**Załącznik nr 4**

*WZÓR*

**RAPORT Z AUDYTU KLINICZNEGO ZEWNĘTRZNEGO W ZAKRESIE:[[1]](#footnote-1)**)

**□ RENTGENODIAGNOSTYKI ORAZ RADIOLOGII ZABIEGOWEJ**

**□ RADIOTERAPII**

**□ MEDYCYNY NUKLEARNEJ**

**1. Termin przeprowadzenia audytu klinicznego zewnętrznego:**

Audyt został przeprowadzony w terminie od …………………... do …………..………..

**2. Dane ogólne**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O JEDNOSTCE OCHRONY ZDROWIA:****2.1. Nazwa jednostki:**………………………………………………………………………………………………………………………………………**2.2. Kod pocztowy:** ………………………………………………………..**2.3. Miejscowość:** ………………………………………………………..**2.4. Adres:** ………………………………………………………..**2.5. Województwo:** ………………………………………………………..**2.6. Numer księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:** ………………………………………………………………………………………………… |

**3. Informacja o rodzaju działalności prowadzonej przez jednostkę ochrony zdrowia, w tym wskazanie rodzaju procedur szczegółowych wykonywanych w jednostce:**

|  |
| --- |
|  |

**4. Zakres przedmiotowy audytu klinicznego zewnętrznego, w tym wskazanie rodzaju procedur szczegółowych podlegających sprawdzeniu w ramach audytu oraz wskazanie opracowanych w jednostce ochrony zdrowia procedur szczegółowych podlegających sprawdzeniu w ramach audytu:**

|  |
| --- |
|  |

**5. Przegląd procedur szczegółowych stosowanych w jednostce ochrony zdrowia i podlegających sprawdzeniu w ramach audytu, z uwzględnieniem zakresu audytu klinicznego zewnętrznego określonego w § 4 rozporządzenia:**

|  |
| --- |
|  |

**6. Opis ustaleń dokonanych podczas audytu w odniesieniu do elementów podlegających ocenie, w tym ewentualnych zaleceń dla jednostki ochrony zdrowia:**

|  |
| --- |
|  |

**7. Osoba wypełniająca raport – AUDYTOR WIODĄCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Podpis audytora wiodącego |
|  |  |

**8. Pozostali członkowie zespołu audytorskiego:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | Podpis członka zespołu audytorskiego |
|  |  |
|  |  |

1. ) Zaznaczyć właściwy zakres i niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)