|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WNIOSKUJĄCY** | |  |
| *nazwa i adres* | | *miejscowość, data* |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| Nr akredytacji: | **AM XXX** |  |

**INFORMACJA O ZASOBACH**

**1.1 Identyfikacja lokalizacji, w których realizowane są usługi laboratorium medycznego objęte zakresem akredytacji:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Identyfikacja lokalizacji**  **(nazwa, adres)** |
|
| 1 | 2 |
| **1** |  |
| **2** |  |

**1.2 Identyfikacja lokalizacji, w których realizowane jest pobieranie próbek nie objęte zakresem akredytacji:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Identyfikacja lokalizacji**  **(nazwa, adres)** | **Liczba personelu upoważnionego do czynności w zakresie pobierania próbek** |
| 1 | 2 |  |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |

**1.3 Personel zaangażowany w objęte zakresem akredytacji usługi laboratorium medycznego w poszczególnych lokalizacjach:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr lokalizacji wg pkt. 1.1** | **Dziedzina badań/Obiekty**  *(zgodnie z pkt. 1.1 formularza)* | **Liczba personelu upoważnionego do czynności  w zakresie** | |
| **badania** | **pobierania próbek** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |
|  |  |

* 1. **Czy praca personelu laboratorium odbywa się w sposób ciągły\***

|  |
| --- |
| Jeżeli TAK, to wymień badania realizowane tylko porą nocną i/lub w weekendy wraz z podaniem lokalizacji *(zg z pkt. 1.1 formularza):* |

**1.5 Czy laboratorium wykorzystuje wyposażenie zastępcze lub posiadane w kilku egzemplarzach?**

|  |  |
| --- | --- |
| TAK | NIE |
|  |  |

|  |
| --- |
| Jeżeli TAK, to wymień dla których badań wraz z podaniem lokalizacji *(zg z pkt. 1.1 formularza):* |

\*- *zaznacz właściwą odpowiedź wstawiając „X”*

**1.6 Informacja o wynikach analizy ryzyka w odniesieniu do spostrzeżeń sformułowanych  
w trakcie ostatniej oceny PCA (dotyczy tylko akredytowanych podmiotów)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr spostrzeżenia** | **Zasadność podejmowania działań (**Tak\* / Nie**)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

*\*- wymagane przedstawienie informacji (np. w formie załącznika) opisującej rodzaj podjętych działań w reakcji na spostrzeżenie i stanu ich realizacji*

*.......................................................*

*podpis Kierownika Laboratorium*

*Uwaga: należy dostosować liczbę wierszy w tabelach do potrzeb*