

ที่ อว 8393(4).6/ว.3211



ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110 ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง
จังหวัดเชียงใหม่ 50200

28 ตุลาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญสมัครเข้าร่วมโครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ปีงบประมาณ 2563

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าหน่วยงาน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 1 ฉบับ
2. เอกสารรายละเอียดโครงการและเงื่อนไขการสมัคร จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย ในปีงบประมาณ 2563 ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้จัดทำโครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (EQA Program for Erythrocyte Sedimentation Rate) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพการตรวจวัดอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (Erythrocyte Sedimentation Rate, ESR) โดยการเปรียบเทียบผลการทดสอบของห้องปฏิบัติการที่สมัครเข้าร่วมโครงการที่ใช้เครื่องมือการตรวจชนิดเดียวกัน ซึ่งผลการประเมินจะช่วยชี้วัดความถูกต้องของการทดสอบ เพื่อใช้เป็นดัชนีชี้วัดสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และติดตามการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

โครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ได้จัดเตรียมตัวอย่างควบคุมคุณภาพสำหรับการตรวจวัดอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง โดยตัวอย่างควบคุมคุณภาพดังกล่าวมีค่าการตรวจวัดครอบคลุมทั้งระดับปกติและผิดปกติ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการทดสอบความชำนาญและควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การตรวจวัดอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง มีความถูกต้องแม่นยำ น่าเชื่อถือ และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ อีกทั้งยังเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ รวมถึงมาตรฐาน Laboratory Accreditation (LA) หรือ มาตรฐาน ISO15189 อีกด้วย

ในการนี้ ศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก จึงขอประชาสัมพันธ์โครงการทดสอบความชำนาญการตรวจอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง ซึ่งทางโครงการจะจัดส่งตัวอย่างควบคุมคุณภาพดังกล่าวให้ทางห้องปฏิบัติการประจำหน่วยงานของท่านจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ตัวอย่างต่อปี โดยในการดำเนินการในรอบ 1 ปีงบประมาณ ทางหน่วยงานต้องชำระค่าสมัครเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เป็นเงินจำนวน 2,500.- (สองพันห้าร้อยบาท)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณาอนุญาตให้ห้องปฏิบัติการประจำหน่วยงานของท่าน ได้สมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าวนี้ต่อไป และขอความกรุณากรอกข้อมูลในแบบฟอร์มสมัครเข้าร่วมโครงการที่แนบมากลับมายังโครงการ ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2562 จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.วิสิตศักดิ์ สุขสะอาดพสุ)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคนิคการแพทย์คลินิก