

Dokumentationsbogen

Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Messsystem: _____

Verwendete Kontrolle: _____

Analyt: Leukozyten

Hersteller: _____

System: HemoCue WBC Diff

Kontrolle: _____

Serien-Nr.: _____

Chargennr.: _____

Probenmaterial: Vollblut

Zielwert: _____

Maßeinheit: _____

von: _____ **bis:** _____

Messmethode: _____

max. zul. Abw.: 6,5%

falls Messwert < 2x 10⁹/L gelten Herstellervorgaben

Datum	Uhrzeit	Messwert	Abweichung vom Zielwert	Freigabe		Küvettenlot	Untersucher	
				ja	nein		Name	Unterschrift

Bezeichnung des Laboratoriums: _____

Bezeichnung des Messplatzes: _____

Mindestens ein Mal je Woche, muss eine Kontrollprobe gemessen und beurteilt werden.
Aufbewahrungsfrist: 5 Jahre