

# MUSTER



**Anschrift:** \_\_\_\_\_

<b>Gerätetyp:</b> CoaguChek XS Plus	<b>Serien - Nr.:</b> UQ ...	<b>Teststreifen:</b> CoaguChek XS PT Tests	<b>Kontrolllösung:</b> CoaguChek XS PT Controls
----------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------------------------

<b>Messmethode:</b> elektrochemisch	<b>Einheit:</b> INR	<b>Analyt:</b> Thrombo- plastinzeit	<b>Probenmaterial:</b> Kapillarblut oder venöses Vollblut
----------------------------------------	------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------

<b>Datum und Uhrzeit der Messung</b>	<b>Untersucher Name und Unterschrift</b>	<b>Teststreifen</b> Chargen-Nr./Lot No.	<b>Kontrolllösung</b> Chargen-Nr./Lot No.	<b>Kontrollproben-Messwert</b>	<b>Zielwert</b>	<b>Zulässiger Bereich</b>	<b>Messwert im Toleranzbereich</b> (ja/nein)	<b>Beurteilung</b> (wenn Kontrollprobeneinzelwert vom Toleranzbereich abweicht, muss der Vorgang wiederholt und dokumentiert werden)

Es wird bestätigt, dass die interne Qualitätssicherung den Richtlinien der Bundesärztekammer entspricht.

Verantwortlich: \_\_\_\_\_

Kontrollen i.O.: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

**5 Jahre Aufbewahrungspflicht**