捐赠设备TB-LAMP 快速检测设备使用情况调查表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | | | | | | |
| 填表联系人 |  | | | 联系方式 | | |  | | | |
| 目前医院采用的结核诊断方法（请在相应选项下方填入√） | 涂片 | 培养 | 分子方法 | | | | | CT影像 | 病理 | 其他 |
| Gene-  Xpert | | PCR | TB-LAMP | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 各类结核诊断方法使用占比 |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 是否已开展捐赠设备使用 | （如还未投入使用请说明原因） | | | | | | | | | |
| 是否有相应收费标准 |  | | | 具体收费标准 | | |  | | | |
| 设备投运时长 |  | | | 设备投运测试样本量 | | | （每周/月检测多少例样本） | | | |
| 使用TB-LAMP检测的样本种类 |  | | | 使用TB-LAMP检测的样本结果总阳性率 | | |  | | | |
| TB-LAMP检测结果与涂片检查结果符合率 |  | | | TB-LAMP检测结果与培养检查结果符合率 | | |  | | | |
| 设备使用过程中存在的问题及困难 |  | | | | | | | | | |
| 对公司提供的设备耗材及技术服务是否满意(如不满意，请说明具体情况) |  | | | | | | | | | |
| 其他需说明的情况 |  | | | | | | | | |  |