|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложениек Программе NADL-MED08-НЕМ1-2024 |
|  | УТВЕЖДАЮ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Должность руководителя учреждения)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Подпись, ФИО руководителя учреждения)*\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ *(дата)**М.П.* |

**ПРОТОКОЛ ИСПЫТАНИЙ КОНТРОЛЬНЫХ ОБРАЗЦОВ**

NADL-MED08-НЕМ1-2024

Наименование ОЗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(полное наименование организации здравоохранения)*

Дата проведения испытаний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этап: \_\_\_\_\_\_

ФИО, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, должность лица, ответственного за проведение исследований)*

Телефон (мобильный) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Телефон лица, ответственного за проведение исследований)*

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Аналит/измеряемая величина | Результат | Единицыизмерения | Оборудование*(анализатор, производитель)* | Метод | Реактивы *(производитель, лот, срок годности)* |
| ОБРАЗЕЦ № *(указывается ИИН)* |
|  | WBC |  |  |  |  |  |
|  | RBC |  |  |  |
|  | HGB |  |  |  |
|  | HCT |  |  |  |
|  | MCV |  |  |  |
|  | MCH |  |  |  |
|  | MCHC |  |  |  |
|  | PLT |  |  |  |
|  | W-SCR/LYM |  |  |  |
|  | W-MCR/MXD |  |  |  |
|  | W-SMV |  |  |  |
|  | W-LMV |  |  |  |
|  | RDW-SC |  |  |  |
|  | RDW-CV |  |  |  |
|  | PDW |  |  |  |
|  | MPV |  |  |  |
|  | P-LCR |  |  |  |
|  | PCT |  |  |  |

*\*протокол заполняется отдельно для каждого контрольного образца и каждого анализатора*

Дата последнего технического обслуживания анализатора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результаты внутреннего контроля качества на день проведения испытания:

□ Соответствуют допустимым диапазонам; □ Не соответствуют допустимым диапазонам; □ Не был выполнен

Используемый контрольный материал для внутреннего контроля качества в день проведения испытаний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(производитель, лот и срок годности)*

Выполнил исследование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(должность) (ФИО) (подпись)*

Проверил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(должность) (ФИО) (подпись)*