HbA1c -VIERITUTKIMUSMITTARIN TOIMINNAN SEURANTA **Hoitoyksikkö** _____

Vastuuhenkilö(oma yksikkö) _____ **Laaduntarkkailua ohjaava henkilö**_____

Mittarin yksilöinti tai sarjanumero _____

SOVITTU KONTROLLIEN TEKOTIHEYS:

- □ **analysointipäivänä**
- □ **1x viikossa**
- □ **avattaessa uusi testipaketti**
- ☒ **testin lot/erä vaihtuu**
- □ **muu tekotiheys/ syy** _____

Käytä joka mittarille omaa kaavaketta.
Merkkaa tulokset taulukkoon ja lähetä täysi lomake laaduntarkkailua ohjaavalle henkilölle(vieritutkimushoitaja tai aluelaboratorion henkilökunta).
Vaihda kaavake uuteen vähintään 3kk:n välein.
Ota välittömästi yhteys vastuukäyttäjään tai laaduntarkkailua ohjaavaan henkilölle, mikäli kontrollitulos ei ole tavoitevälillä!

Vuosi/ Pv	Testikasetin Tiedot		Kontrollin Tiedot								
20_____ Pvm	Testin Lot/Erä	Testin Exp.	Kontrollin Lot. Taso I	Kontr. I Exp.	Tavoiteväli Taso I	Tulos Taso I	Kontrollin Lot. Taso II	Kontr. II Exp.	Tavoiteväli Taso II	Tulos Taso II	Tekijä