|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A Questionnaire to Conformity Assessment Body (CAB) Applying for Accreditation** | | | | | | | **استبانة لجهات تقييم المطابقة التي تتقدم بطلب اعتماد** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |  | | | | | |
| **CAB name:** | | | | | | | | اسم جهة تقييم المطابقة: | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Institution /company to which the CAB belongs:** | | | | | | | | اسم المؤسسة / الشركة التي يتبع لها جهة تقييم المطابقة: | | | | | | |
| **Is the CAB accredited by other accreditation bodies?** | | | | | | | | هل الجهة حاصلة على الاعتماد من جهات اعتماد أخرى؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** |  | | | | | | لا |  | نعم |  |
| **If the answer is yes, please specify the accreditation body and attach the scope of accreditation.** | | | | | | | | إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد هذا الجهة وارفاق مجال الاعتماد | | | | | | |
| **Quality manager name:** | | | | | | | | اسم مدير الجودة: | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Technical manager name:** | | | | | | | | اسم المدير الفني: | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Lab manager name:** | | | | | | | | اسم مدير المختبر: | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Total number of the CAB's staff:** | | | | | | | | العدد الكلي لموظفي جهة تقييم المطابقة: | | | | | | |
| **University degree:** | | | | | | | | جـامـعي: | | | | | | |
| **Diploma of college:** | | | | | | | | دبلوم معهد: | | | | | | |
| **Secondary school:** | | | | | | | | ثانوية عامة: | | | | | | |
| **Please attach a list of the CAB's staff names** | | | | | | | | الرجاء إرفاق قائمة بأسماء موظفي جهة تقييم المطابقة | | | | | | |
| **Is sampling within the responsibilities of the CAB:** | | | | | | | | هل أخذ العينات ضمن مسؤولية جهة تقييم المطابقة: | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** |  | | | | | | لا |  | نعم |  |
| **If the answer is yes, is sampling conducted according to:** | | | | | | | | إذا كانت الإجابة نعم، ما هي الطريقة التي تؤخذ بها العينات | | | | | | |
|  | **Standard** | | | | | | | مواصفة قياسية | | | | | |  |
|  | **Statistical methods** | | | | | | | طرق إحصائية | | | | | |  |
|  | **Others, please specify (……)** | | | | | | | غير ذلك، حدد (......) | | | | | |  |
| **Did the lab participate in proficiency tests or inter-laboratory comparison:** | | | | | | | | هل اشترك المختبر في برامج للمقارنة البينية أو اختبارات مهارة | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | | | | لا | |  | نعم |  |
| **Please provide us with the name of the body which organized the last proficiency testing scheme:** | | | | | | | | ما اسم الجهة التي عقدت آخر اختبار | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Does the CAB or any of its personnel provide consultation services?** | | | | | هل تقدم جهة تقييم المطابقة أو أي من موظفيه خدمات استشارية؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | لا | |  | نعم |  |
| **If the answer is Yes;**   1. **Does the CAB provide any the activities within the applied scope of accreditation to the parties that it provides consultation for?** | | | | | إذا كانت الإجابة نعم;   1. هل تقدم جهة تقييم المطابقة أي من الأنشطة ضمن مجال الاعتماد المطلوب للجهات التي يقدم لها خدمات استشارية؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | لا | |  | نعم |  |
| 1. **list these services and their scope.** | | | | | 1. يرجى ذكر هذه الخدمات ونطاقها. | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **What is the reason of your application for accreditation:** | | | | | لماذا ترغبون بالحصول على الاعتماد | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **Does the CAB have any other branches?** | | | | | هل لدى جهة تقييم المطابقة فروع أخرى؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | | لا |  | نعم |  |
| **If the answer is yes, please list them** | | | | | إذا كانت الإجابة نعم، اذكرها | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **If yes, please State which activities are performed at These branches** | | | | | - إذا كانت الإجابة نعم، اذكر النشاطات التي تتم في هذه الفروع | | | | | | |
| **Does your CAB operate on a shift basis?** | | | | | هل تعمل الجهة بنظام المناوبات؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | | لا |  | نعم |  |
| **If yes, please attach the shift schedule** | | | | | إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق برنامج المناوبات | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| **For PT providers, Inspection bodies, Testing and medical laboratories** | | | | | خاص بمختبرات الفحص والمختبرات الطبية وجهات التفتيش والجهات المنظمة لاختبارات المهارة: | | | | | | |
| **Does the lab perform any type of in-house calibration?** | | | | | هل يقوم المختبر بأي نوع من أنواع المعايرة الداخلية؟ | | | | | | |
|  | | **Yes** |  | **No** | |  | | لا |  | نعم |  |
|  | | | | | إذا كانت الإجابة نعم، اذكرها | | | | | | |
|  | **Thermometers** | | | | **موازين حرارة** | | | | | |  |
|  | **Scales** | | | | **موازين/اوزان** | | | | | |  |
|  | **Timers** | | | | **مؤقتات** | | | | | |  |
|  | **Micro-pipettes** | | | | **ماصات** | | | | | |  |
|  | **Others** | | | | **أخرى** | | | | | |  |
| **If yes, please attach the in-house calibration procedures** | | | | | - إذا كانت الإجابة نعم، يرجى إرفاق إجراءات المعايرة الداخلية | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **For Medical laboratories** | | | | خاص بالمختبرات الطبية: | | | | |
| **The name of the licensed laboratory manager:** | | | | اسم المدير المرخص لإدارة المختبر: | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **A copy of the license issued by the Ministry of Health must be attached.** | | | | يجب إرفاق نسخه من الترخيص الصادر عن وزارة الصحة | | | | |
| **Is the specimen collection within the responsibilities of the lab** | | | | هل جمع العينات الطبية من ضمن صلاحيات المختبر؟ | | | | |
|  | **Yes** |  | **No** |  | لا |  | نعم |  |
| **Does the lab perform POCT?** | | | | هل يقوم المختبر بتقديم خدمة الرعاية الطبية؟ | | | | |
|  | **Yes** |  | **No** |  | لا |  | نعم |  |
| **If yes, please specify** | | | | يرجى التوضيح في حال كان الجواب نعم | | | | |
|  | | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **For PT providers** | | | | خاص بمزودي اختبارات المهارة: | | | | |
| **Does the PT provider provide its services to participants outside Jordan** | | | | هل يقدم مزود اختبارات المهارة خدماته للمشاركين خارج الأردن | | | | |
|  | **Yes** |  | **No** |  | لا |  | نعم |  |
| **If yes, please identify the locations.** | | | | إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد المواقع | | | | |
|  | | | |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **For Management system certification Body, please provide us with the following information** | | خاص بالجهات المانحة لشهادات المطابقة لأنظمة الجودة، يرجى تزويدنا بالمعلومات التالية: |
| 1. **the number of certifications per scope** | 1. عدد الشهادات لكل مجال | |
| 1. **number of auditors for each scope** | 1. عدد المقيمين لكل مجال | |

|  |  |
| --- | --- |
| **The questionnaire is filled by:** | **قام بتعبئة الاستبانة:** |
| Job Title: | المسمى الوظيفي: |
| Signature and Date: | التوقيع والتاريخ: |