**Załącznik nr 3**

*WZÓR*

**RAPORT Z PRZEPROWADZONEGO AUDYTU KLINICZNEGO WEWNĘTRZNEGO**

**W ZAKRESIE MEDYCYNY NUKLEARNEJ**

**1. DANE OGÓLNE**

|  |
| --- |
| * 1. **INFORMACJE O JEDNOSTCE OCHRONY ZDROWIA:**

**1.1.a. Nazwa jednostki:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**1.1.b. Kod pocztowy:** ………………………………………………………..**1.1.c. Miejscowość:** ………………………………………………………..**1.1.d. Adres:** ………………………………………………………..**1.1.e. Województwo:** ………………………………………………………..**1.1.f. Numer księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:**………………………………………………………..* 1. **DATA PRZEPROWADZENIA AUDYTU**: **OD** ……………………………… **DO** .…………………………
	2. **OKRES, KTÓREGO AUDYT DOTYCZY[[1]](#footnote-1)1): OD**….…………………………….…………………….. **DO** ………………….…………………………….
 |

**2. RODZAJ I LICZBA PROCEDUR SZCZEGÓŁOWYCH WYKONYWANYCH W JEDNOSTCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  SPECT/SPECT-CT  PET/PET-CT/PET-MRI  Inne metody badań scyntygraficznych  |  Terapia łagodnych schorzeń tarczycy jodem-131  Terapia zmian nowotworowych jodem-131  Terapia – inne radiofarmaceutyki  |  |

**3. ZAKRES PRZEDMIOTOWY AUDYTU, W TYM RODZAJ PROCEDUR SZCZEGÓŁOWYCH PODLEGAJĄCYCH SPRAWDZENIU W RAMACH AUDYTU**

|  |
| --- |
|  |

**4. PRZEGLĄD PROCEDUR SZCZEGÓŁOWYCH PODLEGAJĄCYCH SPRAWDZENIU W RAMACH AUDYTU**

 **4.1. Analiza procedur szczegółowych oraz praktyki ich stosowania z uwzględnieniem zakresu audytu klinicznego wewnętrznego określonego w § 3 ust. 5 rozporządzenia.**

|  |
| --- |
|  |

**4.2. Liczba wykonanych procedur szczegółowych podlegających audytowi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Procedura szczegółowa | Pacjenci dorośli(powyżej 16. roku życia) | Pacjenci do 16. roku życia |
| Kobiety | Mężczyźni | Kobiety  | Mężczyźni |
| 1) |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |
| ...) |  |  |  |  |

 **4.3. Dane pozwalające określić wielkość narażenia pacjentów w procedurach szczegółowych podlegających audytowi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Procedura szczegółowa | Typowa aktywność podawana pacjentowi w przeliczeniu na 1 kg masy ciała | Rodzaj radiofarmaceutyku |
| 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
| 4) |  |  |
| 5) |  |  |
| …) |  |  |

 **4.4. Porównanie wielkości narażenia pacjentów w procedurach szczegółowych podlegających audytowi z diagnostycznymi poziomami referencyjnymi (w przypadku gdy takie poziomy zostały określone)**

|  |
| --- |
|  |

**5. OPIS USTALEŃ DOKONANYCH PODCZAS AUDYTU KLINICZNEGO, W TYM TAKŻE EWENTUALNE ZALECENIA DOTYCZĄCE ZMIANY PROCEDUR SZCZEGÓŁOWYCH LUB WPROWADZENIA NOWYCH PROCEDUR SZCZEGÓŁOWYCH**

|  |
| --- |
|  |

**6. OSOBY PRZEPROWADZAJĄCE AUDYT**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Podpis osoby przeprowadzającej audyt |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. 1) Zgodnie z art. 33v ust 1. ustawy - Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941) audyt kliniczny wewnętrzny jest przeprowadzany nie rzadziej niż raz w roku rok. [↑](#footnote-ref-1)