

资源勘查工程实验中心重点实验室内部管理体系审核制度

1. 目的

为验证管理体系是否持续符合《中华人民共和国认证认可条例》和管理体系文件的要求，能否得到有效实施、保持和改进，特制定本制度。

2. 适用范围

适用于实验室管理体系所覆盖的所有区域和所有要素的内部审核。

3. 职责

3.1 实验室主任

- a) 批准“年度内部审核计划”；
- b) 确保内部审核所需的资源。

3.2 常务副主任

- a) 全面负责策划和实施管理体系内部审核工作；
- b) 制定“年度内部审核计划”
- c) 确定内部审核组长和审核员；
- d) 批准“管理体系内部审核报告”；
- e) 向实验室主任报告内部审核结果。
- f) 负责维护本制度的有效性；

3.3 办公室主任

- a) 协助常务副主任编制和组织实施“年度内部审核计划”；
- b) 负责内部审核资料、记录的保管。

3.4 内部审核组长

- a) 编制、实施本次内部审核实施计划；
- b) 编写管理体系内部审核报告。

3.5 内审员：根据审核组长分配的任务开展内部审核工作。

3.6 各部门和相关人员：积极配合内部审核组开展审核工作。

4. 工作制度

4.1 年度内部审核计划

4.1.1 根据受审核区域及其活动的状况和重要程度，并根据以往审核结果和管理

层的需要，常务副主任策划实验室年度审核方案，编制“年度内部审核计划”，确定审核范围、频次和方法，报实验室主任审核批准。内部审核每年不少于一次，并要求覆盖实验室管理体系的所有要素和所有部门。

4.1.2 出现以下情况时，由常务副主任策划并上报实验室主任批准，及时组织附加内审：

- a) 组织机构、管理体系发生重大变化；
- b) 出现重大质量事故，或客户对某一环节连续投诉；
- c) 发生严重不符合检测工作或偏离实验室的政策、制度时；法律、法规、技术标准/规范/规程及其他外部要求的变化；
- d) 在接受第二方、第三方审核之前；

4.2 内部审核准备

4.2.1 审核员应由经过培训并熟悉管理体系、由实验室主任任命为审核员的人员担任；

4.2.2 常务副主任负责组织落实审核组，确定审核组成员，指定审核组长；

4.2.3 审核组长负责本次内审的具体组织实施工作，只要人力资源允许，安排审核任务时注意审核员不审核与自己工作直接相关的部分；

4.2.4 审核组长组织审核组成员编制本次“内部审核实施计划”，经常务副主任审核后，上报实验室主任批准。“内部审核实施计划”内容包括：

- a) 审核目的、范围、依据和方法；
- b) 审核组成员及分工；
- c) 审核要点；
- d) 审核日程安排等。

4.2.5 在了解受审核部门的具体情况后，审核组长组织编写“内审检查表”，详细列出审核内容、审核方法。“内审检查表”力求覆盖审核计划范围、审核方法明确，经审核组长审核后，由常务副主任批准。

4.2.6 办公室主任应配合组织、协调内部审核实施工作，提前向受审核部门发出《内部审核实施计划》，并将“内审检查表”及内部审核相关资料提供给各审核员。

4.2.7 受审核部门接到“内部审核实施计划”后应：

- a) 如对审核安排有异议，可在审核三天前通知办公室主任和内审组，通过

协商调整审核计划;

- b) 做好必要的核准备工作，并确定陪同人员（如有必要）。

4.3 内部审核实施

4.3.1 首次会议

- a) 参加会议人员：实验室管理层、内审组成员、办公室主任成员；
- b) 审核组长主持会议，办公室主任人员做记录，与会人员签到；
- c) 会议内容：由审核组长介绍本次内部审核目的、范围、依据、方式、日程安排及有关事项。

4.3.2 现场审核

- a) 审核组成员按照内部审核实施计划展开内审工作，并根据“内审检查表”进行检查；
- b) 审核过程中审核员应公正、客观、实事求是；
- c) 审核员应及时记录内审中发现的问题，其中不符合项的客观证据，要当场与该项工作的主管或当事人进行确认，以保证被受审核的部门理解和接受，便于纠正；
- d) 审核员应及时记录内审中发现的潜在不符合问题，通知受审核部门负责人，并报告审核组长；
- e) 审核组长应每日召开内审碰头会，及时交流当天审核情况，对不符合项进行整理、评议。
- f) 审核组长在现场审核完成后，依据实验室认可准则、管理体系文件、有关法律法规及技术标准/规范/规程要求，必要时还要依据检测合同的要求，确认不符合项，讨论内部审核结论。

4.3.3 不符合项报告

4.3.3.1 “不符合项报告”内容包括：

- a) 受审核部门或岗位；
- b) 不符合项陈述，明确不符合管理体系文件的具体条款；
- c) 责任部门确认；
- d) 责任部门进行原因分析；
- e) 责任部门制定纠正/预防措施；

f) 审核员对纠正或预防措施评审和验证。

现场审核结束前应完成其中 a)、b)、c) 三项。

4.3.4 末次会议

a) 参加会议人员：实验室管理层、内审组成员、相关部门人员及办公室主任。与会人员签到；

b) 审核组长主持会议，办公室主任做记录；

c) 会议内容：由审核组长重申内部审核目的，宣读“不符合报告”，提出纠正或预防措施要求及完成日期；口头宣布“内部审核报告”；

d) 常务副主任和相关人员讲话；

4.3.5 纠正或预防措施的跟踪验证

4.3.5.1 各责任部门和人员接到“不符合项报告”后，按要求分析原因并制定纠正或预防措施，责任部门主管和审核员确认签字后报审核组。重大的纠正或预防措施需经常务副主任审核，报实验室主任批准。

4.3.5.2 审核员按预定日期对纠正或预防措施实施情况进行跟踪检查，验证其有效性，在“不符合项报告”中填写验证评价。原则上谁开具不符合项报告谁负责跟踪验证，特殊情况可由常务副主任另行授权，但需保证跟踪验证人员了解有关审核背景。

4.3.5.3 如不符合项的整改在规定时间内未完成或未达到预期效果，审核组长应向常务副主任报告，由其作出处理。

4.3.5.4 每个“不符合项报告”的纠正或预防措施得到有效验证后才允许关闭。

4.3.5.5 如果不符合项可能影响到实验室检测的结果，经质量和常务副主任确认后书面通知客户。

4.3.6 管理体系审核总结报告

4.3.5.1 现场审核结束后一周内，审核组长编写“管理体系审核总结报告”，报常务副主任批准。办公室主任将其登记并发送至实验室主任、常务副主任、常务副主任、受审核部门和相关人员。报告内容包括：

a) 受审核部门、审核目的、范围、方法、依据和日期；

b) 内部审核参加人员及职务；

c) 内部审核综述；

- d) “不符合项报告”;
- e) 内部审核不符合项分析;
- f) 改进建议。

4.4 文件的保存

内部审核工作全部结束后，审核组长应执行《记录的控制管理制度》，整理出内审相关的所有资料、文件和记录，并移交办公室主任保存。

4.5 常务副主任将“管理体系审核总结报告”报管理评审会议评审。

5.0 相关制度和附表

5.1 CHDLMD-208-07 《不符合检测工作的控制管理制度》

5.2 CHDLMD-209-07 《纠正和预防措施程控制序》

5.3 CHDLMD-210-07 《记录和档案控制制度》

6.0 质量记录

6.1 “年度内部审核计划”

6.2 “内部审核实施计划”

6.3 “内审检查表”

6.4 “不符合项报告”

6.5 “会议签到表”

6.6 “管理体系审核总结报告”

6.7 “纠正和预防措施处理单”