



# ANALIZA BŁĘDÓW PRZEDLABORATORYJNYCH

PROCEDURA Nr: PX; QP7

Aktualizował:	Aktualizował:	Sprawdził:	Sprawdził:	Zatwierdził:
Lider Procesu X	Młodszy Asystent – Diagnosta laboratoryjny	Z-ca Dyrektora ds. Klinicznych	Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością	Dyrektor Instytutu
dr n. med. i n. o zdr. Agnieszka Ochocińska	mgr Lena Staniszevska	dr n.med. Zbigniew Kułaga	mgr inż. Anna Barańska	dr n. med. Marek Migdał
Data: 23.10.2025 Podpis i pieczęć: 	Data: 23.10.2025 Podpis i pieczęć: 	Data: 27.10.2025 Podpis i pieczęć:  Z-ca DYREKTORA ds. Klinicznych	Data: 29.10.25 Podpis i pieczęć:  Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością	Data: 29.10.2025 Podpis i pieczęć: 

Niniejsza procedura, wchodząca w skład Procesu X – Medyczna Diagnostyka Laboratoryjna została opracowana w oparciu o normę ISO 9001 i jest własnością Instytutu "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie. Wszystkie procedury SZJ podlegają nadzorowaniu. Kopiowanie i udostępnianie ich osobom trzecim, bez zgody Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością, jest zabronione.



## I. CEL PROCEDURY

Celem procedury jest określenie zasad identyfikacji, rejestracji, raportowania oraz analizy błędów przedlaboratoryjnych, jak również określenie schematu postępowania w stosunku do zidentyfikowanych przyczyn powstawania błędów.

## II. ZAKRES PROCEDURY

Procedura dotyczy pracowników Zakładów/Samodzielnych Pracowni/Laboratorium Badań Podstawowych (dalej LBP) Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (dalej IPCZD) przyjmujących zlecenia i materiał do badań oraz wykonujących badania laboratoryjne, zleceniodawców (zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych), personelu pobierającego, przechowującego i transportującego materiał, a także Lidera Procesu X, Z-cę Dyrektora ds. Klinicznych, Z-cę Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Zespół ds. Jakości.

## III. DEFINICJE

**BŁĄD PRZEDLABORATORYJNY** - wymiennie stosowana jest także nazwa błąd przedanalizacyjny – to każde odstępstwo od obowiązujących procedur, które ma miejsce przed rozpoczęciem analizy laboratoryjnej próbki. Obejmuje m.in. etapy: zlecenia badań, przygotowania i identyfikacji pacjenta, pobrania próbek pierwotnych, jego oznakowania, przechowywania, transportu do i w obrębie laboratorium oraz rejestracji w systemie. Błędy te mogą wpływać na wiarygodność wyniku badania lub uniemożliwić jego wykonanie.

**DZIAŁANIA NAPRAWCZE (KORYGUJĄCE)** - działania podejmowane natychmiastowo w celu wyeliminowania przyczyny zidentyfikowanego błędu przedlaboratoryjnego. Powinny być dostosowane do skutków stwierdzonych niezgodności i powinny ograniczać zidentyfikowanie przyczyny.

**KODY BŁĘDÓW** - określony w IPCZD system kodów literowych przypisanych dla poszczególnych rodzajów błędów przedlaboratoryjnych

**WSKAŹNIK JAKOŚCI** - mierzalna i obiektywna miara stopnia, w jakim cecha spełnia ustalone wymagania; wyrażona w %, defektach na milion przypadków (DPMO) lub w skali Six Sigma. Wskaźniki jakości mogą mierzyć jak dobrze organizacja spełnia wymagania i potrzeby użytkowników.

## IV. ODPOWIEDZIALNOŚCI I UPRAWNIENIA

### 1. Kierownicy Zakładów/Samodzielnych Pracowni/ LBP, w których występują błędy przedlaboratoryjne ponoszą odpowiedzialność za:

- zobowiązanie współpracowników do bieżącego rejestrowania błędów przedlaboratoryjnych zgodnie z Tabelą kodów błędów przedlaboratoryjnych (PX;QP7;FP1) na formularzu Rejestru błędów (PX;QP7;FP2) lub w laboratoryjnych systemach informatycznych i nadzór nad prawidłowością wdrożonych w tym zakresie działań;
- systematyczne przygotowywanie i przysyłanie zgodnie z obowiązującym harmonogramem Raportu miesięcznego (PX;QP7;FP3 lub plik wyeksportowany z laboratoryjnego programu informatycznego) do Lidera Procesu X; w przypadku raportu generowanego z systemu powinien on zawierać co najmniej te same dane, które zawiera PX;QP7;FP3;
- współidentyfikowanie działań korygujących, w tym organizowanie szkoleń dla personelu medycznego, współtworzenie procedur/instrukcji, projektów poprawy jakości w celu ograniczenia liczby błędów;
- analizę błędów przedlaboratoryjnych rejestrowanych w podległej jednostce i omawianie wyników analizy z personelem laboratorium.

### 2. Pracownicy Zakładów/Samodzielnych Pracowni/LBP ponoszą odpowiedzialność za:

- Bieżące rejestrowanie stwierdzonych błędów przedlaboratoryjnych zgodnie z Tabelą kodów błędów przedlaboratoryjnych (PX;QP7;FP1) na formularzu Rejestru błędów (PX;QP7;FP2) lub w laboratoryjnych systemach informatycznych;
- poinformowanie zleceniodawcy o zarejestrowanym błędzie przedlaboratoryjnym uniemożliwiającym wykonanie zleconego badania



### **3. Pracownicy Instytutu zaangażowani w procesy zlecania badań, pobierania, przechowywania i transportu materiału (w tym podwykonawcy) ponoszą odpowiedzialność za:**

- przestrzegania wdrożonych w Instytucie procedur Procesu X- Medyczna Diagnostyka Laboratoryjna w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia błędu przedlaboratoryjnego;
- wdrażanie działań naprawczych;
- uczestnictwo w organizowanych szkoleniach

### **4. Lider Procesu X ponosi odpowiedzialność za:**

- monitorowanie informacji uzyskiwanych w cyklach miesięcznych z poszczególnych Zakładów, Pracowni, LBP
- obliczanie wskaźników jakości i ich analizę (zgodnie z harmonogramem);
- analizę trendów rejestrowanych błędów przedlaboratoryjnych (zgodnie z harmonogramem);
- przygotowywanie sumarycznego raportu z wszystkich Zakładów, Pracowni, LBP (zgodnie z harmonogramem);
- przekazanie sumarycznego raportu do Z-cy Dyrektora ds. Klinicznych, Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zespołu ds. Jakości, zleceniodawców generujących powyżej 5% błędów szpitala (zgodnie z harmonogramem);
- przekazanie redakcji strony intranetowej IPCZD sumarycznego raportu do udostępnienia (zgodnie z harmonogramem)

### **5. Redakcja strony intranetowej IPCZD ponosi odpowiedzialność za:**

- udostępnienie w Intranecie sumarycznego raportu za dany miesiąc kalendarzowy przekazanego przez Lidera Procesu X (zgodnie z harmonogramem)

### **6. Z-ca Dyrektora ds. Klinicznych, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zespół ds. Jakości ponoszą odpowiedzialność za:**

- analizę przekazywanych przez Lidera Procesu X raportów;
- współpracę z Liderem Procesu X w zakresie opracowania i wdrażania działań naprawczych, o ile jest to konieczne;
- współpracę z Liderem Procesu X w zakresie realizacji szkoleń personelu, o ile jest to konieczne

### **7. Kierownicy Oddziałów, Pielęgniarki Oddziałowe ponoszą odpowiedzialność za:**

- analizę błędów przedlaboratoryjnych przypisanych podległej jednostce i omawianie wyników analizy z podległym personelem

## **V. OPIS POSTĘPOWANIA**

Obowiązek raportowania błędów przedlaboratoryjnych obejmuje wszystkie jednostki IPCZD wykonujące badania laboratoryjne tj. Zakłady/Samodzielne Pracownie/LBP w swojej lokalizacji.

Ocena błędów przedlaboratoryjnych w IPCZD odbywa się zgodnie z harmonogramem (PX;QP7;FP4) stanowiącym załącznik do niniejszej procedury.

Na poszczególnych etapach postępowanie obejmuje:

### **1. IDENTYFIKACJĘ I REJESTROWANIE BŁĘDÓW PRZEDLABORATORYJNYCH**

Ocena wystąpienia błędu przedlaboratoryjnego dokonywana jest w Zakładach, Pracowniach, LBP. Każdy przypadek błędu jest odnotowywany przez osobę stwierdzającą błąd (osoba rejestrująca lub pracownik wykonujący badanie) w systemie informatycznym lub na formularzu PX;QP7;FP2 Rejestr błędów przedlaboratoryjnych, stanowiącym załącznik do niniejszej procedury.

W IPCZD wyodrębniono 6 rodzajów błędów tj. związanych z:

1. identyfikacją pacjenta i próbek
2. przygotowaniem pacjenta do badań



3. pobraniem materiału do badań
4. transportem materiału
5. przechowywaniem materiału przed badaniem
6. opracowaniem materiału przez laboratorium.

Kody błędów, które stanowią podstawę prowadzenia rejestru błędów przez poszczególne Zakłady/ Samodzielne Pracownie/LBP, zdefiniowano w formularzu PX;QP7; FP1 stanowiącym załącznik do niniejszej procedury.

Postępowanie w przypadku błędu przedlaboratoryjnego związanego z identyfikacją pacjenta i próbek:

- a. odnotować w systemie komputerowym lub w Rejestrze błędów przedlaboratoryjnych rodzaj błędu;
- b. wykonać telefon do jednostki zlecającej celem uzupełnienia danych;
- c. zarejestrować badanie i przyjąć do wykonania po otrzymaniu danych umożliwiających prawidłową identyfikację pacjenta (w przypadku błędnie wystawionego zlecenia) lub prawidłowo oznakowaną próbkę (w przypadku trudności w identyfikacji pacjenta).

Postępowanie w przypadku błędu przedlaboratoryjnego związanego z pobraniem/przechowywaniem/transportem materiału/przygotowaniem pacjenta do badania/opracowaniem materiału przez laboratorium:

- a. odnotować w systemie komputerowym lub w Rejestrze błędów przedlaboratoryjnych rodzaj błędu;
- b. wykonać telefon do jednostki pobierającej/przechowującej/transportującej lub zlecającej (w przypadku błędu popełnionego w laboratorium) oraz, jeśli to konieczne, z prośbą o powtórne pobranie i dostarczenie materiału;
- c. po powtórny dostarczeniu materiału spełniającego kryteria jakości zrealizować zlecenie; w przypadku korekty w tym samym dniu – bez konieczności generowania ponownego zlecenia.

## **UWAGA!**

**Ze względu na profil działalności IPCZD (wcześniaki z niską masą urodzeniową, noworodki itp.) należy pobrany materiał uzyskany od tych pacjentów wykorzystać w jak najefektywniejszy sposób. Próbkę z hemolizą nie są odrzucane automatycznie. Każdorazowo pracownik laboratorium ocenia możliwość wykorzystania takiej próbki w zleconym badaniu. Należy wykonywać wszystkie badania, na które hemoliza nie ma znaczącego wpływu, a tylko w przypadku tych, których pomiar zakłóca w istotny sposób odstąpić od wykonania. Należy skontaktować się z jednostką zlecającą celem wyjaśnienia i ustalenia toku postępowania z konkretną próbką.**

## **2. PRZYGOTOWANIE I PRZESŁANIE RAPORTU MIESIĘCZNEGO**

Raport miesięczny Kierownicy Zakładów/Samodzielnych Pracowni/LBP lub osoby przez nich wyznaczone, dostarczają Liderowi Procesu X drogą mailową, a wyniki analizy błędów przedlaboratoryjnych omawiają z personelem laboratorium.

## **3. OBLICZANIE WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI. ANALIZA WSKAŹNIKÓW JAKOŚCI, ANALIZA TRENDÓW**

W celu oceny kluczowych aspektów fazy przedlaboratoryjnej oraz monitorowania zgodności w odniesieniu do ustalonych celów, zaimplementowano wskaźniki jakości procesu przedanalizy rekomendowane przez Grupę Roboczą „Laboratory Errors and Patient Safety” (WG-LEPS) Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej (IFCC) jako wskaźniki priorytetu I, tj. wymagane, obowiązkowe:



Wskaźnik jakości	Kod wg WG-LEPS IFCC	System raportowania	Zasady obliczania
<b>BŁĘDY IDENTYFIKACJI</b>	<b>Pre-MisR</b>	% z liczby niezidentyfikowanych zleceń do liczby wszystkich zleceń na badania laboratoryjne	1. policz niezidentyfikowane zlecenia ( <b>kod błędu: BZ</b> ) 2. policz wszystkie zlecenia na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-MisS</b>	% z liczby niezidentyfikowanych próbek do liczby wszystkich próbek	1. policz niezidentyfikowane próbki ( <b>suma kodów: NOP, BOP, ND, BM, ZP</b> ) 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
<b>BŁĘDY WPROWADZANIA DANYCH</b>	<b>Pre-LabTDE</b>	% wprowadzonych przez personel laboratorium nieprawidłowych danych do <u>wszystkich wprowadzonych danych przez personel laboratorium</u> (w tym personel Punktu Pobrań)	1. policz wnioski o korektę sprawozdania z wyników badań ( <b>PX;QP6;FP2</b> ), w których personel laboratorium błędnie wprowadził dane 3. policz wszystkie zlecenia na badania laboratoryjne, w których dane wprowadzał pracownik laboratorium (głównie zlecenia od kontrahentów zewnętrznych) 4. oblicz stosunek
	<b>Pre-OffDE</b>	% wprowadzonych przez personel zewnętrzny nieprawidłowych danych do wszystkich wprowadzonych danych przez personel zewnętrzny	1. policz wnioski o korektę sprawozdania z wyników badań ( <b>PX;QP6;FP2</b> ), w których personel zewnętrzny błędnie wprowadził dane 3. policz wszystkie zlecenia na badania laboratoryjne, w których dane wprowadzał pracownik zewnętrzny (zlecenia z CliniNet) 4. oblicz stosunek
<b>NIEWŁAŚCIWY RODZAJ PRÓBKII</b>	<b>Pre-WroTY</b>	% liczby nieprawidłowego rodzaju materiału do liczby wszystkich próbek np. surowica zamiast osocza	1. policz próbki nieprawidłowego materiału ( <b>kod błędu: NRM</b> ) 2. policz wszystkie próbki



			na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-WroCo</b>	% nieprawidłowego rodzaju probówki/pojemnika do wszystkich próbek	1. policz próbki pobrane do nieprawidłowych probówek/pojemników <b>(kod błędu: NRP)</b> 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
<b>NIEWŁAŚCIWA OBJĘTOŚĆ PRÓBK I</b>	<b>Pre-InsV</b>	% próbek o nieprawidłowej objętości do wszystkich próbek	1. policz próbki o nieprawidłowej ilości pobranego materiału, nie wliczając probówek z antykoagulantem <b>(kod błędu: MM)</b> 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-SaAnt</b>	% próbek z antykoagulantem o nieprawidłowej objętości do wszystkich próbek z antykoagulantem	1. policz probówki z antykoagulantem o nieprawidłowej ilości pobranego materiału, <b>(kod błędu: MMa)</b> 2. policz wszystkie probówki z antykoagulantem dostarczone do laboratorium 3. oblicz stosunek
<b>NIEWŁAŚCIWY TRANSPORT PRZECHOWYWANIE PRÓBEK I</b>	<b>Pre-NotRec</b>	% próbek niedostarczonych do wszystkich zleconych próbek	1. policz próbki niedostarczone do laboratorium <b>(suma kodów: BM, ZP)</b> 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-NotSt</b>	% próbek niewłaściwie przechowywanych przed badaniem do wszystkich zleconych próbek	1. policz próbki niewłaściwie przechowywane przed badaniem <b>(suma kodów: ZCP, ZWP, INL, NIT, ZCPWL, ZWPWL, ZPLW)</b> 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek



	<b>Pre-DamS</b>	% próbek uszkodzonych podczas transportu do wszystkich próbek	1. policz próbki uszkodzone podczas transportu ( <b>kod błędu: UTP</b> ) 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-InTem</b>	% próbek transportowanych w niewłaściwej temperaturze do wszystkich próbek	1. policz próbki transportowane w niewłaściwej temperaturze ( <b>kod błędu: ZTM</b> ) 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-ExcTim</b>	% próbek z wydłużonym czasem transportu do wszystkich próbek	1. policz próbki z wydłużonym czasem transportu ( <b>kod błędu: ZCT</b> ) 2. policz wszystkie próbki na badania laboratoryjne 3. oblicz stosunek
<b>ZANIECZYSZCZENIE PRÓBEK</b>	<b>Pre-MicCon</b>	% próbek <u>mikrobiologicznych</u> odrzuconych z powodu zanieczyszczenia do wszystkich próbek mikrobiologicznych	1. policz próbki mikrobiologiczne odrzucone z powodu zanieczyszczenia ( <b>kod błędu: PKm</b> ) 2. policz wszystkie próbki mikrobiologiczne 3. oblicz stosunek
	<b>Pre-Cont</b>	% próbek odrzuconych z powodu zanieczyszczenia do wszystkich próbek <u>nie mikrobiologicznych</u>	1. policz próbki nie mikrobiologiczne odrzucone z powodu zanieczyszczenia ( <b>suma kodów: PK, PPK, PL</b> ) 2. policz wszystkie próbki nie mikrobiologiczne 3. oblicz stosunek
<b>HEMOLIZA PRÓBEK</b>	<b>Pre-HemV</b>	% próbek z wolną hemoglobina HGB>0.5 g/l wykrywaną wizualnie do całkowitej liczby próbek sprawdzonych na obecność hemolizy	1. policz próbki z wolną hemoglobina HGB>0.5 g/dl wykrywaną wizualnie ( <b>kod błędu: Hmo, Hmw</b> ) 2. policz wszystkie próbki sprawdzane na obecność hemolizy



			3. oblicz stosunek
	<b>Pre-HemI</b>	% próbek z wolną hemoglobina HGB>0.5 g/l wykrywaną automatycznie do całkowitej liczby próbek sprawdzonych na obecność hemolizy	1. policz próbki z wolną hemoglobina HGB>0.5 g/dl wykrywaną automatycznie ( <b>kod błędu: Hao, Haw</b> )  2. policz wszystkie próbki sprawdzane na obecność hemolizy  3. oblicz stosunek
	<b>Pre-HemR</b>	% próbek odrzuconych z powodu hemolizy do całkowitej liczby próbek sprawdzonych na obecność hemolizy	1. policz próbki odrzucone z powodu hemolizy ( <b>suma kodów: Hmo, Hao,</b> )  2. policz wszystkie próbki sprawdzane na obecność hemolizy  3. oblicz stosunek
<b>PRÓBKIE Z OBECNYM SKRZEPEM</b>	<b>Pre-Clot</b>	% próbek z antykoagulantem z obecnym skrzepem do wszystkich próbek z antykoagulantem	1. policz próbki z antykoagulantem z obecnym skrzepem ( <b>kod błędu: S</b> )  2. policz wszystkie próbki z antykoagulantem sprawdzane na obecność skrzepu  3. oblicz stosunek

Obliczone wskaźniki są analizowane w następujący sposób:

Wyniki laboratoryjne są gromadzone na specjalnie opracowanej stronie internetowej (**www.ifcc-mqi.com**) i zarządzane w ramach External Quality Assurance Program (EQAP), za pośrednictwem którego wyniki laboratoryjne są oceniane w porównaniu z wynikami wszystkich uczestniczących laboratoriów.

Lider procesu X porównuje raportowane wyniki z wynikami innych uczestników na podstawie średniej obliczonej na podstawie wartości Sigma laboratoriów z tego samego kraju i wszystkich uczestniczących laboratoriów. Zwrotnie otrzymuje wyniki i trendy wartości Sigma w formie wykresu oraz częstości rozkładu.

#### 4. PRZYGOTOWANIE SUMARYCZNEGO RAPORTU

Sumaryczny raport przygotowujący przez Lidera Procesu X obejmuje:

- sumę wszystkich raportów miesięcznych otrzymanych przez Lidera Procesu X z Zakładów/Samodzielnych Pracowni/LBP
- wyniki analizy wskaźników jakości
- analizę trendów
- wnioski.

#### 5. UDOSTĘPNIANIE SUMARYCZNEGO RAPORTU

Sumaryczny raport jest udostępniany wszystkim zainteresowanym w intranecie: zakładka sprawy kliniczne -> błędy przedlaboratoryjne. Dodatkowo Lider Procesu X przekazuje raport Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych, Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zespołowi ds. Jakości oraz zleceniodawcom generującym >5% błędów



szpitala drogą mailową.

## 6. ANALIZĘ SUMARYCZNEGO RAPORTU

Sumaryczny raport udostępniony w intranecie Kierownicy Oddziałów, Pielęgniarki Oddziałowe lub osoby przez nich wyznaczone omawiają z podległym personelem, a wszelkie wątpliwości/zapytania kierują do Lidera Procesu X.

## 7. WDRAŻANIE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH

Lider Procesu X każdorazowo, po przygotowaniu sumarycznego raportu analizuje zarejestrowane błędy przedlaboratoryjne w celu zidentyfikowania:

- a) powtarzających się niezgodności
- b) obszarów, w których najczęściej występują niezgodności
- c) przyczyn niezgodności.

Na podstawie zebranych informacji Lider procesu X we współpracy z Kierownikami Zakładów/ Samodzielnych Pracowni/LBP, Z-cą Dyrektora ds. Klinicznych, Z-cą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zespołem ds. Jakości, Kierownikami Oddziałów i Pielęgniarkami Oddziałowymi opracowuje działania naprawcze. Działania naprawcze prowadzone są do momentu zapewnienia ich skuteczności.

## 8. SZKOLENIA

Zakres wymaganego szkolenia personelu IPCZD w zakresie zapobiegania błędom przedlaboratoryjnym określa formularz PX;QP7;FP5 stanowiący załącznik do niniejszej procedury.

W przypadku konieczności/możliwości realizacji dodatkowych szkoleń nieujętych w formularzu PX;QP7;FP6 ich organizację koordynuje Lider Procesu X. Uczestnictwo w każdym szkoleniu jest udokumentowane.

## 9. PROJEKTY POPRAWY JAKOŚCI

Wnioski z analizy błędów przedlaboratoryjnych są podstawą do formułowania przynajmniej jednego projektu poprawy jakości.

## VI. ZAŁĄCZNIKI, INSTRUKCJE I DOKUMENTY ZWIĄZANE (W TYM FORMULARZE)

### 1. ZAŁĄCZNIKI:

- PX;QP7;FP1 - Tabela kodów błędów przedlaboratoryjnych
- PX;QP7;FP2 - Rejestr błędów przedlaboratoryjnych
- PX;QP7;FP3 - Miesięczny raport z rejestru błędów przedlaboratoryjnych
- PX;QP7;FP4 - Harmonogram oceny błędów przedlaboratoryjnych w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
- PX;QP7;FP5 - Zakres wymaganego szkolenia personelu IPCZD w zakresie zapobiegania błędom przedlaboratoryjnym

### 2. DOKUMENTY ZWIĄZANE

- Procedury zlecenia, pobierania, transportu i przyjmowania materiału do badań laboratoryjnych opracowane przez poszczególne Zakłady/Samodzielne Pracownie/Laboratorium Badań Podstawowych w ramach procesu X
- Procedury procesu X dedykowane wszystkim Zakładom/Samodzielnym Pracowniom/ Laboratorium Badań Podstawowych
- PX;QP6;FP2 – Wniosek o korektę sprawozdania z wyników badań