|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области» | АКТ ОТБОРА ОБРАЗЦОВ (ПРОБ) СМЫВОВ С ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ/ СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/ КАЧЕСТВО ДВУ | Ф 02-85-01-2023 |

АКТ ОТБОРА ОБРАЗЦОВ (ПРОБ) СМЫВОВ С ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ/ СТЕРИЛЬНОСТИ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/ КАЧЕСТВО ДВУ

от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

**Заказчик (наименование, юридический адрес, ИНН):**

*(ЮЛ, ИП,, ФИЗ.Л)*

**Фактический адрес:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место отбора (адрес):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Цель исследования (НД, перечень определяемых показателей**)**:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**НД, согласно которому произведен отбор:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Условия доставки (t0C):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер договора, дата:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата и время отбора:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. от\_\_\_\_\_\_\_\_час.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мин.

до\_\_\_\_\_\_\_\_час.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мин.

**Дата и время доставки:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_час.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мин.

(заполняется сотрудником ИЛЦ принявшим образец (пробу))

* Смывы с поверхностей
* Стерильность ИМН
* ДВУ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Структурное подразделение**  *(отделение)* | **Рабочее место**  *(кабинет)* | **Смыв с***(наименование места взятия)***или**  **наименование инструмента медицинского назначения:** | **Вид тары, упаковки** | **Доп. информация** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Лица, осуществляющие отбор и присутствующие при отборе образцов (проб):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, должность)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Телефон

Акт отбора образцов(проб) составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах