Приложение 2

к Программе

NADL-MED09-11-2024

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Должность руководителя учреждения)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Подпись, ФИО руководителя учреждения)*\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ *(дата)**М.П.* |
| **ПРОТОКОЛ ИСПЫТАНИЙ КОНТРОЛЬНОГО ОБРАЗЦА****Подпрограмма** NADL-MED10-GAS2-2024Этап: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 | Единицыизмерения | Оборудование*(анализатор, производитель)* | Метод | Реактивы*(производитель, лот и срок годности)* |
| ОБРАЗЕЦ № *(указывается ИИН)* |
| 1 | pH |  |  |  |  |  |
| 2 | pO2 |  |  |  |
| 3 | pCO2 |  |  |  |
| 4 | Кальций иониз. |  |  |  |
| 5 | Хлориды |  |  |  |
| 6 | Литий |  |  |  |
| 7 | Калий |  |  |  |
| 8 | Натрий |  |  |  |
| 9 | Магний |  |  |  |
| 10 | Глюкоза |  |  |  |
| 11 | Лактат |  |  |  |

*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)*