



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO

Para uso exclusivo do DICQ. Favor não preencher

Número do Processo

--

Para uso exclusivo do Laboratório Clínico. Favor preencher com clareza

A - Identificação do Laboratório Clínico			
Razão Social:			
<input type="checkbox"/> CNPJ:		<input type="checkbox"/> CPF:	
Endereço:		Nº:	Complemento:
Cidade:	Estado:	CEP:	-
Fone: () /	Fax.: ()	E-mail:	
A.1 - Responsável Técnico			
Nome:			
Profissão:		CR:	Nº:
B - Tipo de Laboratório Clínico			
<input type="checkbox"/> Apoio	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Referência	
<input type="checkbox"/> Banco de Sangue	<input type="checkbox"/> Posto de Coleta	<input type="checkbox"/> Outro (descrever):	
<input type="checkbox"/> Ensino	<input type="checkbox"/> Privado		
<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Público		
C - Especialidades / Serviços existentes destinados à Acreditação			
<input type="checkbox"/> Anátomo Patologia	<input type="checkbox"/> Imunologia	<input type="checkbox"/> Micologia	<input type="checkbox"/> Urinálise
<input type="checkbox"/> Biologia molecular	<input type="checkbox"/> Doenças Infecciosas	<input type="checkbox"/> Microbiologia	<input type="checkbox"/> Outra(s) (descrever):
<input type="checkbox"/> Bioquímica	<input type="checkbox"/> Hormônios	<input type="checkbox"/> Parasitologia	
<input type="checkbox"/> Citopatologia	<input type="checkbox"/> Drogas Terapêuticas	<input type="checkbox"/> Toxicologia	
<input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Marcadores Tumorais	<input type="checkbox"/> Drogas de Abuso	
	<input type="checkbox"/> Auto-Imunidade	<input type="checkbox"/> Medicina do Trabalho	
D - Objetivo da solicitação			
<input type="checkbox"/> Auditoria para Acreditação	<input type="checkbox"/> Redução da Acreditação		
<input type="checkbox"/> Auditoria de Manutenção	<input type="checkbox"/> Alteração da Organização		
<input type="checkbox"/> Extensão da Acreditação	<input type="checkbox"/> Outro (descrever):		



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)

E - Anexar a este formulário:		
1 – Manual da Qualidade (duas cópias);		
2 – Contrato com o patrocinador do Programa de Controle Externo da Qualidade;		
3 – Certificado anual do Programa de Controle Externo da Qualidade;		
4 – Última avaliação mensal do Programa de Controle Externo da Qualidade;		
5 – Cópia do contrato social do Laboratório Clínico na alteração vigente;		
6 – <i>Curriculum Vitae</i> do Responsável Técnico e do Diretor do Laboratório.		
7 – Relação dos Equipamentos do Laboratório (listar todos que de modo direto ou indireto são utilizados para a realização dos exames laboratoriais: analisadores, equipamentos de suporte, instrumentos de medição e outros).		
8 – Relação dos Exames próprios das diferentes especialidades/serviços.		
9 – Relação dos Exames terceirizados das diferentes especialidades/serviços.		
1 – Organização		
1.1 – Responsável pela Solicitação		
Nome:		
Cargo:	Fone: ()	E-mail:
2 – Pessoal		
Número de pessoas de nível superior envolvidos nos setores técnicos		
Número de pessoas de nível médio envolvidas nos setores técnicos		
Número de pessoas envolvidas na administração		
Número de pessoas na limpeza e na manutenção das instalações		
3 – Diretor do Laboratório		
Nome:		
Profissão:	CR:	Nº:
4 – Garantia da Qualidade		
Nome do Responsável:		
Profissão:	CR:	Nº:
Experiência:		
5 – Supervisor Técnico		
Nome:		
Profissão:	CR:	Nº:



Sistema Nacional de Acreditação

Patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas - SBAC

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)

6 - Chefes dos Setores		
Setor Técnico	Nome do Chefe do Setor	Profissão
Anátomo Patologia		
Biologia Molecular		
Bioquímica		
Citopatologia		
Coleta de material Biológico		
Controle da Qualidade		
Hematologia		
Imunologia		
Lavagem, Esterilização e Descarte de material		
Micologia		
Microbiologia		
Parasitologia		
Toxicologia		
Triagem		
Urinálise		
Outros:		
Setor Administrativo	Nome do Chefe do Setor	Profissão
Arquivo		
Conferência e Liberação de Laudos		
Informática		
Recepção		
Secretaria		
Outros:		



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO (continuação)

7 – Horário de Funcionamento			
1 - O laboratório funciona 24 horas?		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2 - Qual é o horário de funcionamento do laboratório?			
7.1 - Pacientes Atendidos			
1 – Número médio de pacientes atendidos por dia =			
7.2 - Média de Exames			
Qual é a média anual de exames das especialidades/serviços:			
Especialidade/Serviço	Média Anual	Especialidade	Média Anual
Anátomo Patologia		Micologia	
Biologia Molecular		Microbiologia	
Bioquímica		Parasitologia	
Citopatologia		Toxicologia	
Hematologia		Drogas de Abuso	
Hormônios		Medicina do Trabalho	
Imunologia		Urinálise	
Auto-Imunidade		Outros:	
Doenças Infecciosas			
Drogas Terapêuticas			
Marcadores Tumorais			
8 - Declaração (Esta declaração deve ser feita pelo Diretor do Laboratório ou Responsável Técnico pelo Laboratório).			
<p>1. O Laboratório Clínico concorda em cumprir e manter o atendimento aos requisitos do Regulamento do DICQ – Sistema Nacional de Acreditação, constantes no MANUAL DE ACREDITAÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS DO DICQ;</p> <p>2. Declaro que tenho conhecimento e que estou de acordo com o Sistema de Acreditação adotado pelo DICQ, e que as informações contidas neste formulário de Solicitação de Acreditação de Laboratório Clínico são verdadeiras;</p> <p style="text-align: center;">_____, _____ de _____. (Local / Data)</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do Diretor do Laboratório/Responsável.</p>			