



**CNAS-GL048**

**医学实验室  
组织病理学检查领域认可指南**

**Guidance on Medical Laboratories Accreditation in the  
Field of Histopathology**

**版权声明**

本文件版权归中国合格评定国家认可委员会（CNAS）所有，CNAS 对其享有完全的著作权及与著作权有关的权利。

在遵守《中华人民共和国著作权法》及其他相关法律法规的前提下，机构及人员等可免费使用本文件进行非商业性的学习和研究。

未经 CNAS 书面授权准许，禁止任何单位和个人复制、传播、发行、汇编、改编、翻译或以其他方式对本文件再创作等，侵权必究。

CNAS 网站：[www.cnas.org.cn](http://www.cnas.org.cn)

**中国合格评定国家认可委员会**

## 前 言

本指南由中国合格评定国家认可委员会（CNAS）制定，是CNAS根据组织病理学检查的特性而对CNAS-CL02:2023《医学实验室 质量和能力认可准则》及CNAS-CL02-A001:2023《医学实验室 质量和能力认可准则的应用要求》所作的解释和说明，用以指导评审组的现场评审工作，同时指导组织病理检查领域实验室管理体系的运作。

在结构编排上，本指南的章、节的条款号和条款名称均采用CNAS-CL02:2023中章、节的条款号和条款名称，组织病理学检查领域的相关要求在对应条款后给出。

本指南为第一次修订。

本指南代替以下文件：

CNAS-GL048:2021《医学实验室 组织病理学检查领域认可指南》



# 医学实验室

## 组织病理学检查领域认可指南

### 1 范围

本指南适用于指导申请认可的组织病理学检查领域实验室（以下简称实验室）建立管理体系，已获认可的实验室规范其质量和技术活动，也可供认可评审员在评审过程中参考。

组织病理学检查领域包括外科病理、术中冰冻、特殊染色、免疫组织化学等。分子病理检查相关的内容参见相关专业的认可指南。

注：“组织病理学检查”是病理学专业领域的习惯用法，在其他专业中，使用“检验”，对应ISO 15189:2022中的定义3.8。

### 2 规范性引用文件

以下引用文件对于本文件的应用必不可少。注明日期的引用文件，只采用所引用的版本；没有注明日期的引用文件，采用最新版本(包括任何修订)。

GBZ 2.1 《工作场所有害因素职业接触限值 第 1 部分：化学有害因素》

《病理科建设与管理指南（试行）》，卫办医政发〔2009〕31 号

《临床技术操作规范·病理学分册》，人民军医出版社，2004

《实施强制管理的计量器具目录》

《病理专业医疗质量控制指标（2024 年版）》国卫办医政函〔2024〕150 号

### 3 术语和定义

ISO 15189 中界定的术语和定义适用于本文件。

### 4 总体要求

### 5 结构和管理要求

#### 5.1 法律实体

实验室或其所属医疗机构应有医疗机构执业许可，许可的诊疗科目中应有病理科；自获准执业之日起，开展组织病理学检查工作至少 1 年。

#### 5.3 实验室活动

##### 5.3.3 咨询活动

包括但不限于临床病理讨论、多学科讨论（MDT）、远程会诊等方式。

## 5.4 结构和权限

### 5.4.1 通用要求

组织病理学检查实验室（以下简称“实验室”）设置应符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求。

## 5.6 风险管理

当病理诊断结果可能影响患者安全时（如冰冻标本和石蜡标本检查结果不符合等），应尽快通知临床医师，并评估工作过程和可能存在的问题对结果的影响。必要时，修改过程以降低或消除识别出的风险，并将做出的决定和所采取的措施文件化。

## 6 资源要求

### 6.1 总体要求

实验室应获得管理和实施其活动所需的人员、设施、设备、试剂、耗材及支持服务。

### 6.2 人员

#### 6.2.1 通用要求

实验室的人员配备和岗位设置应满足完整的病理诊断流程及质量保证的需要，人员数量宜根据病理检查数量而定。应合理设置各级医师和技师岗位的比例，并制定相应的业务要求和岗位职责。

#### 6.2.2 能力要求

- 1) 负责医疗及技术管理工作的实验室技术负责人应具备足够的能力（可依据适当的教育、培训、经历、职称或所需技能证明等进行能力评价），从事组织病理诊断和/或技术工作至少 3 年。
- 2) 病理检查活动所涉及的关键岗位人员，应经培训、考核合格并获得授权后方可独立上岗。关键岗位人员包括但不限于：从事病理标本取材、活检病理制片、冰冻标本制片、组织病理报告签发、术中快速病理诊断、院间会诊等人员。
- 3) 应针对不同岗位员工制定能力评估的内容、方法、频次和评估标准。评估间隔不宜超过 1 年。
- 4) 对从事病理检查关键岗位的新进员工在最初 6 个月内应至少进行 2 次能力评估。
- 5) 认可的组织病理授权签字人应为达到中级及以上专业技术任职资格要求的病理医师，且从事组织病理诊断工作至少 3 年。

### 6.3 设施和环境条件

#### 6.3.1 通用要求

实验室宜设置标本接收、取材、组织处理、制片、染色、快速冰冻切片与诊断、

免疫组织化学、病理诊断、病理档案、标本/样品存放等区域。

### 6.3.2 设施控制

- 1) 应制定措施限制未经授权的访问，以防止病理检查质量受影响和患者信息泄露，如标本接收区、标本取材室、制片室、病理信息系统等。
- 2) 应实施安全风险评估，并针对生物、化学、放射及物理等危害制定防护性措施及合适的警告。适用时，应配备必要的安全设施以及口罩、帽子、手套等个人防护用品。

注 1：化学有害因素控制的限值可参考 GBZ 2.1。

注 2：物理危害包括但不限于刀片、利器、锯骨机。

注 3：安全设施包括但不限于生物安全柜、通风设施、紧急喷淋装置。

- 3) 应每年对室内及实验室排气口处进行甲醛、二甲苯等有害气体浓度检测，保证有害气体浓度在规定许可的范围。
- 4) 应依据所用检测设备和检测过程的要求，制定环境条件控制要求并记录；如果失控，应有处理措施并记录。不同类型的设备置于同一区域时，若环境控制要求有差异，则控制条件应满足该区域所有设备的要求。
- 5) 应依据仪器和/或试剂使用的特定要求，制定适宜的水质标准，并定期检测和记录。应有失控处理措施，并记录。
- 6) 必要时，实验室应配置不间断电源（UPS）和/或双路电源以保证关键设备（如需要控制温度和连续监测的分析仪、组织脱水机、培养箱、冰箱、免疫组化染色仪等）的正常工作。
- 7) 显微镜阅片区域应有足够空间，工作环境安静且不受干扰。

## 6.4 设备

### 6.4.1 通用要求

实验室应该根据工作量配备其提供服务所需的全部设备。

## 6.5 设备校准和计量溯源性

### 6.5.1 通用要求

实验室应规定对校准和溯源的要求，以保持病理检查结果报告的一致性。应按国家法规要求对《实施强制管理的计量器具目录》中的设备进行检定。

### 6.5.2 设备校准

应进行外部校准的设备（如切片机、全自动免疫组化染色机等）可按制造商校准程序进行。

## 6.6 试剂和耗材

### 6.6.1 通用要求

若有自配试剂，应制定配制程序，包括性能指标及评价方案，并记录。

### 6.6.5 试剂和耗材—使用说明：

对影响检测质量的关键试剂（如染色液等）制定试剂更换原则或频率。

### 6.6.7 试剂和耗材—记录：

应按照试剂盒说明书的要求记录对检查质量有影响的关键试剂的开瓶日期，并在规定时限内使用。

自配试剂记录包括：试剂名称或成分、规格、贮存要求、制备日期、有效期、配制人。

## 6.7 服务协议

### 6.7.1 与实验室用户的协议

检查项目、检查方法、样品要求、病理检查申请单/表、病理报告、检查周期、非预期结果和特殊病例（如国家规定必须上报的传染病等）报告发布方式、知情同意书等均应作为服务协议的内容。

行业规范或指南更新后并导致病理检查方法、结果解释或报告内容发生变化，应文件化相关内容并与相关的用户进行沟通。

## 6.8 外部提供的产品和服务

### 6.8.2 受委托实验室和顾问

患者或临床医师自行请求的病理会诊不适用。

## 7 过程要求

### 7.2 检验前过程

#### 7.2.1 通用要求

注：组织病理检查前过程是自医生申请至病理检查启动的过程，包括检查项目申请、患者准备和识别、原始标本采集、标本固定、运送和实验室内传递等。

适用时，实验室应制定含放射性物质的组织标本的安全处理程序，以确保运送者、公众及接收实验室的安全。

#### 7.2.3 检验申请

##### 7.2.3.1 通用要求

除通用要求外，病理检查申请提供的信息还应包括以下内容：

- 1) 标本的采集部位及特殊要求（例如：多点穿刺和需预留标本进行辅助检查时，应在申请单上注明）；
- 2) 病史（症状和体征）；
- 3) 手术（包括内镜检查）所见；
- 4) 既往临床治疗信息（适用时）；
- 5) 既往病理检查情况（包括原病理号和诊断）；
- 6) 实验室检验/影像学检查结果（适用时）；
- 7) 女性患者申请妇产科病理检查，应有月经史和妊娠史；
- 8) 必要时，包括患者的家系、家族史、旅行和接触史、传染病和其他相关临床信息；



9) 标本离体时间、标本固定时间、标本数量、固定液（适用）。

#### 7.2.4 原始样品采集和处理

##### 7.2.4.4 采集活动的指导

若标本前处理（如标本固定等）在实验室外进行，实验室应提供相应指导(见 7.2.7.1)。

#### 7.2.5 样品运送

病理标本应在采集后完整地送至实验室进行检查，若有特殊取材需要，应通知病理医师并由病理医师操作。若标本的一部分行其他检查时应在申请单中进行记录。

#### 7.2.6 样品接收

##### 7.2.6.1 样品接收程序

除了通用要求外，实验室的标本/样品接受程序还应确保满足以下条件：

- 1) 所有接收的病理标本应给予病理编号，对标本/容器和申请单增加病理号标识；应确保在检查过程中始终以病理号作为原始标本、病理检查申请单、取材样品（包埋盒）、蜡块、切片的唯一性标识；
- 2) 若送检标本存在的缺损可能导致病理诊断/评估不准确，应拒收。拒收标本和申请单应一并退回申请医师，并注明原因。若标本/样品不可替代，采取继续检查时，应在最终报告中说明问题的性质，适用时，在对可能受影响的结果解释时给出警示。

#### 7.2.7 检验前的处理、准备和储存

##### 7.2.7.1 样品保护

送检标本的前处理过程应与后续的病理检查技术相适应。

适用时，标本应及时放入适当的固定液（如 10%中性缓冲福尔马林溶液等）中，并保证最佳的固定持续时间，以确保标本被充分有效固定。

适用时，应区分低放射性标本（如前哨淋巴结切除物等）和较高放射水平的植入器械，安全储存并监测其放射性，直至放射性充分衰退再进行标本处理。

### 7.3 检验过程

#### 7.3.1 通用要求

注：组织病理检查过程指从大体样品检查、取材，直至形成最终病理报告前的过程。

- 1) 应选择公认的组织病理检查程序，如《临床技术操作规范·病理学分册》以及国际权威专著制定病理学检查程序等。
- 2) 实验室应根据组织病理诊断的需求,选择必要的辅助检查技术,如特殊染色、免疫组织化学染色、电子显微镜技术、分子生物学检测及流式细胞检测等。例如，乳腺癌组织病理诊断通常需进行 ER、PR、Her-2 和 Ki-67 的免疫组织化学检测，以及 Her-2 FISH 检测；淋巴组织疾病诊断则需应用淋巴瘤相

关标志物的免疫组织化学检测、EBER 原位杂交检测，以及 IG/TCR 基因重排检测。

### 7.3.2 检验方法验证

在常规应用前，应由实验室对未加修改而使用的已确认的检验程序进行独立验证。实验室可从制造商或方法开发者获得相关信息，以确定检验程序的性能特征。

免疫组织化学检查应根据制造商建议确定抗原抗体反应的最佳条件，如抗原修复方式、抗体滴度、其他反应试剂的类型及浓度、以及孵育时间和温度等，确保其性能（包括表达部位、敏感性、特异性等）与制造商声明相符。

### 7.3.6 检验程序文件化

除通用要求外，病理检查程序还应包括：

- 1) 标本的大体检查和取材程序：标本取材后，医师和技术人员应进行组织块清点、交接和签收；
- 2) 组织处理和制片程序：组织的脱水、浸蜡、包埋、切片、染色和封片等；
- 3) 组织学诊断程序：设置各级医师诊断权限，建立复查制度和科内（实验室）疑难病例会诊制度；
- 4) 辅助检查程序：需要时，借助特殊染色、免疫组织化学染色、电子显微镜技术、分子生物学检测、流式细胞检测等相关技术检查。

### 7.3.7 检验结果有效性的保证

#### 7.3.7.1 通用要求

应通过检查前、中、后过程质量指标的监控（见 CNAS-CL02 5.5 d））确保和改进病理检查的质量。

#### 7.3.7.2 室内质量控制（IQC）

应制定保障病理诊断结果有效性的室内质量控制程序。

应制定科内疑难病例讨论制度，每月至少 1 次。

应监测检查结果与既往病理诊断的符合率、术中冰冻和石蜡切片诊断的符合率（适用时）。

免疫组织化学染色或者荧光染色、特殊染色应设立合适的阳性和阴性对照（外对照为佳）。

#### 7.3.7.3 室间质量评价（EQA）

能力验证/室间质评不能获得的检验（检查）项目，实验室可采取以下方案并提供客观证据确定检验结果的可接受性：

- 1) 通过与其他实验室比对的方式确定检验结果的可接受性时，实验室应规定比对实验室的选择原则（如已获认可的实验室和使用相同检测方法的实验室等）、样品数量、频率及判定标准等。实验室间比对原始资料应至少保存两年；
- 2) 定期参加行业内组织的读片会并记录，适用时。



3) 对有结果回报的院际病理会诊进行记录, 并对结果不一致的病例进行分析, 定期监测符合率。

#### 7.3.7.4 检验结果的可比性

应定期监测检查结果的可比性, 包括但不限于:

- 1) 实验室用两套及以上检查系统对同一项目进行检查时, 应有比对数据表明其检测(检查)结果的一致性;
- 2) 应制定程序定期对病理报告进行抽查并进行内部同行复阅。该程序至少包括: 抽查频率、抽查报告比例、病例抽查原则(如重点抽查高风险病例等)、质量指标的限值等;
- 3) 应监测术中冰冻和石蜡切片诊断的符合率(适用时)。

实验室应分析比对结果, 对发现的问题或者不足采取措施, 并记录。

#### 7.4 检验后过程

注: 检查后过程包括结果复核、临床材料保留和储存、样品(和废物)处置, 以及病理报告的格式化、发布、报告和留存等。

##### 7.4.1 结果报告

###### 7.4.1.2 结果审核和发布

应制定并实施病理诊断复核制度和疑难病例讨论制度

病理检查周期应符合《病理科建设与管理指南(试行)》的要求。

应结合患者的临床信息发布病理检查报告, 当病理检查结果与临床诊断明显不符合, 特别是涉及病变部位或病变性质时, 应有文件规定如何发布结果。

实验室应有程序规定病理检查报告发送及接收的方法。报告发放签收记录应保留至少 2 月。

注: 结果发布形式包括纸质和电子。

###### 7.4.1.6 报告要求

除通用要求, 病理报告还应包括以下内容:

- 1) 大体描述;
  - 2) 镜下描述, 适用时;
  - 3) 最终病理结果解释;
  - 4) 与以前的细胞、针吸标本和/或冰冻切片结果不一致的解释;
  - 5) 特殊检查(包括但不限于免疫组织化学、电镜、分子病理)的结果, 适用时。
- 报告使用的术语、肿瘤分期等应符合行业规范。

科内(实验室内)会诊结果应包含在患者的最终诊断报告中, 并制定相应的要求。

##### 7.4.2 检验后样品的处理

取材后剩余的标本应置入适当容器内, 添加适量 10%中性缓冲的福尔马林进行保存, 并附有相关病理号等标识。剩余标本应至少保存至病理检查报告发出后 2 周,

取材后无剩余组织的标本容器应至少保存至报告发出后 2 周。

病理档案资料既包括蜡块、切片、病理报告等实体形式，也包括数字切片等电子文档，其保存应符合《病理科建设与管理指南（试行）》的要求，防止其在保存期限内遭受损坏。

应建立并维护用于会诊或法律程序的切片、蜡块外借管理的控制程序，并有使用、外借、转借记录。

## 7.8 连续性和应急预案

适用时，实验室应制定应急预案，以确保在关键设备（如冰冻切片机、自动脱水机、全自动免疫组化染色机等）发生突发故障时，仍能持续提供服务。应急措施应包含但不限于：启用备用设备或采取替代检测方法等。

# 8 管理体系要求

## 8.8 评估

### 8.8.1 通用要求

实验室应建立质量指标以监控和评估管理、支持服务、检验前、检验中和检验后过程中的关键环节满足患者和实验室用户的需求和要求。

### 8.8.2 质量指标

实验室可参照《病理专业医疗质量控制指标（2024 年版）》建立质量指标，包括但不限于标本规范化固定率（宜 $\geq 95\%$ ）、HE 染色切片优良率（宜 $\geq 95\%$ ）、免疫组化/组织化学染色切片优良率（宜 $\geq 95\%$ ）、术中快速诊断及时率（30 分钟以内签发冰冻报告比例宜 $\geq 90\%$ ）、小活检标本组织病理诊断及时率（ $\leq 3$  个工作日内签发报告比例宜 $\geq 90\%$ ）、组织病理诊断及时率（ $\leq 5$  个工作日内签发报告比例宜 $\geq 90\%$ ）、术中快速诊断与石蜡诊断符合率（宜 $\geq 95\%$ ）、投诉处理率等。

## 附录 A

### 组织病理学检查及免疫组化技术考核要求

#### A.1 病理医师考核要求

- (1) 取材和描述规范;
- (2) 应能根据形态学特点, 做出病理诊断或鉴别诊断;
- (3) 应能选择适宜的辅助检查手段, 如免疫组织化学、特殊染色、分子病理检查、流式细胞学等;
- (4) 应能正确判断特殊染色、免疫组织化学、分子检测的结果, 并根据以上结果给出准确的病理诊断, 掌握相关的鉴别诊断; 病理报告的内容和格式应符合规范;
- (5) 熟悉病理诊断的室内质控及室间质评。

#### A.2 病理技术员考核要求

- (1) 应掌握不同类型标本的处理方法, 如包埋方向等;
- (2) 应能制作出合格的病理切片;
- (3) 应能发现切片制作中出现的问题, 并进行改正;
- (4) 应掌握技术室常规设备 (如自动脱水机、石蜡包埋机、组织切片机、自动染色机等) 的操作使用、常规维护及保养;
- (5) 熟悉并应用常规病理技术的室内质控及室间质评。

#### A.3 HE 病理切片质量考核标准

- |                               |      |
|-------------------------------|------|
| (1) 核浆分明、红蓝适度, 满足诊断需要         | 60 分 |
| (2) 切片完整、小活检组织捞 6 片以上、厚度适度、均匀 | 10 分 |
| (3) 无皱褶、无折叠、刀痕、颤痕、裂隙          | 10 分 |
| (4) 无溢液、标签正确                  | 10 分 |
| (5) 无污染                       | 10 分 |

\* 每项符合要求者得满分, 不符合要求得 0 分, 分值 $\geq 90$ 分为优良,  $\geq 60$ 分为合格。

HE 切片优良率应满足实验室质量指标限值。

#### A.4 免疫组化切片质量考核标准

- |                          |      |
|--------------------------|------|
| (1) 定位准确、与背景对比度显著、满足诊断需要 | 60 分 |
| (2) 切片完整、厚度均匀适度          | 10 分 |
| (3) 无皱褶、无折叠、无刀痕、无颤痕、无裂隙  | 10 分 |
| (4) 无溢液、标签正确             | 10 分 |
| (5) 苏木素复染适度              | 10 分 |

\* III类抗体染色参照行业规范。每项符合要求者得满分, 不符合要求得 0 分, 分值 $\geq 90$ 分为优良,  $\geq 60$ 分为合格。免疫组化切片优良率应满足实验室质量指标限值。