DIAGNOSTA laboratoryjny

Rok XXII nr 2 (74) **Czerwiec 2024**

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH ISSN 2084-1663



DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO



BEZPIECZEŃSTWO W MEDYCYNIE LABORATORYJNEJ



PROMOCJA ZAWODU DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO W REGIONACH



DR HENRYK OWCZAREK

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

KRAJOWA IZBA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

KIDL

27 maja

DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO



Szanowni Diagności Laboratoryjni,
z radością zwracam się do Państwa po raz kolejny na łamach naszej gazety, która nieprzerwanie służy jako źródło wiedzy i inspiracji dla społeczności diagnostów laboratoryjnych.
Jak co roku, maj był wyjątkowym miesiącem dla naszego zawodu, a obchodzony 27 maja Ogólnopolski Dzień Diagnosty Laboratoryjnego podkreśla kluczową rolę diagnostów w systemie ochrony zdrowia oraz procesie leczenia pacjentów. W imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dziękuję Państwu za organizację licznych aktywności w całym kraju, które pozwoliły nam wspólnie świętować nasze osiągnięcia i zintensyfikować naszą misję budowania i scalania środowiska diagnostów w Polsce.
Dziękuję także za udział w dwudniowej konferencji inaugurującej tegoroczne obchody. W trakcie konferencji mieliśmy przyjemność wysłuchać wielu wartościowych wykładów, jednakże jednym z najważniejszych był wykład prowadzony przez dr. Henryka Owczarka, Honorowego Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Jego głęboka wiedza i pasja, z jaką dzielił się swoimi przemyśleniami na temat historii naszego zawodu, stanowiły inspirację dla wszystkich zgromadzonych.
Dr Owczarek, z niezachwianym zaangażowaniem oraz nieukrywanym wzruszeniem, podkreślił znaczenie budowania tożsamości diagnostów laboratoryjnych oraz konieczność urzeczywistniania podmiotowości tego zawodu w polskiej rzeczywistości medycznej. Z treścią wypowiedzi Prezesa Honorowego KRDL, dr. Henryka Owczarka, będzie można wkrótce zapoznać się na naszej stronie internetowej w nowo utworzonej zakładce poświęconej historii naszego samorządu.
Dr Owczarek przypomniał nam również o bogatej historii naszego zawodu będącej fundamentem, na którym budujemy współczesne i przyszłe osiągnięcia. To m.in. dzięki pracy i poświęceniu jego oraz jego zespołu, dziś stoimy na tak solidnych podstawach i możemy z optymizmem patrzeć w przyszłość, wiedząc, że każdy z nas wnosi wkład w poprawę systemu opieki zdrowotnej w Polsce.
Obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego były również wyjątkowe z perspektywy młodych diagnostów. W organizacji konferencji pomagali studenci z całej Polski, którzy aktywnie działają na rzecz promocji zawodu. Wieloletnie doświadczenie zawodowe i życiowe starszych diagnostów oferuje istotną perspektywę i mądrość dla młodszych kolegów i koleżanek, a świeże spojrzenie adeptów medycyny laboratoryjnej wnosi nową perspektywę. Młodzi diagności są naszą przyszłością, a ich zaangażowanie i innowacyjne podejście są kluczowe dla dalszego rozwoju naszego zawodu. Połączenie wiedzy i doświadczenia starszych pokoleń z energią i kreatywnością młodszych diagnostów tworzy solidne fundamenty do budowania przyszłości. Wspólne działania, takie jak konferencje naukowe, projekty edukacyjne i spotkania, budują silniejszą i bardziej zintegrowaną społeczność. To na wartościach, o których mówił Prezes Honorowy KRDL dr Henryk Owczarek, opieramy nasze wysiłki na rzecz doskonalenia diagnostyki laboratoryjnej i poprawy jakości opieki zdrowotnej.

Priorytetem VI kadencji KRDL jest współpraca z samorządami zawodów medycznych, organizacjami pacjenckimi oraz administracją publiczną, w szczególności przedstawicielami władzy ustawodawczej i wykonawczej. Misją tej kadencji jest też kontynuacja pracy poświęconej ustawicznemu podnoszeniu rangi zawodu diagnosty laboratoryjnego, a także współpraca i działania na rzecz wzmocnienia roli medycyny laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia. Konsekwentnie podkreślamy jak ważne dla efektywności leczenia jest poszerzenie uprawnień diagnosty laboratoryjnego m.in. poprzez umocnienie jego roli w interdyscyplinarnych zespołach diagnostyczno-terapeutycznych, jak i w ramach indywidualnych usług konsultacyjnych.
Chciałabym Państwa poinformować także o innych wydarzeniach istotnych dla naszego samorządu. W kwietniu Minister Zdrowia Pani Izabela Leszczyna powołała dr hab. Edytę Borkowską na konsultanta krajowego w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Dr hab. Edyta Borkowska jest przewodniczącą powołanego uchwałą KRDL z dnia 24 lutego 2023 roku zespołu do spraw genetyki medycznej. Również w kwietniu, Minister Zdrowia powołała mnie w skład Rady Akredytacyjnej. Rada liczy 12 członków i wybierana jest na 6-letnią kadencję. Wśród zadań Rady znajduje się m.in. opracowywanie projektów standardów akredytacyjnych dla określonego rodzaju działalności leczniczej lub zakresu świadczeń oraz ich aktualizacji we współpracy z ośrodkiem akredytacyjnym.
Pełnienie funkcji Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych to dla mnie nieustająco ogromny zaszczyt, ale również duża odpowiedzialność i wyzwanie, któremu każdego dnia staram się sprostać. Jestem przekonana, że ambitne cele, które sobie stawiamy, możemy nadal realizować we wzajemnej współpracy i w porozumieniu z przedstawicielami innych samorządów zawodów medycznych oraz z administracją publiczną.
Życzę Państwu przyjemnej lektury!

Monika Pintal-Ślimak
Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Drodzy Czytelnicy,



27 maja, jak co roku, obchodziliśmy nasze święto – Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. Z tej okazji w dniach 22–23 maja została zorganizowana Ogólnopolska Konferencja „Bezpieczeństwo w medycynie laboratoryjnej". Wśród sponsorów znalazło się 12 firm: Jakub Głuch Events, DiaHem Diagnostic Products Sp. z o.o., Cormay Diagnostics, Sysmex Polska Sp. z o.o., Diagnostyka S.A., Alab Laboratoria, Marcel S.A., Bank Pekao S.A., Werfen Polska Sp. z o.o., ATD Software Sp. z o.o., Altium International Sp. z o.o., Lechpol Electronics. Serdecznie dziękujemy.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w konferencji tej oprócz p. Prezes dr Moniki Pintal-Ślimak swoją obecnością zaszczycili nas: Honorowy Prezes KRDL p. dr Henryk Owczarek (Prezes I i II kadencji KRDL), a także Prezesi pozostałych kadencji – p. dr Elżbieta Puacz (III i IV kadencja KRDL) oraz p. Alina Niewiadomska (V kadencja KRDL).

W tym numerze zachęcam do zapoznania się ze zdjęciami i relacjami z regionalnych obchodów Dnia Diagnosty z dziesięciu województw. Dodatkowo w sekcji „Wydarzenia" można zapoznać się z aktywnościami diagnostów w promocję zawodu diagnosty laboratoryjnego. Od tego numeru wprowadziliśmy zakładkę historyczną, która będzie poświęcona wpisom dr Henryka Owczarka – historii, która jest nośnikiem wartości i kultury. Życzę miłej lektury.

Anna Grudniewska
Redaktor naczelny „Diagnosty Laboratoryjnego"

Szanowni Państwo, drodzy Diagności, Koleżanki i Koledzy,



wychodząc naprzeciw Państwa oczekiwaniom, podjęte dotychczasowe działania mają na celu usprawnienie obiegu informacji między Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych a diagnostami laboratoryjnymi. Celem tych działań jest przede wszystkim zapewnienie Państwu dostępu do wiarygodnych informacji o stanie konta izbowego, w tym o dokonanych wpłatach z tytułu obowiązku terminowego opłacania składek członkowskich. Wspólnie z zespołem Działu Spraw Wierzycielskich dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić profesjonalną pomoc Państwu w udzielaniu szczegółowych informacji w sprawie dochodzenia należności z tytułu zaległych składek.

W tym miejscu chciałbym przypomnieć i zaznaczyć istotne przepisy wewnętrzne samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych, do których znajomości i stosowania każdy z członków samorządu jest zobowiązany:

- Uchwała Nr 140/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w sprawie egzekucji nieopłaconych w terminie składek członkowskich w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji uaktualniającą tryb dochodzenia składek w ramach Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
- Uchwała Nr 128/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2023 roku w sprawie umarzania zaległych składek członkowskich, zwalniania czasowego od obowiązku płatności składki członkowskiej, zmniejszania wysokości składki członkowskiej oraz rozkładania na raty płatności z tytułu zaległych składek członkowskich na rzecz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.
- Uchwała określająca wysokość składki, w tym ostatnią Uchwałę Nr 81/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 maja 2023 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadzającą jej wysokość w kwocie 40,00 złotych od dnia 01 lipca 2023 roku.

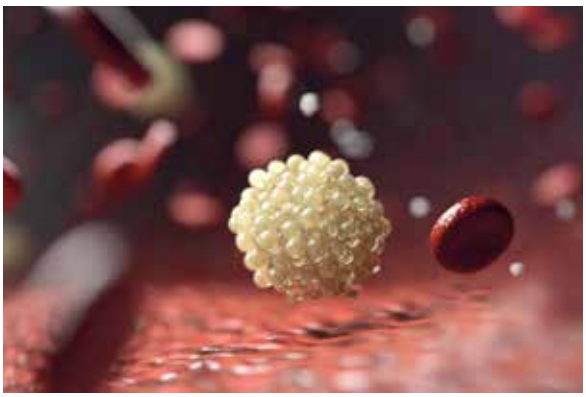
Dodatkowo zwracam uwagę na art. 88 pkt 12 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, w myśl którego Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych jest uprawniona do podjęcia uchwały w przedmiocie zawieszania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, do czasu uiszczenia należności z tytułu składek członkowskich. Niniejsza procedura będzie wdrażana w kierunku diagnosty laboratoryjnego, który zalega – mimo wezwania – z zapłatą składki członkowskiej dłużej niż 6 miesięcy. W związku z brzmieniem ww. przepisu istotnym jest więc, aby mieli Państwo możliwość uzyskania stosownej informacji o stanie swojego konta składkowego, tak aby nie dochodziło do wypełnienia jego dyspozycji.

Mając na uwadze przyszłość naszego samorządu i troskę o rozwój medycyny laboratoryjnej, kieruję do Państwa niezmienną prośbę o regularne opłacanie miesięcznej składki członkowskiej KIDL (40 zł).

dr n. med. Konrad Grzeszczak
Skarbnik KRDL

DIAGNOSTA laboratoryjny

W NUMERZE:



3 SŁOWO PREZESA
Monika Pintal-Ślimak

AKTUALNOŚCI

6 Aktualności od 19 marca do 13 czerwca 2024

WYDARZENIA

12 Dzień Diagnosty Laboratoryjnego w województwach

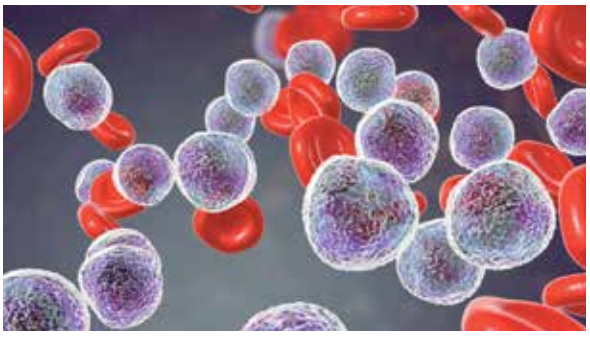
18 Promocja zawodu diagnosty laboratoryjnego w regionach

20 Podziękowania od Komitetu Organizacyjnego Konferencji „Bezpieczeństwo w medycynie laboratoryjnej"

22 Wyjątkowe obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego – doniesienie z konferencji
mgr Julia Kurzynoga

DIAGNOSTYKA

24 Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego w przebiegu ostrej białaczki promielocytowej
mgr Marta Mroczkowska
Pomimo ogromnych postępów, ktore osiągnięto na przestrzeni lat w zakresie diagnostyki oraz leczenia ostrej białaczki promielocytowej istotnym problemem wciąż jest śmiertelność pacjentów z powodu występowania powikłań pod postacią DIC. Część chorych ze względu na poważne zaburzenia zakrzepowe i krwotoczne nie dożywa momentu rozpoczęcia terapii. Z tego względu niezwykle ważne jest wdrożenie kompleksowej diagnostyki u pacjentów podejrzanych o ostry rozrost, zwłaszcza kiedy stan ten współistnieje z koagulopatią.



28 Lipoproteina (a) jako niedoceniony marker w ocenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych
mgr Dagmara Starzecka, mgr Tatiana Bierzyńska, mgr Krzysztof Gościński
Choroby sercowo-naczyniowe są bardzo poważnym problemem zdrowotnym i społeczno-ekonomicznym, ponieważ stanowią główną przyczynę zgonów na całym świecie. W Polsce stężenie lipoproteiny (a) oznacza się zdecydowanie zbyt rzadko a wiedza na jej temat jest jeszcze ograniczona. Oznaczenie Lp (a) pozwala wyodrębnić grupę chorych z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, niezależnie od wyników oznaczeń tradycyjnego profilu lipidowego.

31 Dodatni wynik bezpośredniego testu antyglobulinowego (BTA) jako najczęstsza przyczyna reklamacji krwi w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach
mgr Magdalena Gawrońska, mgr Agnieszka Sarzyńska, mgr Katarzyna Wołoszczak
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Katowicach zaopatruje w krew ponad 120 szpitali i klinik w województwie śląskim. Codziennie wydawanych jest około 600 jednostek składników krwi, w tym około 400 jednostek KKCz. Zdarza się, że podmiot leczniczy stwierdza odstępstwa jakościowe w otrzymanym składniku krwi i składa reklamację.

HONOROWY PREZES KRDL DR HENRYK OWCZAREK ZAKŁADKA HISTORYCZNA

36 Retrospektywne spojrzenie (1)

37 Wystąpienie inauguracyjne dr Henryka Owczarka na Pierwszym Zjeździe Diagnostów Laboratoryjnych 05–06 grudnia 2002 r. we Wrocławiu

INFORMATOR DIAGNOSTY

39 Informator o uchwałach organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Wydawca:
Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
03-428 Warszawa, ul. Konopacka 4
tel. 22 741 21 55, 22 741 21 57, 22 741 11 60; fax 22 741 21 56
Numer rachunku: 72 1020 1042 0000 8802 0010 5692
Bank PKO BP IV Oddział Warszawa

Redakcja:
Anna Grudniewska – Redaktor naczelny, e-mail: a.grudniewska@kidl.org.pl
mgr Mateusz Józef Chmielarz – Sekretarz KRDL (Uchwały organów KIDL)
Joanna Bierła, Marta Budzińska, Agnieszka Gierszon, Maciej Janiak, Kinga Lis, Grażyna Misiak

AKTUALNOŚCI

MARZEC 2024

19 marca odbyła się sejmowa Podkomisja Stała do Spraw Organizacji Ochrony Zdrowia. W posiedzeniu uczestniczył sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Mateusz Chmielarz. W porządku obrad znalazło się: omówienie i przyjęcie planu pracy Podkomisji do 31 lipca 2024 r. oraz rozpatrzenie informacji na temat kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia (liczba i potrzeby) w podziale na poszczególne grupy zawodowe i specjalności – stan na 31 grudnia 2023 r.

20 marca Komisja Zdrowia rozpatrywała informację na temat stanu diagnostyki i finansowania chorób rzadkich. W posiedzeniu uczestniczyli parlamentarzyści, Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak, konsultant krajowy w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej dr hab. Edyta Borkowska, eksperci i strona społeczna. Informację przedstawiała Wiceminister Zdrowia prof. Urszula Demkow.





26 marca Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka wzięła udział w XLI posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia. Podczas posiedzenia Rady przedstawiono m.in.: sprawozdanie z wykonania rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ za 2023 rok oraz informację o dokonanych przez Prezesa NFZ zmianach w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2024 rok. Podjęto również uchwałę zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na rok 2024.

KWIECIEŃ 2024

5 kwietnia w siedzibie KIDL odbyło się VI posiedzenie Komisji ds. Parazytologii Medycznej. Posiedzenie Komisji otworzył Skarbnik KRDL dr Konrad Grzeszczak. W spotkaniu uczestniczyli także zaproszeni eksperci: dr hab. Maria Wesołowska, dr Monika Rudzińska oraz dr Adam Kaczmarek. Obecnie Komisja prowadzi intensywne prace nad przygotowaniem nowych standardów i rekomendacji w zakresie laboratoryjnych czynności w parazytologii medycznej.



9 kwietnia Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak wzięła udział w spotkaniu z Wiceministrem Zdrowia Markiem Kosem. Spotkanie odbyło się w Konfederacji Lewiatan, dotyczyło wykorzystania potencjału kadr medycznych w Polsce. Podczas spotkania Prezes dr Monika Pintal-Ślimak przedstawiła rekomendacje samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych.



10 kwietnia odbył się Kongres Rzecznicy Zdrowia'24! W debacie pt: „Czy AI zastąpi personel medyczny?" uczestniczyła Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak. Kongres był okazją do rozmów o kluczowych zagadnieniach i wyzwaniach w polskim systemie ochrony zdrowia, a o wadze podejmowanych tematów świadczą m.in. setki osób uczestniczących w nim zarówno stacjonarnie jak i śledzących transmisję online.







Z kolei Wiceprezes KRDL dr Karolina Bukowska-Strakova wzięła udział w panelu dyskusyjnym dot. hematologii podczas Kongresu Rzecznicy Zdrowia'24. W dyskusji z ekspertami Wiceprezes KRDL podkreślała rolę diagnostów w tej dziedzinie, wskazując na możliwości poszerzenia kompetencji roli diagnosty laboratoryjnego. Kongres Rzecznicy Zdrowia 2024 to unikalna platforma dialogu i wymiany doświadczeń w systemie ochrony zdrowia. Wydarzenie stanowi przestrzeń do konstruktywnych rozmów o zdrowiu publicznym, jakości w ochronie zdrowia oraz o propozycjach zmian w obszarze organizacji ochrony zdrowia.

11 kwietnia Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak wzięła udział w panelu dyskusyjnym pt. „Bariery systemowe w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych". Podczas spotkania prezentowane były rozwiązania barier systemowych w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych zmierzających do poprawy wskaźników wyszczepialności w Polsce. Opierając się na wypracowanej przez ekspertów Strategii dla Szczepień 2030, eksperci dyskutowali na temat aktualnych wyzwań związanych z zapobieganiem chorobom zakaźnym u dzieci i młodzieży. W trakcie wydarzenia podsumowany był również sezon infekcyjny 2023/24 oraz Narodowy Program Szczepień przeciw HPV. Dzięki obecności prof. Jorga Schellinga, eksperta ze STIKO, zaprezentowane zostały korzyści wynikające z wprowadzenia innowacyjnych rozwiązań w zakresie szczepień przeciw grypie. Organizatorem VMeeting była Rada Ekspertów Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Infekcyjnych, której członkiem jest dr Monika Pintal-Ślimak, Prezes KRDL.



12 kwietnia Studenckie Towarzystwo Naukowe WUM 19. zorganizowało „Warsaw International Medical Congress" – sesja: Basic&Preclinical Science and Laboratory Medicinie. Celem wydarzenia było przedstawienie rezultatów badań, dyskusja nad zagadnieniami dotyczącymi medycyny laboratoryjnej oraz stworzenie przestrzeni do zawierania współpracy naukowej. Na szczególne uznanie zasługuje wysoki poziom merytoryczny prezentowanych referatów. W wydarzeniu, które zostało objęte patronatem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, uczestniczyła Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak. Parterem wydarzenia było Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych. Swój udział potwierdzili także: dr n. med. Szymon Walter de Walthoffen, dr n. med. Monika Jabłonowska oraz dr Aldona Wierzbicka-Rucińska – Członkowie KRDL VI Kadencji z woj. mazowieckiego.

13 kwietnia w Kolesinie w woj. lubuskim odbył się XXXIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Aptekarzy Lubuskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. W wydarzeniu uczestniczyli przedstawiciele samorządów zawodów medycznych, NFZ oraz przedstawiciel wojewody. Samorząd



Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowała Przewodnicząca Komisji ds. Etyki, członek KRDL Ewa Brzezińska. Wydarzenie stanowiło okazję do rozmów o wyzwaniach dla systemu opieki zdrowotnej oraz do integracji środowisk medycznych. Przewodnicząca Ewa Brzezińska przedstawiła także plany legislacyjne naszego samorządu w zakresie porady diagnostycznej. Uczestnicy Zjazdu wyrazili aprobatę i chęć wsparcia rekomendacji KRDL.

13 kwietnia w Krakowie w auli Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum odbyła się XXI Ogólnopolska Debata Studentów Analityki Medycznej zorganizowana przez studentów zrzeszonych w Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych UJ CM. Głównymi tematami debaty były: ustawa o medycynie laboratoryjnej, oczekiwania studentów po ukończeniu analityki medycznej – perspektywy pracy oraz rozwoju zawodowego, pozycji diagnosty laboratoryjnego w środowisku medycznym, porada diagnostyczna, tworzenie i rola zespołów interprofesjonalnych. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowała Wiceprezes KRDL Pani dr Karolina Bukowska-Strakova, która w swojej wypowiedzi odniosła się do ustawy o medycynie laboratoryjnej, roli diagnosty laboratoryjnego i możliwości rozwoju zawodowego (specjalizacje dla diagnostów laboratoryjnych).



16 kwietnia na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie odbyły się Targi Praktyk i Pracy dla Studentów Kierunku Analityka Medyczna. Podczas targów uczestnicy mieli okazję wysłuchać prelekcji m.in.: dr n. med. Katarzyny Fischer, Przewodniczącej Oddziału Szczecińskiego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, dr. n. med. Konrada Grzeszczaka, Skarbnika Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, dr hab. n. med. Aldony Siennickiej, koordynatorki praktyk kierunku analityka medyczna, dr n. med. Bożeny Sembaty, kierowniczki Laboratorium Diagnostyka S. A., mgr Agnieszki Łuś, kierowniczki Zakładu Mikrobiologii w Wielospecjalistycznym Szpita-



lu Wojewódzkim Sp. z o.o. w Gorzowie Wielkopolskim, prof. dr hab. n. o zdr. Anny Łubkowskiej, dyrektorki Szkoły Doktorskiej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, dr. n. med. Michała Sławińskiego, kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie.

17 kwietnia odbyła się gala Złoty Otis 2024. W gronie laureatów nagrody znalazł się prof. Maciej Szmitkowski, który otrzymał nagrodę za dorobek życia w diagnostyce laboratoryjnej. Za osiągnięcia w diagnostyce laboratoryjnej nagrodę zdobyła prof. Milena Dąbrowska! Gratulujemy i dziękujemy za pracę i zaangażowanie w rozwój medycyny laboratoryjnej!



17 kwietnia w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się posiedzenie Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zaufania Publicznego. Podczas spotkania omówiono: sprawy konferencji zawodów zaufania publicznego, planowanej na 15 października, stanowisko KRDL z 6 marca 2024 r. dotyczące wykonywania badań genetycznych w ramach medycyny laboratoryjnej oraz założenia do ustawy o Zawodach Zaufania Publicznego. Projekt proponowany przez Prezes KRDL dr Monikę Pintal-Ślimak. Z ramienia KRDL w posiedzeniu udział wziął Skarbnik KRDL dr Konrad Grzeszczak.

18–20 kwietnia w Warszawie odbył się XVI Zjazd Naukowo-Szkoleniowy organizowany przez Stowarzyszenie Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak była jedną z osób otwierających Zjazd. Podczas Zjazdu, oprócz Prezes KRDL („Testy POCT – obszar regulowany w diagnostyce laboratoryjnej"), prelekcje wygłosili także m.in.: dr Katarzyna Fischer: „O ocenie ryzyka nowotworowego w chorobach układowych tkanki łącznej – istotna rola biomarkerów immunologicznych", dr Marzena Iwanowska: „Metody oceny jakości badań POCT". W wydarzeniu uczestniczył także Skarbnik dr Konrad Grzeszczak.

19 kwietnia odbyła się I Ogólnopolska Konferencja dla Lekarzy, Diagnostów Laboratoryjnych i Farmaceutów organizowana przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Tematyka konferencji poświęcona była interdyscyplinarnym diagnostyczno-terapeutycznym w populacji geriatrycznej. Z ramienia KRDL w konferencji uczestniczyli Wiceprezes dr Karolina Bukowska-Strakova oraz Skarbnik dr Konrad Grzeszczak .

20 kwietnia dziesięcioro finalistów Ogólnopolskiego Konkursu Wiedzy o Diagnostyce Laboratoryjnej LabTest sprawdzało swoją wiedzę z zakresu chemii klinicznej, genetyki, immunologii, parazytologii oraz biochemii. Rywalizacja była bardzo wyrównana. Zwycięzcami konkursu zostali: 1. Urszula Tkaczuk (woj. zachodniopomorskie), 2. Michał Kuźmiński (woj. małopolskie), 3. Jan Prudło (woj. śląskie). Gratulujemy zwycięzcom oraz pozostałym finalistom.



23 kwietnia Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak została powołana przez Minister Zdrowia Izabelę Leszczynę w skład Rady Akredytacyjnej! Rada liczy 12 członków i wybierana jest na 6-letnią kadencję. W jej skład powołano także: Marka Durlika – przedstawiciela Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Jarosława Fiksa – przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta, Dominikę Janiszewską-Kajkę – przedstawiciela Ministra Zdrowia, Mateusza Kapronia – przedstawiciela Ministra Zdrowia, Konrada Korbińskiego – przedstawiciela Ministra Zdrowia, Arkadiusza Kosowskiego – przedstawiciela Ministra Obrony Narodowej, Piotra Pawliszaka – przedstawiciela Naczelnej Rady Lekarskiej, Tomasza Stefaniaka – przedstawiciela Ministra Zdrowia, Renatę Sówkę – przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Irenę Walecką-Herniczek – przedstawiciela organizacji społecznej, której działalność statutowa polega na działaniu na rzecz praw pacjentów, Piotra Warczyńskiego – przedstawiciela Ministra Zdrowia.



27 kwietnia w Białymstoku rozpoczęła się X Ogólnopolska Konferencja Studentów Medycyny Laboratoryjnej i Młodych Diagnostów Wschodząca Diagnostyka. W wydarzeniu uczestniczyła Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak, która do organizatorów, opiekuna Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych UMB prof. dr hab. n. med. Violetty Dymickiej-Piekarskiej i uczestników konferencji skierowała słowa uznania i podziękowania za determinację oraz chęć podejmowania najważniejszych i najbardziej aktualnych problemów dotyczących medycyny laboratoryjnej. Na szczególne wyróżnienie zasługuje zaangażowanie przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego pani Kingi Wojdy. Ten wyjątkowy jubileusz to najlepszy dowód na to, że wydarzenie Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na stałe zapisało się w kalendarzu najważniejszych branżowych wydarzeń. Po raz kolejny program konferencji obfitował w wykłady znamienitych ekspertów: prof. Katarzyny Winsz-Szczotki, dr Łukasza Paprotnego, dr Doroty Olszańskiej

i dr Nazara Smerczańskiego. Nie zabrakło też ważnych prelekcji oraz dyskusji studentów i doktorantów podczas sesji naukowej.



27 kwietnia odbyła się konferencja jubileuszowa z okazji 30-lecia działalności katolickich stowarzyszeń medyków. Konferencję rozpoczęła msza święta, której przewodniczył biskup warszawsko-praski Romuald Kamiński. Prezentację ukazującą zagrożenia jakie niesie automatyzacja i sztuczna inteligencja na holistyczne podejście do pacjenta i zachowanie zasad etyki zawodowej wygłosiła dr Elżbieta Puacz z Katolickiego Stowarzyszenia Diagnostów Laboratoryjnych (Prezes III i IV Kadencji KRDL). Nasz samorząd reprezentowała Wiceprezes KRDL dr Karolina Bukowska-Strakova.

29 kwietnia we Wrocławiu odbyły się II Targi Pracy dla studentów analityki medycznej. Wydarzenie zostało zorganizowane wspólnie przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych we Wrocławiu oraz Ogólnopolskie Stowarzyszenie Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych. Targi kolejny raz były świetną okazją dla studentów analityki medycznej – przyszłych diagnostów laboratoryjnych – do zapoznania z możliwościami pracy i rozwoju w medycznych laboratoriach diagnostycznych na Dolnym Śląsku, a dla pracodawców – do znalezienia młodych, świetnie wykształconych pracowników.



MAJ 2024

7 maja w siedzibie KIDL odbyło się spotkanie Prezes KRDL dr Moniki Pintal-Ślimak z Honorowym Prezesem KRDL dr. Henrykiem Owczarkiem, współtwórcą KIDL. Dr Henryk Owczarek na zawsze wpisał się w karty historii medycyny laboratoryjnej w Polsce dzięki swojej pracy na rzecz samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych. To dzięki niemu proces legislacyjny przeszła pierwsza ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r., ustanawiająca zawód diagnosty laboratoryjnego i samorząd zawodowy. W spotkaniu uczestniczył także dr Sławomir Białek, opiekun Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych WUM i SKN Zarządzania Medycznym Laboratorium Diagnostycznym.



9 maja Sejmowa Komisja Zdrowia rozpatrzyła informację o sytuacji w leczeniu i profilaktyce zakażeń wirusem HIV. W posiedzeniu Komisji wzięła udział dr Monika Pintal-Ślimak. Prezes KRDL odniosła się do propozycji wprowadzenia testów diagnostyki HIV do POZ, zwracając jednocześnie uwagę na kluczową rolę medycznych laboratoryjnych diagnostycznych w zapewnieniu jakości testów oraz możliwości prowadzenia dalszej diagnostyki.



KIDL objął patronatem trwającą w dniach **10–11 maja** II edycję Kongresu HPV „Od teorii do praktyki – profilaktyka, diagnostyka i leczenie chorób związanych z HPV w ginekologii i ginekologii onkologicznej". Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak reprezentowała środowisko diagnostów laboratoryjnych podczas panelu dyskusyjnego „Co zrobić aby poprawić profilaktykę raka szyjki macicy w Polsce".

11 maja z okazji obchodów II Mazowieckiego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa pt. „Diagnostyka laboratoryjna odpowiedzią na potrzeby kliniczne" zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej. Podczas Konferencji dr n. med. Monika Jabłonowska, członkini KRDL, wygłosiła prelekcję poświęconą rekomendacjom PTDL dotyczącym diagnostyki zakażeń wirusem HIV.



16–17 maja w organizowanej przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie konferencji KRAUM wzięły udział m.in.: Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak oraz Wiceprezes KRDL dr Karolina Bukowska-Strakova. Tematem przewodnim była „Edukacja i humanizacja we współczesnej medycynie". Wydarzenie zgromadziło wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, naukowców oraz praktyków, którzy wspólnie debatowali nad najważniejszymi wyzwaniami współczesnej opieki zdrowotnej. Konferencja stworzyła doskonałą przestrzeń do wymiany wiedzy, doświadczeń i najlepszych praktyk, a także odbycia inspirujących dyskusji na temat przyszłości medycyny.



18 maja na Jasnej Górze delegacja samorządu Diagnostów Laboratoryjnych na czele z Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr Moniką Pintal-Ślimak uczestniczyła w jubileuszowej 100. Ogólnopolskiej Pielgrzymce Pracowników

Służby Zdrowia. Pielgrzymkę poprzedziły rekolekcje środowiska medycznego. Najważniejszym punktem była Msza św. na Szczycie. W trakcie uroczystości ponowiony został Akt Zawierzenia Służby Zdrowia Matce Bożej, wypowiedziany po raz pierwszy 21 maja 1966 r. z inicjatywy bł. Prymasa Stefana Wyszyńskiego.



21 maja odbyło się XI Seminarium „O Zdrowiu Sądeczan". W panelu dyskusyjnym „Bo lepiej zapobiegać niż leczyć – rola i znaczenie profilaktyki i promocji zdrowia" wzięła udział Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak. Gośćmi specjalnymi wydarzenia byli wybitni specjaliści z różnych dziedzin medycyny , przedstawiciele administracji państwowej i samorządowej. Podczas swojego pobytu w Nowym Sączu, Pani Prezes odwiedziła także laboratorium w Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego.



26 maja odbył się „Rodzinny Piknik Plenerowy" z okazji Dnia Dziecka na warszawskim Bemowie. W przygotowanej dla rodzin specjalnej strefie byli także Diagności Laboratoryjni oraz Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak. Na stoisku przygotowanym przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych oraz Stowarzyszenie Medycznych Aktywistów Laboratoryjnych (#SMAL), dzieci i dorośli mogli dowiedzieć się m.in. czym zajmują się diagności laboratoryjni oraz jakie badania warto regularnie wykonywać.



27 maja Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak razem z Członkiem KRDL Martą Budzińską opowiadały w programie Dzień Dobry TVN o możliwościach medycyny laboratoryjnej i o tym, że wszystkie badania przeprowadzane są zawsze z myślą o pacjencie. Dzięki takim inicjatywom nasze środowisko będzie jeszcze bardziej rozpoznawalne.



28 maja w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Perzyny w Kaliszu Szpital Kalisz odbyło się uroczyste wręczenie nagród dla wyróżnionych diagnostów laboratoryjnych podczas obchodów Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Na zaproszenie Dyrektora Szpitala, dr. n. med. Radosława Kołacińskiego, w wydarzeniu uczestniczyła Prezes KRDL dr Monika Pintal-Ślimak, której towarzyszył Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz. W Konferencji uczestniczyli także diagności z południowej i wschodniej Wielkopolski. Przy okazji wizyty w Szpitalu, Pani Prezes wraz z Sekretarzem odwiedzili Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej. Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy!



CZERWIEC 2024

5 czerwca w siedzibie KIDL odbyło się spotkanie Zespołu kierunkowego ds. Analityki Medycznej Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP z Prezes KRDL dr Moniką Pintal-Ślimak oraz przedstawicielami Młodych Diagnostów KRDL. Spotkanie było okazją do zacieśnienia współpracy, w tym w szczególności rozmów o propozycjach zmian w standardach kształcenia na kierunku analityka medyczna przygotowujących do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, kwestii dostępu do zawodu oraz możliwości współpracy ze środowiskiem studentów i absolwentów. Spotkanie to było okazją do zacieśnienia współpracy, w tym w szczególności rozmów o propozycjach zmian w standardach kształcenia na kierunku analityka medyczna przygotowujących do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, kwestii dostępu do zawodu oraz możliwości współpracy ze środowiskiem studentów i absolwentów.



6 czerwca odbyła się konferencja „Jak zorganizować nadzór merytoryczny nad badaniami POCT w szpitalu? Rola koordynatora POCT". Konferencję otworzyło wystąpienie dr n. med. Brygidy Beck, Prezes BB-Med oraz wystąpienie Prezes KRDL dr Moniki Pintal-Ślimak. Z ramienia KRDL w wydarzeniu uczestniczył także dr Konrad Grzeszczak, Skarbnik KRDL.



6 czerwca przedstawiciele Młodych Diagnostów: Sylwester Łużny oraz Mateusz Józef Chmielarz uczestniczyli w debacie „Kierunek Analityka Medyczna. Co Dalej?" na Wydziale Nauk Farmaceutycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Sosnowcu. Podczas dyskusji rozmawiano o: możliwości kariery zawodowej po ukończeniu analityki medycznej, zmianach w zawodzie diagnosty laboratoryjnego oraz rozszerzeniu kompetencji diagnosty, ścieżkach kształcenia po ukończeniu studiów – specjalizacjach i kształceniu doktorantów, a także o zagrożeniach dla zawodu diagnosty laboratoryjnego.



7 czerwca w Wojskowym Instytucie Medycznym Państwowym Instytucie Badawczym zostały wręczone statuetki i dyplomy uznania dla zasłużonych diagnostów Instytutu przez Prezes KRDL dr n. med. Monikę Pintal-Ślimak.





8 czerwca Biała Sobota – akcja zorganizowana w związku z obchodami światowych dni walki z rakiem! W godzinach 10:00–13:00 w Państwowym Instytucie Medycznym MSWiA uczestnicy wydarzenia mogli zadbać o swoje zdrowie i skorzystać z bezpłatnych konsultacji i porad lekarzy.

10–11 czerwca Izba POLMED organizator konferencji „Ścieżka Pacjenta w Polskim Systemie Ochrony Zdrowia". Wydarzenie skupiało się na ukazywaniu symbolicznych punktów styku pacjenta z wyrobami medycznymi oraz omawianiu wyzwań i możliwości w zakresie opieki zdrowotnej. Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak wzięła udział w panelu dyskusyjnym „Diagnoza: miejsce medycyny laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia", podczas którego eksperci zwrócili uwagę m.in. na ukazanie największych wyzwań związanych z diagnostyką laboratoryjną w systemie ochrony zdrowia, a także omówili rolę jaką pełnią badania diagnostyczne w procesie leczenia. Obok Prezes KRDL, w panelu zasiedli także prof. Urszula Demkow, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia; Bogna Cichowska-Duma, Przewodnicząca Sekcji ds. Diagnostyki Laboratoryjnej w Izbie POLMED; Magdalena Kołodziej, Prezes My Pacjenci; Norbert Pietrykowski, Członek Sejmowej Komisji Zdrowia; Daniel Rutkowski, Prezes AOTMiT; Magdalena Władysiuk, Ekspert HTA Consulting oraz Justyna Martynowska, Wiceprezes Zarządu Związku Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości.



13 czerwca w Krakowie odbył się II Kongres Krajowej Izby Fizjoterapeutów pod hasłem „Interdyscyplinarność przyszłością rehabilitacji". Celem Kongresu było przedstawienie roli fizjoterapii w kompleksowym leczeniu w ramach interdyscyplinarnych zespołów medycznych. Wydarzenie skierowane było przede wszystkim do fizjoterapeutek i fizjoterapeutów, ale do udziału zaproszono też innych medyków, specjalistów m.in. w dziedzinie chorób wewnętrznych, neurologii, kardiologii, pediatrii, geriatrii, ortopedii i traumatologii, onkologii, medycyny sportowej, rehabilitacji medycznej. Samorząd Diagnostów reprezentowała Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak.



13 czerwca w Sejmie RP w posiedzeniu Podkomisji Stałej do Spraw Zdrowia Publicznego wzięli udział Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz oraz Skarbnik KRDL Konrad Grzeszczak. Podkomisja rozpatrzyła: informację w sprawie długotrwałych zdrowotnych i społecznych skutków COVID-19 oraz informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności i jakości świadczeń rehabilitacji dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, finansowanych przez NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.



DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

woj. mazowieckie

II Mazowiecki Dzień Diagnosty Laboratoryjnego

Kontynuujemy tradycję, którą zainicjowaliśmy w zeszłym roku z władzami Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezesem DIAGNOSTYKA S.A. prof. Jakubem Swadźbą, przedstawicielami VI kadencji KRDL oraz Oddziałem Warszawskim PTDL. W tym roku również zorganizowaliśmy konferencję z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego, która odbyła się 11 maja w siedzibie Uniwersytetu w Warszawie. Mamy nadzieję, że to wydarzenie na stałe wpisze się w nasze kalendarze.

Szczegóły konferencji:

Konferencja Polskiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych (Oddział Warszawa) odbyła się w sobotę, 11 maja, stacjonarnie na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Udział w niej wzięli:

- władze WUM: prof. dr hab. Piotr Luliński – Dziekan Wydziału Farmaceutycznego, prof. dr hab. n. med. Olga Ciepiela,
- konsultant wojewódzki ds. diagnostyki laboratoryjnej dr n. farm. Monika Jabłonowska,
- przedstawiciele Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych: dr Aldona Wierzbicka-Rucińska i dr Szymon Walter de Walthoffen.

Patronat Wojewody Mazowieckiego

Wojewoda Mazowiecki Mariusz Frankowski po raz pierwszy objął konferencję honorowym patronatem. W piśmie, które przekazał, wyraził pewność, że konferencja podkreśla ważną rolę diagnostów laboratoryjnych w systemie opieki zdrowotnej i pozwoli promować nowe technologie i metody diagnostyczne. Podkreślił, że udział ekspertów, warsztaty edukacyjne oraz panele dyskusyjne pozwoliły uczestnikom poszerzyć wiedzę i umiejętności, co bezpośrednio przełoży się na podniesienie jakości świadczeń zdrowotnych na terenie województwa mazowieckiego.

dr n. farm. Monika Jabłonowska
Członek KRDL VI Kadencji
woj. mazowieckie





woj. łódzkie







W tym roku Dzień Diagnosty Laboratoryjnego świętowaliśmy wraz z mieszkańcami Łodzi 25 maja na Starym Rynku przy zorganizowanym z tej okazji stoisku informacyjno-profilaktycznym. Jak co roku, informowaliśmy mieszkańców kim jest diagnosta laboratoryjny i jakie czynności wykonujemy w ramach naszego zawodu. Wykonywaliśmy pomiary glikemii, odpowiadaliśmy na pytania związane z badaniami laboratoryjnymi, rozdawaliśmy ulotki informacyjne i rekrutowaliśmy nowych potencjalnych dawców szpiku kostnego. W tym roku pracowaliśmy przy stoisku wspólnie z diagnostą laboratoryjnym, Prezesem Fundacji Edukacji Zdrowotnej Lepsze Jutro zajmującej się działalnością edukacyjną dotyczącą zakażeń HIV, HCV, HBV a także innych chorób przenoszonych drogą płciową oraz promocją badań laboratoryjnych w tym zakresie. Zorganizowaliśmy także kącik dla dzieci, w którym mogły porysować, wziąć udział w quizach i wykonać proste doświadczenia.

Nie zabrakło solidnej dawki wiedzy z zakresu medycyny laboratoryjnej. Przez cały dzień przy stoisku wyświetlane były wykłady dotyczące morfologii krwi, laboratoryjnej diagnostyki zaburzeń gospodarki węglowodanowej, boreliozy, alergii oraz podstaw diagnostyki zakażeń wirusowych.
Dziękujemy za zainteresowanie naszym świętem i liczny udział. Szczególne podziękowania dla współorganizatorów: Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych UMED Łódź i Łódzkiego Ośrodka Dawców Szpiku.

dr n. farm. Agnieszka Jeleń
Członek KRDL VI Kadencji
woj. łódzkie



woj. podlaskie







W dniu 14 czerwca w Hotelu Dwór Czarneckiego koło Białegostoku odbyło się seminarium z okazji Dnia Diagnosty zorganizowane przez Przedstawicielki KRDL: Małgorzatę Wojtkowską i Sylwię Kozłowską. Uczestniczyło w nim około 60 diagnostów z województwa podlaskiego. Wśród nich byli obecni: wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej prof. Maciej Szmitkowski, konsultant wojewódzki dr Roland Rółkowski oraz nauczyciele akademiccy UMB. Małgorzata Wojtkowska przypomniała uczestnikom dlaczego właśnie dzień 27 maja został wybrany przez diagnostów jako ich święto. 27 maja 1961 roku dwóch niemieckich naukowców odkryło tajemnicę kodu genetycznego, co dało podwaliny późniejszym dokonaniom z dziedziny genetyki i diagnostyki laboratoryjnej. Podkreśliła, jak ważny wykonują zawód. Ma obecnie status zawodu zaufania publicznego i stanowi fundament nowoczesnej opieki zdrowotnej. Bez badań laboratoryjnych nie ma współczesnej medycyny, gdyż 70% diagnoz i decyzji o kierunku leczenia podejmowanych jest na podstawie wyników badań laboratoryjnych.
Na prośbę Sylwii Kozłowskiej dr Roland Rółkowski przedstawił w skrócie historię powstania naszego samorządu. Droga do jego powstania była trudna i wyboista. Po seminarium przedstawicielki KRDL złożyły życzenia wszystkim diagnostom i zaprosiły do celebrowania święta smakując uroczysty tort. Dalsza część spotkania odbywała się w leśnym otoczeniu i rustykalnym klimacie Karczmy obok Dworu.

dr n. med. Małgorzata Wojtkowska
Członek KRDL VI Kadencji
woj. podlaskie

DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

woj. warmińsko-mazurskie

Dnia 24 maja 2024 roku w Olsztynie odbyła się na konferencja „Dzień Diagnosty Laboratoryjnego – Olsztyn 2024". Wzięło w niej udział 100 diagnostów laboratoryjnych z województwa warmińsko-mazurskiego. Organizatorem była Iwona Kowalczyk – przedstawiciel VI Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
Na początku przedstawione zostały 4 wykłady dotyczące autoimmunizacji, diagnostyki gruźlicy, wykonywania markerów nowotworowych w raku piersi oraz wykrywaniu alloprzeciwciał w immunologii transfuzjologicznej. Wykładowcami byli diagności laboratoryjni: dr n. med. Barbara Piskór, mgr Arkadiusz Smoliński, dr n. farm. Patryk Matuszek, mgr inż. Izabella Podsiadły. Następnie odbyła się uroczysta kolacja zakończona podaniem tortu z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego.
Celem konferencji było świętowanie Dnia Diagnosty Laboratoryjnego – podkreślenie roli pracowników laboratoriów medycznych w ochronie zdrowia a także integracja środowiska zawodowego. Nie zabrakło też ciekawych rozmów i konsultacji z wykładowcami. Spotkanie było okazją do zacieśnienia współpracy diagnostów laboratoryjnych z województwa warmińsko-mazurskiego – wszyscy byli bardzo zadowoleni z konferencji i szczerze dziękowali organizatorowi.
Dziękujemy wszystkim diagnostom laboratoryjnym z Warmii i Mazur za obecność na konferencji i życzymy wiele radości z wykonywania zawodu.
W ramach promocji zawodu i krwiodawstwa diagności laboratoryjni: mgr Iwona Kowalczyk, mgr Danuta Kopystecka i mgr Agnieszka Kamińska pojechały do olsztyńskich przedszkoli. Na dzieci czekały gadżety, ulotki, kolorowanki „W laboratorium" oraz odznaki „Dzielny Pacjent" a także przedstawienie zadań pracowników laboratoriów medycznych. Dzieci słuchały z dużym zainteresowaniem. Z przedszkolakami wykorzystywaliśmy wiedzę w praktyce, była przy tym duża dawka śmiechu. Na koniec dzieci dostały drobne prezenty i czekoladki. Miło było widzieć ich uśmiechy. Były to bardzo owocne spotkania.

Iwona Kowalczyk
Członek KRDL VI Kadencji
woj. warmińsko-mazurskie





woj. małopolskie

W dniach 24–27.05.2024 r. w Krakowie świętowaliśmy Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. W tym roku po raz pierwszy członkinie KRDL dr Ewa Gomółka i mgr Bernadetta Jakubowicz odwiedziły diagnostów w ich miejscach pracy. Ewa Gomółka wybrała się do Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie oraz Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Św. Ludwika w Krakowie. Bernadetta Jakubowicz odwiedziła Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie oraz Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie. Był czas na życzenia, upominki, a przede wszystkim na rozmowę. Wśród głównych tematów nurtujących diagnostów były m.in.: punkty edukacyjne, składka członkowska, możliwości organizacji szkoleń przez KIDL.




Event w Galerii Handlowej „Serenada"



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie


Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie

Szpital Uniwersytecki w Krakowie i Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie zorganizowały akcję informacyjną „Kim jest Diagnosta Laboratoryjny", a w Punktach Pobierania Materiału dostępne były ulotki informacyjne i gadżety dostarczone przez przedstawicielki KIDL. O naszych milusińskich zadbała dr Karolina Bukowska-Strakova i przygotowała dla nich drobne niespodzianki żeby w tym dniu wizyta w Punkcie Pobierania Materiału była „mniej bolesna".

W świętowanie Dnia Diagnosty Laboratoryjnego włączyli się również studenci analityki medycznej ze Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych UJCM, którzy w Galerii Handlowej „Serenada" zorganizowali event. Hasłem wydarzenia była edukacja i profilaktyka, a studenci wykonywali podstawowe badania profilaktyczne (m.in.: pomiar glikemii i pomiar ciśnienia tętniczego), a także odpowiadali na pytania zadawane przez odwiedzających nasze stoiska. Na najmłodszych czekały edukacyjne stanowiska laboratoryjne do mikroskopowania, hematologiczne, parazytologiczne, a także drobne upominki.

W wydarzeniu uczestniczyły również przedstawicielki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Ewa Gomółka i Bernadetta Jakubowicz.

Studenci stanęli na wysokości zadania, ich zaangażowanie jest budujące i dobrze rokuje na przyszłość.

Studentom analityki medycznej towarzyszyli studenci ratownictwa medycznego, którzy demonstrowali zasady resuscytacji na fantomach. Grunt to dobra współpraca przyszłych przedstawicieli zawodów zaufania publicznego.






Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II



Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

mgr Bernadetta Jakubowicz
dr Ewa Gomółka
dr Karolina Bukowska-Strakova

Członkinie KRDL VI Kadencji
woj. małopolskie

woj. świętokrzyskie





25 maja odbyła się konferencja „Diagnostyka dla Zdrowia – Świętokrzyski Dzień Diagnosty", zorganizowana wspólnie (PTDL o/Kielce, KIDL) z RCNT w Podzamczu. W trakcie konferencji można było wysłuchać wielu ciekawych wykładów, m.in.: o witaminie D, wpływie odżywiania na wyniki badań laboratoryjnych. Dzięki warsztatom dzieci mogły zobaczyć jak wygląda praca w laboratorium. Uczestnicy wydarzenia mogli zwiedzić Centrum Nauki Leonardo Da Vinci oraz Dwór Starostów Chęcińskich.
Zgodnie z nazwą konferencji „Diagnostyka dla Zdrowia" nie mogło zabraknąć aktywności. Dla dorosłych zorganizowano zumbę na świeżym powietrzu, dla dzieci zaś Zumbę Kids.

Anna Grudniewska
Wojciech Markiewicz
Członkowie KRDL VI Kadencji
woj. świętokrzyskie





woj. wielkopolskie

W Poznaniu odbyły się dwudniowe obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Pierwszego dnia zaproszono studentów do debaty oraz quizu wiedzy o samorządzie zawodowym, podczas którego mogli wygrać miesięczne płatne staże w wybranym laboratorium medycznym. Dodatkowo Prodziekan ds. Analityki medycznej zapowiedziała wprowadzenie możliwości zapisu dla studentów na fakultet poświęcony strukturze i działalności KIDL. Drugi dzień poświęcono Diagnostom Laboratoryjnym, którzy brali udział w wykładach, debacie oraz warsztatach. Mogli oni również wykazać się wiedzą w quizie dotyczącym KIDL, gdzie nagrodami były zaproszenia do restauracji.

Marta Budzińska
Członek KRDL VI Kadencji
woj. wielkopolskie









woj. dolnośląskie





25 maja w CH Borek przygotowano stoiska profilaktyczne oraz informacyjne, na których można było zaczerpnąć informacji o przygotowaniu do badań. Oprócz tego członkowie STDL UMW mierzyli glikemię przygodną, satruację i ciśnienie wszystkim chętnym.

Atrakcją tegorocznej akcji była loteria, w której oprócz gadżetów można było wygrać pomiary stężenia cholesterolu oraz kwasu moczowego.

Swoje stanowisko przygotowało też Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu, przy którym chętne osoby mogły dowiedzieć się wszystkich szczegółów na temat oddawania krwi. Nie mogło również zabraknąć Kącika Małego Diagnosty.

Podczas akcji wykonano ponad 200 pomiarów z krwi włośniczkowej.





DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO



woj. lubuskie







woj. śląskie







Z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego przedstawiciele województwa śląskiego zorganizowali konkurs plastyczny „Magiczne laboratorium – świat Diagnosty Laboratoryjnego widziany oczami dziecka". Konkurs przeprowadzono w Miejskim Przedszkolu nr 12 w Katowicach oraz w Szkole Podstawowej nr 5 w Katowicach w klasach 1–3. Zgłoszono ponad 50 prac plastycznych, wykonanych w technice dowolnej. Konkurs przeprowadzono w dwóch kategoriach wiekowych: dla przedszkolaków i klas 1–3.

I miejsce – Hania Kwoska i Maja Spychalska
II miejsce – Lilianna Biały i Zosia Targońska
III miejsce – Maja Ziemniak i Diana Dimitrenko
Wyróżnienia: Aleksander Zych, Zuzanna Kita, Hanna Kita, Marysia Stasiorek, Małgorzata Stasiorek, Magdalena Wieczorek, Marta Staszek i Danyl Smetonko.

Przedszkolakom wręczono nagrody podczas Festynu Przedszkolnego 6 czerwca 2024 r., a dla uczniów szkoły podstawowej nagrody zostaną wręczone 21 czerwca.
Ponadto uroczysty Dzień Diagnosty Laboratoryjnego odbył się w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym Szpitala Miejskiego w Zabrzu, podczas którego wręczono dyplomy uznania wraz z drobnymi upominkami ufundowanymi przez KIDL.

dr n. med. Magdalena Kościelniak-Ziemniak
Członek KRDL VI Kadencji
woj. śląskie





Z okazji Dnia Diagnosty Członek KRDL Karolina Suchanek-Solowska zorganizowała w swoim laboratorium MED-LAB-SUCHANEK bezpłatną akcję profilaktyczną. Podczas akcji wykonano bezpłatnie prawie 400 badań morfologii krwi dla pacjentów Ustronia i powiatu cieszyńskiego.
Pani Karolina Suchanek-Solowska udzieliła również wywiadu do lokalnej Gazety Ustrońskiej z okazji Dnia Diagnosty, promując przy okazji wykonywanie badań profilaktycznych.

Link do wywiadu:
https://ustronska.pl/2024/05/24/badania-ratuja-zycie/









DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

PROMOCJA ZAWODU DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

KIELCE

28 maja w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach diagności zachęcali do badań profilaktycznych oraz przypominali jak ważne jest prawidłowe przygotowanie do nich.





KRAKÓW

Event w galerii Serenada w Krakowie promujący zawód diagnosty laboratoryjnego.







ŁÓDŹ

6 kwietnia br. odbyła się Ogólnopolska Konferencja „Diagnosta Laboratoryjny we współczesnym świecie" zorganizowana przez Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych UMED Łódź. Konferencja była skierowana przede wszystkim do studentów kierunku analityka medyczna i miała na celu szerokie spojrzenie na perspektywy jakie otwierają się przez osobami, które kończą studia na tym kierunku oraz poruszała aktualną problematykę dotyczącą dalszego rozwoju medycyny laboratoryjnej. Zaproszeni prelegenci przybliżyli nowości w wybranych dziedzinach medycyny laboratoryjnej a także zaprezentowali różne ścieżki rozwoju zawodowego związane z pracą m.in. w sieciowym oraz szpitalnym medycznym laboratorium diagnostycznym, w szeroko pojętym przemyśle, na rzecz rozwoju nauki oraz z tytułu pełnienia funkcji w samorządzie zawodowym.











Z kolei w maju br. odbyła się seria lekcji edukacyjnych przybliżających pracę diagnosty laboratoryjnego dzieciom z Przedszkoli nr 229 Łodzi oraz nr 14 w Tomaszowie Mazowieckim. Podczas spotkań prowadzonych przez diagnostów, dzieci miały okazję dowiedzieć się jaki materiał można pobierać do badań laboratoryjnych, jak prawidłowo wykonać takie pobranie, dlaczego probówki przeznaczone do pobierania krwi mają różne kolory, jakie komórki znajdują się w naszej krwi i jak zabawne kształty potrafią przyjmować. Oprócz tego przedszkolaki miały możliwość zobaczyć, jak wygląda wybarwiony rozmaz krwi obwodowej pod mikroskopem, samodzielnie sprawdzić, jak zmieniają się kolory na paskach przeznaczonych do badania moczu, gdy umieszcza się je w roztworach imitujących mocz oraz własnoręcznie „posiać materiał na płytkę". Wykorzystując bezpieczne substancje i barwniki zaprezentowano, jak mogą wyglądać bakterie i grzyby rosnące na podłożach mikrobiologicznych, co było wstępem do rozmowy o tym czy bakterie są ważne w naszym życiu, jak wiele z nich jest przyczyną chorób i jak istotna jest codzienna higiena. W lekcjach przeprowadzonych w łódzkim przedszkolu brali również udział studenci analityki medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, którzy wykonywali proste doświadczenia naukowe. Na koniec dzieci otrzymały drobne upominki.



OLSZTYN

Kolejne wizyty w przedszkolach w ramach promocji zawodu diagnosty laboratoryjnego. Tym razem w Olsztynie.









Szanowni Państwo,

W imieniu komitetu organizacyjnego, w skład którego weszła Pani Ewa Brzezińska, Pani Katarzyna Fischer oraz ja, dziękujemy za obecność oraz udział w konferencji „Bezpieczeństwo w medycynie laboratoryjnej", która odbyła się w dniach 22–23 maja. Z dumą informujemy, że patronat honorowy nad konferencją objęła Koalicja na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali oraz Marszałek Województwa Mazowieckiego, co podkreśliło znaczenie i rangę naszej uroczystości, a także uwypukliło wspólne dążenie do poprawy bezpieczeństwa i jakości ochrony zdrowia w Polsce.

To wyjątkowe, dwudniowe wydarzenie, inaugurujące ogólnopolską celebrację Dnia Diagnosty Laboratoryjnego, zgromadziło wybitnych wykładowców reprezentujących środowisko medyczne, pacjentów, technologii medycznych oraz prawa, którzy dzielili się swoją wiedzą, doświadczeniem oraz innowacyjnymi rozwiązaniami.

Podczas uroczystej gali wykład inauguracyjny wygłosił ks. dr Arkadiusz Nowak pt. „W poszukiwaniu humanizacji medycyny u diagnostów laboratoryjnych", w którym przekazał nam niezwykle ważne aspekty dotyczące etyki. Szczególnym gościem na uroczystości był honorowy Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, dr Henryk Owczarek. Prezes podzielił się swoimi przemyśleniami na temat przyszłości medycyny laboratoryjnej oraz roli diagnostów w zapewnianiu najwyższych standardów opieki zdrowotnej. Niezwykle wzruszające były wystąpienia i podziękowania Diagnostów Laboratoryjnych, którzy mieli zaszczyt pracować i tworzyć samorząd razem z Prezesem.

W drugim dniu konferencji wykłady wygłosili profesorowie cieszący się ogromnym autorytetem w środowisku medycznym:

- dr hab. n. med. Emilia Majsiak
- prof. dr hab. n. med. Bogdan Kałużewski
- prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński.

Tematyka wykładów dotyczyła diagnostyki molekularnej, genetyki – dziedzin najbardziej rozwijających się w medycynie. Przed środowiskiem diagnostów laboratoryjnych stawiane są w związku z tym nowe wyzwania. Ponadto były poruszone niezwykle interesujące zagadnienia z cyberbezpieczeństwa i sztucznej inteligencji w medycynie laboratoryjnej.

Podczas konferencji zostały wręczone diagnostom laboratoryjnym odznaki honorowe Ministerstwa Zdrowia: „Zasłużony dla ochrony zdrowia" oraz nagrody przyznane przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych: „Zasłużony diagnosta laboratoryjny" oraz „Dyplom za wzorową pracę". Gratulujemy Państwu wyróżnień. Docenienie pracy jest wzmocnieniem dla każdego z nas, ale również ważnym momentem dla całego środowiska. Atmosfera konferencji była niezwykle podniosła, a jednocześnie pełna ciepła i koleżeńskiego wsparcia.

Podczas wydarzenia podkreślano przyszłość medycyny laboratoryjnej, zaznaczając nowe aspekty technologiczne, prawne oraz zagrożenia. Wielokrotnie odkreślano wartość naszej pracy i zaangażowania na rzecz naszego środowiska. Naszym celem jest budowanie silnej i zintegrowanej społeczności diagnostów, która nie tylko reaguje na wyzwania współczesności, ale również aktywnie kształtuje przyszłość medycyny laboratoryjnej. Wierzymy, że razem możemy osiągnąć więcej i przyczynić się do rozwoju naszej profesji oraz poprawy jakości życia pacjentów.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom, wykładowcom i partnerom za ich wkład i zaangażowanie. Cieszymy się, że licznie zgromadziliśmy się z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Dziękujemy za liczne pozytywne opinie, dzięki którym wiemy, że warto podejmować takie inicjatywy w przyszłości.

Mamy nadzieję, że zdobyta wiedza i nawiązane kontakty będą cennym wsparciem w naszej codziennej pracy. Zapraszamy do obejrzenia zdjęć z konferencji oraz do udziału w przyszłych inicjatywach organizowanych przez KIDL.

Wykłady z naszej konferencji będą umieszczone na platformie szkoleniowej KIDL. Dokładne dane podamy w komunikatach na stronie internetowej.

Z wyrazami szacunku,
Anna Lipnicka
Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych



MARCEL S.A.

KODUJEMY PRZYSZŁOŚĆ DIAGNOSTYKI

Od ponad 30 lat kompleksowo wspieramy procesy IT w sektorze diagnostyki laboratoryjnej. Będąc liderem w branży oprogramowania diagnostycznego, opracowaliśmy intuicyjne, bezpieczne i elastyczne systemy, które sprawiają, że praca w laboratoriach jest prostsza i efektywniejsza. Z naszą asystą poszerzysz swoje możliwości, zwiększysz wydajność i znacząco poprawisz funkcjonowanie Twojej placówki.

USPRAWNIMY PRACĘ TWOJEGO LABORATORIUM DZIĘKI 4 DEDYKOWANYM PROGRAMOM

LIS Analityka CENTRUM
kompleksowe rozwiązanie dla analityki

MikroBIS PLUS
kompleksowe rozwiązanie dla mikrobiologii

eKREW PLUS
kompleksowe rozwiązanie dla serologii transfuzjologicznej

PATeXpert
kompleksowe rozwiązanie dla patomorfologii

ZWIĘKSZYMY TWOJE MOŻLIWOŚCI OFERUJĄC CI SZEROKĄ GAMĘ USŁUG DODATKOWYCH

- POLIS
- LIStrada
- EDM
- eLABORAT
- LISkan
- Moduł Zlecający
- Hurtowy Podpis
- Raporty Mikrobiologiczne
- Raporty Managerskie
- Kody Kreskowe
- Centralna Zdalna Autoryzacja dla Diagnostów
- iCentrum
- Replikacja
- Aplikacja Zdalnej Rejestracji

SZUKASZ ROZWIĄZANIA DLA SWOJEGO LABORATORIUM?
Zadzwoń lub napisz i umów się na prezentację naszych rozwiązań.

+48 22 490 95 30 oferty@marcel.pl www.marcel.pl









WYJĄTKOWE OBCHODY DNIA DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO – PERSPEKTYWA MŁODEGO DIAGNOSTY

mgr Julia Kurzynoga

Dzień Diagnosty Laboratoryjnego obchodzony 27 maja jest wyjątkowym świętem w kalendarzu polskiej ochrony zdrowia. Ustanowiono go, aby podkreślić kluczową rolę diagnostów laboratoryjnych w procesie diagnostyki oraz leczenia pacjentów. Dzień ten jest także okazją do uhonorowania pracowników laboratoriów medycznych oraz ich wkładu w ochronę zdrowia publicznego.

W ramach tegorocznych obchodów Dnia Diagnosty Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych zorganizowała dwudniową konferencję o tytule **„Bezpieczeństwo w medycynie laboratoryjnej”**, która odbyła się 22 i 23 maja 2024 roku w Warszawie. Część merytoryczna konferencji przeprowadzona była także w formule online. Konferencja została połączoną z uroczystą galą oraz kolacją i integracją, na której uczestnicy konferencji mieli okazję wysłuchać koncertu zespołu exMaanam. Podczas gali zostały wręczone odznaki honorowe Ministra Zdrowia za wieloletnią pracę w diagnostyce laboratoryjnej oraz nagrody od Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych dla zasłużonych diagnostów. W programie konferencji przewidziane były m.in. wykłady na temat najnowszych metod i odkryć wykorzystywanych w dziedzinie medycyny laboratoryjnej, ze szczególnym uwzględnieniem technologii sztucznej inteligencji (AI).

Sztuczna inteligencja w medycynie laboratoryjnej odgrywa coraz większą rolę przyczyniając się do poprawy dokładności analiz medycznych, zwiększenia efektywności procesów diagnostycznych oraz redukcji kosztów. AI jest kluczowym narzędziem w analizie dużych zbiorów danych, które są generowane w laboratoriach. Odpowiednie algorytmy mogą przetwarzać i analizować dane z różnych źródeł, takich jak sekwencjonowanie genomu, proteomika czy metabolika, o czym opowiadał przedstawiciel Microsoft Tomasz Kopacz. Wprowadzenie coraz większej liczby rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji do medycyny laboratoryjnej niesie ze sobą ogromny potencjał do poprawy jakości opieki zdrowotnej i badań naukowych. Jednakże, ważne jest również uwzględnienie aspektów etycznych i regulacyjnych, aby zapewnić bezpieczne i skuteczne wdrażanie tych technologii. Jednogłośnie zgodzili się w tym zakresie eksperci, którzy rozmawiali na ten temat podczas debaty zorganizowanej drugiego dnia konferencji.

Szczególnym momentem wydarzenia było wystąpienie dr Henryka Owczarka Honorowego Prezesa KRDL. Przybliżył on historię założenia Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz opowiadał o osobistych przeżyciach i trudnej drodze do uchwalenia pierwszej ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. W swoim przemówieniu doktor zaznaczył, że brak jednostki samorządowej znacząco utrudniał skodyfikowanie funkcjonujących wśród diagnostów reguł deontologicznych, a brak wewnętrznego organu sądownictwa uniemożliwił sprawowanie kontroli nad zachowywaniem zasad etyki zawodowej. Działania związanie z tworzeniem samorządu rozpoczęły się w roku 1990 i to dzięki doktorowi przez proces legislacyjny przeszła pierwsza ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 roku, która ustanowiła zawód diagnosty laboratoryjnego i utworzyła samorząd zawodowy. Proces ten trwał blisko



trzynaście lat i zakończył się sukcesem, dzięki ciężkiej pracy pana doktora oraz absolwentów Oddziałów Analityki Medycznej z całej Polski. Opowieść i historię pana doktora warto znać, aby w sposób świadomy wykonywać swój zawód i z dumą reprezentować środowisko diagnostów. Nic dziwnego więc, że po wystąpieniu pana doktora na sali konferencyjnej zapanował moment refleksji i wzruszenia. Następie przemówiła obecna Prezes KRDL dr n med. Monika Pintal-Ślimak, a także Prezes KRDL 5 kadencji Alina Niewiadomska oraz Prezes KRDL 3 i 4 kadencji Elżbieta Puacz. Wyraziły one swoją wdzięczność i szacunek wobec doktora Owczarka, a także jego dotychczasowych działań w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. Przypominanie o takich momentach jest niezwykle istotne, ponieważ pokazuje, że jako środowisko możemy bardzo dużo osiągnąć, a kluczem do sukcesu jest nieustępliwość do wyznaczonych celów i wspólne działanie. Jednym z sukcesów wspólnej pracy KRDL oraz środowiska diagnostów jest ustawa o medycynie laboratoryjnej z dnia 15 września 2022 roku, która zastąpiła obowiązującą od ponad 20 lat poprzednią ustawę. Ustawa wprowadziła m.in. dofinansowanie kształcenia diagnostów laboratoryjnych ze środków publicznych, pełnopłatny urlop szkoleniowy oraz uregulowanie badań POCT. Mimo tak dużej zmiany, jako środowisko diagnostów, nie możemy spocząć na laurach. Ciągłe doskonalenie medycyny laboratoryjnej jest kluczowe dla zapewnienia najwyższej jakości usług diagnostycznych i bezpieczeństwa pacjentów. Obejmuje to rozwój technologiczny, edukację personelu oraz implementację systemów zarządzania jakością. Regulacje prawne są niezbędne, aby ustalić i egzekwować standardy jakości, chronić prawa pacjentów, a także rozszerzać kompetencje diagnostów laboratoryjnych.



Refleksja nad historią polskiej medycyny laboratoryjnej pozwala na czerpanie wartościowych lekcji, które są niezbędne do dalszego rozwoju i doskonalenia tej dziedziny. Zachęca współczesnych diagnostów do myślenia poza schematami i poszukiwania nowych, lepszych rozwiązań. Należy pamiętać, że innowacje często wynikają z połączenia wiedzy historycznej z nowoczesnymi narzędziami i technologiami. Podkreślał to prof. dr hab. n. med. Bogdan Kałużewski podczas swojego wykładu o badaniach genetycznych i nowych rozwiązaniach we wczesnym wykrywaniu nowotworów.

Obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego to doskonała okazja do wyrażenia wdzięczności dla diagnostów za ich ciężką pracę i nieoceniony wkład w system opieki zdrowotnej. To również okazja do integracji środowiska i wspólnego świętowania, a także promocji tego ważnego zawodu wśród młodzieży. Przy organizacji majowej konferencji pomagali studenci, przedstawiciele Studenckiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych, którzy działają na rzecz promocji zawodu diagnosty laboratoryjnego i wspierają inicjatywy Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.









Współpraca międzypokoleniowa jest niezwykle cenna i stanowi przyszłość naszego samorządu. Wieloletnie doświadczenie zawodowe i życiowe diagnostów laboratoryjnych może oferować istotną perspektywę i mądrość dla młodszych kolegów i koleżanek, a świeże spojrzenie studentów kierunku Analityka Medyczna oraz nowego pokolenia diagnostów laboratoryjnych może prowadzić do powstania innowacyjnych rozwiązań i nowych pomysłów. Wspólne działania, takie jak konferencje naukowe, projekty edukacyjne i spotkania, zbliżają pokolenia, budując silniejszą i bardziej zintegrowaną społeczność.

Z takim przesłaniem wróciłam do domu po obchodach tegorocznego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. ●



mgr Marta Mroczkowska
Instytut Hematologii
i Transfuzjologii w Warszawie

ZESPÓŁ ROZSIANEGO WYKRZEPIANIA WEWNĄTRZNACZYNIOWEGO W PRZEBIEGU OSTREJ BIAŁACZKI PROMIELOCYTOWEJ

Wstęp

Istotą ostrej białaczki promielocytowej (ang. *acute promyelocytic leukemia*, APL) jest klonalny rozrost promielocytów w szpiku kostnym. Przyczyną takiego stanu jest zaburzenie różnicowania komórek z linii granulocytarnej, co skutkuje zahamowaniem dojrzewania na etapie promielocyta. APL jest bardzo specyficznym podtypem ostrej białaczki szpikowej. Na wyjątkowość opisywanego schorzenia składają się charakterystyczne mutacje genetyczne oraz cechy kliniczne. Powikłania związane z układem hemostazy stanowią poważny problem zarówno u pacjentów z nowo rozpoznaną ostrą białaczką jak i u pacjentów, którzy zostali już objęci leczeniem przeciwnowotworowym [1]. Chorzy z APL są szczególnie narażeni na wystąpienie koagulopatii ze względu na budowę oraz właściwości promielocytów. Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (ang. *disseminated intravascular coagulation*, DIC), określany również jako koagulopatia ze zużycia, jest stanem nagłym, będącym częstym powikłaniem u pacjentów hematoonkologicznych a zwłaszcza u chorych na ostrą białaczkę promielocytową. W przypadku podejrzenia APL niezwykle istotne jest niezwłoczne wdrożenie odpowiedniego leczenia polegającego między innymi na wprowadzeniu kwasu all-trans retinowego. Celem takiego postępowania jest ochrona pacjenta przed groźnymi dla życia powikłaniami w czasie oczekiwania na wszystkie wyniki badań umożliwiające postawienie ostatecznej diagnozy [2, 3]. W niniejszym artykule przedstawiono i zdefiniowano zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego związany z ostrą białaczką promielocytową oraz omówiono patogenezę wymienionej koagulopatii i jej diagnostykę.

Definicja i patogeneza zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego

Mianem zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego można określić stan, w którym dochodzi do nadmiernej, masywnej aktywacji mechanizmów krzepnięcia krwi, co skutkuje wytworzeniem mikrozakrzepów w świetle naczyń krwionośnych. DIC jest powikłaniem wtórnym do różnorodnych chorób podstawowych (tabela 1).

Tab. 1. Schorzenia i stany, w przebiegu których wtórnie może wystąpić DIC [6, 13]

Choroby i stany, w których występuje zwiększone ryzyko rozwoju DIC
Ciężkie zakażenia przebiegające pod postacią sepsy i wstrząsu toksycznego
Urazy mechaniczne, zatrucia, oparzenia i poważne uszkodzenia narządów wewnętrznych
Nowotwory złośliwe, a szczególnie nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego
Reakcje immunologiczne jak niezgodność grupowa po przetoczeniu składników krwi czy odrzucenie przeszczepionej tkanki lub narządu
Wewnątrzmaciczne obumarcie płodu
Zator płynem owodniowym

Rozwój rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego jest niezwykle złożony i składa się na niego wiele następujących po sobie reakcji. Kluczowym elementem jest z pewnością udział mnogich zapalnych czynników prokoagulacyjnych obecnych w przebiegu choroby podstawowej. Są nimi między innymi cytokiny wytwarzane przez komórki układu immunologicznego, w odpowiedzi na toksyny drobnoustrojów, w przebiegu infekcji czy fragmenty komórek oraz tkanek w odpowiedzi na mechaniczne uszkodzenia lub wydzielane przez komórki nowotworowe. Cytokiny prozapalne wykazują działanie prokoagulacyjne, co sprzyja aktywacji krzepnięcia krwi. Pobudzona zostaje przemiana protrombiny (czynnik II) w trombinę (czynnik IIa). To stymuluje produkcję fibryny będącej fundamentem zakrzepu. Tak silna kaskada krzepnięcia, skutkująca nadmiernym powstawaniem zakrzepów w naczyniach krwionośnych oraz niewydolność mechanizmów wyrównujących stan nadkrzepliwości prowadzi do upośledzenia krążenia i niedokrwienia tkanek. Ponadto masywna reakcja koagulacyjna przyczynia się do wyczerpania płytek krwi oraz czynników krzepnięcia czego następstwem jest skaza krwotoczna [6, 7, 8].

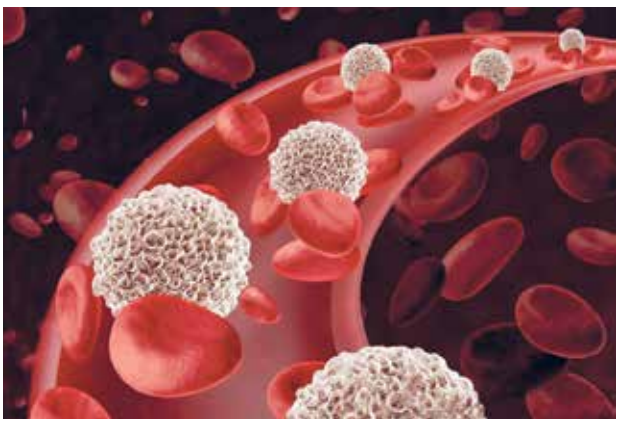
Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego klinicznie może przebiegać pod postacią ostrą lub przewlekłą. Postać ostra DIC ma gwałtowny przebieg, rozwija się nagle i szybko prowadzi do zmian niedokrwiennych w narządach wewnętrznych oraz krwotoków z różnych miejsc jak np. błona śluzowa nosa i jamy ustnej, przewód pokarmowy, drogi rodne czy krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Przewlekłe DIC może przebiegać bezobjawowo lub skąpoobjawowo. Zwykle nie prowadzi do uszkodzenia narządów, mogą pojawiać się niewielkie krwawienia z naturalnych otworów ciała oraz skłonność do siniaczenia. Przebieg rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego oraz rokowania są silnie powiązane z rodzajem choroby podstawowej wywołującej DIC i możliwościami kompensacyjnymi organizmu równoważącymi skutki aktywacji kaskady krzepnięcia [6].

Ostra białaczka promielocytowa

Ostra białaczka promielocytowa charakteryzowana jest przez występowanie zrównoważonej translokacji pomiędzy chromosomami 15 a 17 t(15;17) (q22; q21), w której dochodzi do fuzji genu kodującego receptor α kwasu retinowego (RARα), zlokalizowanego na chromosomie 17, oraz genu białaczki promielocytowej (PML) obecnego na chromosomie 15. Fizjologiczną rolą genu RARα jest utrzymywanie procesu różnicowania komórek z linii mieloidalnej. Gen PML zaś steruje apoptozą zależną od białka p53, będącego supresorem. Rezultatem mutacji jest powstanie białka fuzyjnego PML-RARα, którego działanie wywołuje dwa podstawowe efekty: z jednej strony zaburza regulację procesu transkrypcji, w wyniku czego następuje blokada różnicowania, z drugiej natomiast hamuje procesy apoptozy w komórkach dotkniętych defektem molekularnym [3].

Według zaleceń WHO, z 2016 roku, rozpoznanie ostrej białaczki następuje przy stwierdzeniu obecności nacieku co najmniej 20% komórek blastycznych w szpiku kostnym. Kryterium to obejmuje zarówno ostre rozrosty, wywodzące się z linii mieloidalnej (ostre białaczki szpikowe), jak i z linii limfoidalnej (ostre białaczki limfoblastyczne). Lista mutacji stanowiących bezpośrednią przyczynę wystąpienia ostrej białaczki szpikowej jest długa. Spośród wielu pozycji wyodrębniono grupę charakterystycznych defektów cytogenetycznych, które wykluczono z obowiązującego aktualnie kryterium nacieku minimum 20% blastów. Samo rozpoznanie tych mutacji w badaniach genetycznych i molekularnych stanowi potwierdzenie występowania ostrej białaczki z linii mieloidalnej. Do mutacji tych należą: t(8;21) (q22;q22), t(16;16) (p13.1;q22) lub inv(16) (p13.1;q22) oraz t(15;17) (q22;q21). Aberracja t(15;17) nie jest jednak przyczyną ostrego rozrostu promielocytów u wszystkich chorych – szacuje się, że translokacją między chromosomami 15 a 17 dotkniętych jest około 95% pacjentów ze stwierdzonym APL. W grupie osób pozbawionych wymienionej mutacji stwierdza się inne, znacznie rzadsze aberracje [1, 4].

W diagnostyce ostrej białaczki promielocytowej wyróżnia się dwie podstawowe grupy uwzględniające cechy morfologiczne komórek nowotworowych: klasyczną (hipergranularną) oraz drobnoziarnistą (hipogranularną). W szpiku osób z postacią klasyczną APL obecne są promielocyty z obfitą, wyraźną ziarnistością. W podtypie drobnoziarnistym natomiast w układzie krwiotwórczym widoczne są promielocyty ubogie w ziarnistość lub całkowicie jej pozbawione. Rokowanie u pacjentów z t (15,17) jest korzystne. Należy jednak pamiętać o tym, iż powikłania wynikające z niedokrwistości, małopłytkowości i/lub neutropenii, obecne u wielu pacjentów z nowo rozpoznaną ostrą białaczką mogą zagrażać życiu chorego. W związku z tym kluczowa jest sprawna diagnostyka oraz postawienie ostatecznego rozpoznania i wdrożenie odpowiednio dobranej terapii. Przełomowym okresem dla leczenia ostrej białaczki promielocytowej okazał się rok 1987 kiedy do terapii APL wprowadzono kwas all-trans retinowy (ATRA). Działanie leku związane jest z odwróceniem efektów obecności białka fuzyjnego PML-RARα, na skutek czego zahamowana zostaje proliferacja nowotworowych promielocytów a także następuje indukcja procesu różnicowania. Skojarzenie kwasu all-trans retinowego z trójtlenkiem arsenu (ATO) oraz chemioterapią pozwoliło osiągnąć całkowitą remisję u znacznego odsetka chorych na APL [3, 4, 5].



DIC u chorych na ostrą białaczkę promielocytową – pochodzenie i diagnostyka

Uważa się, że APL należy do ostrych białaczek o korzystnym rokowaniu. Pomimo znacznej poprawy wyników leczenia na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, dużym problemem u pacjentów wciąż pozostaje wzmożone ryzyko wystąpienia poważnych, zagrażających życiu zaburzeń krzepnięcia. Chorzy narażeni są zarówno na nadmierną utratę krwi jak i skłonność do zakrzepicy. Promielocyty należą do granulocytów o szczególnej morfologii i właściwościach. Ze względu na wysokie możliwości ekspresji substancji działających prokoagulacyjnie oraz niekontrolowaną proliferację zmutowanych promielocytów w przebiegu ostrej białaczki promielocytowej jednym z bardziej kluczowych działań jest ochrona pacjenta przed pojawieniem się objawów DIC [9, 11]. Nowotworowe promielocyty różnią się od komórek fizjologicznie obecnych w szpiku kostnym. Prawidłowe morfologicznie promielocyty charakteryzują się obecnością owalnego lub okrągłego jądra komórkowego z chromatyną o niskim stopniu kondensacji. Stosunek jego objętości do objętości cytoplazmy wyrazić można jako 1:2. Ponadto cytoplazma typowych promielocytów bogata jest w azurochłonne ziarnistości, dobrze widoczne w okularze mikroskopu. Jądra komórek w APL są zazwyczaj dwupłatowe, nerkowate. W postaci hipergranularnej ziarnistości mogą formować się do pałeczek Auera. Promielocyty, wraz z obecną w ich cytoplazmie ziarnistością, wykazują szczególną zdolność do wydzielania cytokin prozapalnych, jak np. interleukina 1 (IL-1), czynnik martwicy nowotworów TNFα (ang. *tumor necrosis factor α*) czy czynnik tkankowy, który w kaskadzie krzepnięcia krwi współdziała z czynnikiem VII [9]. Przez ich wpływ na kolejne reakcje procesu krzepnięcia nasila się synteza trombiny. Ponadto komórki te charakteryzują się wysoką ekspresją białka aneksyny II, która pobudza wytwarzanie tkankowego aktywatora plazminogenu (tPA) oraz urokinazy (uPA). Aktywacja nieczynnego plazminogenu, produkowanego przez wątrobę do funkcjonalnej formy, plazminy, pobudza procesy fibrynolizy. U pacjentów z APL jednocześnie wywierany jest silny prokoagulacyjny wpływ cytokin zapalnych aktywujących stopniowo protrombinę, co przyczynia się do formowania zakrzepu i w konsekwencji zamknięcia przepływu krwi w drobnych naczyniach oraz nasilona produkcja aktywatorów plazminogenu będąca przyczyną wzmożonego rozpadu powstających zakrzepów. Wynikiem opisanego zjawiska jest zwiększenie stężenia produktów rozpadu fibryny we krwi. Możliwy jest także przebieg DIC bez nasilonej fibrynolizy, będący skutkiem wzrostu stężenia inhibitora aktywatora plazminogenu (PAI-1) pod wpływem działania czynników zapalnych. U pacjentów z APL najbardziej powszechne jest krzepnięcie wewnątrznaczyniowe z nadmiernym pobudzeniem procesu fibrynolizy.

W diagnostyce zespołu DIC podstawowym i kluczowym elementem jest właściwe rozpoznanie choroby, która wywołała zaburzenia krzepnięcia. W celu oceny stanu pacjenta oraz różnicowania ostrego i przewlekłego DIC istotne jest wykonanie badań laboratoryjnych, do których należą:



- morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
- czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), czas trombinowy (TT),
- stężenie fibrynogenu,
- stężenie D-dimerów [6, 12].

W morfologii krwi obwodowej oprócz zmian towarzyszących APL obserwować można pogłębiającą się małopłytkowość, która wyjściowo może wynikać z zajęcia szpiku przez komórki nowotworowe oraz leczenie. Liczba płytek krwi jest parametrem odzwierciedlającym rzeczywisty przebieg DIC. W rozmazie krwi obwodowej należy zwrócić uwagę na ilość oraz morfologię płytek, ponadto w układzie czerwonokrwinkowym istotna jest ocena obecności i odsetka schistocytów. Powstawanie schistocytów w DIC jest skutkiem uszkodzenia erytrocytów w bezpośrednim kontakcie z zakrzepami. Ze względu na wyczerpanie czynników krzepnięcia w koagulogramie u większości pacjentów obserwuje się wydłużenie PT, APTT i TT. Stężenie fibrynogenu także jest zazwyczaj obniżone, gdyż białko to jest wykorzystywane w procesie tworzenia zakrzepu. W wyniku aktywacji procesu fibrynolizy następuje wzrost stężenia produktów degradacji fibryny, znanych powszechnie jako D-dimer. Pomimo tego, że jest to parametr szeroko wykorzystywany w diagnostyce DIC należy pamiętać, iż jego wartość nie jest swoista dla opisywanego zaburzenia. Wzrost stężenia D-dimerów jest spotykany w wielu schorzeniach oraz stanach fizjologicznych [6, 7].

Postępowanie diagnostyczne w przypadku podejrzenia zespołu rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego

Według aktualnego stanu wiedzy i praktyki klinicznej medyków specjalizujących się w pracy z pacjentami dotkniętymi zaburzeniami mechanizmów hemostazy, obecnie nie ma badania laboratoryjnego, którego wynik jednoznacznie potwierdzałby lub wykluczał obecność DIC. W 2001 roku Międzynarodowe Towarzystwo ds. Zakrzepicy i Hemostazy (ISTH) opracowało system punktacji upraszczający diagnostykę rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego. Parametry będące uwzględnione w klasyfikacji, wraz z liczbą punktów przyznawanych danemu zakresowi wyników przedstawia tabela 2.

Tab. 2. System punktacji opracowany przez ISTH pomocny w diagnostyce DIC oraz określeniu jego przebiegu. Liczba punktów 5 lub więcej przemawia za stwierdzeniem ostrego DIC. Uzyskanie mniej niż 5 punktów może świadczyć o obecności przewlekłego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego [14]

Parametr	Wynik	Liczba punktów
Liczba płytek krwi	>100x10^9 <100x10^9 <50x10^9	0 1 2
Czas protrombinowy (PT)	<3 s 3–6 s >6 s	0 1 2
Stężenie fibrynogenu	>1 g/l <1 g/l	0 1
Stężenie D-dimerów	Niepodwyższone Umiarkowanie podwyższone Mocno podwyższone	0 2 3

Pomimo, iż propozycja wydana przez ISTH obejmuje jedne z najistotniejszych parametrów laboratoryjnych dla oceny hemostazy, nie należy kierować się wyłącznie nią w toku diagnostyki zaburzeń krzepnięcia. Pacjenci ze stwierdzoną ostrą białaczką promielocytową są szczególnie narażeni na dynamiczne zmiany wyników badań laboratoryjnych. Spadek liczby płytek krwi może być skutkiem zajęcia szpiku przez nowotworowe promielocyty, jak i leczenia cytoredukcyjnego. Stężenie fibrynogenu również może być parametrem niepewnym dla rzetelnej oceny układu hemostazy u pacjenta hematologicznego. Fibrynogen jest dodatnim białkiem ostrej fazy, stąd jego produkcja zwiększa się w przebiegu stanu zapalnego. Z drugiej strony u chorych na APL obserwuje się obniżone stężenie fibrynogenu wynikające z przebiegu choroby podstawowej [14]. Propozycja diagnostyczna Międzynarodowego Towarzystwa ds. Zakrzepicy i Hemostazy choć zawiera najważniejsze czynniki dla oceny układu hemostazy nie może być jedynym narzędziem determinującym o ostatecznym rozpoznaniu lub wykluczeniu DIC. Zawsze należy mieć na uwadze stany inne niż zaburzenia krzepnięcia, które mogą wpływać na wyniki badań laboratoryjnych. Z tego względu niezwykle ważna jest komunikacja pomiędzy diagnostą laboratoryjnym a lekarzem. Podstawowe informacje na temat obrazu klinicznego pacjenta i podejrzeń wysuniętych przez lekarzy mogą ułatwić diagnostom laboratoryjnym weryfikację wyników badań oraz powiązanie ich ze stanem chorego [10, 14].

Podsumowanie

Pomimo ogromnych postępów, które osiągnięto na przestrzeni lat w zakresie diagnostyki oraz leczenia ostrej białaczki promielocytowej istotnym problemem wciąż jest śmiertelność pacjentów z powodu występowania powikłań pod postacią DIC. Część chorych ze względu na poważne zaburzenia zakrzepowe i krwotoczne nie dożywa momentu rozpoczęcia terapii. Z tego względu niezwykle ważne jest wdrożenie kompleksowej diagnostyki u pacjentów podejrzanych o ostry rozrost, zwłaszcza kiedy stan ten współistnieje z koagulopatią. Ogromną wartość dla ustalenia algorytmu postępowania niesie również doświadczenie lekarzy oraz diagnostów laboratoryjnych. Samo wysunięcie podejrzenia o APL stanowi podstawę do podania kwasu all-trans retinowego, co uchronić może wielu chorych przed groźnymi dla życia powikłaniami wynikającymi z nadmiernego pobudzenia układu krzepnięcia i procesu fibrynolizy.

PIŚMIENNICTWO

[1] Pelcovits A., Niroula R., *Acute Myeloid Leukemia*: A Review 2020; Rhode Island Medical Journal; 103(3):38–40.

[2] N.I. Noguera, G. Catalano, C. Banella, M. Divona, I. Faraoni, T. Ottone, W. Arcese, M.T. Voso, *Acute Promyelocytic Leukemia: Update on the Mechanisms of Leukemogenesis, Resistance and on Innovative Treatment Strategies*, Cancers 2019; 11(10); 1591.

[3] Jimenez J.J., Chale R.S., Abad A.C., Schally A.V., *Acute promyelocytic leukemia (APL): a review of the literature*, Oncotarget 2020; 11(11); 992–1003.

[4] Wierzbowska A., Robak T., *Wielka Interna. Hematologia: Ostra białaczka szpikowa*; Lublin 2011; 435–444.

[5] Wierzbowska A., Gołos A., *Współczesne poglądy na leczenie ostrej białaczki promielocytowej*, Hematologia 2013; 4(4); 291–300.

[6] Windyga J., *Wielka Interna. Hematologia: Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego*; Lublin 2011; 587–591.

[7] Adelborg K., Larsen J.B., Hvas A., *Disseminated intravascular coagulation: epidemiology, biomarkers and management*; British Journal of Haematology 2021; 803–818.

[8] Iba T., Levi M., Thachil J., Levy J.H. *Disseminated intravascular coagulation: the past, present and future considerations*; Seminars in Thrombosis and Hemostasis 2022; 48(08); 978–987.

[9] Hambley B.C., Tomuleasa C., Ghiaur G., *Coagulopathy in APL: can we go beyond supportive care?*; Sec. Hematology 2021; 8.

[10] Wada H., Yamamoto A., Tomida M., Ichikawa Y., Ezaki M., Masuda J. and others, *Proposal of Quick Diagnostic Criteria for Disseminated Intravascular Coagulation*; J.Clin. Med. 2022; 11(4); 1028.

[11] Wang C., Wang Y., Zuo N., Fang S., Shi J. *CD44-fibrinogen binding promotes bleeding in acute promyelocytic leukemia by in situ fibrin(ogen) deposition*; Blood Adv. 2022; 6(15); 4617–4633.

[12] Thachil J., Iba T. *Designing the Diagnostic Criteria for Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)*; Juntendo Medical Journal 2023; 69(6); 1–3.

[13] Popescu N.I., Lupu C., Lupu F. *Disseminated intravascular coagulation and its immune mechanisms*; Blood 2022; 139(13); 1973–1986.

[14] Chyżyński B., Sikorska-Fic B., Niewiadomska E., Matysiak M. *Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego w ostrych białaczkach – patofizjologia, obraz kliniczny, diagnostyka oraz leczenie*; Nowa Pediatria 2018; 22(3): 89–95.



LIPOPROTEINA (A) JAKO NIEDOCENIONY MARKER W OCENIE RYZYKA CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH



● **mgr Dagmara Starzecka**
Diagnostyka S.A., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne NOVUM-MED. Sp. z o.o. prowadząca Szpital Powiatowy w Więcborku



● **mgr Tatiana Bierzyńska**
Laboratorium Diagnostyczne, ZOZ Chełmno



● **mgr Krzysztof Gościński**
Laboratorium Diagnostyczne, ZOZ Chełmno

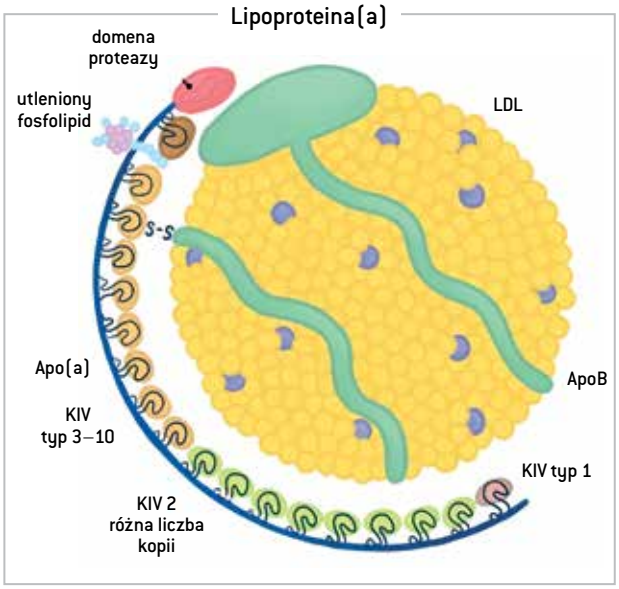
Choroby sercowo-naczyniowe (ang. *cardiovascular disease*, CVD) są bardzo poważnym problemem zdrowotnym i społeczno-ekonomicznym, ponieważ stanowią główną przyczynę zgonów na całym świecie. Dlatego tak ważny jest ciągły postęp w identyfikacji czynników, które prowadzą do wzrostu zapadalności na te schorzenia. Podwyższone stężenie lipoproteiny (a) – Lp(a) w osoczu jest cennym, choć niedocenianym markerem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych.

Lipoproteina (Lp)(a) jest związkiem aterogennym, zbudowanym z cząstki LDL (ang. *low densiti lipoprotein*) oraz specyficznego białka zwanego apolipoproteiną (a)– apo(a). Stężenie Lp(a) we krwi w ponad 90% uwarunkowane jest genetycznie. Badania Lp (a) w różnych populacjach ludzkich wykazało wysokie zróżnicowanie poziomu tej lipoproteiny. U (70–80%) Afroamerykanów stwierdza się wyższe stężenie Lp(a) i oscyluje ono w granicach 10–50 mg/dl, natomiast u Chińczyków i rasy kaukaskiej wartość ta jest niższa i wynosi 10–15 mg/dl [1].
Cząsteczka Lp(a) ze względu na małą średnicę może swobodnie przenikać przez barierę śródbłonkową i podobnie jak cząsteczka LDL może zostać zatrzymana w ścianie tętnicy, co wpływa na zwiększenie ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wywołanych miażdżycą. Lp(a) przypisuje się działanie prozapalne i antyfibrynolityczne, co ma istotne znaczenie w rozwoju miażdżycy. Dowiedziono również, że Lp(a) nasila proces chemotaksji monocytów do blaszki miażdżycowej oraz aktywuje płytki krwi, sprzyjając tym samym formowaniu się blaszki miażdżycowej [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Wartości referencyjne

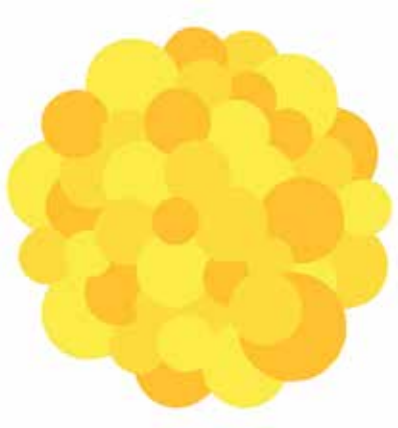
Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Lipidolicznego (oraz innych towarzystw) z 2021 roku, wartość optymalna stężenia Lp(a) w osoczu wynosi <30 mg/dl (<75 nmol/l) [6].
Stężenie Lp(a) w osoczu przyjmuje względnie stały poziom już koło 5. roku życia.
Zauważono, że stężenie Lp(a) u mężczyzn jest ok. 5–10% niższe niż u kobiet. Ze względu na stabilność stężenia Lp(a) przez większość życia, uważa się, że jej oznaczenie wystarczy wykonać tylko jeden raz. Zaznaczyć należy, że u mężczyzn stężenie Lp(a) pozostaje na ogół na stałym poziomie przez całe życie, u kobiet natomiast może ono wzrosnąć w okresie menopauzy [6].

Ryc. 1. Budowa lipoproteiny (a) zgodnie z Svilaas i wsp. 2023 [13]



Metody oznaczenia lipoproteiny (a)

Stężenie Lp(a) w osoczu lub surowicy oznaczane jest głównie przy zastosowaniu metod immunochemicznych – immunoturbidymetrycznej, immunonefelometrycznej lub metod immunoenzymatycznych, w tym np. ELISA.
Głównym problemem dotyczącym dokładnego oznaczania Lp(a) jest różna wielkość cząsteczki apo(a). Poziom Lp(a) może być znacząco zróżnicowany między pojedynczymi osobami czy grupami etnicznymi, ponieważ jest on determinowany przez gen apo(a) znajdujący się na chromosomie 6. Uznano, że zmienna liczba powtórzeń domeny KRINGLE IV typu 2 powoduje, że wielkość cząsteczki apo(a) nie jest stała i waha się między 187–662 kDa [7, 12]. Fakt ten może mieć duży wpływ na uzyskiwanie nieprawidłowych wyników w testach, w których wykorzystywane są przeciwciała skierowane bezpośrednio przeciwko apo(a). Sytuacja taka może mieć miejsce, gdy w próbkach krwi pacjentów cząstki apo(a) będą mniejsze niż cząstki zastosowane w kalibratorze – wówczas stężenie Lp(a) będzie niedoszacowane [12]. Jeśli z kolei cząstki apo(a) będą większe od tych zastosowanych w kalibratorze, może dochodzić do przeszacowania jej stężenia.



W związku ze zmienną wielkością apo(a), oznaczanie całkowitej masy Lp(a) wydaje się bezzasadne. Dlatego zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Miażdżycowego (EAS), wyniki powinny być wyrażane jako nmol białka Lp(a) na litr (nmol/L), niezależnie od wielkości apo(a) [12].

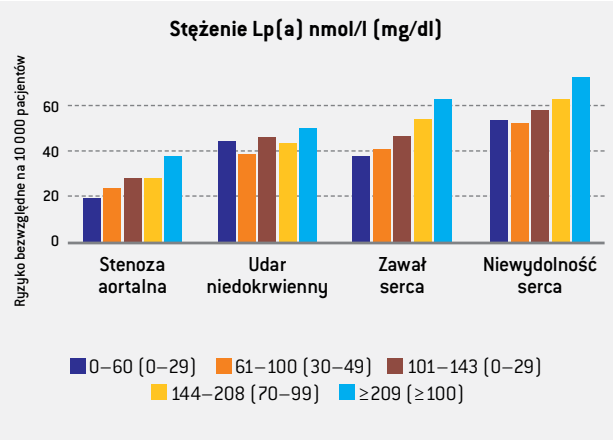
Podwyższone Lp(a)

Stężenie Lp(a) we krwi jest uwarunkowane genetycznie i nie jest zależne od poziomu cholesterolu LDL, wynika ono z innego mechanizmu dziedziczenia, za który odpowiadają warianty genu LPA. Zdarza się, że mamy do czynienia z pacjentami z grupy ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u których obserwujemy wysoki poziom lipoproteiny (a) przy niskim lub prawidłowym stężeniu cholesterolu LDL.
Wartości alarmowe stężenia Lp(a) w osoczu wynoszą odpowiednio:

- **30–50 mg/dl (75–125 nmol/l) – umiarkowane ryzyko sercowo-naczyniowe**
- **>50 mg/dl (>125 nmol/l) – duże ryzyko sercowo-naczyniowe**
- **>180 mg/dl (>450 nmol/l) – bardzo duże ryzyko sercowo--naczyniowe [7]**

Stężenie >30 mg/dl jest związane z podwyższonym ryzykiem chorób sercowo- naczyniowych, głównie zawałem mięśnia sercowego i zwężenia zastawki aortalnej.

Ryc. 2. Ryzyko wystąpienia stenozy aortalnej, udaru niedokrwiennego, zawału serca oraz niewydolności serca w zależności od stężenia Lp(a) w osoczu w populacji ogólnej, zmodyfikowano wg Dobrowolski i wsp. [6]



Niekiedy u pacjentów, u których nie występują czynniki ryzyka chorób sercowo naczyniowych tj. nadwaga, podwyższony poziom cholesterolu czy nadciśnienie tętnicze dochodzi do zawału. W tym miejscu należałoby się zastanowić czy przyczyną takiego stanu rzeczy nie jest podwyższony poziom Lp(a) [3].

Według Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego każda dorosła osoba przynajmniej raz w życiu powinna wykonać oznaczenie stężenia Lp(a). Ponadto pomiar ten należy również rozważyć u wszystkich pacjentów z przedwczesnym wystąpieniem choroby sercowo-naczyniowej, u osób z miażdżycową chorobą układu krążenia (ang. *Atherosclerotic cardiovascular disease*, ASCVD), hipercholesterolemią rodzinną (ang. *Familial hypercholesterolemia*, FH) oraz u kobiet w ciąży jako prewencja stanu przedcukrzycowego, poronienia, przy nawracających utratach ciąży i ograniczeniu wzrostu wewnątrzmacicznego.

Mimo, że dieta i aktywność fizyczna nie mają bezpośredniego wpływu na stężenie Lp(a), u pacjentów z podwyższonym poziomem bardzo istotna jest szeroko pojęta modyfikacja stylu życia, redukcja masy ciała czy też zaprzestanie palenia tytoniu, czyli czynników dodatkowo zwiększających ryzyko CVD. Pacjenci z wysokim stężeniem Lp(a) wymagają spersonalizowanego leczenia zaburzeń gospodarki lipidowej, nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń gospodarki węglowodanowej. Stosowane obecnie leki hipolipemizujące, tj. statyny czy związki niestatynowe np. ezetimib [ezetimib działa poprzez hamowanie w jelicie absorpcji egzogennego cholesterolu pochodzenia pokarmowego i znajdującego się w żółci, łączy się z białkiem Niemann-Pick C1 like 1 (NPC1L1) w nabłonku błony śluzowej jelita; białko to odgrywa zasadniczą rolę we wchłanianiu cholesterolu do wnętrza komórki], praktycznie nie wpływają na jej poziom – pomimo to nie powinny być odstawiane. Leczenie farmakologiczne musi być prowadzone intensywniej, niż wynikałoby to z poziomu ryzyka ocenionego na podstawie samego stężenia cholesterolu LDL. Nowoczesne leki z grupy inhibitorów PCSK9 [konwertaza proproteinowa subtelizyna/kexin typu 9; enzym białkowy, który wykazuje duże powinowactwo do receptora lipoprotein o małej gęstości (ang. *low density lipoprotein receptor*, LDLR)] stosowane w hipercholesterolemii rodzinnej lub u osób po incydentach sercowo-naczyniowych, mogą poza obniżeniem cholesterolu LDL, obniżyć do 30% stężenie Lp(a). Istotną redukcję stężenia Lp(a) można uzyskać, stosując również aferezę lipoprotein oraz podając nowe leki, takie jak antysensowe oligonukleotydy (np. pelakarsen), które jeszcze jednak nie są powszechnie dostępne oraz wymagają dalszych badań klinicznych.

Tab. 1. Wpływ leków hipolipemizujących na lipoproteine(a), zmodyfikowano wg Banach i wsp. [7]

Leczenie	Szacowany procent zmian
Antysensowe oligonukleotydy przeciwko apo(a)	↓ o 70–90%
Afereza lipoprotein	↓ o 20–30%
Niacyna	↓ o 30%
Inhibitory PCSK9	↓ o 20–30%
Inhibitory CETP	↓ o 25%
Ezetymib	↓ do 7%
Statyny	możliwy ↑ o 6–10%

Afereza Lp(a) jest to zabieg pozaustrojowy i można porównać go do dializy. Trwa zwykle od 1,5 do 3 h i może zredukować stężenie Lp(a) nawet o 70%. Ze względu na fakt że poziom Lp(a) powraca do tego sprzed zabiegu, afereza musi być powtarzana średnio co 2 tygodnie. Redukcja stężenia poprzez aferezę ma udokumentowane działanie nie tylko antymiażdżycowe, ale też przeciwzapalne i przeciwkrzepliwe [7].

Podsumowanie

W Polsce stężenie Lp(a) oznacza się zdecydowanie zbyt rzadko a wiedza na jej temat jest jeszcze ograniczona, dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby zmienić to jak najszybciej. Proste oznaczenie, wykonane raz w życiu, pozwala wyodrębnić grupę chorych z podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, niezależnie od wyników oznaczeń tradycyjnego profilu lipidowego. Ma to bardzo duże znaczenie kliniczne, gdyż uważa się, że u chorych z podwyższonym stężeniem Lp(a) w osoczu należy jak najszybszej doprowadzić do redukcji wszystkich czynników potencjalnie zwiększających ryzyko CVD. ●

PIŚMIENNICTWO

[1] Sitkiewicz D. *Biochemia kliniczna i diagnostyka laboratoryjna chorób układu krążenia*: Ośrodek Informacji Naukowej OINPHARM Sp. z o.o., Warszawa 2007.

[2] Iskra T., Turaj W., Słowik A., Szczudlik A., Dembińska-Kieć A. *Lipoproteina (a) w chorych z udarem niedokrwiennym mózgu spowodowanym chorobą dużych i małych naczyń*; Przegląd Lekarski 2002/59/11; 877–880.

[3] *Mała cząsteczka, która ma duży wpływ na powodowanie zawałów serca. Dlaczego warto oznaczyć lipoproteinę (a)*; Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ; Aktualności; 27.04.2021.

[4] Sadkowska M., Kubica J. Radomski M., Dymek G., Odrowąż-Sypniewska G. *Ocena stężeń homocysteiny, lipoproteiny (a) i oksydowanych LDL u pacjentó przed badaniem koronarograficznym*; ViaMedica Folia Cardiol. 2004, tom11, nr 2; 111–119.

[5] Barylski M. *Stężenie lipoproteiny (a) powinno się oznaczyć przynajmniej raz w życiu*; Pusl Medycyny 04.02.2021.

[6] Dobrowolski P., Prejbisz A. *Lipoproteina (a) – prosta ocena przyszłości kardiologicznej*; Medycyna po Dyplomie 2023.03.

[7] Banach M., Burchardt P., Chlebus K., Dobrowolski P., Dudek D., Dyrbuś K., Gąsior M., Jankowski P., Jóźwiak J., Kłosiewicz-Latoszek L., Kowalska I., Małecki M., Prejbisz A., Rakowski M., Rysz J., Solnica B., Sitkiewicz D., Sygitowicz G., Tomasik T., Widak A., Zozulińska-Ziółkiwicz D., Cybulska B. *Wytyczne PTL/KLRwP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021*; Diagnostyka Laboratoryjna; 2021:57(1) 1–99.

[8] Kazimierska I. *Diagnostyka – wzmocnienie roli lipoproteiny (a)*; Kurier Medyczny 2021; 1: 5–6.

[9] Kędzierska-Kapuza K., Walatek B., Piątek M., Ciechanowski K., *Zastosowanie licznej aferezy w różnych wskazaniach klinicznych*; Nefrologia i Dializoterapia; 2019; 23 (2): 86–96.

[10] Zińczuk J., Matowicka-Karna J. *Parametry lipidowe w świetle wytycznych ESC i EAS*; Współczesna Medycyna Laboratoryjna; 2019; 1(1): 5–10.

[11] Gromadzka-Anzelewicz J. *Gdańscy kardiolodzy, lipoproteina (a) i zabieg aferezy*; Medical Tribune: 2021 (04).

[12] Informacja o odczynnikach LPA2 Tina-quant Lipoproteina(a), 2. Generacja – cobas; 2022.03: V 6.0.

[13] T. Svilaas, T.O. Klemsdal, M.P. Bogsrud, A. Græsdal, E. Kleivhaug Vesterbekkmo, E.A. Asprusten, G. Langslet, K. Retterstøl, *High levels of lipoprotein(a) – assessment and treatment*; Tidsskrifed den Norske Legeforening 2023 , Published 12 January 2023.



mgr Magdalena Gawrońska



mgr Agnieszka Sarzyńska



mgr Katarzyna Wołoszczak

DODATNI WYNIK BEZPOŚREDNIEGO TESTU ANTYGLOBULINOWEGO (BTA) JAKO NAJCZĘSTSZA PRZYCZYNA REKLAMACJI KRWI W REGIONALNYM CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W KATOWICACH

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Katowicach zaopatruje w krew ponad 120 szpitali i klinik w województwie śląskim. Codziennie wydawanych jest około 600 jednostek składników krwi, w tym około 400 jednostek KKCz. Zdarza się, że podmiot leczniczy stwierdza odstępstwa jakościowe w otrzymanym składniku krwi i składa reklamację.

Pracownik banku krwi, już na etapie przyjmowania zamówionych składników krwi ma obowiązek sprawdzić każdy z nich pod względem zgodności etykiety z zamówieniem i daty ważności oraz dokonać oceny wizualnej pojemnika. Wszelkie nieprawidłowości dotyczące składnika krwi wykryte w podmiocie leczniczym czy to na etapie przyjęcia, przygotowania do transfuzji (np. rozmrażanie FFP), badania (wykonywanie próby zgodności) czy przetaczania, powinny być zgłaszane do RCKiK [1]. Do przyczyn występujących zgłoszeń reklamacyjnych należą:

- nieprawidłowości zaobserwowane przy ocenie makroskopowej składnika, takie jak: hemoliza, zmętnienie, obecność skrzepów lub agregatów;
- niezgodność między numerem donacji na etykiecie pojemnika a drenem;
- niezgodność między grupą krwi na etykiecie pojemnika a grupą oznaczoną w trakcie wykonywania próby zgodności;
- nieoczekiwane reakcje/niezgodności występujące w badaniach immunohematologicznych (słaba odmiana antygenu lub dodatni wynik BTA) [2].

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach ma opracowaną i wdrożoną procedurę postępowania w przypadku zgłaszania przez podmiot leczniczy reklamacji składnika krwi. Reklamowany składnik przesyłany jest z protokołem niewykorzystania krwi i jej składników (w którym opisuje się przyczynę reklamacji), protokołem kontroli temperatury przechowywania oraz protokołem kontroli temperatury transportu krwi i jej składników (w przypadku jeżeli składnik krwi nie był przewożony środkami transportu kontrolowanymi przez RCKiK).

Składnik krwi wraz z prawidłowo wypełnioną i pełną dokumentacją przyjmuje w RCKiK pracownik Działu Ekspedycji. Następnie reklamacja kierowana jest do Działu Zapewnienia Jakości celem jej rozpatrzenia. W przypadku uwzględnienia reklamacji, RCKiK wydaje nieodpłatnie w miejsce reklamowanego składnika równoważną mu jednostkę lub nie nalicza opłaty.

Reklamacje, które wpływają do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach najczęściej dotyczą koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) i osocza świeżo mrożonego (FFP). W przypadku KKCz przyczyną zgłoszenia może być dodatni wynik BTA, obecność skrzepów lub hemoliza. Natomiast w przypadku FFP pęknięty pojemnik, widoczna lipemia lub nietypowy kolor. W każdej sytuacji przeprowadzana jest wnikliwa analiza. Jeśli reklamacja zostaje uznana, traktowana jest jako niezgodność wymagająca wprowadzenia działań naprawczych i/lub zapobiegawczych w RCKiK. Na przestrzeni lat obserwuje się spadek liczby reklamacji dzięki wdrożonym działaniom, co jest szczególnie widoczne w przypadku reklamacji FFP z powodu nieszczelności pojemnika. Wprowadzenie pakowania zamrożonego pojemnika z osoczem w jednostkowe kartoniki spowodowało, że osocze nie jest narażone na uszkodzenia mechaniczne podczas przechowywania i transportu. Dzięki temu rozwiązaniu ilość reklamacji FFP z powodu uszkodzenia pojemnika radykalnie się zmniejszyła.

Nie w każdym przypadku modyfikacja postępowania podczas otrzymywania składnika krwi jest w stanie zapobiec zgłaszaniu reklamacji. Do takich należą sytuacje, gdy KKCz nie może zostać wydany do przetoczenia pacjentowi, z powodu niezgodności w badaniach immunohematologicznych. Badaniami wyjaśniającymi serologiczne przyczyny niezgodności w reklamowanej krwi zajmuje się Pracownia Serologii Grup Krwi. Do stwierdzanych odstępstw należą: słabe odmiany antygenu A lub B z układu ABO, antygenu D z układu Rh oraz dodatni wynik BTA w koncentracie krwinek czerwonych (KKCz). Zdecydowanie najczęściej reklamacje dotyczą dodatniego wyniku BTA w KKCz, w ostatnim czasie obserwuje się bardzo duży wzrost liczby zgłoszeń z tej przyczyny. Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) jest podstawowym badaniem wykrywającym obecność przeciwciał i/lub składników dopełniacza opłaszczonych in vivo na krwinkach czerwonych. Badanie BTA wykonuje się z użyciem odczynnika antyglobulinowego poliwalentnego anty-IgG+C3d lub z odczynnikami o pojedynczej swoistości np. anty-IgG, anty-IgA. W pracowni Serologii Grup Krwi badanie BTA wykonuje się w analizatorach immunohematologicznych z zastosowaniem mikrokart zawierających odczynnik monowalentny anty-IgG, anty-IgA, anty-IgM, anty-C3c i anty-C3d. Konfiguracja ta umożliwia uzyskanie klinicznie istotnych informacji w jednym teście. Dodatni wynik BTA wymaga dalszego opracowania, celem ustalenia czynnika opłaszczającego krwinki czerwone in vivo. Wykonuje się wówczas test elucji z zastosowaniem kwaśnej glicyny. Technika ta pozwala na usunięcie z powierzchni erytrocytów cząstek opłaszczających, które dostają się do eluatu. Następnie eluat jest badany w pośrednim teście antyglobulinowym (PTA). Uzyskany wynik pozwala stwierdzić czy krwinki były opłaszczone autoprzeciwciałami, alloprzeciwciałami czy immunoglobulinami.

Test BTA jest badaniem wykonywanym u potencjalnych biorców krwi, w określonych sytuacjach klinicznych:

- przy podejrzeniu niedokrwistości autoimmunohemolitycznej (NAIH),
- u pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych (KKM),
- u osób leczonych krwią w przypadku stwierdzenia niepożądanej reakcji poprzetoczeniowej,
- u noworodków diagnozowanych w kierunku wystąpienia choroby hemolitycznej [3].

U krwiodawców badanie BTA nie wchodzi w zakres podstawowo wykonywanych testów. Wynik dodatni u dawcy można stwierdzić jedynie w trakcie poszerzonej diagnostyki, kwalifikującej składniki krwi do użytku klinicznego. Ma to miejsce w sytuacji diagnozowania przeciwciał lub wystąpienia dodatniej autokontroli w badaniu grupy krwi. W przypadku reklamacji bezpośredni test antyglobulinowy jest wykonywany z próbki pobranej z reklamowanego pojemnika z krwią.

Uzyskanie w badaniu BTA dodatniego wyniku, powoduje wycofanie KKCz z użytku klinicznego, ze względu na dodatnie reakcje w próbie krzyżowej. Osocze i koncentrat krwinek płytkowych (KKP) pobrane od dawcy z dodatnim BTA, mogą zostać wykorzystane w krwiolecznictwie [4].

Stwierdzenie dodatniego wyniku BTA u krwiodawcy wiąże się z nałożeniem na niego dyskwalifikacji tymczasowej, najczęściej sześciomiesięcznej. Po upływie tego czasu, dawca zgłasza się na badanie kontrolne. Uzyskanie ujemnego wyniku w bezpośrednim teście antyglobulinowym powoduje wycofanie dyskwalifikacji, z informacją o konieczności wykonania weryfikacyjnego badania BTA przy trzech kolejnych donacjach. Natomiast dodatni wynik BTA przedłuża dyskwalifikację o kolejne sześć miesięcy. Taki tok postępowania w przypadku wystąpienia dodatniego wyniku testu jest wewnętrznym ustaleniem obowiązującym w RCKiK w Katowicach. Ma to na celu zapewnienie wysokiej jakości wydawanego składnika krwi.

MATERIAŁ

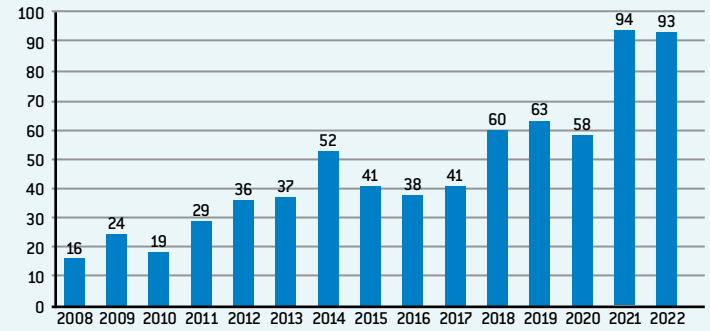
Analizie poddano liczbę badań BTA wykonanych u krwiodawców w latach 2008–2022, z uwzględnieniem płci dawców oraz podziałem na 3 grupy wiekowe:

- 18–24 r.ż.,
- 25–44 r.ż.,
- 45–65 r.ż.

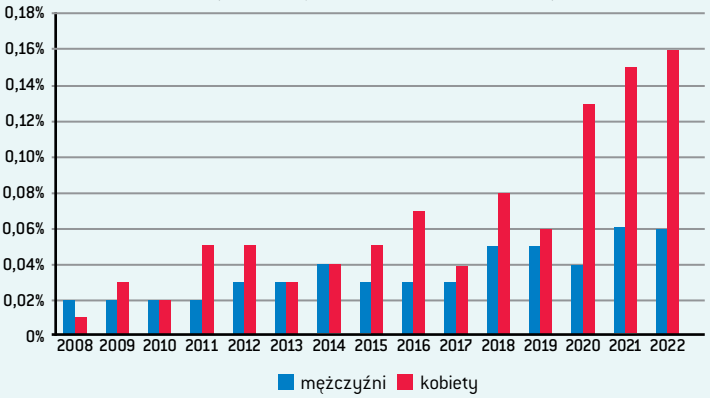
WYNIKI

W wymienionym okresie wykazano u dawców tendencję wzrostową występowania wyników dodatnich w teście BTA, co przedstawiono na poniższym wykresie (Wykres 1).

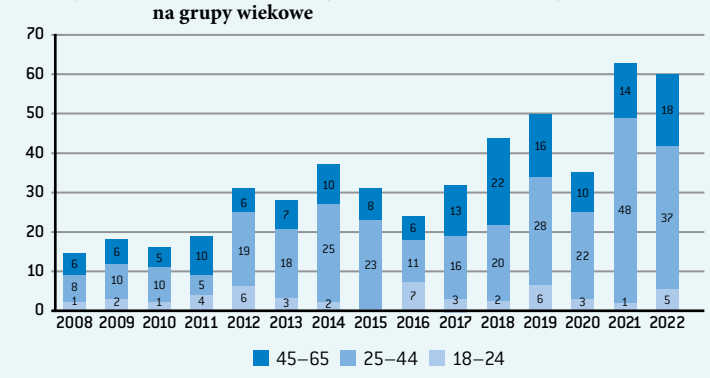
Wykres 1. Liczba dodatnich BTA w latach 2008-2022



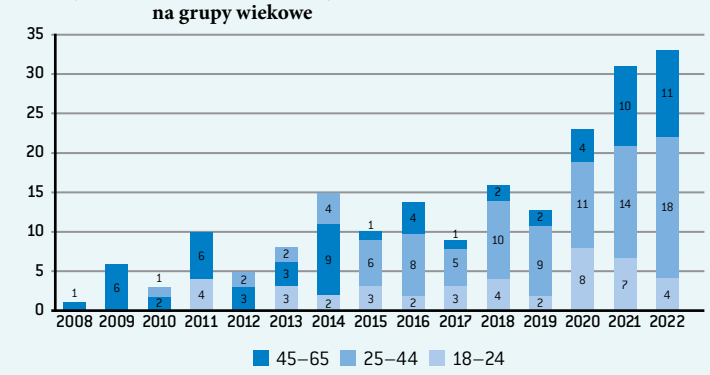
Wykres 2. Odsetek dodatnich wyników BTA w stosunku doliczby pobranych donacji w zależności od płci dawcy



Wykres 3. Liczba dodatnich wyników BTA wśród mężczyzn z podziałem na grupy wiekowe



Wykres 4. Liczba dodatnich wyników BTA wśród kobiet z podziałem na grupy wiekowe



Na wykresie nr 2 przedstawiono odsetek dodatnich wyników BTA w stosunku do liczby oddanych donacji z podziałem na płeć dawców. Wyraźnie zaznacza się większy procent dodatnich wyników BTA wśród kobiet, szczególnie od roku 2020.

Na wykresach 3 i 4 przedstawiono dodatnie wyniki BTA odpowiednio wśród mężczyzn i kobiet, z podziałem uwzględniającym wiek krwiodawców. Dodatnie wyniki BTA przeważają w grupie wiekowej pomiędzy 25–44 rokiem życia, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn, co jest zapewne związane z faktem, że ta grupa jest najbardziej aktywną i systematyczną w oddawaniu krwi.



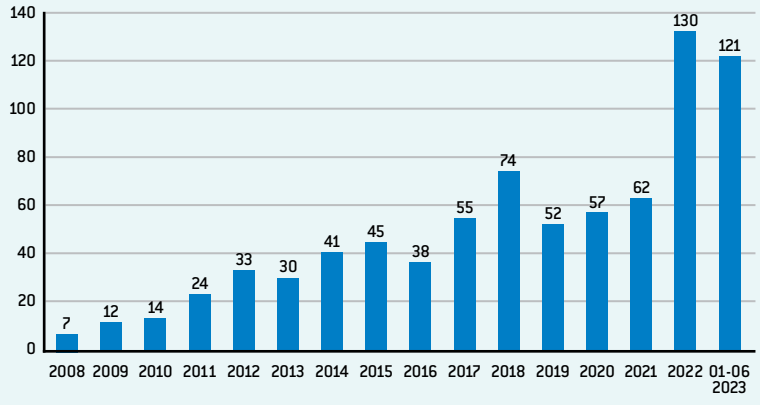


Lp.	Rok	Liczba zgłoszonych reklamacji	Liczba reklamacji z powodu BTA	% reklamacji z powodu BTA w stosunku do wszystkich reklamacji
1.	2008	726	7	1%
2.	2009	646	12	2%
3.	2010	264	14	5%
4.	2011	131	24	18%
5.	2012	192	33	17%
6.	2013	185	30	16%
7.	2014	183	41	22%
8.	2015	239	45	19%
9.	2016	216	36	17%
10.	2017	198	55	28%
11.	2018	187	74	40%
12.	2019	172	52	30%
13.	2020	149	57	38%
14.	2021	164	62	38%
15.	2022	223	130	58%
16.	01.–06.2023	178	121	68%
	RAZEM	**4053**	**793**	–



W tabeli 1 zestawiono dane dotyczące liczby zgłaszanych reklamacji za okres od 01.01.2008 do 30.06.2023. Umieszczono w niej ogólną liczbę wszystkich zgłoszonych reklamacji w kolejnych latach (z różnych powodów i dotyczące różnych składników krwi) z wyszczególnieniem liczby tych, których przyczyną był dodatni wynik BTA. Określono również jaki procent stanowią reklamacje KKCz z powodu dodatniego BTA. Warto nadmienić, że w analizowanym okresie z roku na rok znacząco obniżyła się ogólna liczba zgłaszanych do RCKiK w Katowicach reklamacji.

Wykres 5. Liczba reklamacji z powodu dodatniego wyniku BTA w okresie 01.01.2008–30.06.2023



Wykres 5 przedstawia systematyczny wzrost liczby reklamacji spowodowanych dodatnim wynikiem BTA w latach 2008–2022, z dalszą tendencją wzrostową, uwzględniając wyniki uzyskane w pierwszym półroczu bieżącego roku.

Podsumowanie i wnioski

Analizując liczbę badań BTA wykonanych w Pracowni Serologii Grup Krwi RCKiK w Katowicach w okresie od 01.01.2008 do 30.06.2023 można stwierdzić znaczny wzrost liczby dodatnich wyników, zarówno dotyczących reklamacji KKCz, jak i tych rutynowo wykonywanych w trakcie badań immunohematologicznych. Należy zauważyć, że zastąpienie technik probówkowych czulszymi testami, głównie mikrokolumnowymi, przyczyniło się do zwiększenia wykrywalności opłaszczenia krwinek czerwonych. Techniki probówkowe wykrywają opłaszczenie

erytrocytu od około 150–200 cząsteczek na jego powierzchni, podczas gdy techniki mikrokolumnowe już od 15 do 30 cząsteczek opłaszczonych na krwince czerwonej. W latach 2008–06.2023 w RCKiK w Katowicach odnotowano 793 reklamacje z powodu dodatniego wyniku BTA. Na przestrzeni kolejnych lat widać stopniowy wzrost reklamacji z tego powodu, jednak od roku 2022 wzrost ten jest niewspółmiernie wysoki. W roku 2022 zgłoszono aż 130 reklamacji z powodu dodatniego BTA, co stanowi 58% wszystkich zarejestrowanych. Do końca czerwca 2023 roku zostało zgłoszonych już 178 reklamacji z czego 121 przypadków dotyczyło BTA, co stanowi aż 68%.

Trudno wskazać jednoznaczną przyczynę utrzymywania się tendencji wzrostowej dodatnich wyników BTA. Stan zdrowia dawcy jest wnikliwie oceniany na podstawie wypełnionego przez niego kwestionariusza oraz wywiadu lekarskiego, co pozwala na zakwalifikowanie do oddawania krwi osób zdrowych.

Wśród czynników predysponujących do wystąpienia dodatniego wyniku testu można wymienić przyjmowanie niektórych leków (np. przeciwzapalnych, przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych), ekspozycję na związki chemiczne (m.in. farby, lakiery, rozpuszczalniki) i palenie papierosów [5]. Duży wzrost odsetka dodatnich wyników BTA u dawców być może należałoby wiązać z pandemią COVID-19, przebyciem zakażenia lub profilaktycznymi szczepieniami. W światowym piśmiennictwie pojawiły się doniesienia o wpływie przechorowania SARS-CoV-2 na wyniki badań immunohematologicznych u pacjentów [6]. Można również rozważać wpływ żywności (konserwantów stosowanych w produkcji), przyjmowania suplementów diety czy obecność chorób autoimmunizacyjnych na wyniki prezentowanych badań.

Mając na uwadze bezpieczeństwo zarówno biorcy jak i dawcy krwi wdrażane są odpowiednie procedury. Czasowa dyskwalifikacja krwiodawcy z dodatnim wynikiem BTA służy sprawdzeniu, czy reakcja dodatnia utrzymuje się dłuższy okres czasu i ewentualnemu skierowaniu go do dalszej diagnostyki hematologicznej lub po uzyskaniu ujemnego wyniku powrotu do oddawania krwi.

PIŚMIENNICTWO

[1] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi.

[2] D. Bochenek-Jantczak, K. Szczudło, *Organizacja i zasady funkcjonowania szpitalnego banku krwi*, Alfa-medica press, 2022.

[3] J. Fabijańska-Mitek, D. Bochenek-Jantczak, A. Grajewska, *Badania immunohematologiczne – organizacja krwiolecznictwa – kompendium*, Wydanie I, Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa 2023.

[4] M. Gawrońska, B. Krokocka-Tarko, M. Łopatowska, A. Ryba, K. Wołoszczak, *Problemy diagnostyczne w badaniach immunohematologicznych wykonywanych u krwiodawców w RCKiK w Katowicach w kontekście bezpiecznego przetaczania krwi i jej składników*, Diagnosta laboratoryjny, kwiecień 2023.

[5] M. E. Reid, Ch. Lomas- Francis, M. L. Olsson, *The Blood Group Antigen, FactsBook*, Academic Press 2012.

[6] P. Pandey, S. Mandal, S. Ranjan, D. Setya, S. Kumari, A. Marik, *Immunohematological challenges in COVID infected patients*, Pubmed, maj 2023.





Drodzy Diagności Laboratoryjni
Drodzy Studenci
Szanowni Państwo

Byłem u Ciebie w te dni przedostatnie
Nie docieczonego wątku
– Pełne jak Mit,
Blade, jak świt...
– Gdy życia koniec szepce do początku:
„Nie stargam Cię ja – nie! – Ja,
u w y d a t n i ę !..."

Cyprian Kamil Norwid, „Fortepian Chopina"

Retrospektywne spojrzenie (1)

Wprowadzenie moje do „zakładki historycznej" w Diagnoście Laboratoryjnym piszę o diagnostach laboratoryjnych z OKOIDL i do przyszłych diagnostów/aktualnych studentów, którzy pragną dożyć do tego, aby swojemu życiu diagnostycznemu/zawodowemu nadać sens. Zadaję sobie ciągle pytania na temat hierarchii wartości (które nas charakteryzowały) oraz dróg do ich realizacji w naszym życiu zawodowym. Żyjemy w ludzkiej wspólnocie zawodowej włączając w to nasze życie rodzinne i przyjacielskie, stawiając sobie wysokie wymagania moralne, intelektualne i zawodowe, uczestniczymy w tworzeniu dobra w rozumieniu wykonywania czynności diagnostycznych dla procesu diagnozy i terapii.

Analizując strukturę zatrudnienia pracowników z wyższym wykształceniem, w medycznych laboratoriach diagnostycznych w tamtym czasie (około roku 1990) można powiedzieć, ze wielokrotnie było ono przypadkowe, a zatrudnieni zdobywali formację zawodową uzyskując wówczas według obowiązującego prawa tytuł laboranta. Był to tzw. „zawód nabyty" poprzez wyuczenie umiejętności wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. Według analizy przeprowadzonej w 2003/2004 roku na około 14 000 zatrudnionych magistrów z wyższym wykształceniem było prawie około 1000 osób reprezentujących 100 różnych kierunków studiów. Zarządzanie medycznym laboratorium diagnostycznym było administracyjnie odgórnie.

Minimalny wpływ (nadzór zorganizowany) miały pośrednio towarzystwa naukowe takie jak PTDL czy PTM, które opracowywały standardy wykonania. Przy takim podejściu w diagnostyce laboratoryjnej istniał chaos organizacyjny i kompetencyjny. Biorąc pod uwagę, że przed rokiem 1990 autokratyczne rządy doprowadziły do osłabienia rodzinnej, narodowej i zawodowej pamięci, zdolności do samodzielnego myślenia a także zainteresowań nie wybiegających poza zakres warunków bytowych. Stało to się jedną z przyczyn zorganizowanego oporu i motorem dokonanego przełomu, również w diagnostyce laboratoryjnej.

Powstały spontanicznie w 1991 roku OKOIDL dokonywał w sferze zawodowej „przewrotu kopernikańskiego" w dużej mierze, by zmienić wykluczenie w systemie ochrony zdrowia naszej grupy zawodowej, by budować świadomość zawodową, nabywać powoli pewności kim jesteśmy i po co jesteśmy w systemie ochrony zdrowia. Zdolność do integracji osobowości, umiejętności podjęcia odpowiedzialności za własne życie i decyzje – również zawodowe – było dla nas wyzwaniem.

OKOIDL od samego początku miało świadomość, że podmiotowość to wyzwanie powinnościowo-egzystencjalne, czyli nasze marzenia, które należy uskutecznić, by nie być przedmiotem w systemie ochrony zdrowia.

Z pracownikami medycznych laboratoriów diagnostycznych (lata 1980–1990) miałem kontakty raczej służbowe odbierając materiał biologiczny do ćwiczeń z chemii klinicznej, czy też diagnostyki laboratoryjnej. W tamtym czasie każda Klinika Szpitala Uniwersyteckiego miała niezależne laboratorium, było to przed reformą systemową w służbie zdrowia. Wtedy również obserwowałem ogromne zaangażowanie personelu laboratoryjnego w wykonywaniu czynności diagnostycznych – jako realizowanie dobra diagnostycznego dla procesu terapeutycznego. Wydaje mi się, że nasze działania OKOIDL trafiły na podatny grunt, który zaakceptował i poparł ideę samorządności. Była to naturalna więź społeczna łącząca i tworząca prestiż oraz gotowość do opanowania innych czynności, między innymi na przykład pobierania krwi do badań diagnostycznych, a była to reguła powszechna w Polsce. Był to przejaw rozumnego włączania się w konieczność chwili, rozwijania nowych kompetencji zawodowych.

Miałem od samego początku poczucie moralnego obowiązku, by włączyć się w proces przebudowy świadomości, nadania cech pewności zawodowej i powinności, że realizujemy dobro, by pomóc choremu człowiekowi. Jako nauczyciel akademicki wybiegałem w przyszłość zawodową studentów Oddziału Analityki Medycznej i na ich pytanie, czy mają zawód podobny do zawodu lekarza, farmaceuty i pielęgniarek odpowiedziałem: „jeśli nie macie, to będziecie mieli".

I tak zaczęła się moja przygoda, która trwała 13 lat do uchwalenia ustawy o diagnostyce laboratoryjnej 21 lipca 2001 roku i dalej tworzenie struktury samorządowej jako Prezes KRDL I i II kadencji. Omówienie tego procesu przedstawię w następnych odcinkach.

Henryk Owczarek
11 czerwca 2024

P.S. Poniżej udostępniam moje wystąpienie na I Krajowym Zjeździe Diagnostów Laboratoryjnych we Wrocławiu (5–6 grudnia 2002)

Wystąpienie inauguracyjne dr Henryka Owczarka

na Pierwszym Krajowym Zjeździe Diagnostów Laboratoryjnych 05–06 grudnia 2002 r. we Wrocławiu

Witam delegatów na I Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych.
Koniecznym przy tej okazji będzie uczynienie wzmianki, iż tylko upór i zdeterminowanie tysięcy pracowników diagnostyki laboratoryjnej, osób wykształconych na Uniwersytetach i Akademiach Medycznych sprawiły, że po trzynastu latach zmagań osiągnęliśmy to, co wydawało się nieosiągalne.
Obecnie nie wodzą sporu z nami – diagnostami laboratoryjnymi, że środowisko diagnostów laboratoryjnych nie jest jednorodne, że nie ma swego zawodu, że nie posiada kwalifikacji wyczerpującej zawód zaufania publicznego; nie podważa się, że diagnosta laboratoryjny nie może pracować samodzielnie a funkcja kierownicza w laboratoriach rezerwowana winna być dla innej grupy zawodowej oraz, że diagnosta nie pracuje w bezpośredniej styczności z pacjentem a także, że grupa tego zawodu nie ma spisanych norm deontycznych i zasad postępowania etycznego wobec pacjenta i wobec współpracowników.
Tych 13 minionych lat przeszło nam na odpieraniu pseudoargumentów przeciwników i tych, którzy chcieli zagospodarować diagnostykę w Polsce po swojemu, i bez udziału diagnostów.
Dziś tworzyć będziemy znamiona korporacji zawodowej, tworzyć będziemy samorząd. Może bardziej adekwatnym będzie stwierdzenie, że będziemy go cementować w posadach, gdyż znamiona samorządu istniały od wielu lat i one tworzyły oparcie i wolę działania dla celów, które dziś przypadło nam zrealizować.
Diagności laboratoryjni podobnie jak inne grupy zawodowe, wraz ze środowiskiem współtworzącym ochronę zdrowia, odpowiedzialni są za jedną z naczelnych wartości, którą jest zdrowie. Zdrowie tak w sensie społecznym – czyli publicznym, jak i jednostkowym czyli indywidualnego pacjenta. Wokół tej wartości i każdej innej wartości fundamentalnej tworzą się grupy osób, grupy zawodów stojące w obronie, budujące fundamenty tych wartości.
Tak na przykład moraliści występują w obronie dobra, filozofowie i naukowcy w obronie prawdy, rzecznicy sprawiedliwości w obronie sprawiedliwości, estetycy i artyści w obronie piękna. Tak, jak dla każdej z tych wartości potrzeba obrońców i piewców, tak też dla zdrowia potrzeba nie tylko rzeczników ale przede wszystkim tych, którzy podejmą wysiłek dbania o zdrowie indywidualnego pacjenta, jak i o zdrowie publiczne czyli obywateli. Społeczeństwo współczesne, świadome zagrożeń dla zdrowia tak indywidualnego jak i publicznego nie chce pozostawiać tych zadań w rękach przypadkowych osób. Korporacja zawodowa chcąca orzekać o prawie do zabezpieczenia danego dobra w danej społeczności musi posiadać wiarygodność społeczną. Dla ochrony zdrowia tworzą się organizacje samorządowe z mandatu prawa. Zdrowie staje się wartością, szczególnie gdy się je traci, bądź jawi się groźba jego pozbawienia. Społeczność diagnostów laboratoryjnych posiadła tę wiarygodność, gdy z mandatu reprezentantów społeczeństwa otrzymała prawo ustawowego tworzenia samorządu zawodowego i z de facto (czyli z dotychczasowego stanu rzeczywistego) stała się *de iure*, uprawniona do wypowiadania się o organizacji ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego. Powołana korporacja zawodowa diagnostów laboratoryjnych w ten sposób dopełni lukę w istniejących strukturach służby zdrowia.
Korporacja mając własną strukturę organizacyjną, czyli samorząd, tworzy ramy dogodne dla podnoszenia stanu świadomości i odpowiedzialności przyjętych na siebie zobowiązań wobec społeczeństwa w realizacji zadań w ochronie zdrowia. Korporacja nadzorować i kontrolować musi standardy wykonywanych zadań i ciągle poszukiwać doskonalszych form zabezpieczenia wartości, w której obronie chce występować. Zdrowie indywidualnego człowieka i zdrowie publiczne jest ciągłe i wielorako zagrożone, stąd też muszą być przedsiębrane środki ostrożności ale i przeciwdziałania. W tym zawarty jest zmysł samo organizacyjny i samozachowawczy, bowiem brak w porę zasygnalizowanych niebezpieczeństw dla zdrowia publicznego przez daną korporację podważałby jej wiarygodność w oczach społeczeństwa. Diagności laboratoryjni w ten sposób działając uczestniczą we wszystkich formach promocji, profilaktyki i zabezpieczeń zdrowotnych. Diagności laboratoryjni świadomi wielu zagrożeń muszą wysyłać sygnały, które pozwolą dopracować środki przeciwdziałające, czyli profilaktyczne. Od kilku dziesiątków ostatnich lat diagności laboratoryjni sygnowali do środowisk medycznych zagrożenia dla zdrowia publicznego obywateli, w tym także o zagrożeniach dla zdrowia w indywidualnych przypadkach. Nie były to sygnały często zauważane i z powagą traktowane. W pragmatyce świadczeń zdrowotnych uchodziły za nieistotne i tylko uzupełniające diagnozę medyczną. To przecież życie bardziej zróżnicowane współczesną technologią i środowiskiem naturalnym wywarło przymus by sygnały diagnostów laboratoryjnych były traktowane jako ważne informacje dla ochrony i ratowania zdrowia człowieka. One zadecydowały o potrzebie tworzenia korporacji zawodowej łączącej wszystkich diagnostów laboratoryjnych pracujących w służbie zdrowia. Dlaczego ważną rzeczą dla Diagnostów Laboratoryjnych było osiągnięcie celu realizowanego przez tak długi okres czasu.
Po pierwsze: Motywacją i siłą napędową tego działania dla realizacji celu była przede wszystkim troska o pełne i lepsze zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów zgodnie z wymogami XXI wieku dla świadczeń zdrowotnych, że nie ma medyka bez diagnostyka. Przeniesienie tych zadań na samorządy w opinii państwowo-twórczych myślicieli zapewnić ma pewniejsze i ekonomiczniejsze świadczenia zdrowotne finansowane funduszem społecznym.
Ponadto zapewnić ma sprawniejsze docieranie pomocy do potrzebującego pacjenta i mniejsze trwonienie środków finansowych. Tę realizację zadań przeniesionych z państwa na samorząd gwarantować może kompetencja członków samorządu i stały nadzór nad właściwością i merytorycznością postępowania w wykonywaniu czynności zawodowych. Diagności laboratoryjni jako grupa zawodowa i jako dział świadczeń medycznych w drugiej połowie XX wieku stał się jednym z ważniejszych filarów procesów diagnozy i terapii medycznej.
Po drugie: Dla podwyższenia poziomu świadczeń diagnostycznych niezbędna była integracja środowiska i merytoryczny nadzór nad tymi świadczeniami pozostający w ręku wykształconych diagnostów a nie zaś przypadkowych osób, które spoglądały ku innym profesjom, bądź specjalizacjom. Wynikająca stąd zasada nadzoru nad właściwym wykonywaniem zawodu powierzona jest samorządowi. Zasada ta wynika z konieczności nadzoru nad właściwością i mery-

toryczności wykonywanych czynności zawodowych członków danego samorządu. Rozstrzyganie o kompetencji w tym zakresie może być wykonane tylko przez skład komisji wyłanianych z tego środowiska posiadający wysoki status kompetencji zawodowej i poczucie odpowiedzialności moralnej przed społeczeństwem. Bez tych elementów nie sposób pomyśleć nadzoru w wykonywaniu jakiegokolwiek ciała administracyjnego czy państwowego. Samorząd uzyskuje wiarygodność społeczną, staje się uznanym środowiskiem działającym w obszarze zawodu zaufania publicznego, zdobywa i potwierdza tę wiarygodność każdorazowo, gdy sygnalizuje zagrożenie zdrowotne i uczestniczy w diagnozie i terapii.

Po trzecie: Wszelkie reformy w ramach transformacji służby zdrowia w obrębie naszego kraju nie mogą przebiegać żywiołowo i nie można pozwolić by świadczenia diagnostyczne wykonywane były przez osoby poszukujące tylko zysku bez dostrzegania dobra pacjenta. Usługi i świadczenia w zakresie diagnostyki laboratoryjnej są wtedy wiarygodne i pełnoprawne, gdy wykonywane są przez fachową kadrę dobrze przygotowaną i dysponującą właściwą aparaturą diagnostyczną.

Po czwarte: Nieodzowność i konieczność występowania diagnostów laboratoryjnych jako reprezentacja samorządowa z pełnymi prawnie zagwarantowanymi normami i regułami postępowania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Te normy i reguły stanowić będą deontologiczną postać zapisanych praw i obowiązków. Te stanowić będą także ramy niezbędnych negocjacji z współudzielającymi partnerami świadczenia zdrowotne dla pacjentów. Stanowić także będą normatywny kodeks postępowania diagnosty laboratoryjnego wobec pacjenta, wobec współtworzących zawody medyczne czyli zawody zaufania publicznego. W taki sposób diagności laboratoryjni realizować będą zasadę partnerstwa w procesie diagnozy i terapii współtworząc właściwy wymiar i wiarygodność diagnozowania medycznego, procesu leczenia i monitorowania. Dopełnieniem zatem w strukturze ochrony zdrowia w społeczeństwie obywateli naszego kraju stało się uznanie w trybie ustawowym tego faktu, który obecny był w ostatnim 50-leciu w praktyce polskiej służby zdrowia. Diagności laboratoryjni uczestniczą od wielu dziesiątków lat w procesie diagnozy i terapii. Ich udział staje się tym bardziej nieodzowny i powszechnie dostrzegany, im większy zakres zagrożeń dla zdrowia człowieka płynąć będzie ze świadomej działalności organizacji czy państw stosujących terror biologiczny bądź chemiczny. Jedynym i możliwym sposobem przeciwdziałania w takich przypadkach przed wprowadzenie terapii kosztownej i czasochłonnej w systemie powszechnym jest pełne i szybkie rozpoznanie zagrożenia.

Diagnosta laboratoryjny staje się partnerem w diagnozie i terapii od samego początku procesu sanacyjnego bądź też promocji zdrowia czy profilaktyki. Stąd uczestniczyć musi w procesie monitorowania procesu leczenia.

Ustanowiony i wybrany samorząd zawodowy dla grupy zawodów zaufania publicznego w tym dla diagnostów laboratoryjnych winien i musi doprowadzić w trybie obligatoryjnym dla własnych członków progi kompetencji zawodowej, progi etosu i deontologii zawodowej, zakresy i poziomy sprawności zawodowej, progi ekonomizacji czynności zawodowych i wyposażenie do wykonywania tych czynności oraz tworzyć gradusy zgłębiania i poszerzania kwalifikacji zawodowych w postaci stopni kwalifikacyjnych (specjalizacji) oraz określenia zasad weryfikowania i egzaminowania wiedzy i sprawności adekwatnej do zdobywania stopnia specjalizacji.

Pozwoli to na utrzymanie prestiżu zawodowego diagnosty laboratoryjnego jak również zapewni komunikację niezbędną dla wykonujących zawód medyczny w ochronie zdrowia. Tak budujący się system wiarygodności społecznej danego zawodu przez samorząd zawodowy pozwoli utrzymać autorytet w płaszczyźnie udzielanych świadczeń zdrowotnych a tym samym realizować zasadę ochrony zdrowia indywidualnego człowieka ponad wszystko a zdrowie publiczne jako zasadę naczelną, gdyż – *salus aegroti suprema lex*.

Ten, kto ma dostęp do materiału biologicznego, ma umiejętność badania, zdobycia informacji jaką daje posiadana wiedza, bierze odpowiedzialność w aspekcie moralnym i prawnym, stąd też jedynie on biorąc odpowiedzialność ma prawo sprawować nadzór nad archiwizacją materiału biologicznego i tylko jemu można to powierzyć. To musi być zawarte w kodeksie etyki zawodowej. Kodeks etyki zawodowej może jedynie zatwierdzić Samorząd.

Nikt nie wątpi, że tam gdzie pacjent (druga osoba) zwraca się o pomoc w rozpoznawaniu stanu zdrowia, fizjologii i ewentualnych zmian funkcjonowania organizmu mamy do czynienia z wysokim poziomem zaufania do wykonawcy i opiniującego uzyskiwane wyniki w badaniach laboratoryjnych, ambulatoryjnych, bądź szpitalnych. Świadczeniem w zakresie diagnostyki laboratoryjnej są usługi o wysokim zakresie zaufania publicznego.

Normy etyczno-powinnościowe (deontyczne) to są normy, które w odróżnieniu od norm sytuacyjnych, relatywnych będą obowiązywać w sposób stały niezależnie od czasu, miejsca i okoliczności. W płaszczyźnie moralno- obyczajowej to te zasady, które osadzone w normach kulturowo społecznych są miernikiem poprawności stosunków międzyludzkich, szczególnie w relacji do pacjenta,
do innych grup zawodowych. Ten zakres prac nad szczegółowymi zapisami deontologicznymi, wyznaczającymi ramy postępowania diagnosty laboratoryjnego będą przedmiotem powołanej Komisji Etyki.

Jestem poruszony wewnętrznie tym wydarzeniem, jak również tym, co pozostawiliśmy za sobą, wiele lat starań i pracy, czasu wielu z Państwa, w tym trochę mego czasu, nakładów i ofiarności osób często z bardzo odległych części Polski. Dziś chcemy wyrazić wszystkim wdzięczność nie tylko za tę ofiarność, ale przede wszystkim za wspieranie i dodawanie ducha budującego wiarę i nadzieję, że cel ten kiedyś osiągniemy. Tym wszystkim, którzy włączyli się od samego początku i nie gasili ducha – nadal ducha nie gaście – a jego budowali; krzepili i podtrzymywali należą się szczególne podziękowania. Nie chciałbym pominąć nikogo w tym podziękowaniu i nie mogąc ogarnąć wszystkich Tych, którzy wspierali, radzili, pomagali, oddając czas i środki własne, wszystkim zatem tu obecnym i tym, których tu reprezentujecie, wszystkim serdecznie dziękuję. Bez tamtych dni owocnej pracy nie byłoby dzisiejszego Zjazdu. (…) Jeszcze raz dziękuję i życzę owocnych obrad.

Henryk Owczarek
Przewodniczący Stowarzyszenia
Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych

INFORMATOR O UCHWAŁACH
ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Informujemy, że Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji podjęła następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 162/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas X posiedzenia w dniu 22 marca 2024 roku;
2. Uchwała Nr 163/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie powołania Komisji Mandatowo-Wyborczej;
3. Uchwała Nr 164/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie powołania Komisji Skrutacyjnej;
4. Uchwała Nr 165/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie zmiany uchwały Nr 62/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 lutego 2023 roku w sprawie powołania Komisji nadzorującej przeszkolenie diagnosty laboratoryjnego, który nie wykonuje zawodu przez okres przekraczający 5 lat oraz przeszkolenie osoby, która po ukończeniu studiów na kierunku analityka medyczna lub medycyna laboratoryjna nie złożyła w okresie 5 lat od ukończenia studiów wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego;
5. Uchwała Nr 166/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie zmiany uchwały Nr 69/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 lutego 2023 roku w sprawie powołania Komisji do spraw opracowania rekomendacji dotyczących wymagań fazy przedanalitycznej;
6. Uchwała Nr 167/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie zmiany uchwały Nr 67/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 lutego 2023 roku w sprawie powołania Zespołu do spraw genetyki medycznej;
7. Uchwała Nr 168/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie zmiany uchwały Nr 71/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 lutego 2023 roku w sprawie powołania przedstawicieli Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do Rady Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do rad oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia;
8. Uchwała nr 169/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie odwołania członków Zespołu Wizytatorów;
9. Uchwała Nr 170/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku zmieniająca uchwałę Nr 55/VI/2023 w sprawie Regulaminu działalności wizytatorów Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz prowadzenia i wykonywania kontroli praktyk diagnostów laboratoryjnych;
10. Uchwała Nr 171/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie interpretacji art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2022 roku o medycynie laboratoryjnej w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania czynności medycyny laboratoryjnej;
11. Uchwała Nr 172/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie przyjęcia regulaminu uzyskiwania zaświadczenia potwierdzającego spełnienie przez wybraną formę ustawicznego rozwoju zawodowego wymagań ustawy z dnia 15 września 2022 roku o medycynie laboratoryjnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego z dnia 7 grudnia 2023 roku;
12. Uchwała Nr 173/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy na świadczenie usług sprzątania w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych;
13. Uchwała Nr 174 /VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 kwietnia 2024 roku w sprawie przedstawienia kandydata do pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej;
14. Uchwała Nr 175/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 kwietnia 2024 roku w sprawie wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia jednostkowego sprawozdania finansowego Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych za rok obrotowy kończący się dnia 31 grudnia 2023 roku oraz wyrażenia zgody na zawarcie umowy na badanie jednostkowego sprawozdania finansowego Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych sporządzonego na dzień 31.12.2023 roku;
15. Uchwała Nr 176/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 maja 2024 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności samorządu diagnostów laboratoryjnych za 2023 rok. ●

Informujemy, że Prezydium KRDL VI Kadencji podjęło następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 861-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XIX posiedzenia w dniu 8 lutego 2024 roku;
2. Uchwała Nr 862-P/VI/2024 do Nr 865-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
3. Uchwała Nr 866-P/VI/2024 do Nr 917-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 918-P/VI/2024 do Nr 921-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
5. Uchwała Nr 922-P/VI/2024 do Nr 928-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
6. Uchwała Nr 929-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXI posiedzenia w dniu 21 marca 2024 roku;
7. Uchwała Nr 930-P/VI/2024 do Nr 934-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
8. Uchwała Nr 935-P/VI/2024 do Nr 964-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
9. Uchwała Nr 965-P/VI/2024 do Nr 968-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
10. Uchwała Nr 969-P/VI/2024 do Nr 975-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
11. Uchwała Nr 976-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej zawartej w Uchwale Nr 865-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 lutego w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
12. Uchwała Nr 977-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 marca 2024 roku w sprawie sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej zawartej w Uchwale Nr 840-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 stycznia w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
13. Uchwała Nr 978-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXII posiedzenia w dniu 23 kwietnia 2024 roku;
14. Uchwała Nr 979-P/VI/2024 z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
15. Uchwała Nr 980-P/VI/2024 do Nr 999-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
16. Uchwała Nr 1000-P/VI/2024 do Nr 1001-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
17. Uchwała Nr 1002-P/VI/2024 do Nr 1014-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
18. Uchwała Nr 1015-P/VI/2024 do Nr 1016-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie;
19. Uchwała Nr 1017-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie odmowy wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
20. Uchwała Nr 1018-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 23 kwietnia 2024 roku w sprawie odmowy przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
21. Uchwała Nr 1019-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXIII posiedzenia w dniu 21 maja 2024 roku;
22. Uchwała Nr 1020-P/VI/2024 do Nr 1021-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
23. Uchwała Nr 1022-P/VI/2024 do Nr 1025-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;

24. Uchwała Nr 1026-P/VI/2024 do Nr 1027-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
25. Uchwała Nr 1028-P/VI/2024 do Nr 1030-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
26. Uchwała Nr 1031-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajowej Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
27. Uchwała Nr 1032-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie przyjęcia decyzji zatwierdzającej odznaczenia Komisji Nagród i Odznaczeń;
28. Uchwała Nr 1033-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajowej Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
29. Uchwała Nr 1034-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie przyjęcia decyzji zatwierdzającej odznaczenia Komisji Nagród i Odznaczeń;
30. Uchwała Nr 1035-P/VI/2024 do Nr 1057-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należytymi odsetkami za opóźnienie;
31. Uchwała Nr 1058-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 maja 2024 roku w sprawie odmowy udostępnienia informacji publicznej. ●

Stanowiska Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji:

1. Stanowisko 2/24 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 6 marca 2024 roku w sprawie wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej w postaci badań genetycznych;

2. Stanowisko 3/24 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 marca 2024 roku w sprawie realizacji obowiązku rozwoju ustawicznego diagnostów laboratoryjnych;

3. Stanowisko 4/24 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 19 kwietnia 2024 roku w sprawie wniosku do Ministra Zdrowia o podjęcie pilnych prac nad projektem rozporządzenia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych oraz projektem rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne. ●

Stanowiska legislacyjne Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji:

1. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (MZ 1586);
2. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (MZ 1638);
3. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości wynagrodzenia członków Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (MZ 1593);
4. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (MZ 1592);
5. Obwieszczenie Ministra Zdrowia zmieniające obwieszczenie w sprawie wymagań dobrej praktyki pobierania krwi i jej składników, badania, preparatyki, przechowywania, wydawania i transportu dla jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi;
6. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (MZ 1602);
7. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju KOS-BMI Dzieci (MZ 1587);
8. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (MZ 1515);
9. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (druk nr 188);

10. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1643);
11. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 1606);
12. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (druk nr 185);
13. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustawicznego rozwoju niektórych zawodów medycznych (MZ 1640);
14. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (MZ 1630);
15. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i trybu udzielania pomocy publicznej i pomocy de minimis za pośrednictwem Agencji Badań Medycznych (MZ 1629);
16. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych (MZ 1506);
17. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 1633);
18. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości wynagrodzenia wizytatora oraz koordynatora (MZ 1591);
19. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości wynagrodzenia członków, wiceprzewodniczących i przewodniczącego Rady Akredytacyjnej (MZ 1589);
20. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (MZ 1641);
21. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (MZ 1644);
22. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ramowego programu kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej (MZ 1584);
23. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS" (MZ 1647);
24. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentem z wczesnym zapaleniem stawów (MZ 1619);
25. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej części miasta Pińczów – Osiedlu Zdrojowemu, części sołectwa Włochy – Osiedlu Górki-Włochy i sołectwom: Pasturka, Bogucice Drugie oraz Grochowiska, położonym na obszarze gminy Pińczów (RD40);
26. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości wynagrodzenia członków Komisji Odpowiedzialności Zawodowej oraz rzeczników dyscyplinarnych (MZ 1645);
27. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1652);
28. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (MZ 1646);
29. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (MZ 1642)
30. Stanowisko KRDL do projektu zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1657);
31. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia dot. ryczałtu systemu zabezpieczenia (MZ 1656);
32. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi (UD 15);
33. Stanowisko KRDL do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zm. zarz. ws warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (NFZ-DGL.400.1.2024);
34. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ1653);
35. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (MZ 1573);
36. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowego sposobu przeprowadzenia procedury oceniającej, wzoru certyfikatu akredytacyjnego oraz sposobu obliczenia wysokości opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej (MZ 1590);
37. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zryczałtowanych kosztów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (MZ 1651);
38. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego (MZ 1667);
39. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2025;
40. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które uzyskały kwalifikacje zawodowe poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej (MZ 1648);
41. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (MZ 1659);

42. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (UD23);
43. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie składu i trybu działania komisji orzekającej oraz trybu orzekania o stanie zdrowia diagnosty laboratoryjnego (MZ 1650);
44. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (MZ 1668);
45. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1664);
46. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie Ministra Zdrowie w sprawie rejestru endoprotezplastyk (MZ 1488);
47. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (MZ 1632);
48. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalenia wysokości ryczałtu dla Krajowego Ośrodka Monitorującego i poszczególnych Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących oraz wysokości współczynników korygujących (MZ 1669);
49. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (MZ 1660);
50. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (MZ 1662);
51. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 1615);
52. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (MZ 1671);
53. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu organizowania oraz przeprowadzania naboru kandydatów do pełnienia funkcji wizytatora (MZ 1595);
54. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia w sprawie składu i trybu działania komisji orzekającej oraz trybu orzekania o stanie zdrowia diagnosty laboratoryjnego (MZ 1650) – Nowy Tekst;
55. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o czasowym ograniczeniu cen za energię elektryczną, gaz ziemny i ciepło systemowe oraz o bonie energetycznym (druk nr 346);
56. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (UC 18). Traktat pandemiczny Światowej Organizacji Zdrowia realizowany na forum Międzyrządowego Ciała Negocjacyjnego (INB– Intergovernmental Negotiating Body);
57. Stanowisko KRDL do projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks Pracy (druk nr 318);
58. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (MZ 1674);
59. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu" (MZ1672);
60. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (MZ 1678);
61. Stanowisko KRDL do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (MZ 1680). ●

KARTA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

- Udostępniliśmy do pobrania dokument dla osób rozliczających się od 2023 r.: Karta Doskonalenia Zawodowego Diagnosty Laboratoryjnego.
- Plik ma formę edytowalnego pliku PDF, zatem jedyną czynnością jaką należy wykonać, jest:

1) Pobranie pliku na swój komputer (do obsługi zalecamy program Adobe Acrobat).
2) Po uruchomieniu pliku, uzupełnienie swoich danych. Numer karty częściowo uzupełnia się automatycznie po wpisaniu PWZDL na stronie drugiej, natomiast zamiast "X" wpisz numer swojego okresu rozliczeniowego. Np. jeżeli zakończyłeś okres rozliczeniowy w roku 2022 lub 2023 i rozpocząłeś/aś kolejny okres rozliczeniowy wpisz "2", jeżeli uzyskałeś PWZDL w 2022 roku i później, wpisz "1". (w przypadku osób, które uzyskały wpis wcześniej i nie zakończyły jeszcze pierwszego okresu edukacyjnego te osoby uzupełniają dotychczasową kartę w formie papierowej).
3) Uzupełnij w odpowiednich rubrykach przebieg doskonalenia zawodowego.
4) Po zakończeniu okresu edukacyjnego prześlij plik wraz ze skanami zaświadczeń do biura Izby pocztą elektroniczną / elektroniczną skrzynką podawczą / za pomocą Portalu Diagnosty.

Link do Karty Doskonalenia Zawodowego: **https://kidl.org.pl/page/view?id=7323**

Link do Formularza Deklaracji formy dokumentowania okresu edukacyjnego: **https://forms.office.com/e/ZM7vgKFYMQ**

Obowiązek wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)



Diagnosta laboratoryjny prowadzący działalność gospodarczą polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny laboratoryjnej ma obowiązek dostosowania tej działalności gospodarczej do wymogów jej prowadzenia tj. uzyskania wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL).

Obowiązek rejestracji obowiązuje od dnia 10 listopada 2023 roku w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 roku o medycynie laboratoryjnej oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Ustawodawca nie przewidział *vacatio legis* na wprowadzenie zmian, dlatego Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych wskazuje na niezwłoczną potrzebę rejestracji działalności w odpowiednich rejestrach.

Rejestr ten w odniesieniu do diagnostów laboratoryjnych prowadzi w systemie informatycznym Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

Wykonywanie działalności gospodarczej regulowanej bez wpisu do odpowiedniego rejestru (w przypadku działalności leczniczej do RPWDL) jest wykroczeniem zagrożonym karą ograniczenia wolności albo grzywny.

Wszystkie szczegóły oraz warunki uzyskania wpisu znajdują się na stronie internetowej **www.kidl.org.pl**.