



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗說明 *

一、前言

醫學檢驗室應建立內部品質管理系統及外部室間品質比對以符合臨床品管需求。所謂外部室間品質比對常稱為精確度調查，在國際實驗室認證規範中，多以能力試驗 (Proficiency Testing) 為共通名稱，其更積極的意義是運用符合特定設置要求之能力試驗執行機構所提供的檢測，藉由個別測試結果與同儕實驗室之比對，對實驗室的檢驗或測試能力做外部品質評估 (External Quality Assessment)，同時成為檢驗機構參與醫學實驗室認證 (Laboratory Accreditation) 申請之必要條件。社團法人台灣醫事檢驗學會(以下簡稱本會)多年來推動能力試驗活動，其結果已成為醫院評鑑時，檢驗部門之評核及地方衛生主管機關辦理督導考核有關檢驗作業時品質評估的重要參考。自 2003 年起，本會因應實驗室認證的趨向及醫學檢驗室對能力試驗的實際需求，設置「能力試驗委員會(以下簡稱本委員會)」，積極審視以往品管委員會辦理之經驗及成效，遵循國際趨勢對能力試驗執行機構應有的特定規範，並依照相關管理及技術要求申請認證，並於 2011 年 3 月通過全國認證基金會 (TAF)「能力試驗執行機構認證」(認證編號 P008)。

本年度辦理的能力試驗，依據國際實驗室認證聯盟 (ILAC) 文件：ISO/IEC 17043:2010 對能力試驗執行機構之能力要求，規劃符合 TAF 之 CNLA 醫學測試領域規範評鑑認證程序採用之能力檢測，將可因應包括衛生福利部疾病管制署「受聘僱外國人入國後健康檢查服務計畫」、「傳染病檢驗及檢驗機構管理辦法」，及衛生福利部國民健康署「糞便潛血醫事檢驗機構認證」、「成人預防保健」、「孕婦乙型鏈球菌檢驗醫事機構」等之需求，及因應衛生福利部疾病管制署公告之「嚴重特殊傳染性肺炎指定檢驗機構作業規範」品質要求中之指定檢驗機構應主動參加有關新型冠狀病毒相關品管測試。亦為各醫院檢驗部門或醫事檢驗機構申請相關認證時所需的能力試驗，以及各項評鑑或訪查時所要求的外部品管方案的選擇。目前本委員會除設有技術委員會負責規劃暨辦理相關測試樣品之設計，另成立各學門工作小組聘專任醫檢人員執行及綜理相關行政事務。依工作計畫，本年度將提供二次能力試驗，預定在上半年(4 月份)與下半年(9 月份)各執行一次，相關說明敬請參閱「能力試驗申請表」，籲請醫檢界踴躍參與、協助推廣，更期待各專業領域先進不吝指教，讓能力試驗在大家的擁護與支持中讓品質更紮根，能力越茁壯。

能力試驗需達到基本參加家數才具統計意義，方能使其結果具有一定的評估效力，故若有項目家數未達基本規範數量，本委員會將評估是否停止執行此項計畫項目。不執行的項目將辦理退費，期望您體諒擘畫之艱辛，更衷心的邀請您共襄盛舉。



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗說明 *

二、參加資格

1. 由衛生主管機關核可之機構，包括醫院、醫事檢驗所、醫事放射所、衛生所、診所及捐血中心附設執行醫學檢驗業務者。
2. 具 ISO/IEC 17025、ISO 15189、ISO 13485 認證之實驗室。
(申請時請檢附相關證書影本)

三、申請方式

1. 能力試驗報名申請採網路或通訊報名方式(請擇一)。
2. 網路報名：請至能力試驗網站 (<http://pt.labmed.org.tw>) 進行報名，操作方式詳見能力試驗網路資訊系統操作說明。
2. 通訊報名：請將能力試驗申請表 (含申請單位基本資料表與申請測試件目錄及費用勾選表) 詳細填寫後，以掛號郵寄至 **22061 新北市板橋區四川路 2 段 239 號 6 樓** 社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會 收。
3. 繳費部分請以郵政劃撥或銀行匯款繳費。
網路報名：請在網路資訊系統輸入劃撥日期及交易序號，或輸入匯款日期及匯款人姓名、ATM 帳號末 5 碼。
通訊報名：請將郵政劃撥或銀行匯款收據影本，貼在能力試驗申請表黏貼處。
【劃撥帳號：19759533，戶名：台灣醫事檢驗學會。請於劃撥單上註明參加能力試驗】
【銀行匯款：合作金庫-古亭分行 (代號 006)，
帳號：0877-717-116215，戶名：社團法人台灣醫事檢驗學會】
4. 報名截止日期：**2023 年 10 月 31 日**。※報名截止後，不再接受能力試驗報名及測試項目補訂、加訂、變更等。

四、聯絡方式

聯絡電話：(02)8967-5031 分機 21~29
傳真電話：(02)8967-0031

五、注意事項

1. **報名結果確認：網路與通訊報名，皆請務必至能力試驗網路資訊系統確認 (登入→報名作業)，報名記錄試驗年度欄位呈現「2024」，代表本會已受理貴單位能力試驗報名，報名狀態欄位呈現「放寬繳費期限」或「已入帳-完成報名」，才算是完成該年度報名。如有問題，請務必於 2023 年 12 月 15 日前聯絡本會，若未進行確認，參加單位須自行負責。**
2. 若只參加一次能力試驗，仍需繳交年度全額費用。
3. 經繳費後，未能參加測試者恕不退費。報名後未繳費之項目者，恕不受理。
4. 能力試驗詳細寄送日期請參閱本會網站之『能力試驗』專區公告，並注意其送達日期。
網址：https://www.labmed.org.tw/t_index.asp
5. 能力試驗報名資料及測試結果均具保密性，僅供能力試驗參加者機構及本會使用；**政府機關依據法規，要求本會提供能力試驗參加單位名稱及其測試項目時，本會依法不得拒絕，但會於提供相關資料前，先以書面通知參加單位。**



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

一、申請單位基本資料表 (請務必詳填下列資料，以免損害貴單位權益)

| |
|--|
| 機構名稱 (衛生主管機關核可證書之全名) (必填) : |
| 科室名稱 (機構組織編制之正式名稱) (必填) : |
| <small>「機構名稱」與「科室名稱」兩者為能力試驗評估報告上呈現的正式名稱，請確實完整填寫。</small> |
| 機構類別(必填) : <input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗所 選「其他」者，請附上相關證書影本做為資格審查。 <input type="checkbox"/> 醫事放射所 <input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 捐血中心 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 參加能力試驗機構代碼 (新參加單位免填) (必填) : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 測試件與報告收件人 (未填寫者，以機構名稱與科室名稱為收件人) : |
| 地址(必填) : (含郵遞區號) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 聯絡電話(必填) : |
| 傳真 : |
| E-mail(必填) : |
| 科室負責人簽章(必填) : |
| 收據抬頭(必填) : |
| 收據收件科室及姓名(必填) : |
| 收據年度(必填) : <input type="checkbox"/> 2023 年 <input type="checkbox"/> 2024 年 |

二、通訊報名收據影本黏貼處

即日起不再寄發能力試驗繳費紙本收據，請自行至學會網站列印收據。

收據列印詳細流程請參照能力試驗最新消息。

黏 貼 處

(未貼收據影本者，恕不受理)



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|-----------------|---|-------------------|----------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| 生化 | A 項：廣泛項目 測定項目共 29 項：Glucose、Total protein、Albumin、Urea nitrogen、Creatinine、Uric acid、Total cholesterol、Triglyceride、AST (GOT)、ALT (GPT)、HDL-C、LDL-C、Total bilirubin、Amylase、Lipase、Alkaline phosphatase、Sodium、Potassium、Chloride、Calcium、Phosphorus、Magnesium、Iron、GGT、CK、LDH、Digoxin、Valproic acid、Lactic acid (報名此項者勿同時報名 B 項) | 1 次 5 件 | 4,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | B 項：基本項目 測定項目共 11 項：Glucose、Total protein、Albumin、Urea nitrogen、Creatinine、Uric acid、Total cholesterol、Triglyceride、AST (GOT)、ALT (GPT)、HDL-C | 1 次 5 件 | 2,600 元 | <input type="checkbox"/> |
| | C 項：高濃度膽紅素 測定項目共 2 項：Direct bilirubin、Total bilirubin | 1 次 2 件 | 4,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | D 項：心臟標幟 測定項目共 7 項：CK-MB、Troponin I、hs-Troponin I、hs-Troponin T、hs-CRP、BNP、NT-proBNP | 1 次 3 件 | 6,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | E 項：尿液微量白蛋白：Urine microalbumin | 1 次 3 件 | 2,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | F 項：血鉛：Blood lead | 1 次 3 件 | 20,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | G 項：糖化血色素：HbA1c，採用美國糖化血色素標準化計畫實驗室實測值做比對。 ^{*1} | 1 次 5 件 | 5,000 元 | <input type="checkbox"/> |

^{*1} 生化 G 項糖化血色素：本委員會所提供之測試件，不適用 Alere Afinion AS100 儀器。



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|-----------------|---|-------------------|----------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| (續) 生化 | H 項：腫瘤標幟 A 測定項目共 4 項：AFP、CEA、PSA、free PSA | 1 次 5 件 | 5,800 元 | <input type="checkbox"/> |
| | I 項：腫瘤標幟 B 測定項目共 4 項：CA125、CA15-3、CA19-9、 Ferritin | 1 次 5 件 | 6,300 元 | <input type="checkbox"/> |
| | J 項：激素檢驗 A 測定項目共 5 項：TSH、T3、T4、free T4、 β-hCG | 1 次 5 件 | 5,800 元 | <input type="checkbox"/> |
| | K 項 (H+J 項)：腫瘤標幟 A、激素檢驗 A | 1 次 5 件 | 9,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | L 項 (H+I+J 項)：腫瘤標幟 A、激素檢驗 A、 腫瘤標幟 B | 1 次 5 件 | 15,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | M 項：激素檢驗 B (訂購 J、K 或 L 項後，可加測項目) 測定項目共 3 項：Prolactin、FSH、LH | | 2,600 元 | <input type="checkbox"/> |
| | N 項：血清蛋白檢驗 A 測定項目共 2 項：RF、CRP (報名此項者勿同時報名 O 項) | 1 次 5 件 | 10,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | O 項：血清蛋白檢驗 B 測定項目共 3 項：RF、CRP、IgE | 1 次 5 件 | 10,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | P 項：激素檢驗 C (訂購 J、K 或 L 項後，可加測項目) 測定項目共 3 項：Vitamin B ₁₂ 、Cortisol、Insulin | | 3,200 元 | <input type="checkbox"/> |
| | Q 項：激素檢驗 D：Procalcitonin | 1 次 2 件 | 16,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | R 項：POCT (Point of Care Testing) 血糖檢驗 (測試件可提供 50 台儀器測試) | 1 次 3 件 | 24,000 元 | <input type="checkbox"/> |



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|--|--|--|----------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| 血液 | A 項：血液常規 測定項目共 9 項：WBC、RBC、Hb、Hct、MCV、MCH、MCHC、Platelet count、RDW-CV | 1 次 3 件 | 7,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | B 項：白血球分類計數 (Beckman Coulter) 測定項目共 5 項：Neutrophil、Lymphocyte、Monocyte、Eosinophil、Basophil 說明：CELL-DYN Ruby 建議報名此項 (報名此項者勿同時報名 C 項) | 1 次 3 件 | 11,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | C 項：白血球分類計數 (Sysmex) 測定項目共 5 項：Neutrophil、Lymphocyte、Monocyte、Eosinophil、Basophil | 1 次 3 件 | 11,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | D 項：血球形態觀察 | 1 次 10 題 | 1,200 元 | <input type="checkbox"/> |
| | E 項：血液凝固 測定項目共 3 項：PT、APTT、Fibrinogen | 1 次 3 件 | 3,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | F 項：D-dimer | 1 次 2 件 | 6,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | G 項：血型檢驗：血型鑑定 | 1 次 4 件 | 2,200 元 | <input type="checkbox"/> |
| | H 項：網狀紅血球 | 1 次 3 件 | 6,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | 鏡檢 | A 項：尿液常規檢驗、懷孕試驗 測定項目共 11 項：pH、Protein、Glucose、Ketones、Bilirubin、Blood、Leukocyte Esterase、Urobilinogen、Nitrite、Specific gravity、hCG 懷孕試驗 | 1 次 3 件 | 4,500 元 |
| B 項：糞便潛血檢驗化學法 | | 1 次 3 件 | 500 元 | <input type="checkbox"/> |
| C 項：糞便潛血檢驗免疫法 (定性) | | 1 次 3 件 | 1,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| D 項：糞便潛血檢驗免疫法 (定量) ^{*2} | | 1 次 3 件 | 1,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| E 項：尿液沉渣及糞便寄生蟲顯微圖片 (報名此項者勿同時報名 F 項) | | 1 次 10 題 | 1,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| F 項：體液、尿液沉渣及糞便寄生蟲顯微圖片 | | 1 次 15 題 | 1,500 元 | <input type="checkbox"/> |

^{*2} 鏡檢 D 項糞便潛血檢驗免疫法 (定量)：若貴單位為 113 年度衛生福利部國民健康署委辦「大腸癌篩檢檢驗品質提升計畫」之參加單位，請詳細閱讀能力試驗申請表第 10 頁說明。



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|-----------------|---|-------------------|----------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| 免疫 分生 | A 項：肝炎病毒標幟(SHa) ^{*3} 測定項目共 2 項：HBsAg、Anti-HBs | 1 次 5 件 | 2,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | B 項：肝炎病毒標幟(SHb) 測定項目共 2 項：Anti-HAV(total)、 Anti-HAV IgM | 1 次 5 件 | 13,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | C 項：肝炎病毒標幟(SHc) 測定項目共 2 項：Anti-HBc(total)、 Anti-HBc IgM | 1 次 5 件 | 9,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | D 項：肝炎病毒標幟(SHd) 測定項目共 2 項：HBeAg、Anti-HBe | 1 次 5 件 | 15,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | E 項：肝炎病毒標幟(SHe)：Anti-HCV | 1 次 5 件 | 3,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | F 項：梅毒血清檢驗 A： 梅毒非特異性抗體 VDRL/RPR (報名此項者勿同時報名 G 項) | 1 次 5 件 | 3,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | G 項：梅毒血清檢驗 B 測定項目共 2 項：梅毒非特異性抗體 VDRL/RPR、 梅毒特異性抗體 | 1 次 5 件 | 4,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | H 項：德國麻疹病毒 IgG：Rubella IgG | 1 次 3 件 | 7,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | I 項：抗細胞核抗體檢驗：ANA、抗細胞核抗體 型態教育題 ^{*4} | 1 次 3 件 及圖片教育題 | 12,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | J 項：愛滋抗體/抗原檢驗(HIVa)： 愛滋抗體/抗原檢驗 | 1 次 5 件 | 4,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | K 項：愛滋抗體檢驗(HIVb)： 愛滋抗體確認 (Type I, 西方墨點法) ^{*5} (報名此項者勿同時報名 L 項) | 1 次 5 件 | 8,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | L 項：愛滋抗體檢驗(HIVb)： 愛滋抗體確認 (Type I, 層析法) ^{*5} | 1 次 5 件 | 8,000 元 | <input type="checkbox"/> |

^{*3} 免疫分生 A 項：肝炎病毒標幟(SHa) Anti-HBs 項目，將給予定量分析之統計參考，不列入評估，報告單位為 mIU/mL。

^{*4} 免疫分生 I 項：抗細胞核抗體 pattern 具有臨床意義，除每次 3 件其 pattern 列入評分外，另新增不固定題數的圖片教育題。

^{*5} 免疫分生 K、L 項：愛滋抗體檢驗確認，請依「西方墨點法、層析法」分別勾選項目。



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|-----------------|--|---|----------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| 免疫 分生 | M 項：B 型肝炎病毒核酸定量： Hepatitis B Viral Load | 1 次 3 件 | 24,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | N 項：C 型肝炎病毒核酸定量： Hepatitis C Viral Load | 1 次 3 件 | 75,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | O 項：人類免疫缺乏病毒 1 型核酸定量： Human Immunodeficiency Virus type I Viral Load | 1 次 3 件 | 85,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | P 項：呼吸道病毒核酸檢驗 測定項目共 4 項：SARS-CoV-2、RSV、FluA、 FluB | 1 次 3 件·每 件 1.5 mL | 32,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| 細菌 | A 項： 1.一般細菌培養及藥物感受性試驗 2.革蘭氏染色 (報名此項者勿同時報名 B 項) | 1 次鑑定 5 件 (相同 2 份測 試件寄送) 及 5 片抹片 | 9,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | B 項：革蘭氏染色 | 5 片抹片 | 1,500 元 | <input type="checkbox"/> |
| | C 項：Acid Fast Stain | 5 片抹片 | 2,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | D 項：結核菌分子檢驗與抗藥檢測 ^{*6} | 1 次 2 件 | 8,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | E 項：孕婦乙型鏈球菌測試 | 1 次鑑定 3 件 (相同 2 份測 試件寄送) | 4,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | F 項：退伍軍人病尿液抗原試驗 | 1 次 3 件 | 5,000 元 | <input type="checkbox"/> |

^{*6}：若未操作結核菌抗藥檢測，請於能力試驗回覆單之試劑廠牌選擇「不操作此項目」，不列入計分。



社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會

* 2024 年能力試驗申請表 *

| 2024 年能力試驗項目一覽表 | | | | |
|-----------------|---|---|---------|--------------------------|
| 分類 | 項 目 | 測試件數 (每年度 2 次) | 年度費用 | 參加 項目 |
| 血庫 | A 項： 1. 血型鑑定 2. 抗體篩檢、抗體鑑定及交叉試驗 3. Direct antiglobulin test (報名此項者勿同時報名 B 項) | 1 次 4 件 及 Direct antiglobulin test 2 件 | 4,000 元 | <input type="checkbox"/> |
| | B 項： 1. 血型鑑定 2. 抗體篩檢、抗體鑑定及交叉試驗 | 1 次 4 件 | 3,500 元 | <input type="checkbox"/> |

繳費說明：請以郵政劃撥或銀行匯款繳費。

1. 網路報名：請在網路資訊系統輸入劃撥日期及交易序號，或輸入匯款日期及匯款人姓名。

2. 通訊報名：請將郵政劃撥或銀行匯款收據影本，貼在能力試驗申請表黏貼處。

3. 【劃撥帳號：19759533，戶名：台灣醫事檢驗學會。請於劃撥單上註明參加能力試驗】

【銀行匯款：合作金庫-古亭分行 (代號 006)，

帳號：0877-717-116215，戶名：社團法人台灣醫事檢驗學會】

應繳 (年度費用) 合計總金額為 _____ 元整

機構名稱(必填)： _____ 科室負責人簽章： _____

鏡檢 D 項：糞便潛血檢驗免疫法（定量）說明

敬愛的的能力試驗參加機構：

- 一、 如 113 年度衛生福利部國民健康署委託辦理「大腸癌篩檢檢驗品質提升計畫」此項計畫仍由本會承接，則有訂購此項目之計畫內醫事檢驗單位，可於 113 年初網路公告名單後一個月內主動聯繫本會辦理鏡檢 D 項：糞便潛血檢驗免疫法（定量）退費。
- 二、 網路公告查詢路徑:社團法人台灣醫事檢驗學會首頁>能力試驗最新消息(https://www.labmed.org.tw/t_index.asp)

社團法人台灣醫事檢驗學會 能力試驗委員會 敬啟

