

<b>FORMULARZ ODWOŁANIA OD WYNIKÓW PROGRAMU POLMICRO/SSE</b>		Numer Laboratorium  ..... S .....
<b>A. ODWOŁANIE DOTYCZY</b>		
PROGRAM POLMICRO/SSE	ROK      ----	RUNDA PROGRAMU _
<b>B. OPIS PROBLEMU</b>		
<b>C. ANALIZA PRZYCZYN</b> (np. wymagania Organizatora, przyczyny związane z próbką, z zastosowanymi metodami i procedurami, umiejętnościami i wyszkoleniem personelu, odczynnikami i materiałami pomocniczymi, wyposażeniem itp.)		
<b>D. PODJĘTE DZIAŁANIA – OPIS DZIAŁAŃ KORYGUJACYCH I ZAPOBIEGAWCZYCH</b> (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)		
<b>E. KONSEKWENCJE/RYZYKO</b> (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 równoległe 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**

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

Miejscowość .....

Data .....