Protokoll Afinion ACR-kontroll Patientnära analyser, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Avd/Mott:…… MTA-/Serienummer:……

Kontrollot och nivå:…….....

U-Albumin

År:	Kontroll	Avvikelse från börvärdet i mg/L																Lotnr. Kassett	Sign.
.....	Börvärde: ± ……...mg/L	(-)															(+)		
Datum	**Erhållet värde**	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6					

U-Kreatinin

År:	Kontroll	Avvikelse från börvärdet i mmol/L																Lotnr. Kassett	Sign.
.....	Börvärde: ± ……...mmol/L	(-)															(+)		
Datum	**Erhållet värde**	3,0	2,5	2,0	1,5	1,0	0,5	0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0					