**能力验证计划结果报告单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 计划名称 | 血清中同型半胱氨酸测定 | 计划编号 | BY-PT01(01)-2023 |
| 实验室名称 |  | 实验室代码 |  |
| **检测方法信息** |
| 检测仪器 | □液相色谱串联质谱仪 □其他 |
| 品牌 | 型号 |
| 检测方法和原理 | □自建方法 | □试剂盒 |
| □液液萃取 □固相萃取 □沉淀蛋白 □其他  | 厂家 品牌/批号  |
| 色谱柱 | 品牌： | 型号： |
| 校准品 | 品牌： | 批号： |
| 线性范围（*μ*mol/L） |  | 取样量（*μ*L） |  |
| **质量控制信息** |
| □基体加标 | □质控品 |
| 加标浓度A： | 加标浓度B： | 品牌： 批号： |
| **检测结果（单位*μ*mol/L）** |
| 样品接收日期 |  | 完成测试日期 |  |
| 样品编号 | 测定结果 |
| 23001 |  |
| 23002 |  |
| 注：1. 检测结果保留到**小数点后2位**。
2. 请实验室正确填写结果报告单的信息，并保证信息**填写完整**。
3. 请实验室将检测**原始记录、谱图信息**与**结果报告单**共同回报，以便对结果进行技术评价。

检测人员： 机构负责人签名：日期： 日期： |

备注：请参加实验室完成样品测试后，并在规定日期前将扫描件发送至联系人邮箱pt@dlbymed.com。