Ф80 ДП 02-02-01-2012

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителем и благополучия человека

**Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения**

**"Центр гигиены и эпидемиологии в Удмуртской Республике"**

**АККРЕДИТОВАННЫЙ ИСПЫТАТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЦЕНТР**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Юридический адрес: 426033, г. Ижевск, ул. Кирова, 46, тел. (3412) 43-23-11, факс. 43-34-96,

ОКПО 74047299, ОГРН 1051800458962, ИНН/КПП 1831102821/183101001

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | |  |
|  |  | |

**Акт отбора/приема**

**на исследование смывов, изделий медицинского назначения на стерильность**

От « » 20 г. **№**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата и время отбора проб** |  |
| **Код пробы** |  |
| **Заказчик (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо)** | |
| Наименование |  |
| Юридический адрес |  |
| Фактический адрес\*  (\*заполняется при несовпадении с юридическим адресом) |  |
| **Юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо у которого отбирались пробы\*** (\*Заполняется при несовпадении с данными о Заказчике) | |
| Наименование |  |
| Юридический адрес |  |
| **Объект, где производился отбор пробы** | |
| Наименование |  |
| Фактический адрес |  |
| **Тара, упаковка** | 🞏 пробирки с транспортной средой, 🞏стерильный упаковочный материал,  🞏 ёмкость с транспортной средой, 🞏иное (указать): |
| **Условия транспортировки** | 🞏 автотранспорт, 🞏 изотермическая емкость (сумка-термос), в т.ч 🞏 с хладоэлементами, 🞏 иное (указать): |
| **НД на методику отбора** (\*заполняется на усмотрение заказчика) |  |
| **НД регламентирующий объем лабораторных исследований**  (\*заполняется на усмотрение заказчика) |  |
| **Цель отбора:** | 🞏 плановый гос. надзор, 🞏 внеплановый гос. надзор, 🞏 РЖД,  🞏 производственный контроль, 🞏 иное (указать): |
| **Основание для отбора** | |
| Предписание/ поручение Управления Роспотребнадзора по Удмуртской Республике  № дата срок по предписанию | |
| Заявление № дата  Договор\* (\*поле, рекомендуемое для заполнения) № дата | |
| **Показатели исследований** | 🞏 S.aureus, 🞏 БГКП, 🞏 листерии, 🞏 иерсинии, 🞏 сальмонеллы,  🞏 протей, 🞏 клостридии, 🞏 патогенные энтеробактерии, 🞏 энтеровирусы,  🞏 смывы на наличие вирусов и энтеропатогенных бактерий методом ПЦР,  🞏 ОМЧ, 🞏 ОКБ, 🞏ТКБ, 🞏 КМАФАнМ, 🞏 синегнойная палочка,  🞏 плесневые и дрожжевые грибы,  🞏 цисты патогенных кишечных простейших, 🞏 жизнеспособные яйца гельминтов,  🞏 условно-патогенная и патогенная микрофлора,  🞏 смывы с рук персонала (контроль эффективности обработки),  🞏 смывы с кожных покровов пациента (операционное поле),  🞏 изделия медицинского назначения на стерильность,  🞏 дезинфекция высокого уровня (ДВУ),  Иное (указать): |
| **Номер пломбы \***  **(\*при необходимости)** |  |
| **Дополнительные сведения\***  (\*при необходимости) |  |

**Неотъемлемой частью акта является приложение с наименованием объекта смыва, изделия медицинского назначения, медицинского изделия после дезинфекции высокого уровня (ДВУ).**

Должность, ФИО лица отобравшего пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, ФИО представителя Управления Роспотребнадзора по Удмуртской Республике, в присутствии которого отобраны пробы (при надзорных мероприятиях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, ФИО представителя объекта, в присутствии которого отобраны пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_**подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Поля не отмеченные \* заполняются в обязательном порядке**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИНН\*** (\*обязательно для юридических лиц, ИП) |  |

**Код пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Приложение**

**(обязательное)**

**к акту отбора/ приема смывов, изделий медицинского назначения на стерильность**

**от « » 20 г. №**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование объекта смыва,**  **изделия медицинского назначения на стерильность, медицинского изделия на ДВУ** | **Показатели** | **Регистрационный номер\***  (заполняется  в лаборатории) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ФИО лица отобравшего пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_