

Số: 999.../KCXN-KC

TP. Hồ Chí Minh, ngày 09 tháng 10 năm 2018

V/v đăng ký tham gia chương trình
ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm năm 2019

Kính gửi: Bệnh viện, Viện, Trung tâm, Phòng khám đa khoa,
Phòng xét nghiệm tư nhân

Căn cứ Quyết định 316/QĐ-TTg ngày 27/02/2016 của Thủ tướng Chính phủ về phê duyệt Đề án tăng cường năng lực hệ thống quản lý chất lượng xét nghiệm y học giai đoạn 2016 – 2025;

Căn cứ Quyết định số 161/QĐ-BYT ngày 17/01/2012 của Bộ Y tế về việc quy định phân công phụ trách hoạt động chuyên môn kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm của ba Trung tâm Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học;

Căn cứ Thông tư 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013 của Bộ Y tế về việc thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 của Bộ Y tế về việc Ban hành Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm y học;

Căn cứ Quyết định 2174/QĐ-BYT ngày 21/6/2013 của Bộ Y tế phê duyệt Kế hoạch hành động quốc gia về chống kháng thuốc giai đoạn từ năm 2013 – 2020;

Thực hiện chỉ đạo của Sở Y tế TP.HCM trong công tác nâng cao chất lượng xét nghiệm tại công văn số 812/SYT-NVY; 727/SYT-NVY, 4132/SYT-NVY, 2322/SYT-NVY và công văn 5911/SYT-NVY,

Nhằm giúp các cơ sở khám chữa bệnh nâng cao chất lượng các xét nghiệm, giám sát chặt chẽ sai số, hướng đến kết quả xét nghiệm trả cho bệnh nhân được tin cậy, Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM sẽ tiếp tục triển khai các chương trình ngoại kiểm tra năm 2019 đến các cơ sở y tế có phòng xét nghiệm.

Trung tâm thông báo đến Quý đơn vị về việc đăng ký tham gia các chương trình ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm năm 2019 với nội dung chi tiết như sau:



1. Lịch triển khai các chương trình ngoại kiểm tra năm 2019

STT	TÊN CHƯƠNG TRÌNH	HÌNH THỨC	THỜI GIAN THỰC HIỆN
1	Sinh hóa	1 tháng/đợt	01-12/2019
2	Huyết học	1 tháng/đợt	01-12/2019
3	Miễn dịch	1 tháng/đợt	01-12/2019
4	Đông máu	1 tháng/đợt	01-12/2019
5	Nước tiểu	2 tháng/đợt	01-12/2019
		1 tháng/đợt	01-12/2019
6	Khí máu	1 tháng/đợt	01-12/2019
7	Sàng lọc trước sinh	1 tháng/đợt	01-12/2019
8	Tim mạch	1 tháng/đợt	01-12/2019
9	Hemoglobin gắn kết	1 tháng/đợt	01-12/2019
10	Xét nghiệm Định nhóm máu	3 tháng/đợt	01-12/2019
11	PCR-HBV	4 tháng/đợt	01-12/2019
12	PCR-HCV	4 tháng/đợt	01-12/2019
13	Vi sinh lâm sàng	3 tháng/đợt	01-12/2019
14	Vi sinh lâm sàng chuyên biệt	6 tháng/đợt	01-12/2019
15	Miễn dịch đặc hiệu I	1 tháng/đợt	01-12/2019
16	ToRCH	3 tháng/đợt	01-12/2019
17	Syphilis	3 tháng/đợt	01-12/2019

2. Chi phí tham gia chương trình ngoại kiểm tra

2.1. Phí mẫu ngoại kiểm:

- Phí mẫu ngoại kiểm Sinh hóa, Huyết học, Miễn dịch, Đông máu, Nước tiểu, Khí máu, Sàng lọc trước sinh, Hemoglobin gắn kết, Tim mạch, Miễn dịch đặc hiệu I, ToRCH và Syphilis: đơn vị sẽ liên hệ trực tiếp với công ty cung cấp mẫu mà đơn vị lựa chọn để mua mẫu, sau đó thông báo cho Trung tâm tên công ty cung cấp mẫu (**ghi rõ trong phiếu đăng ký**).
- Phí mẫu ngoại kiểm Xét nghiệm Định nhóm máu và Vi sinh lâm sàng chuyên biệt: 5.000.000đ/chương trình/chu kỳ (01 năm).
- Phí mẫu ngoại kiểm Vi sinh lâm sàng, PCR-HBV và PCR-HCV: 7.500.000đ/chương trình/chu kỳ (01 năm).

2.2. *Phí phân tích, xử lý, đánh giá kết quả ngoại kiểm tra:*

- Mức phí: 2.700.000đ/chương trình/chu kỳ (năm).
- Đơn vị đóng phí trực tiếp tại Phòng Kế hoạch Tài chính của Trung tâm hoặc qua tài khoản: 0331003831608 – Ngân hàng TMCP Ngoại thương Việt Nam, chi nhánh Sài Gòn TP.HCM. Tên đơn vị thụ hưởng: Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.

3. **Thời hạn đăng ký và đóng phí**

- Trước **17g00 ngày 16/11/2018**
- Để việc đăng ký được thuận lợi và nhanh chóng, Quý đơn vị có thể đăng nhập vào trang thông tin điện tử của Trung tâm để đăng ký chương trình muốn tham gia. Tuy nhiên, bản đăng ký chính thức phải là bản giấy có chữ ký, đóng dấu của lãnh đạo đơn vị. Quý đơn vị vui lòng gửi kèm bản photo giấy phép hoạt động do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp (nếu là đơn vị tư nhân)

Để công tác triển khai các chương trình ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm năm 2019 được thống nhất và nhanh chóng, kịp tiến độ báo cáo về Bộ Y tế và Sở Y tế TP.HCM theo quy định, Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM đề nghị Quý đơn vị đăng ký tham gia đúng quy định và đúng thời hạn.

Mọi thắc mắc về chương trình ngoại kiểm tra, Quý đơn vị vui lòng liên lạc với Trung tâm theo địa chỉ:

TRUNG TÂM KIỂM CHUẨN XÉT NGHIỆM TP.HCM

Địa chỉ: 75A Cao Thắng, Phường 3, Quận 3, TP.HCM

Điện thoại: (028) 3839 1090 – Số nội bộ: 102 hoặc 107 (Khoa Kiểm chuẩn)

Fax: (028) 3929 1553

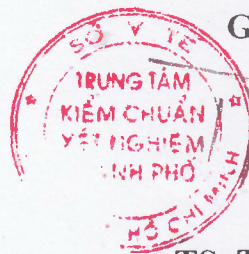
Email: kcxntp@csql.vn

Website: <http://www.csql.gov.vn/> hoặc <http://www.csql.vn/>

Trân trọng. *mh*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Cục Quản lý KCB – BHYT (để báo cáo);
- SYT TP.HCM (để báo cáo);
- SYT các tỉnh (để phối hợp);
- Ban Giám đốc (để báo cáo)
- Lưu: VT, KC, KHTC, SP, TTĐT, TCHC (6), LNC.850.



GIÁM ĐỐC

TS. Trần Hữu Tâm





CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:.....

....., ngày.....tháng.....năm.....

**BẢN ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH NGOẠI KIỂM TRA
CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM NĂM 2019**

Kính gửi: Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM

1. Thông tin đơn vị (ghi đầy đủ thông tin theo Giấy phép hoạt động):

- **Tên:**

- **Địa chỉ:**

Phường/Xã: Quận/Huyện:

Tỉnh/TP: Mã vùng điện thoại:

- **Cơ quan chủ quản:** Bộ Y tế Sở Y tế Bộ/Ngành khác:

- **Loại hình hoạt động:** Khám chữa bệnh Cận lâm sàng Khác:.....

- **Loại hình đầu tư:** Công lập Ngoài công lập

- **Giấy phép hoạt động (đối với đơn vị ngoài công lập):**

Số:Nơi cấp:Ngày cấp:.....

- **Số lượng Khoa/Phòng xét nghiệm:**

Bao gồm các Khoa/Phòng (đề nghị ghi tên cụ thể như: Khoa Xét nghiệm, Khoa Sinh hoá, Khoa Huyết học,):

2. Khoa/Phòng xét nghiệm đăng ký:.....

- **Điện thoại:**.....**Fax:**

- **Email:**.....

- **Số lượng nhân sự của Khoa/Phòng:**.....

- **Trưởng Khoa/Phòng:**

Điện thoại:.....Email:

- **Nhân viên quản lý chất lượng:**

Điện thoại:.....Email:



**3. Đăng ký chương trình ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm:**

STT	Tên chương trình	Đăng ký	Công ty cung cấp mẫu
1	Chương trình NKT Sinh hóa	<input type="checkbox"/>	
2	Chương trình NKT Huyết học	<input type="checkbox"/>	
3	Chương trình NKT Miễn dịch	<input type="checkbox"/>	
4	Chương trình NKT Đông máu	<input type="checkbox"/>	
5	Chương trình NKT Nước tiểu	<input type="checkbox"/>	
6	Chương trình NKT Khí máu	<input type="checkbox"/>	
7	Chương trình NKT Sàng lọc trước sinh	<input type="checkbox"/>	
8	Chương trình NKT Tim mạch	<input type="checkbox"/>	
9	Chương trình NKT Hemoglobin gắn kết	<input type="checkbox"/>	
10	Chương trình NKT Xét nghiệm Định nhóm máu	<input type="checkbox"/>	
11	Chương trình NKT PCR-HBV	<input type="checkbox"/>	
12	Chương trình NKT PCR-HCV	<input type="checkbox"/>	
13	Chương trình NKT Vi sinh lâm sàng	<input type="checkbox"/>	
14	Chương trình NKT Vi sinh lâm sàng chuyên biệt	<input type="checkbox"/>	
15	Chương trình NKT Miễn dịch đặc hiệu I	<input type="checkbox"/>	
16	Chương trình NKT ToRCH	<input type="checkbox"/>	
17	Chương trình NKT Syphilis	<input type="checkbox"/>	
Tổng số chương trình đăng ký			



4. Đơn vị có yêu cầu hợp đồng hỗ trợ thanh toán: Có Không

(Nếu có, Quý đơn vị vui lòng điền đầy đủ thông tin nhân viên cần liên hệ)

Nhân viên:

Điện thoại:.....Email:

Lưu ý: Trung tâm chỉ triển khai chương trình ngoại kiểm tra khi Quý đơn vị gửi bản đăng ký đầy đủ thông tin, có chữ ký và đóng dấu của Thủ trưởng đơn vị, đồng thời hoàn tất việc đóng phí quản lý trước ngày **16/11/2018**.

Nơi nhận:

- Như trên;

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(ký tên, đóng dấu)