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

 (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

Ф04-ПП

**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. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Заказчик (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо)**, **направивший пробы (образцы) на исследование** |
| Наименование |  |
| Юридический адрес  |  |
| Фактический адрес\*(\*при несовпадении с юридическим адресом) |  |
| ИНН/ телефон объекта |  |
| **Цель исследований** (поставить галочку, подчеркнуть нужное) 🞏 ж/д транспорт  |
| **Контрольно-надзорная деятельность:** | *контрольные надзорные мероприятия:* 🞏 плановая проверка / 🞏 внеплановая проверка (выездная проверка, выборочный контроль, инспекционный визит),🞏 расследование массовых неинфекционных заболеваний (отравлений); *контрольно-надзорные мероприятия без взаимодействия:* 🞏 выездное обследование; 🞏 *СГМ*; 🞏 *профилактический визит;**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.🞏 профилактический визит; 🞏 *иное:* |
| **Мониторинг** | *Мониторинг:* 🞏 ГО и ЧС, 🞏 слежение за циркуляцией возбудителей инфекционных заболеваний, 🞏 *иное*: |
| **Внебюджетная деятельность:** | 🞏 производственный контроль, 🞏 Заявка на проведение испытаний от физ. лиц,*Заявка на проведение испытаний от юридических лиц, ИП:*🞏 лицензирование, проведение испытаний по программе заказчика |
| **Основание для отбора** |
| 🞏Предписание/ 🞏поручение № дата срок по предписанию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ТО) РПН по Удмуртской Республике в  |
| **Заявление № дата** договор № дата |
| **Субъект контроля: юридическое лицо, ИП, физическое лицо, у которого отбирались пробы\*** (\*Заполняется при несовпадении с данными о Заказчике) |
| Наименование |  |
| Юридический адрес |  |
| ИНН |  |
| ОКВЭД |  |
| Тип объекта |  |
| **Место отбора (объект, адрес)** |  |
| **Дата отбора проб**  |  | **Время отбора**  | **с**  | **до** |
| **Условия транспортировки и хранения** | 🞏 автотранспорт, 🞏 изотермическая емкость (сумка-термос), в т.ч 🞏 с хладоэлементами, 🞏 иное (указать): |
| **Тара, упаковка** | 🞏 пробирки с транспортной средой, 🞏стерильный упаковочный материал,🞏 ёмкость с транспортной средой, 🞏 иное (указать):  |
| **НД на методику отбора пробы**  |  |
| **Номер пломбы \***(\*при необходимости) |  |
| **Дополнительные сведения\***(\*при необходимости) |  |
| **Точка отбора (объект), где производился отбор пробы** (например, стационар/ поликлиника БУЗ УР «ГКБ № 50 МЗ УР», магазин ИП Петров В.Д., кафе ООО «Кама», бассейн МАУ СШ «Лидер», цех по производству молока АО «Молоко»,пи детский сад МБОУ № 333 и т.д.) |
| **Наименование точки отбора**  |  |
| **Показатели исследований**  | 🞏 S. aureus, 🞏 БГКП, 🞏 листерии, 🞏 иерсинии, 🞏 сальмонеллы, 🞏 протей,🞏 ОМЧ, 🞏 КМАФАнМ, 🞏 клостридии, 🞏 ОКБ, 🞏 энтеровирусы, 🞏 синегнойная палочка, 🞏 плесневые и дрожжевые грибы, 🞏 яйца гельминтов,🞏 цисты патогенных кишечных простейших, 🞏 условно-патогенная и патогенная микрофлора, 🞏 смывы с рук персонала (контроль эффективности обработки), 🞏 смывы с кожных покровов пациента (операционное поле), 🞏 covid-19,🞏 изделия медицинского назначения на стерильность, 🞏 дезинфекция высокого уровня (ДВУ), 🞏 смывы методом ПЦР: РНК ротовирусов, РНК норовирусов, РНК астровирусов, ДНК аденовирусов, ДНК Campylobacter spp., ДНК Shigella spp. EIEC, ДНК Salmonella spp, 🞏 Иное (указать): |

**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**

**Приложение**

**(обязательное)**

**Код пробы\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (заполняется в отделе приемки проб ИЛЦ)

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Структурное подразделение** (например,хирургическое отделение, ЦСО, бассейн, школа,стоматологическое отделение, группа «Солнышко», пищеблок, опер. блок и т.д.) | **Точка отбора, рабочее место** (например,горячий цех, процедурный кабинет, торговый зал, склад готовой продукции, зал малого бассейна, рабочее место хирурга/ повара, т.д.) | **Наименование объекта смыва,** **изделия медицинского назначения на стерильность, медицинского изделия на ДВУ** | **Показатели** | **Рег. номер\***(\*заполняетсяв лаборатории) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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