編號:

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日期 | 年 月 日 |
| 檢驗需求 | * 新增檢驗項目 * 修訂參考值 * 其他： (請詳細說明) |
| 檢驗項目名稱(全名) |  |
| 臨床意義  (請附相關資料來源) |  |
| 生物參考區間 |  |
| 他院是否提供該項檢驗 | * 是；醫院名稱： 操作單位： * 否 |
| 院內其他單位是否已有此項檢驗服務 | * 是；單位名稱： * 否 |
| 預估每週檢體量 | * <10 □ 10-50 □ 50-100 □ >100 |
| 報告時效需求 | * 每天 □ 每週 □ 每月 □ 其他 |
| 收費 | * 有健保給付；健保碼： 健保點數： * 無健保給付；建議自費金額：   (請附其他機構收費參考來源) |
| 申請人 | 單位/職稱：  姓名：  電話： 直屬主管： |
| 以上表格申請單位先行評估填妥後(為了縮短申請流程，請申請單位**每項欄位務必填寫**)  請將申請表送至檢驗醫學科；聯絡人：品管醫檢師；聯絡電話：13952轉207  相關申請經檢驗科評估後，尚須於檢驗暨影像品質管理委會決議後續。 | |

|  |
| --- |
| 檢驗醫學科評估：  □ 自行操作  □ 委外代檢  □ 因檢驗頻率低或試劑無法取得等，建議臨床改用其他方式評估病人病情  □ 其他  說明：  評估人員： 主任： |