Приложение 1

к Программе

NADL-MED09-11-2024

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Должность руководителя учреждения)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Подпись, ФИО руководителя учреждения)*  \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_  *(дата)*  *М.П.* |
| **ПРОТОКОЛ ИСПЫТАНИЙ КОНТРОЛЬНОГО ОБРАЗЦА**  **Подпрограмма** NADL-MED09-COAG3-STD2-2024  Этап: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата проведения испытания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

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

*(полное наименование организации здравоохранения)*

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

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

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

*(Телефон работника, ответственного за проведение испытания)*

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Показатель/  измеряемая величина | Результат | Единицы  измерения | Оборудование  *(анализатор, производитель)* | Метод | Реактивы  *(производитель, лот и срок годности)* |
| ОБРАЗЕЦ № *(указывается ИИН)* | | | | | | |
| 1 | АЧТВ |  |  |  |  |  |
| 2 | АФПК |  |  |  |  |
| 3 | ПВ |  |  |  |  |
| 4 | МНО |  |  |  |  |
| 5 | ТВ |  |  |  |  |
| 6 | Фибриноген |  |  |  |  |
| 7 | Антитромбин III |  |  |  |  |

*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

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

*(должность) (ФИО) (подпись)*

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

*(должность) (ФИО) (подпись)*