

FORMULARZ ODWOŁANIA OD WYNIKÓW PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA		Numer Laboratorium M
A. ODWOŁANIE DOTYCZY		
PROGRAM POLMICRO/MIKOLOGIA	ROK -----	RUNDA PROGRAMU _
B. OPIS PROBLEMU		
C. ANALIZA PRZYCZYN (np. wymagania Organizatora, przyczyny związane z próbką, z zastosowanymi metodami i procedurami, umiejętnościami i wyszkoleniem personelu, odczynnikami i materiałami pomocniczymi, wyposażeniem itp.)		
D. PODJĘTE DZIAŁANIA – OPIS DZIAŁAŃ KORYGUJACYCH I ZAPOBIEGAWCZYCH (np. obserwacja, wprowadzenie zmian w metodach badawczych i procedurach, powtórne przeprowadzenie badania, rekaliibracja, wzorcowanie/sprawdzenie wyposażenia, weryfikacja odczynników, przegląd wewnętrznej QC, szkolenia personelu, zastosowane doskonalenia)		
E. KONSEKWENCJE/RYZYKO (czy powstały błąd miał wpływ na wyniki badań wykonywanych w Laboratorium i na podejmowane na ich podstawie decyzje terapeutyczne?)		

F. OCENA SKUTECZNOŚCI PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

(Czy podjęte działania były skuteczne?
Czy wyeliminowano możliwość powtórzenia się błędu?)

G. OBOWIĄZKOWE MATERIAŁY I DOKUMENTY DO PRZESŁANIA W RAMACH ODWOŁANIA

- *oryginalna wymazówka z badanym szczepem
- *szczep badany zabezpieczony przez Laboratorium
- *wyniki oznaczeń szczepu badanego otrzymane w Laboratorium
- *wyniki kontroli jakości ze szczepami wzorcowymi, wykonanej równolegle z oznaczeniem szczepów badanych wraz z numerami serii i datą ważności stosowanych materiałów

- Inne (wymienić):

***W PRZYPADKU BRAKU OBOWIĄZKOWYCH MATERIAŁÓW I DOKUMENTÓW ODWOŁANIE NIE BĘDZIE ROZPATRYWANE**

H. DODATKOWY KOMENTARZ

DANE KONTAKTOWE <i>(wyłącznie służbowe)</i>	Osoba do kontaktu z COBJDM* Imię i nazwisko:	Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)
		Telefon komórkowy
		Fax
	Adres e-mail:	

Miejscowość

Data