



## 6.5. Procese de examinare

### 6.5.1. Selectie, verificare și validare proceduri de examinare

#### 6.5.1.1. Generalități

Laboratorul utilizează proceduri de examinare care au fost validate pentru scopul propus, iar cerințele de performanță pentru acestea sunt cunoscute și corelate cu scopul propus.

#### 6.5.1.2. Verificare proceduri de examinare

Procedurile de examinare validate folosite fără modificare sunt verificate în laborator înainte să fie introduse în utilizare curentă, iar caracteristicile de performanță determinate sunt în conformitate cu caracteristicile de performanță determinate de producător.

Verificarea procedurilor de examinare confirmă, prin obținerea de dovezi obiective (sub formă de caracteristici de performanță), că cerințele de performanță pentru procedura de examinare au fost îndeplinite și sunt relevante scopului propus al rezultatelor examinării.

Laboratorul a documentat o procedură pentru verificarea procedurilor de examinare, LAB-PO-05 (Estimarea incertitudinii și validarea metodelor).

Pentru verificarea metodelor, laboratorul folosește mai multe metode:

- utilizarea de materiale de referință;
- comparare interlaboratoare;
- estimarea incertitudinii, evaluarea factorilor de influență.

Se dau garanții scrise că fiecare test îndeplinește cerințe analitice și clinice relevante. În acest scop pentru fiecare metodă cantitativă trebuie specificate următoarele informații: limita de detecție, liniaritate, limite superioare și inferioare, interferențe, coeficienți de variație, profilul preciziei, calibrare, trasabilitate față de un standard, valori de alertă.

#### 6.5.1.3. Validare proceduri de examinare

Laboratorul utilizează metode validate de către producătorii acestora.

În cazul în care laboratorul utilizează metode nestandardizate, metode concepute sau dezvoltate de laborator, metode standardizate folosite în afara scopului lor propus sau metode validate modificate ulterior, acestea trebuie să fie validate anterior utilizării.

#### 6.5.1.4. Incertitudinea de măsurare a valorilor cantitative măsurate

Laboratorul determină incertitudinea de măsurare pentru fiecare procedură de măsurare în faza de examinare folosită să raporteze valorile cantitative măsurate pe eșantioanele pacienților și definește cerințele de performanță pentru incertitudinea de măsurare pentru fiecare procedură de măsurare. Regulat, se reanalyzează estimările incertitudinii de măsurare, conform LAB-PO-05 (Estimarea incertitudinii și validarea metodelor).

Laboratorul ia în considerare incertitudinea de măsurare atunci când se interpretează valorile cantitative măsurate. La cerere, laboratorul face disponibile utilizatorilor laboratorului estimările sale



privind incertitudinea de măsurare.

#### 6.5.2. Intervale biologice de referință sau valori de decizie clinică

Laboratorul definește intervale biologice de referință sau valori de decizie clinică și le comunică utilizatorilor prin afișare pe BA. Valorile de referință sunt actualizate atunci când nu mai sunt adecvate pentru populația zonei sau când se modifică o procedură de examinare sau procedura de pre-examinare.

#### 6.5.3. Documentare proceduri de examinare

Laboratorul are o politică să folosească metode și proceduri de examinare adecvate pentru toate analizele din domeniul său, inclusiv pentru manipulare, depozitarea și pregătirea probelor și atunci când este cazul o estimare a incertitudinii de măsurare.

Laboratorul are instrucțiuni privind funcționarea și utilizarea tuturor echipamentelor și pentru manipularea și pregătirea probelor pentru analize. Procedurile specifice după prezentarea scopului, principiul metodei utilizate, specificații de performanță (liniaritate, precizie, exactitate exprimată ca incertitudine de măsurare, limita de detecție, intervalul de măsurare, sensibilitate analitică și specificitate analitică), domeniului de aplicare și a documentelor de referință, resurse materiale și umane, descriu modul de efectuare a activităților de analiză:

- pregătirea echipamentelor și reactivilor;
- condițiile de mediu;
- prelevarea probelor;
- natura probei primare (plasmă, urină, ser)
- pregătirea probelor;
- tipul recipientului și al aditivilor;
- proceduri de calibrare (trasabilitate metrologică)
- personalul care execută, supervizează și validează analizele;
- execuția analizei (etape procedurale);
- proceduri de control al calității;
- interferențe (lipemie, hemoliza, bilirubinemie) și reacții încrucișate;
- calculul rezultatelor;
- intervale biologice de referință;
- intervalul raportabil al rezultatului analizei;
- valori critice (când este cazul);
- interpretarea rezultatelor de laborator;
- măsuri de siguranță;

În capitolul de execuție a analizei se prezintă în ordine logică, pas cu pas operațiile care se efectuează sau se face referire la alte documente care descriu acest lucru, de exemplu manualele de operare ale



producătorilor.

Procedura specifică precizează responsabilitățile și înregistrările pentru activitățile înregistrate. Buletinele de analiză identifică metoda de analiză utilizată.

Lista procedurilor specifice întocmite și utilizate în laborator este prezentată ca înregistrare la LAB-PG-02.

Procedurile specifice sunt accesibile personalului din laborator. Laboratorul pune la dispoziția utilizatorilor de servicii medicale lista cu procedurile de examinare curente inclusiv cerințele pentru probele primare și pentru specificații și cerințe relevante de lucru.

Laboratorul informează clientul atunci când metoda propusă de client este considerată ca fiind inadecvată sau depășită sau dacă intenționează să modifice o procedură de examinare înainte ca modificarea să fie introdusă.

## 6.6. Asigurare calitate rezultate examinare

### 6.6.1. Generalități

Laboratorul asigură calitatea examinărilor prin efectuarea acestora în condiții definite (procesele corespunzătoare de pre și post-examinare implementate).

### 6.6.2. Control calitate

#### 6.6.2.1. Generalități

Laboratorul are un Plan anual de control al calității rezultatelor pentru fiecare procedură de examinare care verifică realizarea calității intenționate a rezultatelor, conform procedurii LAB-PG-18 (Asigurare calitate rezultate examinare).

#### 6.6.2.2. Materiale de control al calității

Laboratorul folosește materiale de control al calității, care reacționează la sistemul de examinare într-un mod cât mai apropiat posibil de eșantioanele pacientului.

Materialele de control al calității sunt examineate periodic, cu o frecvență care se bazează pe stabilitatea procedurii și pe riscul de a dăuna pacientului printr-un rezultat eronat.

#### 6.6.2.3. Date de control al calității

În cazul în care normele de control al calității sunt încălcate și indică faptul că rezultatele examinării sunt susceptibile de a conține erori semnificative clinic, rezultatele sunt respinse și probele relevante ale pacientului reexamineate după corectarea erorilor și încadrarea în specificațiile de performanță. Laboratorul evaluează, de asemenea, rezultatele probelor care au fost examineate anterior erorilor constatate.

Datele de control al calității sunt evaluate periodic pentru a detecta tendințe în performanța examinării, care pot indica probleme în sistemul de examinare. Când sunt observate astfel de tendințe, sunt luate acțiuni preventive.



### 6.6.3. Comparații interlaboratoare

#### 6.6.3.1. Participare

Laboratorul participă la programe de comparație interlaboratoare adecvate pentru examinarea și interpretarea rezultatelor examinării, conform procedurii LAB-PG-18. Laboratorul monitorizează rezultatele programelor de comparații interlaboratoare, participă la punerea în aplicare a acțiunilor corective atunci când nu sunt îndeplinite criteriile de performanță prestabilite.

Programele de comparație interlaboratoare au ca efect verificarea întregului proces de examinare, inclusiv procedurile de pre-examinare, precum și procedurile de post-examinare, acolo unde este posibil.

#### 6.6.3.2. Abordări alternative

Ori de câte ori o comparație între laboratoare nu este disponibilă, laboratorul utilizează alte metode de verificare:

- utilizarea materialelor de referință certificate;
- reexaminarea probelor examineate anterior;
- schimb de probe cu alte laboratoare;

#### 6.6.3.3. Analiză eșantioane de comparație interlaboratoare

Laboratorul integrează eșantioanele de comparație interlaboratoare în fluxul de lucru de rutină într-o manieră care urmărește, pe cât posibil, manipularea de eșantioane de pacient. Eșantioanele de comparație interlaboratoare sunt examineate de către personalul care examinează de obicei eșantioane de pacient folosind aceleași proceduri ca cele utilizate pentru eșantioanele de pacient.

Laboratorul nu comunică informații despre eșantion cu ceilalți participanți la programul de comparație interlaboratoare până la data de transmitere a informațiilor.

#### 6.6.3.4. Evaluare performanță laborator

Performanța în comparații interlaboratoare este discutată cu personalul relevant.

Atunci când nu sunt îndeplinite criteriile de performanță predeterminate (sunt prezente neconformități), personalul stabilește și participă la implementarea și înregistrarea acțiunilor corective.

### 6.7. Procese post-examinare

#### 6.7.1. Revizie rezultate

Laboratorul are personal autorizat pentru verificarea sistematică a rezultatelor analizelor, evaluarea în conformitate cu informațiile medicale disponibile, referitoare la pacient și eliberarea de rezultate.

#### 6.7.2. Depozitare, păstrare și eliminare eșantioane clinice

După executarea analizelor, probele pot fi depozitate în frigider cu temperatură controlată (2°-8°C). În mod obișnuit după executarea probelor, o parte din materialele utilizate sunt depozitate în container și transportate în condiții de securitate pentru incinerare (contract cu o firmă specializată). Îndepărțarea în condiții de siguranță a probelor care nu mai sunt necesare analizei se realizează în conformitate cu



reglementările MS *Ordinul 1226/2020, Ordinul 1761/03.07.2021* și LAB-PG-19 (Procese post-examinare).

## 6.8. Raportare rezultate

### 6.8.1. Generalități

Laboratorul a întocmit și aplică o procedură de raportare a rezultatelor analizelor LAB-PG-20 (Raportare și eliberare rezultate), pentru a asigura transmiterea către beneficiari a rezultatelor obținute într-o formă corectă, clară, obiectivă, conform cu standardul SR EN ISO /CEI 15189/2013 și standardele de metodă aplicate.

Politica laboratorului este caracterizată prin faptul că rezultatele fiecărei analize efectuate de laborator trebuie să fie raportate precis, clar, neambiguu, obiectiv și în conformitate cu instrucțiunile specifice din metodele de analiză și în comun acord cu utilizatorii serviciilor de laborator.

Managementul laboratorului se asigură că buletinele sunt primite de către persoanele corespunzătoare și în intervalul de timp stabilit.

Rezultatele analizelor se comunică clienților prin intermediul buletinului de analiza.

### 6.8.2. Caracteristici raport

Laboratorul se asigură că următoarele caracteristici ale raportului comunică eficient rezultatele de laborator și satisfac nevoile utilizatorilor:

- rubrica de comentarii: interpretarea rezultatelor atunci când este cazul, calitatea probelor primare primite;
- alte comentarii (calitatea sau echivalentă probei primare care ar fi putut compromite rezultatul), dacă analizele efectuate fac parte prinț-un program de dezvoltare, iar informațiile despre limita de detecție și incertitudinea de măsurare sunt furnizate la cerere.

### 6.8.3. Conținut raport

Buletinul de analize conține:

- date de identificare a laboratorului;
- identificarea unică a buletinului de analiza;
- date de identificare a pacientului și destinația raportului;
- nume sau alt mod de identificare a solicitantului;

Notă: aceste date se regăsesc pe fiecare pagină a buletinului de analize.

- identificarea probei de analiză, originea și tipul probei de analizat;
- date de recepție ale probei: data și ora recoltării atunci când este posibil și relevant pentru îngrijirea pacientului și ora primirii în laborator (obligatoriu consemnată în Bilet de recoltare);
- date privind procedura specifică și metoda de analiză;
- rezultatele analizei raportate în SI sau unități care pot fi transformate în unități SI;
- intervale biologice de referință;



- data înregistrării probelor;
- data și ora eliberării raportului;
- dacă este relevant rezultatele originale și corecturile aferente;
- numele, prenumele, funcția și semnătura persoanei care a verificat, modificat sau emis raportul;

#### 6.9. Eliberare rezultate

Atunci când rezultatele analizei pentru caracteristici critice sunt situate în intervalele „alertă” se anunță imediat medicul responsabil de îngrijire a pacientului.

Laboratorul împreună cu medicii care se adresează laboratorului stabilesc pragurile critice ale analizelor, pentru a îndeplini nevoile clinice și înregistrează acțiunile întreprinse ca urmare a situației rezultatelor în intervalele clinice.

Managementul laboratorului de comun acord cu solicitanții trebuie să stabilească perioada de obținere a rezultatelor pentru fiecare analiză, durata care reflectă nevoile clinice.

Originalul buletinului de analiză este oferit clientului, rezultatele rămânând înregistrate și arhivate pe suport electronic în cadrul laboratorului.

Durata de păstrare a buletinului este de 5 ani.

Modelele de buletin de analize sunt prezentate în anexele la LAB-PG-20 (Raportare și eliberare rezultate).

Responsabilitii de analize verifică și aprobă buletinele de analize. Buletinele emise nu conțin corecturi, ștersături și modificări. În acest caz se emite un nou buletin care specifică anularea buletinelor.

Detalii privind raportarea rezultatelor, înregistrări și responsabilități se prezintă în LAB-PG-20 (Raportare și eliberare rezultate).

În situația în care, din motive obiective nu se poate genera automat un raport, poate fi transmis pacientului un buletin de analiza realizat manual pe model pretiparit.

#### 6.10. Management informațional de laborator

##### 6.10.1. Generalități

Laboratorul a elaborat o procedură pentru a asigura menținerea permanentă a confidențialității informațiilor pacientului, incluzând gestionarea datelor și informațiilor cuprinse atât în calculator cât și în sisteme non-computerizate LAB-PO-04 (Controlul datelor stocate în sistem electronic). Unele dintre cerințe pot fi mai adecvate sistemelor de calcul computerizate decât sistemelor non-computerizate.

##### 6.10.2. Autorități și responsabilități

###### Manager General

- aprobă și aloca fondurile necesare pentru achiziționarea de aparat.

###### Coordonator laborator

- verifica implementarea procedurilor;
- solicita furnizorului de soft dezvoltări/modificări asupra modulelor utilizate pentru a facilita

desfășurarea activității la nivelul laboratorului;

- implementează prezenta procedură la zonele de lucru de care răspunde;
- validează întreg buletinul de analiza.

#### **Responsabilul de analiza**

- verifică implementarea procedurii;
- solicita furnizorului de soft dezvoltări/modificări asupra modulelor utilizate pentru a facilita desfășurarea activității la nivelul procedurii;
- implementează prezenta procedură la zonele de lucru de care răspunde;
- validează rezultate efectuate pe aparate.

#### **6.10.3. Sistem de management informațional**

Sistemele computerizate includ pe cele integrate echipamentelor funcționale de laborator și sistemele de sine stătătoare care utilizează software-ul generic, cum ar fi aplicații de procesare de text, calcul tabelar și baze de date care generează, colționează, raportează și archivează informații despre pacient și rapoarte.

Softurile medicale utilizate pentru gestionarea datelor medicale (achiziționarea, procesarea, înregistrarea, raportarea, stocarea sau recuperarea datelor și a informațiilor examinării) sunt validate de către producător și verificate pentru funcționare de către laborator înainte de introducere, cu orice modificare a sistemului autorizat, documentate și verificate înainte de implementare.

Sistemele sunt protejate prin parolare împotriva accesului neautorizat.

Laboratorul verifică ca rezultatele examinărilor, informațiile și comentariile asociate sunt reproduse cu acuratețe, electronic și pe suport de hârtie, acolo unde este cazul, de la sistemele de informații externe către laboratorul destinat pentru a primi în mod direct informațiile (sisteme de calculatoare, poștă electronică, website (domeniu electronic).

### **7. IDENTIFICAREA RISCURILOR OPERAȚIONALE ȘI STABILIREA MĂSURILOR DE LIMITARE A ACESTORA**

Nr. crt.	Riscuri	Măsuri de limitare
1.	Riscul de autoritate – lipsa autorității (structura organizațională corespunzătoare, fișe de post corespunzătoare, asigurarea respectării principiilor privind responsabilitatea și înlocuirea personalului, relații ierarhice definite)	Decizii pe funcții, fișe de post corespunzătoare, asigurarea respectării principiilor privind responsabilitatea
2.	Riscul legat de procesarea informației - eșecul apărut în realizarea unui acces adecvat la informație (date sau programe) poate rezulta din cunoștințe neautorizate, utilizarea sau	Distribuirea corectă a informației, verificarea adecvată a datelor, salvari corespunzătoare în sistemele IT, instruirile adecvate,

	modificarea unor informații confidențiale, în timp ce accesul la informație restricționat în totalitate poate împiedica personalul să-și realizeze responsabilitățile în mod eficient și eficace, de ex: insuficiente/ incorecte date de intrare/ieșire, verificarea inadecvată a datelor, salvare necorespunzătoare în sistemele IT, instruiriri inadecvate, măsuri de securitate improprii (numele utilizatorilor, nivelele de acces, parole, securitate fizică), protecție antivirus necorespunzătoare.	măsuri de securitate proprii (numele utilizatorilor, nivelele de acces, parole, securitate fizică)
--	--	--

## 8. INDICATORI DE MONITORIZARE A PROCEDURII

Nr. crt.	Indicator	Da	Nu
<b>Indicatori de structură</b>			
1	Asigurarea personalului necesar pentru ducerea la îndeplinire a procedurii	Da	
2	Dotarea cu tipizate necesare pentru ducerea la îndeplinire a procedurii	Da	
<b>Indicatori de proces</b>			
1	Distribuirea controlată a Manualului Calității	Da	
2	Proces verbal încheiat în urma instruirii	Da	
<b>Indicatori de rezultat</b>			
1	Creșterea calității în laboratorul de analize medicale al Spitalului Municipal "Dimitrie Castroian"	Da	
2	PV al analizei sistemului de management	Da	

## 9. RESPONSABILITĂȚI:

**9.1 Comitetul Director:** În urma Raportului anual înaintat de către BMC, analizează și dispune măsurile și concluziile propuse în vederea creșterii calității condițiilor de muncă a angajaților Spitalului Municipal "Dimitrie Castroian" Huși.

**9.2 Asistenta șefă:** distribuie către personalul de pe secție chestionarele de satisfacție;

**9.3 RMC:**

- distribuie anual chestionarele de satisfacție pentru personalul TESA și administrativ;
- colectează, analizează și arhivează chestionarele de satisfacție ale angajaților din fiecare secție/



## MANUALUL CALITĂȚII

Cod: LAB-MC

Ed.: 2 Rev.:1

Pag.: 59/67

compartiment/ serviciu;

- analizează chestionarele de satisfacție în vederea obținerii Rapoartelor de analiză anuale care conțin măsuri și concluzii;
- înaintează anual Raportul de analiză a chestionarelor de satisfacție către CD în vederea dispunerii de măsuri pentru creșterea calității în Laboratorul de Analize Medicale a Spitalului Municipal „Dimitrie Carostean”, Huși.

**9.4 Manager:** Aprobă prezenta procedură.

### 10. FORMULAR DE EVIDENȚĂ A MODIFICĂRILOR

Ediția /Revizia	Componenta revizuită, nr. și dată	Numărul paginii unde s-a efectuat modificarea	Descrierea modificării	Avizul șefului structurii
1/0	01-11-2011	- integral	- elaborare inițială	
Ediție în vigoare din 01.10.2014	01-10-2014	-integral	Ediția prezenta este un document refăcut cu mai multe modificări față de ediția precedentă	
Ediție în vigoare din 01.10.2018	01-10-2018	-integral	Ediția prezenta este un document refăcut cu mai multe modificări față de ediția precedentă și cu schimbarea funcțiilor de decizie	
Ed.:2, Rev.:0	02-12-2020	-integral	1.Modificare format document 2.Ediția prezenta este un document refăcut cu mai multe modificări față de ediția precedentă	
Ed.:2, Rev.:1	3. Documente de referință	Pag. 7-8	Actualizare ordine și legi	
	5.12. Îmbunătățire continuă	Pag. 34	Analizarea procedurilor operaționale de către RMC/SL la 2 ani	
	6.1.5. Instruire	Pag. 40	Supervizarea de către tutori desemnați	
	6.1.7. Analize de performanță	Pag. 41	S-a eliminat fișa personală	

profesională			
6.2.2. Sedii de laborator și birou	Pag. 42-43	Reorganizarea spațiului laboratorului	
6.2.6. Întreținere spațiu și condiții de mediu	Pag. 43-44	Actualizare ordine și legi	

## 11. FORMULAR DE ANALIZĂ A PROCEDURII

Denumirea structurii care exprimă punctul de vedere:	Nume prenume şef/coordonator	Avizul favorabil		Aviz nefavorabil cu precizarea explicită a observațiilor
		Data/semnătura	Data/semnătura	
Director Medical	Dr. Zmău George Sebastian	27.03.2023 Dr. ZMĂU GEORGE medic specialist endocrinologie Cod: F42855		
BMC	Dr. Rotaru Lucia	28.03.2023		

## 12. FORMULAR DE DISTRIBUIRE/DIFUZARE

Funcția	Destinatarul documentului	Difuzare	Data primirii	Versiunea procedurii înlocuite/ data retragerii	Data intrării în vigoare a noii proceduri
				H E C I	
ŞL/ RMC	Bg.med.pr. Gabriela ANTONICĂ		H E C I	28.03. 2023	Ed.:2, Rev.:0/ 02.12.2020 Retras: 29.03.23  29.03. 2023
RA	Dr.primar Ana-Maria TOCU		E I	29.03. 2023	Ed.:2, Rev.:0/ 02.12.2020 Retras: 29.03.23  29.03. 2023
RA	Ch.med.pr. Gabriela		E I	29.03. 2023	Ed.:2, Rev.:0/ 29.03. 2023

	BAHNARIU						02.12.2020	
RA	Bg.med.pr. Petrina Dorina CERNAT		E	I	29.03 2023	Retras: <b>29.03.23</b>	Ed.:2, Rev.:0/ 02.12.2020 Retras: <b>29.03.23</b>	<b>29.03.</b> <b>2023</b>
RA	Bg.med.sp. Maryjana SOLOMON		E	I	29.03 2023	Ed.:2, Rev.:0/ 02.12.2020 Retras: <b>29.03.23</b>	<b>29.03.</b> <b>2023</b>	
BMC	Dr. Lucia ROTARU		E	C	28.03. 2023	Ed.:2, Rev.:0/ 02.12.2020 Retras: <b>29.03.23</b>	<b>29.03.</b> <b>2023</b>	

**Legenda:** H = suport hârtie; E = suport electronic; C = difuzare controlată; I = difuzare informativă /necontrolată

**Observație:** RMC deține exemplarul original, depozitat securizat

Prezenta procedură se difuzează conform "Listei de difuzare".

- ❖ Cu obligația informării personalului din subordine, prin proces verbal de luare la cunoștință / instruire întocmit în 2 exemplare (un ex. la řL, iar un ex. la BMC), în termen de 3 zile lucrătoare de la data luării la cunoștință.

### 13. ANEXE - modele



## MANUALUL CALITĂȚII

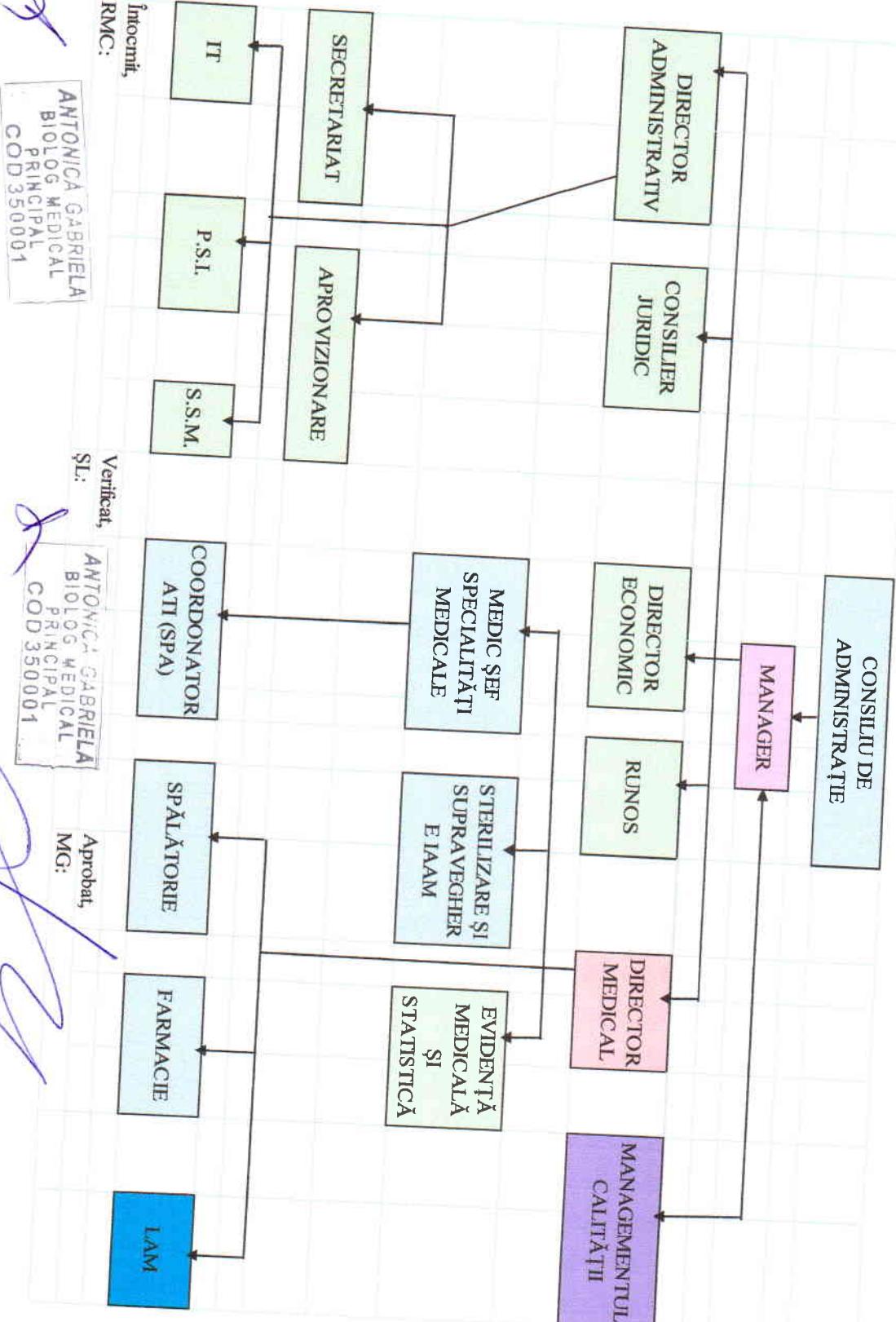
Cod: LAB-MC

Ed.: 2

Rev.:1

- Anexa 1 - FI-LAB-MC Organigrama spitalului

Pag.: 62/67



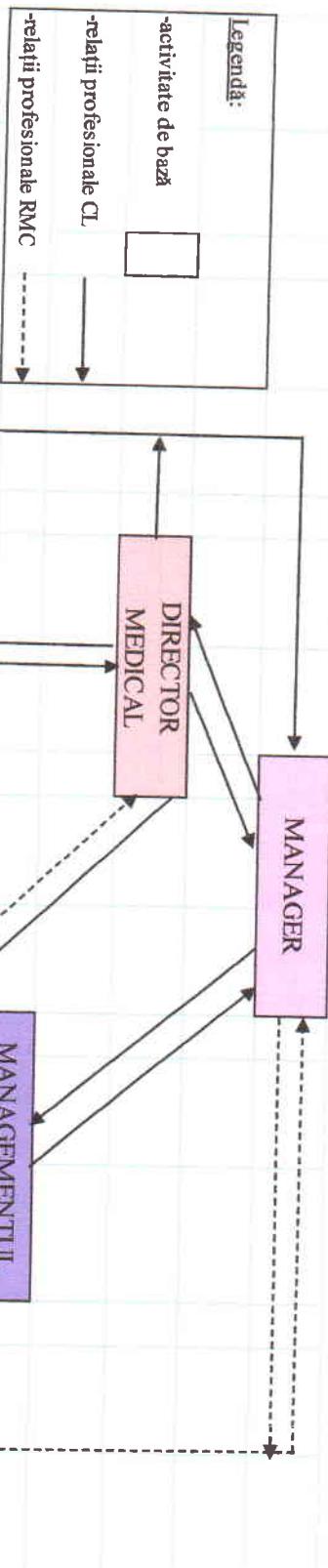
ANTONICA GABRIELA  
BIOLOG MEDICAL  
PRINCIPAL  
COD 350001

Înțocmit,  
RMCI:

Verificat,  
SL:  
*[Handwritten signature]*  
ANTONICA GABRIELA  
BIOLOG MEDICAL  
PRINCIPAL  
COD 350001

Aprobat,  
MG:  
*[Handwritten signature]*

-Anexa 2 – F2-LAB-MC Organograma laboratorului



Înțocnit,  
RMC:

Verificat,  
CL:

ANTONICA GABRIELA  
BIOL MEDICAL  
PRINCIPAL  
COD 350001

Aprobat,  
MC:

ANTONICA GABRIELA  
BIOL MEDICAL  
PRINCIPAL  
COD 350001



## MANUALUL CALITĂȚII

Cod: LAB-MC

Ed.: 2 Rev.: 1

Pag.: 64/67

- Anexa 3 – F3-LAB-MC CV: ȘL, RMC, RA

### *Curriculum vitae*

#### Informații personale

Nume/Prenume	
Adresa	
Telefon	
E-mail	
Cetățenia	
Data nașterii	
Sex	

#### Experiență profesională


#### Educație și formare

Perioadă	
Calificarea	
Nivelul de clasificare a formei de învățământ / formare	

#### Cursuri profesionale


#### Limbi străine cunoscute




## MANUALUL CALITĂȚII

Cod: LAB-MC

Ed.: 2

Rev.:1

Pag.: 65/67

### - Anexa 4 – F4-LAB-MC Lista personalului de supervizare din laborator

Nr. crt.	Nume și prenume	Funcția	Studii	Locație	Semnatură

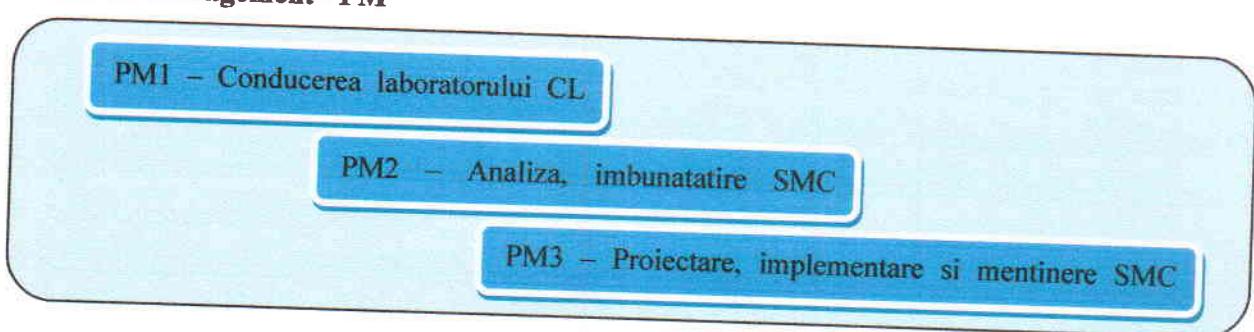
- Anexa 5 – F5-LAB-MC Lista de definire a analizelor

Nr. crt.	Denumire analiză	Procedură Specifică

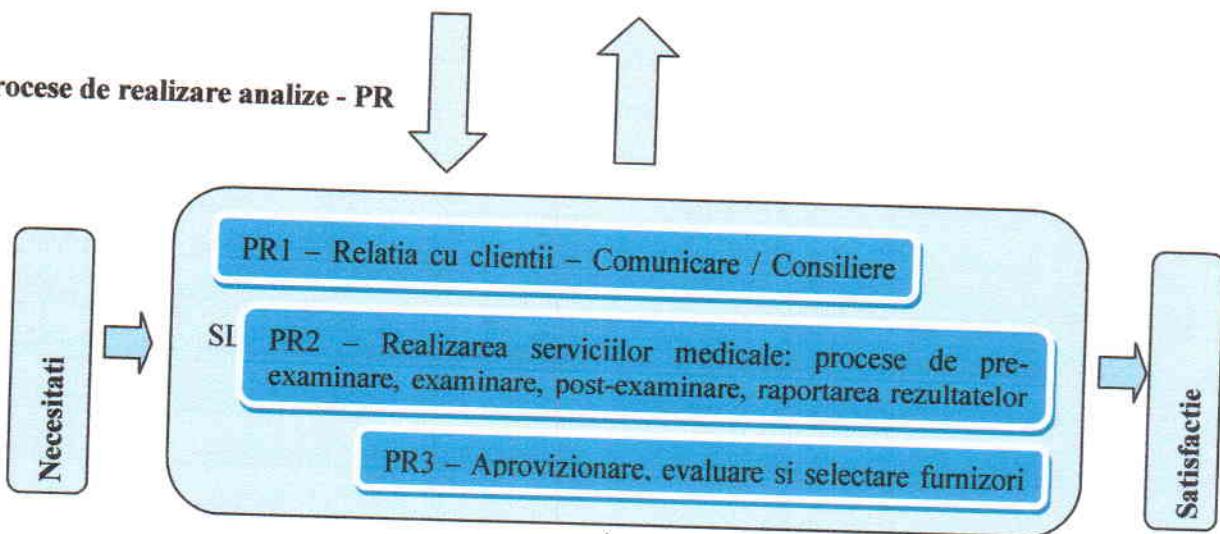
- Anexa 6 – F6-LAB-MC Schița laboratorului de analize medicale - Atașat la docume

- Anexa 7 – F7-LAB-MC Harta proceselor Sistemului de Management al Calității

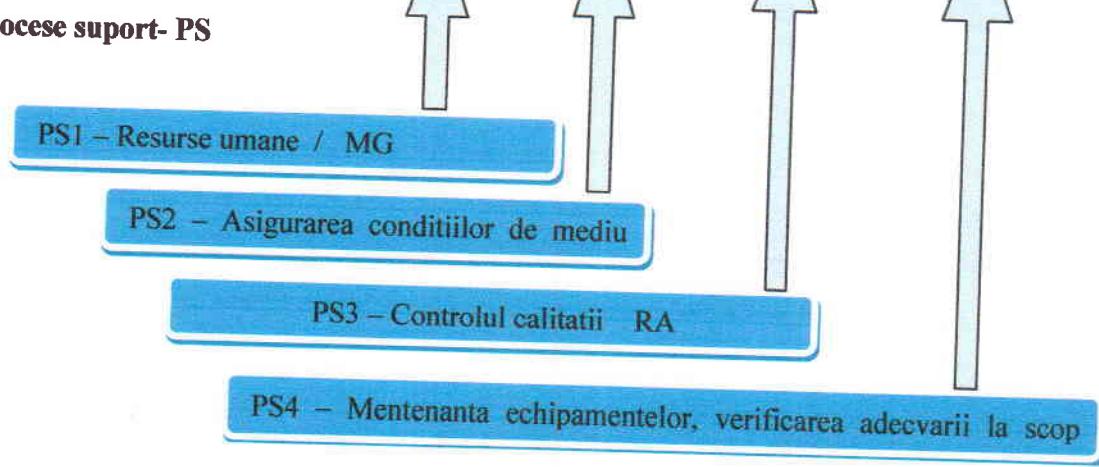
I. Procese de management - PM



II. Procese de realizare analize - PR



III. Procese suport- PS





## MANUALUL CALITĂȚII

Cod: LAB-MC

Ed.: 2 Rev.:1

Pag.: 67/67

### Responsabili procese:

MG: Manager General

RMC: Responsabil cu Managementul Calității

SL: Șef Laborator

RA: Responsabil de Analiză