

TOMMASI LABORATÓRIO

Formulário de Registro Qualificação de Laboratórios de Apoio

Código: FR 100
Versão: 1.0
Página:

Razão Social:				
Nome de Fantasia:				
Endereço:				
·				
Tel.:	Web site:			•
E-mail:				
Responsável Técnico:		CR:		•
CNPJ:	CNES:	Inscrição no CR:		
	Requisito		Sim	Não
	mínimo: nome do laboratório, inscriçã			
	dos, prazo de liberação dos resultados,	metodologia de liberação,		
nome do Responsável Técnico e número de sua inscrição no Conselho?				
Cópia da Licença de Funcionamento ou do protocolo de requerimento de renovação				
Possui alguma Acreditação ou Certificação?				
Cópia do(s) certificado(s) de Acreditação ou Certificação?				
Possui um Sistema de Gestão da Qualidade?				
Os exames contratados estão contemplados no Programa de Proficiência?				
Cópia do Certificado do Programa d			ļ	
Permite visitas às suas instalações?				
Possui free call (0800)?				
Fornece frascos para armazenamento/envio de amostras?				
Fornece formulários para identificação/envio de amostras?				
Fornece etiquetas para identificação de amostras?				
As etiquetas para identificação de amostras possuem código de barras?				
Fornece uma lista de laboratórios (clientes) para contato?				
Cópia das informações necessárias para o preparo do paciente e para a coleta do material contendo,				

no mínimo: tipo de material, volume mínimo para a realização do exame, identificação do material, condições de armazenamento e transporte, frequência de realização do exame, outras informações

relevantes à qualidade do exame, como o prazo de estabilidade do analito no material.

Fornecimento dos laudos: () Internet – via web site () e-mail () fax () outro:

Cópia da lista de exames contratados

Informações de clien	tes do Laboratório o	quanto à satisfa	ção dos serviços:	
Laboratório	Contato	Telefones	Avaliação	Verificado por/data
			() Insuficiente	Nome:
			() Regular	
			() Bom	Data: / /
			() Insuficiente	Nome:
			() Regular	
			() Bom	Data: / /
			() Insuficiente	Nome:
			() Regular	
			() Bom	Data: / /
Observações:				



TOMMASI LABORATÓRIO

Formulário de Registro Qualificação de

Qualificação de Laboratórios de Apoio

FR 100
Versão:
1.0
Página:
2 de 2

Informações verificadas em visita ao Laboratório:						
Qual o horário de funcionamento do laboratório? 2ª a 6ª feira das:h às:h						
Sábados das:_h às:_h Domingos e feriados das:_h às:_h						
Qual a média diária de exames realizados pelo laboratório?						
Qual a porcentagem de exames realizados por automação? %						
Qual a porcentagem de exames realizados por técnicas manuais? %						
	•					
B 1.7	٥:	A 1 ~				

Requisito	Sim	Não
O RT estava presente?		
Realiza exames em caráter de emergência?		
Possui serviço de transporte de material biológico próprio?		
Em relação às instalações físicas, a limpeza e organização são satisfatórias?		
Existem profissionais em número suficiente?		
Possui equipamentos automatizados?		
Os equipamentos possuem etiqueta de identificação?		
As informações observadas sobre manutenções dos equipamentos estavam atualizadas?		
Os materiais e reagentes observados possuem registro no M.S.?		
O setor de Lavagem e Esterilização de Materiais apresenta condições higiênicas satisfatórias?		
Em relação aos resíduos, foi observada conformidade com a legislação quanto à segregação,		
acondicionamento e descarte?		
O laboratório concorda com a realização de ensaios de testes divididos, para comparação de		
resultados com outros laboratórios?		
O laboratório possui procedimento para avaliar e garantir a satisfação dos clientes?		
O laboratório possui procedimento para os valores críticos?		
O laboratório responde prontamente a pedidos de informação de resultados de exames e fornece		
serviço de consultoria especializada, caso necessário?		
Os laudos contem, no mínimo, os itens: identificação do laboratório, endereço e telefone do		
laboratório, identificação do Responsável Técnico (RT), nº de registro do RT no respectivo conselho		
de classe profissional, identificação do profissional que liberou o exame, nº do registro do profissional		
que liberou o exame no respectivo conselho de classe do profissional, nº de registro do Laboratório		
Clínico no respectivo conselho de classe profissional, nome e registro de identificação do cliente no		
laboratório, data da coleta da amostra, data de emissão do laudo, nome do exame, tipo de amostra e		
método analítico, resultado do exame e unidade de medição, valores de referência, limitações		
técnicas da metodologia e dados para interpretação, observações pertinentes, é legível, sem rasuras		
de transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior		
legalmente habilitado? As condições financeiras são satisfatórias (preço, prazo)?		
As informações durante a visita foram fornecidas por:		
Observações:		
Observações.		

Responsável pela avaliação:				
Assinatura:	Data:	/	1	
Avaliação positiva? () Sim () Não				
Análise crítica do Diretor do Laboratório: () Aprovado ()) Reprovado			
Assinatura:	Data:	1	1	