**Odbornost 818 – Hematologická laboratoř**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresa pracoviště** |  | **Jméno vedoucího laboratoře:** |  | **Telefon:****Email:**  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Typ A.** Pracoviště, které provádí z celkového počtu vyšetření **v odbornosti 818 méně než 10 % vyšetření** pro hospitalizované pacienty na akutních a diagnostických lůžkách (netýká se lůžek s následnou péčí, včetně hospiců) |  | **Typ B.** Pracoviště, které provádí z celkového počtu vyšetření **v odbornosti 818 více než 10 % vyšetření** pro hospitalizované pacienty na akutních a diagnostických lůžkách (netýká se lůžek s následnou péčí, včetně hospiců) |  | **Nepřetržitý provoz** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Víceoborová laboratoř** | Další odbornosti, ve kterých laboratoř nabízí své služby (minimálně 3): |  |  |  |

**Nepodkročitelná minima včetně plnění vyhlášky č. 99/2012 sb. - personál laboratoře**

|  |  |
| --- | --- |
| Lékař se specializační zkouškou z odbornosti 202/222 | VŠ nelékař (Mgr. studium) se specializační zkouškou v odbornosti 818 |
| Jméno | Úvazek | Číslo osvědčení | Dostupnost | Jméno | Úvazek | Číslo osvědčení | Dostupnost |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

***Typ A:*** *požaduje se přítomnost lékaře se specializační zkouškou z odbornosti 202/222 a VŠ nelékaře (magisterské studium) se specializační zkouškou v odbornosti 818 (Klinická hematologie a transfuzní lékařství/Klinická hematologie a transfuzní služba) v zaměstnaneckém poměru na dobu neurčitou v dané laboratoři minimálně (každý z nich) na 0,2 úvazku\*. Přičemž součet všech úvazků musí být minimálně 1,0. Vyžaduje se denní přítomnost na pracovišti jednoho z nich.*

***Typ B:*** *požaduje se přítomnost lékaře se specializační zkouškou z odbornosti 202/222 a VŠ nelékaře (magisterské studium) se specializační zkouškou v odbornosti 818, oba v zaměstnaneckém poměru\* na dobu neurčitou v dané laboratoři. Jeden z nich* *je vedoucím pro odbornost 818 v dané laboratoři s pracovním úvazkem nejméně 0,8, celkový součet jejich úvazků musí být minimálně 1,2. Vyžaduje se denní přítomnost na pracovišti jednoho z nich.*

*\* Za zaměstnanecký poměr se nepovažuje „Dohoda o provedení práce“. V případě, že pracovník má uzavřenu „Dohodu o pracovní činnosti“, je nepřípustná formulace „…. Do X hodin týdně“ (počet hodin musí odpovídat požadovanému pracovnímu úvazku).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zdravotní laborant se specializovanou způsobilostí v oboru 1,0 úvazek (u pracovišť s nepřetržitým provozem 3,0 úvazek)** | **Zdravotní laborant způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud jsou zajišťovány služby laboratoře pro poskytování akutní lůžkové péče 1,0 úvazku** |
| **Jméno** | **Úvazek** | **Číslo osvědčení** | **Dostupnost** | **Jméno** | **Úvazek** | **Dostupnost** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***Typ A:*** *požaduje se přítomnost alespoň jednoho zdravotního laboranta se specializační zkouškou z odbornosti 818 (Klinická hematologie a transfuzní služba) v zaměstnaneckém poměru na dobu neurčitou s pracovním úvazkem 1,0 (úvazek zdravotního laboranta nelze skládat z více menších úvazků).*

***Typ B:*** *požaduje se přítomnost minimálně dvou zdravotních laborantů se specializační zkouškou z odbornosti 818, každý z nich v zaměstnaneckém poměru na dobu neurčitou s pracovním úvazkem 1,0 (úvazky zdravotních laborantů nelze skládat z více menších úvazků).*

***V případě, že klinická laboratoř je současně pracovištěm s nepřetržitým provozem*** *se na pracovišti zvyšuje požadavek na celkový počet zdravotních laborantů se specializační zkouškou z odbornosti 818 na minimálně 3 zdravotní laboranty, každý z nich v zaměstnaneckém poměru s pracovním úvazkem 1,0.*

**Minimální požadavky na počet a spektrum vyšetření/rok**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Název vyšetření:** | **Krevní obraz** | **Diferenciální rozpočet leukocytů** (mikroskopicky) | **Koagulace** |
| **Počet vyšetření / rok:** |  |  |  |
| *Minimálně požadovaný počet vyšetření / rok:* | *5000* | *1000* | *500* |

**Popis změn od posledního auditu NASKL ve vztahu k nepodkročitelným minimům a k požadavkům auditů NASKL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oblast** | **Slovní popis změny**  |
| **Personál laboratoře** |  |
| **Prostory laboratoře** |  |
| **Přístrojové vybavení laboratoře** |  |
| **Prováděná vyšetření** |  |
| **Další podstatné změny** |  |

**Poznámka:** Formulář nepokrývá všechny aspekty nepodkročitelných minim odborných společností.

*Kurzívou jsou uvedeny požadavky specifikované v nepodkročitelných minimech odborných společností, celé znění požadavku nepodkročitelných minim je k dispozici na* [*www.naskl.cz*](http://www.naskl.cz) *v sekci Oborově specifické příspěvky. Splnění všech nepodkročitelných minim je podmínkou úspěšného absolvováni auditu NASKL.*

Za správnost údajů odpovídá: ......................................................................... V .............................................. dne ..........................

(podpis odpovědné osoby, razítko)