

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR

KOMISE PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

PŘIHLÁŠKA K ZAŘAZENÍ DO PROGRAMU MZ SCREENINGU KARCINOMU  
DĚLOŽNÍHO HRDLA

Zdravotnické zařízení: .....

Úplná adresa: .....

IČZ : ..... DIČ: ..... IČP(laboratoř): .....

Pracoviště (úplný název cytologické laboratoře): .....

Přesná adresa sídla laboratoře: .....

Statutární zástupce: .....

Odborný zástupce: .....

Kontakt do laboratoře: telefon : ..... FAX: .....

E-mail: .....

Registrace laboratoři vydána kým, dne: .....

Přihlašuji se tímto k zařazení do Programu pro screening karcinomu děložního hrdla ČR.

Svým podpisem na této žádosti potvrzuji, že:

1. všechny údaje uvedené v žádosti a na akreditačních formulářích jsou pravdivé,
2. dodržím všechny podmínky a kritéria, každou změnu oznámím Ministerstvu zdravotnictví a zdravotním pojišťovnám a umožním kontrolu jejich plnění,
3. souhlasím s tím, aby pro potřeby zhodnocení dosavadní činnosti zařízení poskytly zdravotní pojišťovny komisi potřebná statistická data (netýká se osobních údajů o pacientkách).
4. Veškerá hodnocení cervikovaginální cytologie budu vykazovat pouze kódy 95198 či 95199. Vykazování jakéhokoli jiného kódu v souvislosti s vyhodnocením cervikovaginální cytologie bude důvodem k vyřazení z programu screeningu karcinomu děložního hrdla.
5. Umožním zástupcům Komise pro screening karcinomu děložního hrdla MZ ČR provést kontrolu činnosti laboratoře.

V..... dne .....  
Podpis statutárního zástupce a razítko ZZ

**Důležité upozornění:** Doporučení MZ je vázáno vždy na konkrétní laboratorní pracoviště a je nepřenosné na jiné laboratorní provozy téhož zdravotnického zařízení (neplatí tedy pro žádné další detašované laboratoře).

Vyplněnou a podepsanou písemnou přihlášku zašlete na adresu: Ministerstvo zdravotnictví ČR, odbor zdravotních služeb, Komise pro screening karcinomu děložního hrdla, Mgr. Eva Křemenová, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2 ([eva.kremenova@mzcr.cz](mailto:eva.kremenova@mzcr.cz))

## **Dokumentace k žádosti statutárního zástupce cytologické laboratoře o zařazení do Programu MZ screeningu karcinomu děložního hrdla.**

1. Výčet zdravotních pojišťoven, s nimiž má laboratoř smlouvu o výkonech odb. 817 týkajících se cytologické diagnostiky, v souladu s vyhl. č. 457/2000.
2. Kopie statistického výkazu laboratoře za rok předešlý podání žádosti bez zřetele k případným změnám osoby vedoucího pracovníka, názvu nebo sídla ZZ.
3. Zřizovatel musí prokázat, že jejich garant sám odečetl nebo revidoval v průběhu posledních 2 let 5 tisíc cervikovaginálních stěrů ročně (event. lze nahradit čestným prohlášením).
4. Jména, kopie nejvyšší dosažené kvalifikace a délka úvazků (uvedte v hodinách týdně odborného zástupce a pracovníků (tj. všech lékařů a cytotechniků), kteří jsou nositeli výkonů v cervikovaginální cytologii laboratoře v období od 1.1. do 31.12. roku předešlého podání žádosti.
5. Je hodnocení preparátu kvalifikovaným lékařem dostupné v průběhu celé pracovní doby?
6. Jména a počet osob, jež laboratoř zaměstnává pro práce pomocné a administrativní.
7. Týdenní pracovní doba laboratoře
8. Stručný popis laboratorních prostor, odpovídajících vyhl. č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení ZZ, ve znění pozdějších předpisů (počet místností a celková plocha laboratorních prostor).
9. Výrobní značka a rok výroby badatelského mikroskopu, výrobní značka nástavné fotokamery.
10. Počet rutinních laboratorních mikroskopů (včetně jejich výrobní značky a roku výroby), užívaných v laboratoři.
11. Výrobní značka a rok výroby barvicího automatu. Metoda (resp. modifikace) barvení cervikovaginálních cytologických preparátů, užívaná v laboratoři
12. Popis způsobu umístění a prostor pro archivaci skel a průvodek
13. Užívaná výpočetní technika: rok výroby PC, softwarové vybavení, případně výbava sítě.
14. Popis možnosti vyhledání předchozích vyšetření téže osoby a dohledání jeho substrátu (skla). Způsob expedice nálezů z laboratoře a obvyklý interval od přijetí preparátu k odeslání výsledku.
15. Dostupnost testu, detekujícího HPV DNA (metoda) a informace o jeho výsledku pro laboratoř – popis.
16. Jakým způsobem získává laboratoř výsledky histopatologické korelace svých nálezů, a výsledná hodnocení po provedených operacích (ústní sdělení, kopie nálezů, vlastní dohledávání).
17. Výčet histopatologických pracovišť, s nimiž je cytologická laboratoř v rutinním kontaktu.
18. Popis způsobů vnitřní kontroly kvality, užívaných v laboratoři (účast laboratoře v externí kontrole kvality, příp. certifikát o získané akreditaci, o přípravě k akreditaci apod).
19. Demografický odhad populace dospělých žen ve věku 25 – 60 let, pro něž laboratoř provádí cervikovaginální cytologii. Výčet správních celků (dřívějších okresů), do nichž služby laboratoře zasahují.
20. Současný počet kooperujících gynekologických ordinací (indikujících cervikovaginální cytologické vyšetření ve Vaší laboratoři).