|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NARODOWE CENTRUM BADAŃ JĄDROWYCH** **LABORATORIUM POMIARÓW DOZYMETRYCZNYCH (LPD)****Dział Pomiarów Skażeń (DPS)***ul. Andrzeja Sołtana 7, 05-400 Otwock**tel. +48 22 273 11 50; 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: B /…..… /………**  |
| **Koszt realizacji:** |   |
| **Przybliżony termin realizacji:** |  |
| **Pobór próbki do badań:** | [ ]  Zleceniodawca [ ]  Laboratorium [ ]  Nie dotyczy |
| **Ustalenia odnośnie realizacji zlecenia** **zgodnie z:***(wypełnić jeśli dotyczy)* |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane Zleceniodawcy** | **Pełna nazwa Zleceniodawcy:** |  |
| **Adres:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Dane do faktury:***(jeśli zgodne z danymi Zleceniodawcy pole pozostawić puste)* |  |
| **Osoba upoważniona do kontaktu:***(imię i nazwisko, tel. kontaktowy, e-mail)* |  |
| **Forma płatności:***(zaznaczyć właściwe)* | [ ]  **Przelew na konto NCBJ po otrzymaniu faktury VAT** [ ]  **Zlecenie wewnętrzne NCBJ** |
| **Wyniki uzyskane w trakcie badań:** *(zaznaczyć właściwe)Brak wypełnienia pola uznaje się jako zaznaczenie opcji „Mogą”.* | [ ]  **Mogą**[ ]  **Nie mogą** | być wykorzystane przez LPD w opracowywanych publikacjach (anonimowo, bez podawania danych Zleceniodawcy). |
| **Sposób dostarczenia próbek do badań:** *(zaznaczyć właściwe)* | [ ]  **Osobiście przez Zleceniodawcę lub upoważnionego przedstawiciela Zleceniodawcy**[ ]  **Wysyłka do Laboratorium** [ ]  **Inny:** *(wpisać)*  [ ]  **Nie dotyczy**  |
| **Stwierdzanie zgodności z wymaganiami/specyfikacjami** | **Czy wymagane jest stwierdzenie zgodności wyniku/-ów z wymaganiami/specyfikacjami:***(zaznaczyć właściwe)**Brak wypełnienia pola uznaje się jako zaznaczenie opcji „Nie”.* | [ ]  **Nie** (zaraportowany zostanie uzyskany wynik badania próbki/-ek)[ ]  **Tak**(w przypadku wyboru tej opcji konieczne jest uzupełnienie pól A, B, C – ustalenia szczegółowe)(zaraportowany wynik zostanie odniesiony do wybranej specyfikacji/wymagania zgodnie z ustaloną zasadą podejmowania  decyzji. Przykładowe formy stwierdzeń zgodności to: wynik zgodny/niezgodny z wymaganiem xx, spełnia/nie spełnia  wymaganie xx).  |
| **Ustalenia szczegółowe dot. przedstawiania stwierdzeń zgodności z wymaganiami/ specyfikacjami:***(wypełnić tylko jeśli powyżej zaznaczono „Tak”)Brak wypełnienia pól uznaje się jako zaznaczenie opcji „Nie”.* | **A** | **Specyfikacja/wymaganie** *(wpisać)* |
|  |
| **B** | **Ilu próbek/osób dotyczy stwierdzanie zgodności** *(wpisać)* |
|  |
| **C** | **Zasada podejmowania decyzji** *(zaznaczyć wybór lub wpisać samodzielnie.)* |
| *Szczegółowe informacje (w tym ryzyko związane z wybraną zasadą) opisane są w dokumencie ILAC-G8:09/2019* [ ]  **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 zasada:** *(wpisać szczegóły*)  |
| **Raport z badań** | **Preferowana forma raportu z badań:***(zaznaczyć właściwe)* | [ ]  **Elektroniczna (skan) wysłana na adres e-mail**: | [ ]  **Papierowa** |
|   |  **Ile sztuk?**   |
| **Sposób odbioru raportu z badań:***(w przypadku wyboru opcji papierowej)* | [ ]  **Odbiór osobisty w siedzibie LPD przez Zleceniodawcę /osobę upoważnioną wskazaną w Zleceniu** [ ]  **Wysyłka na adres:** *(wpisać)* [ ]  **Inny:** *(wpisać)*  |
| **Dodatkowe ustalenia:***(wpisać jeśli dotyczy)* |  |

| **ZAKRES BADAŃ (WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA)** |
| --- |
| **Lp.** |  | **Rodzaj badania** | **Symbol Procedury Operacyjnej LPD** | **Liczba badanych próbek lub osób** | **Symbol próbek lub 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 | [ ]  | Wyznaczenie aktywności ołowiu-210 (210Pb) w moczu  | IWA Pb-210 \*) b) |  |  |
| 15 |  [ ]  | 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 poniższą Tabelę):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SCENARIUSZ NARAŻENIA DLA OSZACOWANIA SKUTECZNEJ DAWKI OBCIĄŻAJĄCEJ**  | **Symbol próbki lub imię i nazwisko** | **Sposób i data narażenia** | **Droga narażenia** | **Rodzaj narażenia** | **Rodzaj radionuklidu i jego postać** |
|  | [ ] Chroniczne od do  [ ]  Jednorazowe w dniu:  | [ ] Pokarmowa [ ]  Oddechowa[ ]  Inna *(wpisać):*  | [ ]  Niezawodowy [ ]  Zawodowy [ ]  Inny: *(wpisać*)  | 1. Rodzaj radionuklidu: *(wpisać)*

1. Postać chemiczna:

 [ ] Znana: *(wpisać)* [ ]  Nieznana |

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 formy radionuklidu dla której współczynnik konwersji aktywności wnikniętej na skuteczną dawkę obciążającą e(g) jest najwyższy, 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).**
 |

|  |
| --- |
| **Uwagi dotyczące realizacji zleceń przez LPD NCBJ** |
| * W przypadku pobierania a także dostarczania próbek przez Zleceniodawcę - LPD nie ponosi odpowiedzialności za pobieranie i transport próbek.
 |
| * Zleceniodawca może złożyć skargę do Laboratorium, w przeciwnym wypadku przyjmuje się, że rezultat usługi został przyjęty jako pozbawiony wad. Rozpatrywanie skarg odbywa się zgodnie z wytycznymi Procedury Ogólnej LPD symbol O-9 (do wglądu na życzenie zlecającego).
 |
| * W przypadku niewskazania przez Zleceniodawcę metody badań Laboratorium konsultuje się ze Zleceniodawcą i dokonuje wyboru metod, które uzna za właściwe. Laboratorium nie wyraża zgody na przeprowadzenie badania metodą, która mogłaby zagrozić obiektywności wyników lub cechować się małą wiarygodnością.
 |
| * W przypadku odstępstwa od ustaleń/zapisów w zleceniu Zleceniodawca zostanie o nim poinformowany przed rozpoczęciem badania. Decyzja o rozpoczęciu takiego badania należy do Zleceniodawcy.
 |
| * Zmiany w zleceniu mogą być dokonane tylko za zgodą obu ze stron.
 |
| * 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. |
| * Podpis na Zleceniu jest jednoznaczny z wyrażeniem zgody na przetwarzanie podanych danych osobowych zawartych w zleceniu dla potrzeb niezbędnych do jego realizacji.

Klauzula informacyjna na temat przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie https://www.ncbj.gov.pl/rodo. |
| * W przypadku stwierdzania zgodności z wymaganiami/specyfikacjami Laboratorium stosuje się do ustalonej zasady podejmowania decyzji opisanej szczegółowo (wraz z ryzykiem związanym z przyjętą metodą) w przewodniku ILAC-G8:09/2019.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zleceniodawca:** | **Wykonawca (LPD-NCBJ):**Zapoznałem się z zapisami i potwierdzam przegląd zlecenia: |
| *(data, podpis)* | *(data, podpis)* |