**Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека**

|  |
| --- |
| **Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения****«Центр гигиены и эпидемиологии в Новгородской области»****(ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новгородской области»)** |

**Ф. 14.7 ДП 02.03.**

**Заявка/Направление на исследование клинического материала**

**для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ микробиологической лаборатории**

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

*(адрес отделения)*

от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Заявитель /** (наименование юр. лица, ЛПУ, отделение, физ.лицо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Организация, доставившая пробу** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактный телефон** **юридического лица**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО обследуемого** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер телефона обследуемого**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(день, месяц, год)*

**Паспорт, полис, СНИЛС** (для COVID-19)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Адрес регистрации**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес проживания** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(при совпадении с адресом регистрации, адрес проживания не заполняется)*

**Место работы/учебы/должность**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата заболевания** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата обращения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата госпитализации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз с указанием степени тяжести\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симптомы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хронические заболевания, беременность, осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(указываются при исследовании на грипп)*

**Данные о вакцинации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Согласие на обработку персональных данных: Да Нет

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Материал отобран (ФИО, должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *указать кто отобрал: заявитель-ЛПУ, заявитель физ. лицо и т.п.*

**Дата и время**: отбора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отправки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доставки в ИЛЦ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**НД на методы отбора**: МУ 4.2.2039-05 Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории

Условия транспортировки: сумка-холодильник t\_\_\_ условия окружающей среды иное (указать)

**Основание**: гос. задание спец. Счет

**Материал для исследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Требуется консультация Исполнителя по вопросам показателей исследования**: Да  Нет 

**Показатели для исследования**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**- Заявитель информирован**:

- При отборе образцов Заказчиком, за информацию о предоставленном образце: место отбора, условия отбора, условия доставки, НД на отбор возлагается на Заказчика

- Предоставленная информация Заказчиком об отборе проб/образцов может влиять на достоверность результатов

- Срок проведения лабораторных испытаний не может быть меньше срока, предусмотренного методикой .

- Об ответственности за конфиденциальность сведений, полученных при взаимодействии с ИЛЦ 

- Об ответственности за беспристрастность и независимость при взаимодействии с ИЛЦ

- Аккредитованный Испытательный Лабораторный Центр действует в соответствии с Приказом Минэкономразвития России от 24.10.2020 № 704 «Об утверждении Положения о составе сведений о результатах деятельности аккредитованных лиц», на основании которого обязан предоставлять сведения о выданных протоколах испытаний /экспертных заключениях в Федеральную Государственную Информационную Систему. 

**- Заявитель обязуется** оплатить расходы за проведение лабораторных исследований вне зависимости от их результата 

**Подпись заявителя ФИО/представителя организации, доставившая пробу** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Оценку и прием образцов (проб) произвел, ФИО, должность, подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_