附件2

**2025年山西省临床检验室间质评计划申请表**

**（新参加单位）**

单位名称： 机构等级类型：

详细通信地址： 邮 编：

实验室名称： 科主任姓名： 手 机：

质控品接收人姓名： 电 话： 手 机：

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构PT/EQA计划** | **收 费 标 准** |
| 常规化学 | □850元 |
| 内分泌 | □800元 |
| 特定蛋白 | □900元 |
| 肿瘤标志物 | □800元 |
| 心肌标志物 | □800元 |
| 脂类分析 | □800元 |
| 血气分析 | □650元 |
| 糖化血红蛋白 | □700元 |
| 血清降钙素原 | □900元 |
| 便携式（POCT）血糖检测仪 | □500元 |
| 脑钠肽/N末端前脑钠肽 | □950元 |
| 中孕期母血清产前筛查 | □800元 |
| 半胱氨酸蛋白酶抑制剂 C（Cys C） | □900元 |
| 血清淀粉样蛋白A | □900元 |
| 尿液定量化学 | □900元 |
| 胃蛋白酶原 | □900元 |
| 全血细胞计数 | □1000元 |
| 尿液化学 | □600元 |
| 凝血试验 | □900元 |
| 血液粘度检测 | □700元 |
| 血细胞形态学 | □450元 |
| 尿沉渣形态学 | □200元 |
| **医疗机构质评计划** | **收 费 标 准** |
| 寄生虫形态学 | □200元 |
| 血细胞沉降率 | □1000元 |
| 粪便隐血试验 | □500元 |
| D-二聚体与纤维蛋白（原）降解产物检测 | □1500元 |
| 血型鉴定 | □500元 |
| 感染性疾病血清学标志物A | □700元 |
| 感染性疾病血清学标志物 B | □700元 |
| 感染性疾病血清学标志物 C | □700元 |
| 感染性疾病抗原抗体快速检测 | □700元 |
| 优生优育免疫学检测 | □800元 |
| 抗核抗体检测 | □750元 |
| 临床微生物 | □650元 |
| 肝炎病毒核酸检测 | □700元 |
| 人乳头瘤病毒-16/-18分型检测 | □900元 |
| 非病毒核酸检测 | □800元 |
| 新型冠状病毒核酸检测 | □1000元 |
| 新型冠状病毒核酸快速检测 | □800元 |
| 结核分枝杆菌核酸检测 | □800元 |
| 人乳头瘤病毒核酸分型检测 | □1800元 |
| 巨细胞病毒核酸检测 | □1000元 |
| B族链球菌核酸检测 | □1000元 |
| EB病毒核酸检测 | □1000元 |
| 呼吸道病原体多重核酸检测1 | □1200元 |
| 呼吸道病原体多重核酸检测2 | □1200元 |
| 肺炎支原体核酸检测 | □1000元 |
| 叶酸代谢基因（MTHFR和MTRR）检测 | □2000元 |
| 氯吡格雷药物代谢基因（CYP2C19）多态性检测 | □2000元 |
| 临床输血相容性检测 | □1350元 |
| **合计 个（计划）** | **合计金额 元** |
| **采供血机构质评计划** | **收 费 标 准** |
| 采供血机构血液检验 | □1500元 |
| 全血细胞计数 | □1000元 |
| 血型鉴定 | □500元 |
| 血液筛查核酸检测 | □1500元 |
| **合计 个（计划）** | **合计金额 元** |

科主任签字： 单位盖章：

申请日期： 2024年 月 日

注：1. **新参加单位**请扫描下方二维码提交申请，务必于2024年10月31日前提交申请表，并办理缴费手续。上述表格科室留存，必要时交省临检中心。

1. 新参加单位实验室编码于2025年第一次质评前分配至各参评单位。

