**Dotazník k žádosti o udělení akreditace k provádění vzdělávání v základním kmeni**

**TECHNOLOGICKO-LABORATORNÍ**

\* ANO/NE – u těchto kolonek - zaškrtněte zda ANO (máme) či NE (nemáme)

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresa pracoviště:** |  |
| **Požadavky na jednotlivá pracoviště zařízení, kde odborná praxe probíhá:** |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v technologicko-laboratorním kmeni:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **U poskytovatele zdravotních služeb ve farmaceutickém oboru:** |
| **Pracoviště - Farmaceutická technologie – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru farmaceutická technologie:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Laboratorní a vyšetřovací metody ve zdravotnictví– 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru laboratorní a vyšetřovací metody ve zdravotnictví:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Nemocniční lékárenství – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru nemocniční lékárenství:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště – Radiofarmaka – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru radiofarmaka:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| **U poskytovatele zdravotních služeb v lékařském oboru:** |
| **Pracoviště - Alergologie a klinická imunologie – 12 měsíců** |  |  |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru alergologie a klinická imunologie:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení ambulantní péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení ambulantní péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| na pracovišti se poskytuje lůžková nebo ambulantní péče v oboru alergologie a klinická imunologie pro dospělé nebo dětské pacienty. | \*ANO | \*NE |
| na pracovišti se poskytují zdravotní služby pacientům: |
| s alergickou rýmou při reaktivitě na inhalační alergeny | \*ANO | \*NE |
| s potravinovými či lékovými alergiemi | \*ANO | \*NE |
| s reaktivitou na jed blanokřídlého hmyzu | \*ANO | \*NE |
| s bronchiálním astmatem alergického či nealergického typu | \*ANO | \*NE |
| s atopickým ekzémem a alergickou dermatitidou | \*ANO | \*NE |
| s recidivujícími infekcemi nebo jinými symptomy primární nebo sekundární imunodeficience | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Hematologie a transfuzní lékařství – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru hematologie a transfuzní lékařství:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče nebo na zdravotnické zařízení lůžkové nebo ambulantní péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště nebo na zdravotnické zařízení lůžkové nebo ambulantní péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| praxe v rámci základního technologicko-laboratorního kmene probíhá podle určení školitele na pracovišti hematologie nebo na transfuzním pracovišti s provozní dobou v  pondělí až pátek, na němž je zajištěna přítomnost lékaře se specializovanou způsobilostí v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby a školitele v rozsahu alespoň poloviny stanovené týdenní pracovní doby | \*ANO | \*NE |
| 1. hematologické pracoviště s  rozsahem činností, které zajišťuje:
 |
| 1.1 laboratoř morfologie a koagulace (všechny základní metody | \*ANO | \*NE |
| 1.2 hematologická ambulance s širokým spektrem hematologických diagnóz - nenádorová hematologie, koagulace a nádorová hematologie, možnost ad hoc hospitalizace a poskytování lůžkové péče pacientovi s hematologickou diagnozou, nepřetržitá konziliární služba pro zdravotnické pracovníky daného poskytovatele zdravotních služeb i registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, nebo | \*ANO | \*NE |
| 2. transfuzní pracoviště s  rozsahem činností, které zajišťuje:  |
| 2.1 krevní banka a imunohematologická laboratoř (všechny základní metody), nepřetržitá konziliární služba pro zdravotnické pracovníky daného poskytovatele zdravotních služeb a konziliární služba pro registrující poskytovatele zdravotních služeb v oboru gynekologie a porodnictví (sledování těhotných/prevence hemolytického onemocnění novorozenců (HON) | \*ANO | \*NE |
| 2.2 výrobu transfuzních přípravků alespoň v rozsahu odběrů krve pro výrobu transfuzních přípravků na základě platného povolení k výrobě transfuzních přípravků a surovin pro další výrobu uděleného Státním ústavem pro kontrolu léčiv podle zákona o léčivech, nebo | \*ANO | \*NE |
| 3. kombinace hematologického a transfuzního pracoviště | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Klinická biochemie – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru klinická biochemie:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| Poskytovatel zdravotních služeb poskytuje služby nejméně ve 4 základních oborech specializačního vzdělávání z následujících oborů: |
| 1. pediatrie
 | \*ANO | \*NE |
| 1. vnitřní lékařství
 | \*ANO | \*NE |
| 1. chirurgie
 | \*ANO | \*NE |
| 1. gynekologie a porodnictví
 | \*ANO | \*NE |
| 1. anesteziologie a intenzivní medicína
 | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb má nepřetržitý provoz: laboratoře klinické biochemie a laboratoře klinické hematologie | \*ANO | \*NE |
| Laboratoře poskytují služby minimálně pro tyto obory: |
| 1. endokrinologie a diabetologie
 | \*ANO | \*NE |
| 1. nefrologie
 | \*ANO | \*NE |
| 1. gastroenterologie
 | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Lékařská genetika – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru lékařská genetika:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| Poskytovatel zdravotních služeb zajišťuje celé spektrum vzdělávacího programu v oboru, a to v oblasti: |
| genetického poradenství | \*ANO | \*NE |
| prenatální diagnostiky a reprodukční genetiky | \*ANO | \*NE |
| cytogenetiky/ molekulární cytogenetiky | \*ANO | \*NE |
| molekulární genetiky | \*ANO | \*NE |
| bioinformatiky | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Lékařská mikrobiologie – 12 měsíců** |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru lékařská mikrobiologie:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| **Pracoviště - Nukleární medicína – 12 měsíců** |  |  |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru nukleární medicína:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení lůžkové péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotnického zařízení lůžkové péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| praxe probíhá ve zdravotnickém zařízení, v němž se poskytuje péče v oboru nukleární medicína | \*ANO | \*NE |
| Zdravotnické zařízení je vybaveno: |
| minimálně jednou gamakamerou umožňující vyšetření SPECT | \*ANO | \*NE |
| má zařízení pro měření aplikovaných aktivit radiofarmak | \*ANO | \*NE |
| detekční přístroje pro dozimetrickou kontrolu podle požadavků Státního úřadu pro jadernou bezpečnost | \*ANO | \*NE |

|  |  |
| --- | --- |
| výkony a jejich počet za poslední 3 kalendářní roky: | uveďte počty |
| počet in vivo vyšetření: |  |  |  |
| z toho metodou SPECT: |  |  |  |
| **Pracoviště - Patologie – 12 měsíců** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru patologie:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |
| seznam výkonů: |
| 1. provádění nekroptických vyšetření,
 | \*ANO | \*NE |
| 1. cytologická vyšetření a bioptická vyšetření
 | \*ANO | \*NE |
| součásti podílející se na činnosti: |
| 1. vlastní bioptická laboratoř
 | \*ANO | \*NE |
| 1. cytologická laboratoř zahrnující diagnostiku různých orgánových systémů
 | \*ANO | \*NE |
| 1. pitevní provoz
 | \*ANO | \*NE |

|  |
| --- |
| **Pracoviště – Soudní lékařství – 12 měsíců** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| je součástí poskytovatele zdravotních služeb: | \*ANO | \*NE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Titul, jméno, příjmení | Odbornost +rok získání specializované způsobilosti | Úvazek | Roky praxe od získané specializované způsobilosti |
| **garant oboru:** |  |  |  |  |
| **školitelé v oboru soudní lékařství:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na technické a věcné vybavení laboratorních pracovišť diagnostické a léčebné péče příslušného oboru podle vyhlášky č. 92/2012 Sb.  | \*ANO | \*NE |
| poskytovatel zdravotních služeb splňuje požadavky na minimální personální zabezpečení diagnostické a léčebné péče laboratorního pracoviště příslušného oboru podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. | \*ANO | \*NE |

|  |  |
| --- | --- |
| **datum, podpis statutárního orgánu:** |  |

**Strukturovaný profesní životopis školitele/školitelů**

|  |
| --- |
| *Titul, jméno, příjmení**Datum narození**Pregraduální vzdělání**Odborné vzdělání (specializovaná způsobilost, zvláštní odborná způsobilost nebo zvláštní specializovaná způsobilost)**Přehled odborné praxe**Pedagogická činnost či vědecko-výzkumná činnost* |