

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR

KOMISE PRO SCREENING KARCINOMU DĚLOŽNÍHO HRDLA

**ŽÁDOST O REAKREDITACI PRACOVISŤE ZAŘAZENÉHO DO PROGRAMU MZ SCREENING  
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 laboratoří vydána kým, dne: .....

Dle rozhodnutí Komise pro screening karcinomu děložního hrdla MZ ČR žádám o provedení kontroly (reakreditace) pracoviště zařazeného do Programu pro screening karcinomu děložního hrdla ČR.

Svým podpisem na této žádosti se zavazuji že:

- umožním zástupcům Komise pro screening karcinomu děložního hrdla MZ ČR provést kontrolu činnosti laboratoře v rámci reakreditace a poskytnu k provedení kontroly všechny požadované dokumenty a údaje
- dodrším všechny podmínky a kritéria, každou změnu oznámím Ministerstvu zdravotnictví a zdravotním pojišťovněm a umožním kontrolu jejich plnění,
- souhlasím s tím, aby pro potřeby zhodnocení dosavadní činnosti zařízení poskytl zdravotní pojišťovny komisi potřebná statistická data (netýká se osobních údajů o pacientkách).
- 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.

**Součástí přihlášky je Dokumentace k žádosti statutárního zástupce cytologické laboratoře o prodloužení akreditace pro program screeningu karcinomu děložního hrdla.**

V..... dne .....  
statutární 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 žádost 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 **prodloužení akreditace** pro Program MZ screening 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. Počet žen, identifikovaných rodným číslem, jimž laboratoř provedla cytologické vyšetření cervikovaginální oblasti v intervalu od 1.1. do 31.12. roku předešlého podání žádosti.
4. Počet žen, identifikovaných rodným číslem, jimž laboratoř provedla ve stejném období vyšetření cervikovaginální oblasti opakovaně, bez zřetele k pracovišti, kde byl proveden odběr materiálu.
5. Jména, kopie nejvyšší dosažené kvalifikace a délka úvazků (uvedte v hodinách týdně odborného zástupce a pracovníků (tj. všech lékařů a cytotechniků dané laboratoře), kteří jsou nositeli výkonů v cervikovaginální cytologii laboratoře v období od 1.1. do 31.12. roku předešlého podání žádosti.
6. Je hodnocení preparátu kvalifikovaným lékařem dostupné v průběhu celé pracovní doby?
7. Jména a počet osob, jež laboratoř zaměstnává pro práce pomocné a administrativní.
8. Týdenní pracovní doba laboratoře
9. 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).
10. Výrobní značka a rok výroby badatelského mikroskopu, výrobní značka nastavné fotokamery.
11. Počet rutinních laboratorních mikroskopů (včetně jejich výrobní značky a roku výroby), užívaných v laboratoři.
12. Výrobní značka a rok výroby barvicího automatu. Metoda (resp. modifikace) barvení cervikovaginálních cytologických preparátů, užívaná v laboratoři
13. Popis způsobu archivace skel a průvodek, umístění archivu
14. Užívaná výpočetní technika: rok výroby PC, softwarové vybavení, případně výbava sítě.
15. Popis možnosti vyhledání předchozích vyšetření téže osoby a dohledání příslušného substrátu (skla). Způsob expedice nálezů z laboratoře a obvyklý interval od přijetí preparátu k odeslání výsledku.
16. Počet případů, kde cytologický nález byl formulován Vaší laboratoří jako ASC-US v období od 1.1. do 1.12. roku předešlého podání žádosti. Dostupnost testu, detekujícího HPV DNA (metoda) a informace o jeho výsledku pro laboratoř – popis.
17. Jakým způsobem získává laboratoř výsledky histopatologické korelace svých nálezů, a výsledná hodnocení patologických nálezů po provedených operacích (ústní sdělení, kopie nálezů, vlastní dohledávání).
18. Výčet histopatologických pracovišť, s nimiž je cytologická laboratoř v rutinním kontaktu.
19. Popis způsobů vnitřní kontroly kvality, užívaných v laboratoři (účast laboratoře v externí kontrole kvality, příp. certifikát o získané akreditaci, o přípravě k akreditaci apod).

20. Kopie výroční zprávy laboratoře pro gynekology, kteří jí zasílají materiály cervikovaginální cytologie s průvodními komentáři za období od 1.1. do 31.12. roku předešlého podání žádosti.
21. 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.
22. Současný počet kooperujících gynekologických ordinací (indikujících cervikovaginální cytologické vyšetření ve Vaší laboratoři)
23. V případě již získaného Doporučení MZ k provádění screeningu karcinomu děložního hrdla uveďte dobu jeho platnosti (od - do), případně důvod předčasného ukončení (či dočasného přerušení) doby platnosti v předchozím období.