Ф04-ПП

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

(заполняется в отделе ППиВП ИЛЦ)

**Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения**

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

**ИСПЫТАТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ**

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

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);  *расследование инфекционных заболеваний:*  🞏 по эпидпоказаниям, в т.ч. контактные, 🞏 с профилактической целью;  *контрольно-надзорные мероприятия без взаимодействия:* 🞏 выездное обследование; 🞏 *профилактический визит*; 🞏 *административное расследование;*🞏 *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 (ТО) РПН по Удмуртской Республике в  № дата в срок до: | |
| **Заявление № дата** | |

1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | | |
| **Наименование объекта, где производился отбор пробы** |  | | | |
| **Фактический 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) |  | | | |
| **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).**

Идентификация лиц, утвердивших акт отбора/ приема проб:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность) (подпись)

Поля не отмеченные \* заполняются в обязательном порядке

2

**Приложение № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**(обязательное)**

**Регистрационный номер\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (заполняется в отделе ППиВП ИЛЦ)

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Структурное подразделение** | **Точка отбора, рабочее место** | **Наименование объекта смыва,**  **изделия медицинского назначения на стерильность, медицинского изделия на ДВУ** | **Показатели** | **Рег. номер\***  (\*заполняется  в лаборатории) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

Общее количество страниц акта отбора/ приема:\_\_\_\_\_\_\_\_, текущая страница:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_