|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NARODOWE CENTRUM BADAŃ JĄDROWYCH**  **LABORATORIUM POMIARÓW DOZYMETRYCZNYCH (LPD)**  **Dział Pomiarów Skażeń** *ul. Andrzeja Sołtana 7, 05-400 Otwock*  *tel. 22 273 11 50;  fax 22 273 12 00; sekretariat:  22 273 10 32; e-mail: lpd@ncbj.gov.pl*  Laboratorium badawcze akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacji (AB 567).  Aktualny zakres akredytacji laboratorium znajduje się na stronie internetowej www.pca.gov.pl |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wypełnia  NCBJ- LPD*** | **ZLECENIE NR: ……..…/………** | |
| **Koszt realizacji:** |  |
| **Przybliżony termin realizacji:** |  |
| **Pobór próbki do badań:** | ☐ Zleceniodawca ☐ Laboratorium ☐ Nie dotyczy |

|  |
| --- |
| **ZLECENIODAWCA WYPEŁNIA BIAŁE POLA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa firmy**/ **Imię i nazwisko:** |  | |
| **Adres:** |  | |
| **NIP:** |  | |
| **Dane do faktury:**  *(jeśli zgodne z danymi zleceniodawcy pole pozostawić puste)* |  | |
| **Osoba upoważniona do kontaktu:** |  | |
| **Forma płatności:** | Przelew na konto NCBJ po otrzymaniu faktury VAT  Zlecenie wewnętrzne NCBJ  Nie dotyczy | |
| **Sposób przekazania sprawozdania  z badań:** | **Preferowana forma sprawozdania** : …………………………… **Ilość sztuk:** …………………………….  Osobiście (po okazaniu dowodu wpłaty)  Pocztą (po stwierdzeniu wpływu należności na rachunek bankowy)  Inny:……………………………………… | |
| **Sposób dostarczenia próbek do badań:** | ☐ Bezpośrednio przez Zleceniodawcę lub jego przedstawiciela ☐ Odebrana przez pracownika Laboratorium  ☐ Przesyłka (kurier, poczta) ☐ Nie dotyczy | |
| **Upoważniam Państwa do wystawienia faktury VAT bez naszego (mojego) podpisu**. | | |
| **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zleceniu dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji** | | |
| **Wyniki uzyskane w trakcie badań:** | ☐ mogą ☐ nie mogą **być wykorzystane przez LPD w opracowywanych publikacjach.** | |
| **Stwierdzenie zgodności wyniku   z wymaganiami/specyfikacją:**  *Brak wypełnienia pola jest jednoznaczny  z wybraniem opcji „NIE”.* | ☐ **NIE** | |
| ☐ **TAK**  *(należy wypełnić wszystkie pola tj. „Specyfikacja/ wymaganie” oraz „Zasada podejmowania decyzji)* | **Specyfikacja/wymaganie:** (wpisać)  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………………………………………………………….……. |
| **Zasada podejmowania decyzji**: *(zaznaczyć wybór lub wpisać samodzielnie)*  zasada prostej akceptacji zgodnie z ILAC-G8:09/2019  zasada binarna uwzględniająca pasma ochronne w=U zgodnie z ILAC-G8:09/2019  zasada niebinarna uwzględniająca pasma ochronne w=U zgodnie z ILAC-G8:09 /2019  inna (wpisać):  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………….. |

| **ZAKRES BADAŃ (WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** |  | **Rodzaj badania** | **Symbol Procedury LPD** | **Liczba badanych próbek/osób** | **Symbol próbek/ Imię i nazwisko** |
| 1 |  | Pomiary skażeń wewnętrznych za pomocą Licznika Promieniowania Całego Ciała (LPCC). | C-1 a) |  |  |
| 2 |  | Pomiary skażeń tarczycy (LPT). | T-1 a) |  |  |
| 3 |  | Pomiary spektrometryczne promieniowania gamma *(próbki biologiczne).* | W-1 b) |  |  |
| 4 |  | Oznaczanie całkowitego stężenia aktywności izotopów alfapromieniotwórczych w moczu. | W-2 \*) b) |  |  |
| 5 |  | Oznaczanie całkowitego stężenia aktywności izotopów betapromieniotwórczych w moczu. | W-3  b) |  |  |
| 6 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopu trytu (HTO) w moczu. | W-4 b) |  |  |
| 7 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopu fosforu (32P) w moczu. | W-5 b) |  |  |
| 8 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopu siarki (35S) w moczu. | W-6 b) |  |  |
| 9 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopu strontu (90Sr) lub itru (90Y) w moczu. | W-8 b) |  |  |
| 10 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopów plutonu (238Pu, 239+240Pu) w moczu. | W-9 b) |  |  |
| 11 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopów ameryku (241Am) i kiuru (242Cm, 243+244Cm) w moczu. | W-10 \*) b) |  |  |
| 12 |  | Oznaczanie stężenia aktywności izotopu polonu (210Po) w moczu. | W-11  b) |  |  |
| 13 |  | Ocena obciążającej dawki efektywnej od skażeń wewnętrznych radionuklidami (*patrz: Uwaga* ) | ISD a) b) c) |  |  |
| 14 |  | Inne: *(wpisać)*  *…………………………………………..……………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………..……………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………..……………………………………………………………………………………………………* | |  |  |

\*) Procedura nieakredytowana

a) Ocena obciążającej dawki skutecznej lub równoważnej na podstawie pomiarów skażeń wewnętrznych u ludzi metodami *in vivo*.

b) Ocena obciążającej dawki skutecznej lub równoważnej na podstawie pomiarów skażeń wewnętrznych metodami *in vitro*.

c) Szacowanie na podstawie wyników pomiarów podanych przez Zleceniodawcę (patrz: UWAGA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UWAGA :**   1. **Laboratorium szacując skuteczną dawkę obciążającą bazuje na scenariuszu narażenia podanym przez Zleceniodawcę** *(należy wypełnić Tabelę):*  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **SCENARIUSZ NARAŻENIA DLA OSZACOWANIA SKUTECZNEJ DAWKI OBCIĄŻAJĄCEJ** | **Symbol próbki/  Imię i nazwisko** | **Sposób i data narażenia** | **Droga narażenia** | **Rodzaj narażenia** | **Rodzaj radionuklidu  i jego postać** | | *…………………………………………………………………………* | ☐ *Chroniczne*  *od…………..…do………….…*  ☐ *Jednorazowe* | ☐ *Pokarmowa* ☐ *Oddechowa*  ☐ *Mieszana*  ☐ *Inna* | ☐Niezawo*dowy*  ☐ *Zawodowy*  ☐ *Medyczny* ☐ *Awaryjny* | *…………………………………………………………………..* |   Scenariusz narażenia może zostać również przekazany pocztą elektroniczną w dniu dostarczenia próbki/wykonania pomiaru u osoby badanej.   1. **W przypadku, gdy szacowanie skutecznej dawki obciążającej dotyczy więcej niż jednej próbki do badań/osoby - wiersze tabeli należy zwielokrotnić proporcjonalnie do ilości próbek do badań/osób (jeden wiersz= jeden scenariusz dotyczący próbki do badań/osoby).**   **Tak zwielokrotnioną tabelę należy w formie załącznika dołączyć do zlecenia.**  **CZY DO ZLECENIA** **DOŁĄCZANY JEST ZAŁĄCZNIK?:** *(zaznaczyć właściwe)* **TAK NIE**   1. **W przypadku braku informacji na temat scenariusza narażenia dla pomiarów *in vitro* Laboratorium przyjmuje następujący scenariusz:  narażenie chroniczne drogą oddechową dla nieznanej formy danego radionuklidu od dnia poprzedniego poboru próbki do dnia bieżącego poboru próbki (z których wykonywana jest dana analiza) lub przez 365 dni (jeśli okres pomiędzy pomiarami jest dłuższy niż rok lub gdy dokładna data narażenia nie jest określona).** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zleceniodawca:** | | **Wykonawca (LPD-NCBJ)** Zapoznałem się z uwagami i akceptuję przegląd zlecenia: | |
| Data | Podpis: | Data: | Podpis: |

**INFORMACJE DODATKOWE DLA ZLECENIODAWCY:**

* *Zleceniodawca może złożyć skargę do Laboratorium, w przeciwnym wypadku przyjmuje się, że rezultat usługi (badania) został przyjęty jako pozbawiony wad. Rozpatrywanie skarg odbywa się zgodnie z wytycznymi Procedury Ogólnej O-9 (do wglądu na życzenie Zlecającego).*
* *W przypadku niewskazania przez Zleceniodawcę metody badań - Laboratorium konsultuje się z nim i dokonuje wyboru metod, które uzna za właściwe dla badanej próbki. Laboratorium nie wyraża zgody na przeprowadzenie badania metodą, która mogłaby zagrozić obiektywności wyników lub cechować się małą wiarygodnością.*
* *LPD zapewnia ochronę danych Zleceniodawcy, których stał się posiadaczem w wyniku realizowanego zlecenia oraz pełną poufność w stosunku do wszelkich informacji uzyskanych   
  i wytworzonych w trakcie realizacji działalności laboratoryjnej, chyba, że informacja taka stała się powszechnie znana bez naruszenia tejże umowy, bądź też musi być ujawniona organowi uprawnionemu do tego na mocy obowiązujących przepisów prawa.*
* *Lista badań prowadzonych w ramach zakresu elastycznego znajduje się na stronie internetowej* [*www.lpd.ncbj.gov.pl*](http://www.lpd.ncbj.gov.pl)