



**NACIONALINIO TRANSPLANTACIJOS BIURO
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS
DIREKTORIUS**

**ĮSAKYMAS
DĖL NACIONALINIO TRANSPLANTACIJOS BIURO PRIE SVEIKATOS APSAUGOS
MINISTERIJOS DIREKTORIAUS 2014 M. LAPKRIČIO 10 D. ĮSAKIMO NR. T1-57
„DĖL ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGŲ, TEIKIANČIŲ ŽMOGAUS
AUDINIŲ, LAŠTELIŲ, ORGANŲ DONORYSTĖS IR TRANSPLANTACIJOS
PASLAUGAS PLANINIŲ IR NEPLANINIŲ PATIKRINIMŲ AKTO FORMOS
PATVIRTINIMO“ PAKĖITIMO**

2015 m. balandžio 30 d. Nr. T1-23
Vilnius

1. P a k e i č i u Nacionalinio transplantacijos biuro prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Biuras) direktoriaus 2014 m. lapkričio 10 d. įsakymu Nr. T1-57 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių žmogaus audinių, lašelių, organų donorystės ir transplantacijos paslaugas planinių ir neplaninių patikrinimų akto formos patvirtinimo“ patvirtintą Patikrinimo akto formą ir išdėstau ją nauja redakcija (pridedama):

2. P a v e d u Biuro pareigūnams, atliekantiems Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių žmogaus audinių, lašelių, organų donorystės ir transplantacijos paslaugas patikrinimus naudoti Patikrinimo aktą formą.

Direktorė

Asta Kubilienė

Parengė
E. Indrašiūtė
2015-04-30

Tėsis ir veiklos priežiūros
skyriaus vedėjas
Vytautas Žekonis
2015-04-30

PATVIRTINTA
Nacionalinio transplantacijos biuro prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriaus 2014 m. lapkričio 10 d.
įsakymu Nr. T1-57
(Nacionalinio transplantacijos biuro prie
Sveikatos apsaugos ministerijos
direktoriaus 2015 m. balandžio 30 d.
įsakymu Nr. T1-23 redakcija)

(Patikrinimo akto forma)

**NACIONALINIS TRANSPLANTACIJOS BIURAS
PRIE SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS**

Biudžetinė įstaiga, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius, tel. / faks. (8 5) 279 6096, 204 0121,
el. p. info@transplantacija.lt. Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 193114935

PATIKRINIMO AKTAS

20__m. _____d. Nr. _____

(sudarymo vieta)

Vadovaujantis Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos paslaugas, planinių patikrinimų atlikimo taisyklėmis bei Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos paslaugas, neplaninių patikrinimų atlikimo taisyklėmis, patvirtintomis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-767 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos paslaugas, planinių ir neplaninių patikrinimų atlikimo taisyklių patvirtinimo“, ir Nacionalinio transplantacijos biuro prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 20__m. _____d. įsakymu Nr. _____ atliktas planinis / neplaninis patikrinimas

(asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, telefono numeris, el. pašto adresas, įstaigos kodas)

Patikrinimo dalykas: _____

Patikrinimo tikslas: _____

Patikrinimas pradėtas: _____ Patikrinimas baigtas: _____
(data, laikas) (data, laikas)

Patikrinimas sustabdytas / pratęstas nuo 20__m. _____d. iki 20__m. _____d.

Patikrinimo atlikimo vieta: _____
(adresas)

Patikrinimo akto Nr. _____, _____
(data)

Priedami dokumentai:

klausimynas _____
(klausimyno Nr., lapų skaičius)

sveikatos priežiūros specialistų / kitų specialistų išvados _____
(lapų skaičius)

Patikrinimo išvada:

paslaugos teikiamos nepažeidžiant teisės aktų reikalavimų
 paslaugos teikiamos pažeidžiant teisės aktų reikalavimus:

Siūlymai:

Nurodymai:

Priemonės, kurių turi imtis asmens sveikatos priežiūros įstaiga, teikianti žmogaus audinių, ląstelių, organų donorystės ir transplantacijos paslaugas, siekdama pašalinti nurodytų teisės aktų pažeidimus:

Iki _____ pašalinti nurodytus pažeidimus.
(data)

Pasibaigus pažeidimo pašalinimo terminui, per 3 darbo dienas _____

_____ (asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, adresas, telefono numeris, el. pašto adresas)
turi raštu pranešti ir pateikti dokumentus (jų esant), įrodančius patikrinimo metu nustatytų teisės aktų pažeidimų pašalinimą.

Patikrinimo akto Nr. _____, _____
(data)

Pastabos: _____

Vertinti dokumentai: _____

Patikrinimą atliko:

_____ (pareigūno pareigos) _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

_____ (pareigūno pareigos) _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

_____ (pareigūno pareigos) _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

Patikrinimo aktą dviem egzemplioriais surašė

_____ (pareigūno pareigos) _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

Nacionalinio transplantacijos biuro direktorius _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

* Su patikrinimo aktu susipažinau, vieną patikrinimo akto egzempliorių 20__ m. _____ d.
Nr. _____ gavau:

_____ (pareigos) _____ (parašas) _____ (vardas, pavardė)

* Jei įstaigos vadovas ar jo įgaliotas asmuo atsisako pasirašyti patikrinimo aktą, tai pažymima patikrinimo akte.

Patikrinimo akto Nr. _____ (data)