

平成 20 年度千臨技細胞診検査研究班精度管理調査用紙

施設名：

施設番号：

記入者名：

1) パパニコロウ染色について

1. 染色を実施したのは標本到着後何日目ですか。 【 日 目 】

2. パパニコロウ染色操作について記入して下さい。

① 使用した染色液は、自施設調製と調製済みのどちらを使用していますか。

※1 自施設で調製している場合は、その調製法のコピーを添付するか、または空欄に記入願います。

※2 調製済みの場合はメーカーおよび商品名を記入して下さい。

a. ヘマトキシリン

【種類： 】

【 自施設調製 : 調製済み メーカー・商品名 】

b. 分別液

【種類： 】

【 自施設調製 : 調製済み メーカー・商品名 】

c. OG (オレンジG)

【種類： 】

【 自施設調製 : 調製済み メーカー・商品名 】

d. EA (エオジンアズール)

【種類： 】

【 自施設調製 : 調製済み メーカー・商品名 】

② 使用した染色液の使用日数および使用頻度（染色枚数）についてお答え下さい。

a. 使用日数

【ヘマトキシリン： 日 】

【分別液： 日 】

【OG： 日 】

【EA： 日 】

b. 使用頻度（染色枚数）

【 約 枚／日 】

③ 今回行ったパパニコロウ染色手技について、記入またはコピーを添付して下さい。

| | 手技 | 時間 | | 手技 | 時間 |
|---|----|----|---|----|----|
| ① | | | ⑩ | | |
| ② | | | ⑪ | | |
| ③ | | | ⑫ | | |
| ④ | | | ⑬ | | |
| ⑤ | | | ⑭ | | |
| ⑥ | | | | | |
| ⑦ | | | | | |
| ⑧ | | | | | |
| ⑨ | | | | | |
| ⑩ | | | | | |
| ⑪ | | | | | |
| ⑫ | | | | | |
| ⑬ | | | | | |
| ⑭ | | | | | |
| ⑮ | | | | | |

④ 染色を行うにあたり、何か特別な操作をされましたか。(通常と染色時間を変えるなど)

【 】

3. その他

① 今回配布した標本の染色性を日頃の貴施設の染色性と比較して、染色所見に違いがありましたらご記入下さい。(固定や標本の保存期間などが原因と思われるものも含めて)

【 】

② 貴施設で通常行っているパパニコロウ染色の手技等で、特に意識して行っていることがありますか。ある場合は、その内容と目的をご記入下さい。

【 】

③ 日常業務において、パパニコロウ染色を実施するのは固定後どの位(時間)で行っていますか。

【 】

④ 日常業務において、パパニコロウ染色を実施する際、自動染色機を使用していますか。

【 】

