

<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 PRZYCZYŃ</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 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****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 .....