

		Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service			Generelt dokument
Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF				Side 1 av 8	
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Godkjent dato: 30.08.2024	Gyldig til: 30.08.2026	Dato endret: 30.08.2024	Revisjon: 1.00	

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

DISTRIBUSJONSLISTE: EK

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Nytt

HENSIKT

Sikre at alle endringer som kan ha innflytelse på analyseresultater, diagnostisering, blodprodukter, HMS mm. blir planlagt, godkjent og dokumentert.

OMFANG

Prosedyren gjelder for personale i Laboratorievirksomheten SSHF som har ansvar for en endring.

UTFØRELSE

Dokumentet følger [Flytskjema for saksgang i EK. Laboratorievirksomheten SSHF.](#)

Endringskontrollen benyttes for vedtatte endringer. Forslag til endring/forbedring meldes i Kvalitetsportalen. Prosedyren kan også brukes for endringsforslag hvis det oppleves hensiktsmessig. I så tilfelle må endringsforslag og dette dokumentet være godkjent før iverksettelse av endring.

Punktene i malen skal ikke slettes, skriv heller «Ikke aktuelt». Endringsansvarlig er ansvarlig for å opprette hørings-/redigeringsoppgaver til involverte som er satt inn i kolonnene «Ansvar». Endringskontroller eies av aktuell enhet/fagmiljø, ikke en gruppe (eks. IKT-gruppa). Grupper involveres via oppgaver, men settes ikke som EK-ansvarlig og Fagansvarlig.

Beskriv og begrunn endringen:

De to aferesemaskinene fra Haemonetics (MCS+ 9000) som benyttes til tapping begynner nå å bli gamle (begge maskinene ble levert i 2012). Det har vært noen problemer med maskinene, blant annet med lås til sentrifugen. Leverandør tilbyr fortsatt reservedeler og support. Grunnet manglende kursing av ansatte på medisinsk teknisk avdeling er det leverandør som må utføre årlig service. Prisen på denne gikk opp med 15 % fra 2022 til 2023 og er nå på 42 000,- for begge maskinene.

Medisinsk teknisk avdeling vurderer at maskinene bør kasseres innen neste service (november 2023). Disse må da enten erstattes av nye maskiner eller annen metode for tapping.

Endring besluttet gjennomført + dato for beslutning

Labledermøte juni 2023

Referanse:


Er det i beslutningsfasen utført risikovurdering, SWOT og/eller Pro-Kontra i Kvalitetsportalen som del av grunnlaget?

Ja Legg ved dokument/ref.nr:
R 2022/025

Nei Angi årsak:

DokumentID: D56725


Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Verifisert av: 29.08.2024 - Siri Cathrine Rølland
---	---	--	---

		Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF			Side: 2 Av: 8
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Revisjon: 1.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Er det utført vurdering av kost/nytte:	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Legg ved dokument/ref.nr:
	Nei <input type="checkbox"/>	 Fullblodstapping SSF - Økonomisk an Angi årsak:
Vurdering av leder: Det er ønskelig å gjennomføre en overgang til fullblodtapping. Lene Haugen Tryland		
Vurdering fra legespesialist: Endring støttes. 29.1.2024 CHS		
Vurdering av andre som kan påvirkes av endringen: ImTra SSK er inkludert i prosjektet.		
Endring ønskes ferdigstilt innen: Mars 2024		
Endringen er midlertidig <input type="checkbox"/>	Fra dato _____ til dato _____	
Endringen er permanent <input checked="" type="checkbox"/>		
Akkrediterte metoder og prosesser.		
Inngår endringen i fleksibelt akkrediteringsomfang: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>		
Hvis Ja, angi valideringsansvarlig for fleksibel akkreditering:		
Fører endringen til at TEST-dokumentet må forandres jf. Krav til bruk av fleksibel akkreditering - LV SSHF		
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
IVDR:		
Er tiltenkt bruk av reagens/metode iht. pakningsvedlegget?		
Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Ansvarlig for endringen: Siri Cathrine Rølland		

Risikoscreening: Bruk av matrisen:
--

		Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF			Side: 3 Av: 8
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Revisjon: 1.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Prosess-steg som er vurdert, plasseres i matrisen etter vurdering av sannsynlighet og konsekvens.

Kolonneforklaring:

- **Rødt felt:** Kritisk risiko, risikoreduserende tiltak skal iverksettes umiddelbart. Stans av aktivitet må vurderes.
- **Orange felt:** Høy risiko, risikoreduserende tiltak skal iverksettes innen rimelig tid.
- **Gult felt:** Middels risiko, risikoreduserende tiltak skal vurderes opp imot kostnad som utløses dersom situasjonen oppstår.
- **Grønt felt:** Lav risiko, ikke nødvendig å iverksette risikoreduserende tiltak, så fremt krav i lover og forskrifter er oppfylt. Tiltak skal vurderes dersom enkel implementering og lav kostnad.


Risiko = sannsynlighet x konsekvens.		Konsekvens				
		Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært Alvorlig
Sannsynlighet	Svært stor					
	Stor		- Manglende produksjon ved SSF (økonomi)	Manglende produksjon ved SSF (drift)		
	Moderat		- Temperatur (drift og økonomi) - Kostnader transport (økonomi, ytre miljø)	- Kostnader drift - Behov for økt produksjon av blodprodukter i SSHF (pasient, drift, økonomi)		
	Liten		Temperatur (pasient)			
	Meget liten					

Om svarene i risikoscreeningen indikerer «orange felt» eller mer, så må man gå videre til en risikovurdering. Risikovurdering utføres i [Kvalitetsportalen](#). Oppgi ref.nr. (R 2022/025, R 2023/200 og R 2023/201).

Beskriv kort hvorfor endringen havner på grønn/gul og utvidet risikovurdering ikke behøves:
R 2022/025, R 2023/200 og R 2023/201 er utført.

Marker hvem/hva som berøres av endringen:

	Verneombud/tillitsvalgt
X	Enheter: Tappepersonale blodbank SSF
	Vaktpersonell
	Merkantilt personell
X	Legespesialister: Blodbanklege
	Sykehuspartner
X	Andre avdelinger i Lab. Virksomheten: ImTra SSK (produksjon)
X	Andre avdelinger i SSHF: MTE, Transport
	Interne rekvirenter
	Eksterne rekvirenter


		Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF			Side: 4 Av: 8
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Revisjon: 1.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

X	Eksterne leverandører/firma: Haemonetics byttes ut med Macopharma
X	Lab.datasystemer*/IKT systemansvarlig: ProSang/Rolf Arne Helås *Fyll ut sjekkliste for lab. datasystemer (IHR , Unilab , LVMS , eller Miclis MLx)
	Elektronisk laboratoriehåndbok
X	Andre: Blodgivere (samtykke/Sero AS), Takeda


Endringsoversikt:

Dokumenter som må endres/opprettes i EK	Ansvar	Utført Dato/sign.
Endringslogg i EK må oppdateres	Kvalitetskoordinator eller endringsansvarlig	
Endringslogg, Blodbanken SSF	Anita	31.05.24/ANIWEL
Endringslogg for 2024, ImTra SSK	Kari-Ann	20.02.24 Kne
Endringslogg for Prosang, Blodbankene SSHF	Rolf Arne	19.12.23/ROHE1
Legg inn lenke til validering/verifiseringsdokument:	Endringsansvarlig	
07/23 Verifisering av BlueLine Boxes til transport av fullblod, Blodbankene SSHF	Kari-Ann/Ada	Godkjent 26.05.24 Kne
Verifisering av Macopharma blodvipper 2023, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Anita/Maaike	14.02.24/ANIWEL
Skjema for registrering av resultater, test med saltvannpose og vektkontroll. Blodbankene SSHF	Anita	10.12.23/ANIWEL
Verifisering - DMS Docon applikasjonen for dataoverføring fra Macomix, inkl. programvaren på Macomix. Blodbankene SSHF	Anita/Maaike	10.12.23/ANIWEL
Prosedyrer/dokumenter som må endres:	Endringsansvarlig	
Pakking og forsendelse av prøver fra blodgivere, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	02.02.24/MAALAN
Tappeoppsett.- fullblodtappinger, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF (ARKIVERT)	Maaike	12.01.23/MAALAN
Sjekkliste arbeidsoppgaver tapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	02.02.24/MAALAN
Sjekkliste periodiske oppgaver fagbioingeniør blodbank, ImTra SSF	Maaike	05.02.24/MAALAN
Renhold av tapperom og utstyr, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF (ARKIVERT)	Maaike	31.05.24/MAALAN
Bruk av kjøleplater, ImTra SSK	Elsa/ Linn (ikke behov for endringer i denne)	07.05.24/ LKTM
Rutiner ved tappestasjonen i Mandal, ImTra SSK.	Elsa/Linn (Ikke behov for endringer i denne)	07.05.24/LKTM
Mottak og behandling av fullblod fra SSM og SSF. ImTra SSK	Linn/Fay	30.05.24 LKTM
Fullblodtapping, Blodbankene SSHF	Katrine	07.02.24/MAALAN

		Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF			Side: 5 Av: 8
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Revisjon: 1.00


Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Dokumenter som må endres/oprettes i EK	Ansvar	Utført Dato/sign.
Bruk, kontroll og vedlikehold av Docon 7 blodvippe, Blodbankene SSHF	Katrine	07.02.24/MAALAN
Håndtering av prøverør fra blodgivere, ImTra SSK og SSF	Linn/Fay	30.05.24 LKTM
Kvalitetskontroll av blodprodukter, ImTra SSK	Linn/Fay	30.05.24 LKTM
Look-back til fraksjoneringspartner, ImTra SSHF	Tine (Ikke behov for endringer i denne)	25.05.24 CHS
Håndtering av ikke-negative smittetester hos blodgivere. Varsle- og melderutiner. Blodbankene SSHF	Tine	03.06.24 CHS
Sjekkliste ved ikke negative smittetester på blodgivere ved SSK og SSF, ImTra SSK.	Tine	29.05.24 CHS
Instruks for kjøring og utsvaring av blodgiverundersøkelser på Cobas Pro - Medisinsk mikrobiologi, SSK	Birgitte	29.05.24 BHO
Sjekk/kontroll av instrumenter etter periodisk vedlikehold og reparasjon, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	06.02.24/MAALAN
Gyldige brukerveiledninger, Laboratoriet SSF	Anita	13.12.23/ANIWEL
Krav til sertifisering/resertifisering av personalet, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Anita	31.05.24/ANIWEL
Arbeidsplassbeskrivelse for Tapping og produksjon, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	07.02.24/MAALAN
Spesifikasjon - Leukocytffiltrert erytrocyttkonsentrat fremstilt ved aferese, Blodbankene SSHF – endres 5 uker etter siste aferesetapping	Kari-Ann	31.05.24 Kne
5-årsplan for interne revisjoner, ImTra SSK SSK tar inn internrevisjon av tapping SSF hos seg, i tillegg til lokal revisjon hos SSF. Hvert 4. år hos SSF (2024) og SSK (2026)	Kari-Ann	03.04.24 Kne
Femårsplan for interne revisjoner, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF Tapping og produksjon hvert 4. år hos SSF og SSK, SSF starter 2024	Anita	31.05.24/ANIWEL
Håndtering av patologiske prøvesvar og hemoglobin under "tappegrensen" hos blodgivere, ImTra SSHF	Tine: Uavhengig av omlegging av tapping SSF, planlegges en større endring av dette dokument (ikke faglig innhold) som må ses i sammenheng med tappeprosedyrene som andre er ansvarlige for. Det er lite som berører omleggingen SSF i dette dokumentet, og jeg vurderer at endringen ved SSF kan gjennomføres uten endringer i dokumentet.	21.08.24 CHS

 SØRLANDET SYKEHUS	Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF				Side: 6 Av: 8
	Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Dokumenter som må endres/oprettes i EK	Ansvar	Utført Dato/sign.
Håndtering av prøvesvar fra blodgivere, ImTra SSK	Linn	31.05.24 Kne
Må opprettes:		
Bruk av BlueLine esker og elementer til forsendelse av fullblod, ImTra SSHF	Kari-Ann/Linn	28.05.24 Kne
Fullblodtapping - dokumentasjon opplæring av ansatte, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Anita	18.03.24/ANIWEL
Pakking og forsendelse av fullblod/blodprøver fra blodgivere, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	02.02.24/MAALAN
Må arkiveres:		
Arbeidsark for kvalitetskontroll av leukocytffiltrert erytrocyttkonsentrat, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Tapping av aferesegiver på Haemonetics MCS+, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Frigjøring av blodprodukter, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Produksjon av erytrocyttkonsentrat fra aferese og typing av tappede enheter, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Rutinemessig prøvetaking til kvalitetskontroll av filtrerte SAG-erytrocyttkonsentrat, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Prosessrapport SDR&TAE protokoll blodgiving, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Arbeidsark til bruk ved spørsmål om for tunge/lette SAG-erytrocyttkonsentrat, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Tiltak ved spørsmål om for tunge/lette erytrocyttkonsentrater, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Sjekkliste ved ikke negative smittetester på blodgivere, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	21.08.24/ANIWEL
Sveising av slange fra blodposen og vedlikehold av Hematron III, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Dokumentasjon av arbeidsflyt ved produksjon av blodprodukter fra aferesetapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF	Maaike	28.05.24/MAALAN
Opplærings og sertifiserings skjema for tapping og produksjon, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF (ARKIVERT)	Siri Cathrine	24.11.23/SIRROE


 SØRLANDET SYKEHUS	Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF				Side: 7 Av: 8
	Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Endringer i IKT-systemer	Ansvar	Utført Dato/sign.
Mal for validering/verifisering av labdatasystemer, Laboratorievirksomheten, SSHF		
Forandring i takster og/eller NPU-koder	Aktuell IKT systemforvalter	Ikke aktuelt
Oppdatering av info/tekster i Lab. datasystem	Aktuell IKT systemforvalter	Ikke aktuelt
Oppdatering av info/tekster i Laboratoriehåndboka Publisering og utgivelse av informasjon i laboratoriehåndbok - LV SSHF		Ikke aktuelt
BBKvalisys – legge inn loddkontroll og nye vipper	Kari-Ann	20.02.24 kne

Opplæring	Ansvar	Utført Dato/sign.
Opplæring superbrukere		Ikke aktuelt
Plan for opplæring	Anita	18.03.24/ANIWEL
Opplæringskrav opprettes/endres/dokumenteres i kompetanseportalen Legge til delplaner i «SSHF – Sertifisering Lab SSF – Tapping og produksjon – bioingeniør» <ul style="list-style-type: none"> - Delplan "Tapping" <ul style="list-style-type: none"> o Tapping – fullblodtapping o Tapping – bruk av kjøleplater - Delplan "MTU/ tappe og produksjonsutstyr" <ul style="list-style-type: none"> o Tapping – Blodvippe- Docon-7 	Anita	15.01.24/ANIWEL
Opplæringskrav deaktiveres i «SSHF – Sertifisering Lab SSF – Tapping og produksjon – bioingeniør» <ul style="list-style-type: none"> - Delplan "Produksjon" - Delplan "Tapping" <ul style="list-style-type: none"> o Tapping av aferesegiver på Haemonetics MCS+ o Tapping – sveising av slange fra blodpose o Tapping – Praktisk opplæring - Delplan «Kvalitetskontroll» - Delplan «MTU/ tappe og produksjonsutstyr» <ul style="list-style-type: none"> o Aferesemaskin – Haemonetics MCS+ o Hånd sveis – Hematron III 	Anita/Maaike	30.05.24/MAALAN
Opplæring gjennomført	Anita	26.03.24/ANIWEL

Hvem må informeres om endringen?	Ansvar	Utført Dato/sign.
Norsk akkreditering via kontaktperson NA kvalitetsgruppen .	Endringsansvarlig eller Kvalitetskoordinator	27.05.24/ SIRROE
Biobankregisteret	Endringsansvarlig eller Kvalitetskoordinator	IA

		Endringskontroll: Overgang til fullblodtapping, Medisinsk biokjemi og blodbank SSF			Side: 8 Av: 8
Dokumentplassering: II.DKS..11.2.A-14	Utarbeidet av: Rådgiver Anita Welde	Fagansvarlig: Fagbioingeniør Maaike Langereis	Godkjent dato: 30.08.2024	Godkjent av: Avdelingssjef Lene Haugen Tryland	Revisjon: 1.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/MBio Medisinsk biokjemi og blodbank SSF/Forbedringsarbeid/Endringskontroll/Blodbank

Direktoratet for medisinske produkter	Endringsansvarlig eller Kvalitetskoordinator	22.08.24/SIRROE/LENTRY
Interne/Eksterne rekvirenter Flytskjema; Informasjon/rådgivningstjeneste til rekvirenter fra Lab.virksomheten, SSHF.	Områdekontakt for aktuelt fagfelt	Ikke aktuelt
Fraksjoneringspartner – Takeda SSF må godkjennes som tappested for fullblod hvis plasma skal sendes til Takeda	Enhetsleder tapp/prod SSK	Godkjent etter tilsyn 4.juli. 2024 28.06.24 LKTM
MedMik må informeres angående levering av smittetester		10.06.24 LKTM

Andre forhold som omfattes av endringen	Ansvar	Utført Dato/sign.
EcoOnline/stoffkartoteket		Ikke aktuelt
Statistikk – oppdatere «StatistikkSSF 2024.xls» og ev. «StatistikkSSF 2023.xls» i O:\Medisinsk serviceklinikk\Laboratorieavdelinger FELLESE\Blodbank felles\Statistikk\2023\SSF	Anita	05.01.24/ANIWEL

Endring satt i bruk:
Dato/sign. 03.06.24/Siri Cathrine Rølland

Kryssreferanser

[I.1.3.3-2](#)

[I.1.3.3-4](#)

[I.1.3.3-6](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.1.1-5](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.3.1-4](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.7.1-2](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.7.1-4](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.22-1](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.KVAL HAND.23-1](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.LAB DATA.1.b-10](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.LAB DATA.3.a-6](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.LAB DATA.4-14](#)

[II.MSK.FEL.LAB FEL.LAB DATA.7.1.1-2](#)

[II.MSK.MedMik.10.H-1](#)

[Risikovurdering](#)

[ROS-analyse](#)

[Risikomatrikse SSHF](#)

[Rullering av lederoppgaver for kvalitetsgruppen, Laboratorievirksomheten SSHF](#)

[Flytskjema for saksgang i EK. Laboratorievirksomheten SSHF](#)

[Publisering av informasjon i Elektronisk laboratoriehåndbok - Laboratorievirksomheten SSHF](#)

[Flytskjema; Informasjon/rådgivningstjeneste til rekvirenter fra Lab.virksomheten, SSHF.](#)

[Kvalitetshåndbok: Vilkår for bruk av Norsk Akkrediterings logo i akkrediteringsmerke - LV SSHF](#)

[Kvalitetshåndbok: Rutiner ved fleksibel akkreditering - LV SSHF](#)

[Mal for validering/verifisering av labdatasystemer, Laboratorievirksomheten, SSHF](#)

[Sjekkliste ved Endringskontroll, når IHR berøres av endringen, LV SSHF.](#)

[MAL- Unilab endringskontrollskjema-LV SSHF](#)

[Sjekkliste LVMS versjon 4.9](#)

[Sjekkliste ved Endringskontroll, når Miclis MLx berøres av endringer - Medisinsk mikrobiologi SSHF](#)

Eksterne referanser