

## แผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการ

ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ได้ดำเนินแผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติ การตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และการตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ โดยจัดเตรียมและส่งตัวอย่างทดสอบความชำนาญสำหรับรายการตรวจดังกล่าวให้กับห้องปฏิบัติการสมาชิกเพื่อทำการทดสอบ ทำการประเมินผลการเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญฯ ของสมาชิกทั้งหมด และจัดทำรายงานเพื่อให้ห้องปฏิบัติการสมาชิกสามารถเปรียบเทียบผลการตรวจระหว่างห้องปฏิบัติการ และนำข้อมูลจากการเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญฯ ไปใช้เพื่อการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพ

### แผนทดสอบความชำนาญ ห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยีแห่งชาติ

**สมาชิก:** ห้องปฏิบัติการตรวจเอชไอวีซีโรโลยี ในเขตกรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี ลพบุรี สระบุรี และนครนายก และห้องปฏิบัติการธนาการเลือด

**การส่งตัวอย่าง:** 3 ครั้งต่อปี

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เดือนพฤศจิกายน 2560

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2561

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2561

**ค่าธรรมเนียม:** 2,500 บาท ต่อปี

**ระยะเวลารับสมัครสมาชิก:** สิงหาคม – ตุลาคม 2560



### แผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการ ตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

**สมาชิก:** ห้องปฏิบัติการที่ตรวจหาปริมาณเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด

**การส่งตัวอย่าง:** 2 ครั้งต่อปี

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ 2561

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2561

**ค่าธรรมเนียม:** 20,000 บาท ต่อปี

**ระยะเวลารับสมัครสมาชิก:** สิงหาคม – ธันวาคม 2560

### แผนทดสอบความชำนาญ ห้องปฏิบัติการตรวจภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบี

**สมาชิก:** ห้องปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

**การส่งตัวอย่าง:** 2 ครั้งต่อปี

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2561

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 เดือนมิถุนายน 2561

**ค่าธรรมเนียม:** 2,000 บาท ต่อปี

**ระยะเวลารับสมัครสมาชิก:** สิงหาคม – ธันวาคม 2560

## การชำระค่าธรรมเนียมสมาชิก

ห้องปฏิบัติการสมาชิกรับ ใบแจ้งการชำระเงิน ผ่านทางธนาคาร ไปชำระค่าธรรมเนียมสมาชิกที่ธนาคารกรุงไทย ได้ทุกสาขา โดยจะต้องเสียค่าธรรมเนียมเป็นเงิน 25 บาทต่อ 1 ใบเสร็จ และธนาคารจะออกใบเสร็จให้กับห้องปฏิบัติการ ซึ่งใบเสร็จนี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายได้

จากนั้น ส่งสำเนาใบเสร็จพร้อมทั้งแบบฟอร์มสมัครสมาชิกที่กรอกรายละเอียดครบถ้วนแล้วมายังผู้ดำเนินแผนทดสอบความชำนาญ ทาง E-mail เพื่อผู้ดำเนินแผนทดสอบความชำนาญ จะได้จัดทำหนังสือตอบรับการเข้าร่วมแผนทดสอบความชำนาญฯ ส่งกลับไปยังห้องปฏิบัติการสมาชิก พร้อมเงื่อนไข ข้อกำหนดระเบียบการแผนทดสอบความชำนาญ



## แผนทดสอบความชำนาญห้องปฏิบัติการ ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด

### หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด  
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

อาคาร 10 ชั้น 8

88/7 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ +66(0) 2951 0000-11 ต่อ 99255-6, 98091

โทรสาร +66(0) 2951 1428

Facebook: Transfusion-Transmitted Pathogens Section

Website: <http://ttp.dmsc.moph.go.th>



สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข