Код пробы (ЕИАС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

Ф07-ПП

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 биологических тестов для контроля работы паровых стерилизаторов**

От « » 20 г. **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Заказчик (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо)** |
| Наименование  |  |
| Юридический адрес  |  |
| Фактический адрес\*(\*заполняется при несовпадении с юр. адресом) |  |
| ИНН/  телефон организации |  |
| **Цель исследований** (поставить галочку, подчеркнуть нужное) 🞏 ж/д транспорт  |
| Контрольно-надзорная деятельность:  | *контрольные надзорные мероприятия:* 🞏 профилактический визит;🞏 плановая проверка/ 🞏 внеплановая проверка (выездная проверка, инспекционный визит), 🞏 профилактический визит;*контрольно-надзорные мероприятия без взаимодействия:* *расследование инфекционных заболеваний:*  🞏 по эпидпоказаниям, в т.ч. контактные, 🞏 с профилактической целью;*Обеспечение санитарно-гигиенических экспертиз:* 🞏 лицензирование деятельности |
| Внебюджетная деятельность: | 🞏 производственный контроль, 🞏лицензирование, проведение испытаний по программе заказчика |
| **Основание для отбора** |
| 🞏 Предписание/ 🞏 поручение Управления Роспотребнадзора по Удмуртской Республике № дата срок по предписанию  |
| **заявление № дата** договор № дата |
| **Субъект контроля: юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо, у которого отбирались пробы\*** (\*заполняется при несовпадении с данными о Заказчике) |
| Наименование  |   |
| Юридический адрес |  |
| ИНН |  |
| ОКВЭД |  |
| Тип объекта |  |
| **Объект контроля, где производился отбор пробы** (например: поликлиника, стационар, медицинский центр, ФАП, стоматологическая клиника и т.д.) |
| Наименование объекта |  |
| Фактический адрес |  |
| **Условия** **доставки** | 🞏 автотранспорт, 🞏 изотермическая емкость (термоконтейнер), 🞏 в т.ч с хладоэлементами, 🞏 иное (указать): |
| **Тара, упаковка** | Упаковка изготовителя |
| **Номер пломбы\*** (\*при необходимости) |  |
| **НД на методику отбора** | 🞏 МУ № 15/6-5, 🞏 МУ № 287-113, 🞏 иное (указать): |
| **Наименование биотеста,** **серия, срок годности**  |   |
| **Тест-культура**  | 🞏 G.stearothermophilus ВКМ –В718,🞏 иное (указать):  |
| **Дополнительные\* сведения** (\*при необходимости) |  |

1. Код пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата отбора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_ г. Время отбора от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код пробы (ЕИАС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

|  |
| --- |
| **Структурное подразделение** (например, хирургическое, акушерское, стоматологическое отделение, ЦСО, баклаборатория, приемное отделение, отдел экспертизы трупов и т.д.) |
| **Наименование** **структурного подразделения** |  |
| **Точка отбора**  | **Паровой стерилизатор с камерой объемом до 100 дм3  включительно**  |
| Марка: Заводской №: Режим стерилизации:  | Время включения:Начало стерилизации: Окончание стерилизации:  |
| **Контрольные точки (отметить нужное)** |
| **🞏 стерилизатор вертикальный** | **🞏 стерилизатор горизонтальный** |
| 1 | В верхней части камеры | Расположение контрольных точек в паровых стерилизаторах | 1 | У загрузочной двери | Расположение контрольных точек в паровых стерилизаторах |
| 2 | В нижней части камеры | 2 | У противоположной стенки |
| т.3-5 | В центре стерилизационных коробок или внутри стерилизуемых упаковок, размещенных на разных уровнях | т.3-5 | В центре стерилизационных коробок или внутри стерилизуемых упаковок |
| Контрольные точки 1 и 2 находятся в стерилизационной камере вне стерилизуемых изделий |

2.Код пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата отбора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_ г. Время отбора от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код пробы (ЕИАС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

|  |
| --- |
| **Структурное подразделение** (например, хирургическое, акушерское, стоматологическое отделение, ЦСО, баклаборатория, приемное отделение, отдел экспертизы трупов и т.д.) |
| **Наименование****Структурного подразделения** |  |
| **Точка отбора**  | **Паровой стерилизатор с камерой объемом свыше 100 до 750 дм3 включительно**  |
| Марка: Заводской №: Режим стерилизации:  | Время включения:Начало стерилизации: Окончание стерилизации: |

|  |
| --- |
| **Контрольные точки** |
| т.1 | У загрузочной двери | Расположение контрольных точек в паровых стерилизаторах Расположение контрольных точек в паровых стерилизаторах |
| т.2 | У противоположной стенки |
| т.3-11 | В центре стерилизационных коробок или внутри стерилизуемых упаковок |

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

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

Должность, ФИО представителя РПН, 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**