

FORMULARZ ODWOŁANIA OD WYNIKÓW PROGRAMU POLMICRO/MIKOLOGIA		Numer Laboratorium _ _ M _ _
A. ODWOŁANIE DOTYCZY		
PROGRAM POLMICRO/MIKOLOGIA	ROK _ _ _ _	RUNDA PROGRAMU _
B. OPIS PROBLEMU		
(Empty space for problem description)		
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.)		
(Empty space for cause analysis)		
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)		
(Empty space for corrective actions)		
E. KONSEKWENCJE/RYZYKO (czy powstały błąd miał wpływ na wyniki badań wykonywanych w Laboratorium i podejmowane na ich podstawie decyzje terapeutyczne?)		
(Empty space for consequences/risks)		

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****DANE KONTAKTOWE**

(wyłącznie służbowe)

Osoba do kontaktu z COBJDM*

Imię i nazwisko:

Telefon stacjonarny (wraz z nr kierunkowym)

Telefon komórkowy

Adres e-mail:

Miejscowość

Data