**Bedømmelse af udvidelse/ændring– Medicinsk undersøgelse**

|  |  |
| --- | --- |
| Akkreditering nr.: | Teknisk assessor: |
| Lab: | Dato: |

ALLE FELSTER SKAL UDFYLDES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Udfyldes af laboratoriet**Henvis til bilag/lister ved flere komponenter | **TA bedømmelse** |
|  | Unik-ID (metode korrekt indlagt i webtool) |  |  |
|  | Komponenter omfattet af udvidelsen/ændringen? |  |  |
|  | Udstyr og princip? |  |  |
|  | Er metoden indenfor eksisterende akkrediteringsområde? |  |  |
|  | Er der tale om nyt udstyr og/eller princip? |  |  |
|  | Er der tale om flytning af udstyr til anden lokation? |  |  |
|  | Er der tale om ændring/opdatering af kit/metode? |  |  |
|  | **For nedenstående skal der medsendes dokumentation** |
|  | Intern kvalitetskontrol  |  |  |
|  | Deltagelse i ekstern kvalitetssikring EQA (præstationsprøvning / laboratorie-sammenligning) |  |  |
|  | Estimeret måleusikkerhed  |  |  |
|  | Andet |  |  |

**Konklusion (udfyldes af TA):**

|  |
| --- |
|  |