………………………….. , dnia ………………………

Czytelna pieczęć podmiotu

prowadzącego laboratorium miejscowość………………

**Wniosek o wpis medycznego laboratorium diagnostycznego do wykazu laboratoriów COVID dla potrzeb Ministra Zdrowia**

Na podstawie Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID

I. DANE DOTYCZĄCĘ LABORATORIUM

1. Pełna nazwa laboratorium ……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

3. Siedziba i adres laboratorium ………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

II. DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU PROWADZĄCEGO LABORATORIUM

1. Nazwa (Firma) podmiotu prowadzącego laboratorium ……………………………………...

2. Forma organizacyjno-prawna podmiotu prowadzącego laboratorium ………………………

3. Siedziba i adres podmiotu prowadzącego laboratorium ……………………………………..

4. Numer wpisu do Ewidencji Laboratoriów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych …………………………………….……………………………………….

III. Informacje o działalności medycznego laboratorium diagnostycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu metod molekularnych.

1. Posiadana aparatura do badań molekularnych oraz posiadane niezbędne wyposażenie pracowni (wymienić):
* metody manualne / półautomatyczne

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj | Wymienić jakie/Ilość w szt. |
| Komora laminarna BSL3/ lub BSL2+/ lub BSL2 |   |
| Lampa bakteriobójcza przepływowa |   |
| Aparatura do izolacji RNA / Manualnie |   |
| Aparatura do amplifikacji kwasów nukleinowych |   |
| Wirówka laboratoryjna wysokoobrotowa do min. 12 tys. rpm z rotorem dostosowanym do probówek 1,5-2 ml |   |
| Lodówka 4-8°C |   |
| Zamrażarka -20°C |   |
| Pipety automatyczne (wymienić jakie) |   |

* metody w pełni automatyczne

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj | Wymienić jakie/Ilość w szt. |
| Komora laminarna BSL3/ lub BSL2+/ lub BSL2 |   |
| Lampa bakteriobójcza przepływowa |   |
| Aparatura do automatycznej izolacji i wykrywania materiału genetycznego SARS-CoV-2 w systemie zamkniętym  |   |
| Lodówka 4-8°C |   |
| Zamrażarka -20°C |   |
| Pipety automatyczne (wymienić jakie) |   |

1. Kwalifikacje personelu

**Kwalifikacje kierownika**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………

Uzyskany tytuł zawodowy i stopień naukowy ............................................................................

Posiadane specjalizacje ...............................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego: ……………………………...

miesiąc i rok objęcia stanowiska kierownika……………………………………………………

**Kwalifikacje personelu medycznego/pomocniczego pozostałego**

- posiadających prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | PZWDL | PZWL | Stopień i dziedzina specjalizacji | Data uzyskania dyplomu specjalizacji |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

- podać ilość osób posiadający prawo wykonywania **czynności** diagnostyki laboratoryjnej, np. technik analityki medycznej, licencjat, mgr z dziedziny przydatnej w diagnostyce

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Wykształcenie | Stanowisko pracy |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

IV. **Posiadane punkty pobrań** próbek materiału do badań w trybie drive-througt (podać liczbę i odległość od o medycznego laboratorium diagnostycznego, w którym wykonuje się badanie):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Dane osób pobierających (imię i nazwisko, zawód medyczny, numer prawa wykonywania zawodu) | Odległość od o medycznego laboratorium diagnostycznego (w km) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

VI. Liczba i przeznaczenie zajmowanych przez laboratorium pomieszczeń. Układ laboratorium umożliwiający fizyczne rozdzielenie strefy izolacji od amplifikacji (min. 2 pomieszczenia z oddzielnymi wejściami wraz z dodatkową  strefą; śluza czysta i brudna)

.......................................................................................................................……………......

VII. Data rozpoczęcia działalności laboratorium( podać miesiąc i rok ) ....……………......

VIII. Dane kontaktowe.

nr telefonu do laboratorium …………………………………………………………………….

nr telefonu do kierownika laboratorium ………………………………………………………..

adres e-mailowy ……………………….

osoba (osoby) z którymi należy się kontaktować:

…………………………………………tel: …………… adres e-mailowy: ..............................

…………………………………………tel: …………… adres e-mailowy: ..............................

IX. Oświadczenie.

Immanentną częścią niniejszego wniosku są oświadczenia stanowiące załączniki do wniosku. Brak wypełnienia załączników stanowi brak formalny niniejszego wniosku uniemożliwiający nadanie mu biegu.

..............................................

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji wnioskodawcy

*Załączniki:*

1. *Oświadczenie o prawdziwości danych.*
2. *Oświadczenie w zakresie danych osobowych.*
3. *Oświadczenie o poddaniu się kontroli międzylaboratoryjnej pod nadzorem PZH.*
4. *Oświadczenie o posiadanym doświadczeniu w diagnostyce molekularnej chorób infekcyjnych*
5. *Wpis do KRS*