**ตารางบันทึกการควบคุมคุณภาพภายใน IQC การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)**

 **รพ.สต........................................ ประจำปี.....................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ม.ค.** | **ก.พ.** | **มี.ค.** | **เม.ย.** | **พ.ค.** | **มิ.ย.** | **ก.ค.** | **ส.ค.** | **ก.ย.** | **ต.ค.** | **พ.ย.** | **ธ.ค.** |
| Lot น้ำยา |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Exp |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Level | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H | L | H |
| Rangeที่ยอมรับได้ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ค่าที่วัดได้ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| สรุปผลผ่าน/ไม่ผ่าน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ผู้ทดสอบ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| วันที่ทดสอบ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| กรณีไม่ผ่านระบุสาเหตุและแนวทางแก้ไข |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |