Код пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в отделе кодировки проб ИЛЦ)

Ф05-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 бактериальной обсемененности воздушной среды**

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

|  |
| --- |
| **Заказчик (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо)** |
| Наименование  |  |
| Юридический адрес  |  |
| Фактический адрес |  |
| ИНН/ телефон организации |  |
| **Цель отбора** (поставить галочку, подчеркнуть нужное) 🞏 ж/д транспорт  |
| Контрольно-надзорная деятельность:  | 🞏 административное расследование; 🞏 профилактический визит; *контрольные надзорные мероприятия:* 🞏 плановая проверка/ 🞏 внеплановая проверка (выездная проверка, инспекционный визит); *контрольно-надзорные мероприятия без взаимодействия:* 🞏 выездное обследование; *расследование инфекционных заболеваний:*  🞏 по эпидпоказаниям, в т.ч. контактные, 🞏 с профилактической целью, 🞏 санитарный контроль на транспорте, пунктах санитарного контроля, 🞏 массовые мероприятия, *оценка деятельности:* 🞏 контроль качества; *Обеспечение санитарно-гигиенических экспертиз:* 🞏 лицензирование деятельности, оценка жилищных условий |
| Внебюджетная деятельность: | 🞏 производственный контроль, 🞏 заявка на проведение испытаний от физических лиц,*Заявка на проведение испытаний от юридических лиц, ИП:* 🞏 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 № 55 МЗ УР», медицинский центр ООО «Здоровье», стоматологический кабинет ИП Петров В.В., глазная клиника ООО «Горизонт», аптека ООО «Брусника», молочный цех АО «Молоко» и т.д.) |
| Наименование объекта |  |
| Фактический адрес |  |
| **Дата отбора проб**  |  | **Время отбора** | **с**  | **до** |
| **Условия транспортировки**  | 🞏 автотранспорт, 🞏 изотермическая емкость (термоконтейнер), 🞏 в т.ч с хладоэлементами, 🞏 иное (указать): |
| **Тара, упаковка** | чашки Петри с питательной средой  |
| **Номер пломбы\*** (\*заполняется при необходимости) |  |
| **НД на методику отбора** | 🞏 МУ 4.2.2942-11 (ЛПО), 🞏 МУ 3182-84 (аптеки), 🞏 MP 2.3.2.2327-08 (молочная промышленность), 🞏 иное (указать): |
| **Регламентирую-щий объем лабораторных исследований\***(\*заполняется на усмотрение заказчика) | СП 2.1.3678-20 (ЛПО, аптеки)Иное (указать): |
| **Исследуемые** **показатели**  | 🞏 общее количество микроорганизмов КОЕ/ м3 🞏 количество колоний S. аureus КОЕ/ м3 🞏 количество плесневых и дрожжевых грибов в 1 м3 воздуха🞏 КМАФАнМ КОЕ/ м3, 🞏 патогенные микроорганизмы, в т.ч. сальмонеллы КОЕ/ м3🞏 иное (указать): |

**Тип применяемого пробоотборного устройства** (отметка обязательна)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Отметка** | **Наименование пробоотборного устройства**  | **Заводской номер/ год изготовления** |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 2703/ 2008 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 3537/ 2010 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 3538/ 2010 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 3539/ 2010 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 3540/ 2010 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 6022/ 2019 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 6038/ 2019 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 1713/ 2006 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б | зав. № 3020/ 2009 г. |
|  | Пробоотборное устройство ПУ-1Б |  |
|  | Седиментационный метод  |  |

**Неотъемлемой частью акта является приложение.**

Должность, Ф. И. О. лица отобравшего пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Должность, Ф.И.О. представителя Управления Роспотребнадзора по УР, в присутствии которого отобраны пробы\* (\*при надзорных мероприятиях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Должность, Ф.И.О. представителя объекта, в присутствии которого отобраны пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение

 (обязательное)

Код пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в отделе кодировки проб ИЛЦ)

**К акту отбора/ приема на исследование**

**бактериальной обсемененности воздушной среды**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Структурное подразделение**(отдел, отделение, участок, цех) (например: ЦСО, хирургическое/ терапевтическое отделение, реанимация, баклаборатория, Филиал Республиканского СРЦН и т.д.) | **Наименование помещения****(**например,операционная, процедурная, первязочная, чистая зона ЦСО и т.д.) | **Класс чистоты****помеще-ния\*\*** | **Исследования воздушной среды\*\*\*****до начала работы/****во время работы** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*\*, \*\*\* Графы обязательны для заполнения при отборе проб в лечебно-профилактических организациях и аптечной сети.

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