**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。