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

 (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

Ф06-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 воздушных 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:* 🞏 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, 🞏 профилактический визит;  *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, ФАП) БУЗ УР «ГКБ № 50 МЗ УР», медицинский центр ООО «Здоровье», стоматологическая клиника ООО «Зубок» 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**  | 🞏 B.licheniformis шт. G ВКМ-В-1711 Д, 🞏 B. сereus ВКМ-В-911🞏 иное (указать): |
| **Дополнительные\* сведения** (\* заполняется 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, терапевтическое, хирургическое, акушерское, педиатрическое отделение, дневной стационар, ЦСО, баклаборатория, стоматологическое отделение, приемное отделение, отдел экспертизы трупов и т.д.) |
| **наименование** |  |
| **Точка отбора**  | **Воздушный стерилизатор с камерой объемом до 80 дм3 включительно** |
| Марка: Заводской №:  Режим стерилизации:  | Время включения:Начало стерилизации: Окончание стерилизации:  |
| **Контрольные точки** |
| 1 | В центре камеры |

|  |
| --- |
| Расположение контрольных точек в воздушных стерилизаторах |

 |
| 2 | В нижней части камеры справа у двери |
| 3 | В нижней части камеры справа на одинаковом удалении от двери и задней стенки |
| 4 | В нижней части камеры слева на одинаковом удалении от двери и задней стенки |
| 5 | В нижней части камеры слева у двери |
| *Контрольные тесты помещены на расстоянии не менее 5 см от стенок стерилизационной камеры* |

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

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

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

|  |
| --- |
| **Структурное подразделение** (например, терапевтическое, хирургическое, педиатрическое отделение, дневной стационар, ЦСО, баклаборатория, стоматологическое отделение, приемное отделение, отдел экспертизы трупов и т.д.) |
| **наименование** |  |
| **Точка отбора**  | **Воздушный стерилизатор с камерой объемом свыше 80 дм3, однокамерный**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Марка: Заводской №: Режим стерилизации: | Время включения:Начало стерилизации: Окончание стерилизации: |
| **Контрольные точки** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | В центре камеры верхний уровень  | 9 | Угол справа средний уровень (у задней стенки) | Расположение контрольных точек в воздушных стерилизаторах |
| 2 | В центре камеры средний уровень | 10 | Угол слева средний уровень (у задней стенки) |
| 3 | В центре камеры нижний уровень | 11 | Угол слева средний уровень (у загрузочной двери) |
| 4 | Угол справа нижний уровень (у загрузочной двери) | 12 | Угол справа верхний уровень (у загрузочной двери) |
| 5 | Угол справа нижний уровень (у задней стенки) | 13 | Угол справа верхний уровень (у задней стенки) |
| 6 | Угол слева нижний уровень (у задней стенки) | 14 | Угол слева верхний уровень (у задней стенки) |
| 7 | Угол слева нижний уровень (у загрузочной двери) | 15 | Угол слева верхний уровень (у загрузочной двери) |
| 8 | Угол справа средний уровень (у загрузочной двери) | *Контрольные тесты помещены на расстоянии не менее 5 см от стенок стерилизационной камеры* |

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**