УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от «28» 07. 2015года №012.1/221

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения , в котором заполнена форма | ДНР герб мал (1) | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  Форма первичной учетной документации  **№ 495-5/у**  УТВЕРЖДЕНО  Приказ МЗ ДНР № 012.1/\_\_  От «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |

**Протокол проведения исследований на наличие серологических маркеров гемотрансфузионных инфекций методом ИХЛА**

Номер протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата проведения исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование серологического маркера** | **Название тест-системы** |
| Антитела к ВИЧ и антиген ВИЧ р24 (HIV); | ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo Reagent Kit |
| Антитела к вирусу гепатита С ( HCV); | ARCHITECT Anti-HCV Reagent Kit |
| Антитела к Tr. Pallіdum; | ARCHITECT Syphilis TP Reagent Kit |
| HВsAg вируса гепатита В (HBV). | ARCHITECT HBsAg Qualitative II Reagent Kit |

Номер серии или лота \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Срок годности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вывод относительно результатов контрольных исследований:

значение позитивного контроля (контролей) S/CO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

значение отрицательных контролей S/CO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

сигнал порогового значения (СО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Вывод относительно количества и результатов исследований

Общее количество проведенных исследований – **\_\_\_\_\_\_\_\_**

из них: количество контрольных измерений - \_\_\_\_\_\_\_

результатов негативных - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ результатов позитивних - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Инфекционный  маркер | №  штатива | Место  заготовки крови | Регистрационный номер РЦК | № марки по системе АВО | Фамилия, инициалы донора. |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |

Подписи исполнителей

Врач - лаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должностьа) (подписьс) (фамилия,инициалы)

Фельдшер-лаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (фамилия,инициалы)