

福建省临床检验中心

关于参加 2025 年增补艾滋病、梅毒、乙肝 室间质量评价的通知

各医疗卫生机构检测实验室：

为贯彻落实国家卫生健康委《消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播行动计划（2022-2025 年）》，进一步规范艾滋病、梅毒、乙肝检测实验室的管理，提高实验室室间质量评价（以下简称“室间质评”）参评率，受省卫生健康委委托，福建省临床检验中心、福建省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目办公室现联合组织 2025 年增补艾滋病、梅毒、乙肝室间质量评价，具体事宜通知如下：

一、参评对象

未于 2024 年 12 月 31 日前报名参加 2025 年省感染性疾病血清学标志物检测室间质评，且开展艾滋病、梅毒、乙肝血清学标志物检测的各级医疗卫生机构。

二、评价项目

HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb、抗-HIV、抗-TP（特）、抗-TP（非）。

全年发放样品数：30（含 BM 质评样本，本轮增补室间质评

可不检测); 全年测定次数: 2; 收费标准: 950 元

三、报名方式

2025 年之前已参评的单位须登录福建省临床检验中心网站 (fjcc1.com) 通过输入用户名和密码进入质控系统, 依次点击左侧 “质评活动”、“室间质评申请” 进行增补室间质评项目的网上申请。

2025 年新参评的单位须登录福建省临床检验中心网站 (fjcc1.com) 在通知栏目中点击本通知链接, 下载附件并认真填写《福建省临床检验中心 2025 年增补艾梅乙室间质量评价新参评单位信息登记表》(附件 1) 和《福建省临床检验中心 2025 年福建省临床检验室间质量评价新参评单位申请表》(附件 2)。附件 1 (可编辑的 Excel 格式文档) 发送至中心工作邮箱 fjcc1-work@163.com, 同时将附件 2 加盖单位公章连同医疗机构执业许可证复印件一并邮寄至省临检中心。申请表寄出 3 个工作日后到预留邮箱中查询是否审核通过。

申请截止日期为 2025 年 2 月 28 日。

四、缴费

1. 请参评单位务必先完成申请后再进行公对公汇款。
2. 属财政集中支付中心支付的款项请在汇款附言处注明申请单位名称。
3. 室间质评费用统一汇款至:

户名：福建省临床检验中心

帐号：35001870007052514951

开户银行：中国建设银行福州市广达支行

4. 汇款时间截止 2025 年 3 月 10 日。

五、发票开具及下载

1. 福建省临检中心收款后开具电子发票。发票抬头统一为银行汇款回单所示单位名称。由财政集中支付中心付款的单位请于网上申请时准确填写发票抬头及对应的纳税人识别号，汇款单未备注单位名称的及未提供正确纳税人识别号的，中心将暂不予开具发票。

2. 参评单位可通过以下两种方式获取发票：

(1) 手机下载。发票下载链接将以短信形式发送至发票接收人手机。

(2) 网站下载。登录福建省临检中心网站，输入用户名和密码进入“质评活动”栏目，点击“发票下载（福建）”进行下载。

六、联系方式

联系地址：福州市五四路七号（省医科院五楼）邮编：350001

联系电话：0591-88216081 联系人：李瑶

附件：1. 福建省临床检验中心 2025 年增补艾梅乙室间质量

评价新参评单位信息登记表

2. 福建省临床检验中心 2025 年福建省临床检验室间
质量评价新参评单位申请表



2025 年 2 月 21 日

抄送：福建省卫生健康委员会妇幼健康处、医政管理处、福建省疾病预防控制中心艾滋病性病防治所。

福建省临床检验中心

2025 年 2 月 21 日印发

福建省临床检验中心 2025 年增补艾梅乙室间质量评价新参评单位信息登记表

实验室编码	单位名称	科室名称	医院等级	详细通信地址	邮编	实验室主任姓名	手机	联系电话（加区号）	质评联系人	质评联系人手机	电子信箱	纳税人识别号	发票接收人	发票接收人手机	发票抬头	申请时间	感染性疾病血清学标志物
/																	☒ 950

填写说明：

1.本表以 Excel 格式（可编辑）发送至我中心工作邮箱：fjccf_work@163.com，邮件统一命名为“单位名称+增补室间质评申请”。

2.请直接在本表中准确填写每项信息（勿改动表格首行），并确保与《福建省临床检验中心 2025 年福建省临床检验室间质量评价新参评单位申请表》（附件 2）所填信息相一致，未明确项目请标识“/”。

3.实验室主任手机将用于接收发票信息，请于申报期间关闭短信拦截功能。短信接收是新参评单位唯一获取发票方式，请在汇款后关注手机短信提示。

4.质评联系人为室间质评样品的物流联络人，应填写省内手机号以便接收物流提示短信。

5.申请时间请填写填表日期。

附件 2:

福建省临床检验中心
2025 年福建省临床检验室间质量评价新参评单位申请表

单位名称: (盖章) _____
医院等级: _____ 机构类别: _____ 科室名称: _____
详细通讯地址: _____ 邮编: _____
实验室主任姓名: _____ 手机: _____
质评联系人姓名: _____ 手机 (请务必填写省内手机号): _____
联系电话: _____ 电子邮箱 (务必正确填写): _____
请在参加项目 “□” 打 √

质评计划	收费标准
常规化学	☐ 700 元
全血细胞计数	☐ 700 元
尿液化学分析	☐ 500 元
凝血试验	☐ 700 元
微生物学检验	☐ 500 元
感染性疾病血清学指标	☐ 950 元
输血筛查指标 (适用于采供血机构)	☐ 1100 元
肿瘤标志物	☐ 750 元
血气及酸碱平衡	☐ 550 元
内分泌	☐ 600 元
糖化血红蛋白	☐ 700 元
血液粘度检测	☐ 750 元
核酸检测 (病毒学)	☐ 700 元
血型检验	☐ 500 元
特殊蛋白	☐ 850 元
显微镜形态学	☐ 450 元
新冠病毒核酸检测	☐ 800 元
人类嗜 T 淋巴细胞病毒抗体检测 (试评价)	☐ 0 元
临床检验专业医疗质量控制指标 (只针对检验科)	☐ 0 元
发票抬头	
纳税人识别号 (必填)	

本实验室申请参加以上 _____ 个计划的室间质量评价, 所需费用 _____ 元, 请在收到该款后将发票发送给:
发票接收人: _____, 发票接收人手机号: _____

