเอียดตามโครงการและแบบฟอร์มแจ้งรายชื่อที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และโปรดส่ง
แบบฟอร์มคืนศูนย์ฯ ทางโทรสารหมายเลข ๐-๗๔๓๓-๐๒๑๕ หรือ e-mail : rmc12_patho@dmsc.mail.go.th
ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวธาริษา เสาวริฐ)

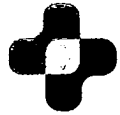
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑๒ สงขลา

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร ๐ ๗๔๓๓ ๐๒๑๑, ๐ ๗๔๓๓ ๐๒๗๗ ต่อ ๒๐๔, ๐๘ ๙๖๕๕ ๑๑๓๐

โทรสาร ๐ ๗๔๓๓ ๐๒๑๕

สำเนาส่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ



การทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 รายการ
ได้แก่การตรวจภาวะตั้งครรภ์ การตรวจโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะด้วยแถบทดสอบ

โดย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา ปี 2561

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ นำข้อมูลจากการเข้าร่วมการทดสอบความชำนาญฯ

1. ไปประกอบเป็นหลักฐานในการเฝ้าระวังการขึ้นทะเบียนห้องปฏิบัติการตามระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
2. พัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการทดสอบมีคุณภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ
3. สามารถนำตัวอย่างที่เหลือจากการทดสอบไปใช้ในกิจกรรมประกันคุณภาพ การควบคุมคุณภาพภายใน (Internal Quality Control) ซึ่งเป็นไปตามระบบคุณภาพ และมาตรฐานห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

ชนิดของวัตถุทดสอบ :	ปัสสาวะ
จำนวนวัตถุทดสอบต่อรอบ จำนวนรอบการให้บริการ:	3 ตัวอย่างต่อรอบ /จำนวน 2 รอบต่อปี
วิธีทดสอบ:	Strip test
ระยะเวลาจัดส่งตัวอย่าง :	เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2561 (หากมีการเปลี่ยนแปลงทางผู้ดำเนินแผนฯ จะแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนการจัดส่งตัวอย่าง)
รายการทดสอบ :	การตรวจภาวะตั้งครรภ์ การตรวจโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะโดยแถบทดสอบ
ค่าสมาชิก :	500 บาท (ดำเนินการตั้งแต่ตุลาคม 2560 ถึง กันยายน 2561)
วิธีการประเมินผล:	การวัดผลของสมาชิกจะพิจารณาความแม่นยำ (accuracy) โดยเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่ได้จากค่ากำหนด ร่วมกับผลการตรวจกลุ่มห้องปฏิบัติการผู้เชี่ยวชาญ (Expert laboratory value) โดยผลการทดสอบทั้งหมดต้องสอดคล้องกัน คะแนนคุณภาพมีเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ดีมาก คือ มีระดับคะแนนเท่ากับ 3 พอใช้ คือ มีระดับคะแนนเท่ากับ 2 และ ปรับปรุง คือ มีระดับคะแนนน้อยกว่า 2

ติดต่อผู้ดำเนินแผน : นางสาวเยาวมาลย์ สุตวิจิตร, นางสาวภาวิณี ศรีจันทร์งาม

โทรศัพท์ : 0 7433 0211 ต่อ 109, 0 7433 0277 ต่อ 109, 086 4892038

โทรสาร : 0 7433 0215

E-mail : rpsc12_patho@dmsc.mail.go.th

ติดต่อ Line กลุ่ม : PT รพ.สต.ภาคใต้-2561 สามารถติดต่อผ่านทางคิวอาร์โค้ด :





แบบฟอร์มแจ้งรายชื่อสมัครสมาชิก
การทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 รายการ
ได้แก่การตรวจภาวะตั้งครรภ์ การตรวจโปรตีน และน้ำตาลในปัสสาวะด้วยแถบทดสอบ
โดย ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา ปีงบประมาณ 2561
ภายในวันที่ 29 ธันวาคม 2560

1. ข้อมูลทั่วไป (กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจนและครบถ้วน)

ชื่อหน่วยงาน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ที่อยู่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

โปรดระบุ ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail address ผู้รับผิดชอบหลัก ในปีงบประมาณ 2561

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail address.....

2. การตอบรับเป็นสมาชิก : ส่งตัวอย่างประเมิน 2 รอบ/ปี

เข้าร่วมเป็นสมาชิก อัตราค่าธรรมเนียม 500 บาท/ปี

ไม่เข้าร่วมเป็นสมาชิก

หมายเหตุ :

➤ หน่วยงานยังไม่ต้องชำระเงินค่าสมัคร หากท่านมีความประสงค์สมัคร ทางศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12 สงขลา จะส่งเอกสารการชำระเงินให้ท่านโดยตรงอีกครั้ง โดยการชำระผ่านระบบ Teller Payment

.....ลงชื่อผู้ส่งแบบฟอร์มสมัคร

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โทรศัพท์: 074-330211, 074-330277 ต่อ 109

โทรศัพท์มือถือ : 086-4892038

โทรสาร: 074-330215

E-mail: rmsc12_patho@dmsc.mail.go.th

ติดต่อ Line กลุ่ม : PT รพ.สต.ภาคใต้-2561

สามารถติดต่อผ่านทางคิวอาร์โค้ด :

