	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 1/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

1. CEL

Celem niniejszego standardu jest dostosowanie obowiązujących w LA procesów, procedur, instrukcji i innej dokumentacji do spełnienia wymogów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. „O akredytacji w służbie zdrowia”

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszego standardu LA „Laboratorium” , jest określenie niezbędnych dokumentów w następujących obszarach:

- ❖ LA 1 – Zasady postępowania z materiałem do badań
- ❖ LA 2 – Ocena błędów przedlaboratoryjnych
- ❖ LA 3 – Lista wykonywanych badań laboratoryjnych
- ❖ LA 4 – Kontrola jakości wykonywanych oznaczeń
- ❖ LA 5 – Dopuszczalne zakresy błędów stosowane w laboratorium
- ❖ LA 6 – Nadzór nad jakością badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz
- ❖ LA 7 – Sposób wydawania wyników badań
- ❖ LA 8 – Sprawdzanie krwi poza bankiem krwi, przed transfuzją

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Standard obowiązuje w Laboratorium Analitycznym, Laboratorium Mikrobiologicznym oraz KO Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu, związanych bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem.

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta w opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania, terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie „ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH”

oraz z terminologią zawartą w procedurach Laboratorium Analitycznego oraz Laboratorium Mikrobiologicznego.


5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ W ZAKRESIE STANDARDU „LABORATORIUM”

5.1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych odpowiada za:

1. Zarządzanie i nadzór nad funkcjonowaniem części medycznej szpitala.
2. Zatwierdzanie szczegółowych dokumentów akredytacyjnych (procedury, instrukcje, dokumenty) opracowanych w laboratorium Analitycznym i Mikrobiologicznym, które obowiązują w innych KO związanych bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem w standardach LA
3. Nadzór nad działalnością Laboratorium Analitycznego i Mikrobiologicznego.

5.2. PZJ odpowiada za:

1. Nadzór nad **ZSZ**

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 2/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

5.3. Dział Analiz Ekonomicznych NE odpowiada za:

1. Nadzór nad dostarczaniem procedur logistycznych opracowanych przez Laboratorium (DLA, DLM) kontrahentom zewnętrznym.

5.4. Dział Metodyczny – Organizacyjny NM odpowiada za:

1. Nadzorowanie informacji umieszczanych w intranecie szpitala dotyczących Laboratorium.

5.5. Zespół Jakości odpowiada za:

1. Analizę dostarczonej przez Laboratoria dokumentacji błędów przedlaboratoryjnych.
2. Wdrożenie działań naprawczych (np. dodatkowe szkolenia dla personelu medycznego).

5.6. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

1. Nadzór nad analizą otrzymanych raportów

5.7. Zespół ds. Antybiotykoterapii

1. Nadzór nad analizą otrzymanych raportów

5.8. Kierownik Laboratorium Analitycznego odpowiada za:

1. Całokształt pracy podległej komórki: organizację, jakość i efektywność funkcjonowania pod względem merytorycznym, administracyjnym i gospodarczym.
2. Zatwierdzanie szczegółowych instrukcji opracowanych i obowiązujących w LA (SOP, LOG, PO) w standardach: LA

5.9. Kierownik Laboratorium Mikrobiologicznego odpowiada za:

1. Wdrożenie i utrzymanie systemu jakości i akredytacji w podległym obszarze.
2. Nadzór nad realizacją, skutecznością oraz doskonaleniem procesów i działań w podległym obszarze.

5.10. Koordynatorzy – liderzy zespołów akredytacyjnych odpowiadają za:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem standardu - LA – **Elżbieta Boruch-Priebe**
2. Opracowywanie procedur i instrukcji operacyjnych do standardu,
3. Dokonywanie uzgodnień w zakresie niezbędnym do opracowania procedury lub instrukcji operacyjnej,
4. Nadzorowanie i aktualizacje zmian w standardach oraz dokumentacji akredytacyjnej

5.11. Kierownicy Komórek Organizacyjnych KKO odpowiadają za:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem szczegółowych instrukcji i procedur (SOP,QAG) związanych ze standardem LA


opracowanych przez DLA i DLM, a które dotyczą danej komórki organizacyjnej związanej bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem.

5.12. Przełożona Pielęgniarek NP odpowiada za:

1. Nadzór nad przestrzeganiem zasad zawartych w szczegółowych instrukcjach i procedurach (SOP,QAG) standardu LA opracowanych przez DLA i DLM, a które związane są bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem oraz wynikają z zakresu jej obowiązków.

5.13. Pielęgniarka Epidemiologiczna NEp odpowiada za:

1. Nadzór nad przestrzeganiem zasad zawartych w szczegółowych instrukcjach i procedurach (SOP,QAG) Standardu LA opracowanych przez DLA i DLM, a które związane są bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem oraz wynikają z zakresu jej obowiązków.

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 3/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

5.14. Pielęgniarka Koordynująca DPS odpowiada za:

1. Nadzór nad przestrzeganiem zasad zawartych w szczegółowych instrukcjach i procedurach (SOP, QAG) Standardu LA opracowanych przez DLA i DLM, a które związane są bezpośrednio z opieką medyczną nad pacjentem oraz wynikają z zakresu jej obowiązków.

5.15. Komitet Transfuzjologiczny odpowiada za:

1. Nadzór nad funkcjonowaniem wdrożonych procedur związanych z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych.

5.16. Wszyscy pracownicy Szpitala odpowiadają za przestrzeganie standardów akredytacyjnych na swoich stanowiskach pracy,

6. A. OPIS STANDARDU LA LABORATORIUM w Laboratorium Analitycznym.

6.1. LA 1 – Zasady postępowania z materiałem do badań w DLA

LA 1.1 – Procedury pobierania i transportu materiału do badań.

Laboratorium opracowało i wdrożyło procedury dotyczące pobierania i transportu materiału do badań w postaci instrukcji SOP:

- ❖ SOP nr 100 „Zlecenie badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 101 „Transport materiału do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 104 „Pobieranie krwi żyłnej do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 105 „Pobieranie krwi włośniczkowej do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 106 „Pobieranie krwi żyłnej do oznaczenia grupy krwi z wypisaniem karty grupy krwi”.
- ❖ SOP nr 107 „Pobieranie moczu do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 108 „Przeprowadzenie dobowej zbiórki moczu”.
- ❖ SOP nr 109 „Pobieranie kału do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 118 „Pobieranie nasienia do badań laboratoryjnych”

Procedury obowiązują w: DLA, Oddziały Szpitalne, poradnie przyszpitalne, kontrahenci zewnętrzni.

Procedury znajdują się w: KKO (DLA), PP, PPM, KKO – Oddziały, DPS - poradnie przyszpitalne, kontrahenci zewnętrzni, NEp, NP.

LA 1.2 – Procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań.

Laboratorium opracowało procedury dotyczące przyjmowania i przechowywania materiału do badań w postaci instrukcji SOP:

- ❖ SOP nr 102 „Przyjmowanie i wstępne przygotowanie materiału do badań laboratoryjnych”.
- ❖ SOP nr 103 „Przechowywanie materiału do badań laboratoryjnych”.


Procedury obowiązują w: DLA.

Procedury znajdują się: KKO (DLA), PPM

6.2. LA 2 - Ocena błędów przedlaboratoryjnych

Laboratorium prowadzi ocenę błędów przedlaboratoryjnych. Sposób wyznaczania oraz prowadzenia analizy błędów został opisany w procedurze. Wyniki analizy przekazywane są do Zespołu ds. Jakości.

- ❖ SOP nr 113 „Analiza błędów fazy przedanalitycznej”.

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 4/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

Procedura znajduje się: KKO (DLA), NP

Procedura obowiązuje w: DLA

6.3. LA 3 - Lista wykonywanych badań laboratoryjnych

Laboratorium opracowało listę wykonywanych badań laboratoryjnych, która stanowi załącznik nr .3. do SOP nr 100 „Zlecenie badań laboratoryjnych”.

Procedury obowiązują w: DLA, Oddziały Szpitalne, poradnie przyszpitalne, kontrahenci zewnętrzni.

Procedury znajdują się w: KKO (DLA), PP, PPM, KKO – Oddziały, DPS - poradnie przyszpitalne, kontrahenci zewnętrzni, NEp, NP.

6.4 LA 4 - Kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.

LA 4.1 – Wewnętrzna kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.

Laboratorium Analityczne prowadzi wewnętrzną kontrolę jakości wykonywanych oznaczeń.

Sposób jej prowadzenia został opisany w instrukcji:

- ❖ SOP nr 500 „Zasady prowadzenia kontroli wewnątrzlaboratoryjnej”

Procedura znajduje się: KKO (DLA).

Procedury obowiązują w: DLA

LA 4.2 – Zewnętrzny program kontroli jakości oznaczeń.

Laboratorium Analityczne uczestniczy w zewnętrznym programie oceny jakości wykonywanych oznaczeń. Sposób jej prowadzenia został opisany w instrukcji:

- ❖ SOP nr 501 „Zasady prowadzenia kontroli zewnątrzlaboratoryjnej”.

Procedura znajduje się: KKO (DLA).

Procedury obowiązują w: DLA

6.5. LA 5 - Dopuszczalne zakresy błędów stosowane w laboratorium

Laboratorium Analityczne wyznaczyło wartości błędów dopuszczalnych i opracowało procedury działań naprawczych, przy jego przekroczeniu.

Sposób wyznaczenia błędów dopuszczalnych został opisany w instrukcji:

- ❖ SOP nr 500 „Zasady prowadzenia kontroli wewnątrzlaboratoryjnej”.

Procedura znajduje się: KKO (DLA).

Procedury obowiązują w: DLA

6.6. LA 6 - Nadzór nad jakością badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz

Laboratorium Analityczne posiada listę wykonawców badań zleczanych na zewnątrz.

Podwykonawcy dostarczyli informacje dotyczące monitorowania następujących procesów:


- ❖ Prowadzenia wewnętrznej kontroli jakości oznaczeń
- ❖ Udziału w zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych oznaczeń

Laboratorium monitoruje procesy pobierania, przechowywania, przyjmowania oraz transportu materiału do badań. Lista oraz informacje o podwykonawcach są opisane w procedurze:

- ❖ SOP nr 115 „Nadzór nad jakością badań zleczanych na zewnątrz”.

Procedura znajduje się: KKO (DLA).

Procedury obowiązują w: DLA

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	Strona 5/9 WYDANIE 3

6.7. LA 7 - Sposób wydawania wyników badań.

Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki nad chorym.

Sposób wydawania wyników badań został opisany w procedurze:

- ❖ SOP nr 114 „Przedstawianie i wydawanie sprawozdań z badań laboratoryjnych” .

Procedura znajduje się: KKO (DLA), KKO – Oddziały Szpitalne, NP, NEp, DPS, kontrahenci zewnętrzni.

Procedury obowiązują w: DLA

Wszystkie procedury wymienione w standardzie LA i opracowane w DLA podlegają okresowej ocenie raz w roku, informacja o aktualizacji umieszczana jest w Karcie zmian danej procedury

6.8. LA 8 - Sprawdzanie krwi poza bankiem krwi, przed transfuzją.

W szpitalu wdrożono następujące procedury związane z przetaczaniem krwi:

- ❖ NR-2-DM-2011 „Instrukcja. Zasady przetaczania krwi i jej składników w oddziałach szpitalnych”
- ❖ NR-4-DM-2011 „Instrukcja. Najczęstsze powikłania poprzetoczeniowe oraz czuwanie nad bezpieczeństwem krwi (tzw.Haemovigilance)”
- ❖ NR-5-DM-2010 „Instrukcja. Postępowanie przed przetoczeniem krwi”
- ❖ NR-6-DM-2011 „Instrukcja. Zasady doboru krwi i jej składników do przetaczania”.

Procedury znajdują się: Pracownia Serologii Transfuzjologicznej, Komitet Transfuzjologiczny, KKO – Oddziały Szpitalne.

Procedury obowiązują w: Oddziały Szpitalne.

6.B. OPIS STANDARDU LA LABORATORIUM w Laboratorium Mikrobiologicznym.

6.1. LA 1 – Zasady postępowania z materiałem do badań w MLD

LA1.1 - Procedury pobierania i transportu materiału do badań.

Laboratorium opracowało i wdrożyło procedury dotyczące pobierania i transportu materiału do badań w postaci : procedury ogólnej QAG:


- ❖ QAG nr 9 „Pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych” .
- ❖ QAG nr 10 „Transport materiału do badań mikrobiologicznych”.

Procedury znajdują się : KKO (DLM), KKO - Oddziały, NEp, NP, NE, Kontrahenci zewnętrzni którzy zawarli umowy (QAG nr 9 - załącznik nr 2). Załącznik nr 2 do QAG nr 9 stanowi integralną część standardu LA

Procedury obowiązują w: DLM, Oddziały Szpitalne, poradnie przyszpitalne, kontrahenci zewnętrzni.

instrukcji SOP:

- ❖ SOP nr 200 „Pobieranie materiału w zakażeniach górnych dróg oddechowych”.
- ❖ SOP nr 201 „Pobieranie materiału w zakażeniach dolnych dróg oddechowych”.
- ❖ SOP nr 202 „Pobieranie materiału w zakażeniach oka”.
- ❖ SOP nr 203 „Pobieranie materiału w zakażeniach krwi”.
- ❖ SOP nr 204 „Pobieranie materiału w zakażeniach odcewnikowych”.
- ❖ SOP nr 205 „Pobieranie materiału w zakażeniach ośrodkowego układu nerwowego”.
- ❖ SOP nr 206 „Pobieranie materiału w zakażeniach skóry, tkanek miękkich i ran”
- ❖ SOP nr 207 „Pobieranie materiału w zakażeniach dróg moczowych” .

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 6/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

- ❖ SOP nr 208 „Pobieranie materiału w zakażeniach dróg moczowo-płciowych” .
- ❖ SOP nr 209 „Pobieranie materiału w zakażeniach przewodu pokarmowego”.
- ❖ SOP nr 210 „Pobieranie materiału w badaniach personelu i środowiska szpitalnego” .
- ❖ SOP nr 211 „Pobieranie materiału w zakażeniach grzybiczych” .
- ❖ SOP nr 212 „Pobieranie materiału w zakażeniach gruźlicą i innymi Mycobacteriami”.
- ❖ SOP nr 213 „Pobieranie kału w kierunku wykrywania antygenów Rotawirusów i Adenowirusów”
- ❖ SOP nr 214 „Pobieranie kału w kierunku wykrywania obecności antygeny GDH i toksyny A i B Clostridium difficile ”
- ❖ SOP nr 215 „Pobieranie materiałów w kierunku wykrywania antygeny RSV i oddechowego Adenowirusa”
- ❖ SOP nr 216 „Pobieranie krwi w kierunku wykrywania przeciwciał heterofilnych mononukleozy zakaźnej”
- ❖ SOP nr 217 „Pobieranie krwi w kierunku serologicznej diagnostyki kiły (test RPR)
- ❖ SOP nr 218 „Pobieranie próbek z biologicznym wskaźnikiem kontroli procesu sterylizacji parą wodną w nadciśnieniu (Sporal A) ”
- ❖ SOP nr 219 „Pobieranie próbek z biologicznym wskaźnikiem kontroli skuteczności procesu sterylizacji suchym gorącym powietrzem (Sporal S) ”
- ❖ SOP nr 220 „Pobieranie próbek z biologicznym wskaźnikiem kontroli skuteczności procesu sterylizacji plazmowej ”
- ❖ SOP nr 221 „Pobieranie moczu w kierunku wykrywania obecności antygeny Legionella pneumophila ”
- ❖ SOP nr 222 „Pobieranie kału w kierunku wykrywania obecności antygeny Campylobacter spp. ”
- ❖ SOP nr 223 „Pobieranie kału w kierunku wykrywania antygeny Norowirusów ”

Instrukcje znajdują się : KKO (DLM), KKO - Oddziały, NEp, NP

Procedury obowiązują w: DLM

LA 1.2 – Procedury przyjmowania i przechowywania materiału do badań

Laboratorium opracowało procedury dotyczące przyjmowania i przechowywania materiału do badań w postaci procedury ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 11 „Przyjmowanie materiału do badań - identyfikacja i rejestracja próbek.”
- ❖ QAG nr 12 „Przechowywanie materiału do badań mikrobiologicznych”.

Procedury znajdują się : KKO (DLM)

Procedury obowiązują w: DLM

6.2.LA 2 - Ocena błędów przedlaboratoryjnych

Laboratorium prowadzi ocenę błędów przedlaboratoryjnych. Sposób identyfikacji zapisów oraz prowadzenia analizy błędów został opisany w procedurze ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 19 „Identyfikacja i analiza błędów przedlaboratoryjnych”.

Procedura znajduje się:KKO (DLM).

Procedura obowiązuje w: DLM

6.3.LA 3 - Lista wykonywanych badań laboratoryjnych

Laboratorium opracowało listę wykonywanych badań laboratoryjnych, która stanowi załącznik nr 1 do QAG nr 9 „Pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych”

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 7/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

Procedura znajduje się : KKO (DLM), KKO - Oddziały, NEp, NP, NE, Kontrahenci zewnętrzni którzy zawarli umowy

Załącznik nr 1 do QAG nr 9 stanowi integralną część standardu LA.

6.4. LA 4 - Kontrola jakości wykonywanych oznaczeń

LA 4.1 – Wewnętrzna kontrola jakości wykonywanych oznaczeń.

Laboratorium Mikrobiologiczne prowadzi wewnętrzną kontrolę jakości wykonywanych oznaczeń. Sposób jej prowadzenia został opisany w procedurze ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 5 „Prowadzenie kontroli wewnątrzlaboratoryjnej”.

Procedura znajduje się : KKO (DLM)

Procedura obowiązuje w: DLM

LA 4.2 – Zewnętrzny program kontroli jakości oznaczeń.

Laboratorium Mikrobiologiczne uczestniczy w zewnętrznym programie oceny jakości wykonywanych oznaczeń.

Sposób jej prowadzenia został opisany w procedurze ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 6 „Prowadzenie kontroli zewnątrzlaboratoryjnej”.

Procedura znajduje się : KKO (DLM)

Procedura obowiązuje w: DLM

6.5.LA 5 - Dopuszczalne zakresy błędów stosowane w laboratorium

Laboratorium Mikrobiologiczne opracowało procedurę identyfikacji błędów i działań naprawczych opisanych w procedurze ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 17 „Postępowanie przy nieprawidłowych wynikach kontroli wewnętrznej lub zewnętrznej w laboratorium ”.

Procedura znajduje się : KKO (DLM)

Procedura obowiązuje w: DLM

6.6. LA 6 - Nadzór nad jakością badań laboratoryjnych zleczanych na zewnątrz

Lista oraz informacje o podwykonawcach opisane w procedurze ogólnej QAG:

- ❖ QAG nr 20 „Nadzór nad jakością badań zleczanych na zewnątrz „

Procedura znajduje się : KKO (DLM)

Procedura obowiązuje w: DLM

6.7.LA 7 - Sposób wydawania wyników badań.

Wydawane wyniki badań laboratoryjnych zawierają informacje istotne dla procesu opieki nad chorym.


Sposób wydawania wyników badań został opisany w procedurze ogólnej QAG :

- ❖ QAG nr 13 „Autoryzacja i wydawanie wyników badań laboratoryjnych”.

Procedura znajduje się : KKO (DLM)

Procedura obowiązuje w: DLM

Wszystkie procedury wymienione w standardzie LA i opracowane w DLM podlegają okresowej ocenie raz w roku, informacja o aktualizacji umieszczana jest w Karcie zmian danej procedury

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 8/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE


Z niniejszym standardem związane są następujące dokumenty:

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych wydanych przez CMJwOZ Kraków
2. Regulamin organizacyjny Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu
3. Dokumentacja ZSZ
4. Procedury, instrukcje opracowane w laboratorium analitycznym i mikrobiologicznym
5. Procedury związane z przetwarzaniem krwi.

8. ZAŁĄCZNIKI.

Załącznik nr 1 - Wykaz procedur DLA

Załącznik nr 2 - Wykaz instrukcji ogólnych DLM

	STANDARD AKREDYTACYJNY LA		NR - LA -2012
	LABORATORIUM		Strona 9/9
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 02.11.2017	WYDANIE 3

9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

1. CEL.....	1
2. PRZEDMIOT.....	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA.....	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY.....	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ.....	1
6. OPIS STANDARDU.....	3
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	8
8. ZAŁĄCZNIKI.....	8
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	9

Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	całość		Wydanie 3 całość		

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Elżbieta Boruch-Priebe Maria Morzywołek Halina Strzemecka	02.11.2017	<i>Podpisy nieczytelne</i>
Sprawdził	Katarzyna Piechaczek Jolanta Chmiel	02.11.2017	<i>Podpisy nieczytelne</i>
Sprawdził	Grzegorz Bula	02.11.2017	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Elżbieta Karpińska –Wielgos	02.11.2017	<i>Podpis nieczytelny</i>