Приложение 6

на бланке организации

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО

Настоящим сопровождаем передачу следующих культур в Микологический референс-центр Минздрава России на базе Научно-исследовательского института медицинской микологии имени П.Н. Кашкина ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Сведения о направляющей организации | | | | |
| Полное наименование медицинской организации, передающей культуры\* |  | | | |
| Юридический и фактический адрес передающей медицинской организации\* |  | | | |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность ответственного лица, передающего ПБА\* |  | | | |
| Контактные данные ответственного лица, передающего ПБА\* | адрес электронной почты: \_\_\_  контактный телефон, включая код города: \_\_\_ | | | |
| 1. Сведения об источнике передаваемой культуры (штамма) гриба-возбудителя микоза | | | | |
| Регистрационный номер культуры (номер пробы по журналу регистрации направляющей лаборатории)\* |  | | | |
| Наименование биоматериала, из которого была выделена культура\***,** \*\* с указанием локализации, откуда был взят биоматериал\*, и способа взятия |  | | | |
| Дата и время взятия биоматериала\* |  | | | |
| Профиль отделения, на котором находится пациент\*, \*\*\* |  | | | |
| Возраст пациента (полных лет)\* |  | | | |
| Пол пациента\* |  | | | |
| Диагноз основного заболевания пациента\* (код МКБ-10) |  | | | |
| Сопутствующие заболевания пациента (код МКБ-10) |  | | | |
| Наличие у пациента клинических признаков инфекции на момент взятия биоматериала  (Заполнить по возможности) | сепсис  температура тела более 38,5оС  температура тела менее 36оС  ЧСС > 90/мин  ЧД >20/мин или гипервентиляция (РаСО2 ≤32мм.рт.ст.)  Число лейкоцитов в крови >12×109/л или <4×109/л, или незрелых форм >10%  иное, \_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Наличие у пациента патологических изменений по данным инструментальных методов исследования  (Заполнить по возможности) | нет  да, указать какие\_\_\_  не выполнялись | | | |
| Наличие у пациента факторов риска развития инвазивного микоза  (Заполнить по возможности) | длительность периода агранулоцитоза (количество нейтрофилов <0,5х109/л)  длительность периода лимфоцитопении (количество лимфоцитов <1,0х109/л)  применение стероидов, указать название, дозы, длительность **\_\_\_**  применение иммуносупрессоров, указать название, дозы, длительность **\_\_\_**  применение антибактериальных препаратов, указать название, дозы, длительность **\_\_\_**  центральный венозный катетер, указать длительность **\_\_\_**  мочевой катетер, указать длительность **\_\_\_**  другие виды катетеров  пребывание в ОРИТ, указать длительность \_\_\_  индекс SOFA  ИВЛ, указать длительность **\_\_\_**  наличие бактериемии  ВИЧ/СПИД  сахарный диабет  наличие онкологического или гематологического заболевания, указать **\_\_\_**  COVID-19  грипп  ХОБЛ, указать степень тяжести  туберкулез  другие хронические заболевания легких  ревматические заболевание, указать  генно-инженерные биологические препараты  новорожденные  недоношенность (малый вес при рождении – менее 1000 г и малый гестационный возраст – менее 27 недель)  другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Сведения о принимаемых пациентом противогрибковых лекарственных средствах  (Заполнить по возможности) | нет  да, указать название, дозы, длительность **\_\_\_** | | | |
| Длительность пребывания пациента в направляющей медицинской организации (часы/дни) до появления клинических признаков /выделения возбудителя грибковой инфекции  (Заполнить по возможности) |  | | | |
| Осуществлялась ли госпитализация пациента в стационары за последние 6 месяцев  (Заполнить по возможности) | нет  да, указать количество госпитализаций, медицинские организации и профиль отделений **\_\_\_** | | | |
| 1. Сведения о передаваемой культуре (штамме) гриба-возбудителя микоза | | | | |
| Вид гриба\* |  | | | |
| Метод идентификации гриба, использованный в направляющей организации\* | Метод идентификации гриба, тип оборудования, использованные в направляющей организации\* (указать марку, модель прибора)  микроскопический, световой или люминесцентный микроскоп  культуральный (посев на селективные питательные среды)  биохимический, без применения анализаторов  биохимический, бактериологический/ микробиологический полуавтоматический анализатор  биохимический, бактериологический/ микробиологический автоматический анализатор  физико-химический, MALDI-TOF-масс- спектрометр  молекулярно-биологический метод - ПЦР  молекулярно-биологический - секвенирование  другое, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Метод определения чувствительности гриба к противогрибковым лекарственным средствам, использованный в направляющей организации | Метод определения чувствительности гриба к противогрибковым лекарственным средствам, использованный в направляющей организации (референтным методом или коммерческой системой).  Референтный метод (согласно Клиническим рекомендациям «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам»:  метод серийных разведений (указать питательную среду)  диско-диффузионный метод (указать производителя дисков)  Коммерческая система:  Е-тест (метод градиентной диффузии)  панель для определения чувствительности грибов к противогрибковым лекарственным средствам  автоматический и полуавтоматический бактериологический/ микробиологический анализатор (указать марку, модель прибора)  другое, указать \_\_\_\_\_\_\_  не определяли | | | |
| Профиль чувствительности к противогрибковым лекарственным средствам | Противогрибковый препарат | Диаметр зоны подавления роста, мм | МПК, мг/л | Интерпретация |
| Амфотерицин В |  |  |  |
| Анидулафунгин |  |  |  |
| Вориконазол |  |  |  |
| Изавуконазол |  |  |  |
| Итраконазол |  |  |  |
| Каспофунгин |  |  |  |
| Микафунгин |  |  |  |
| Позаконазол |  |  |  |
| Флуконазол |  |  |  |
| Флуцитозин |  |  |  |
| Иное |  |  |  |
| Содержимое упаковки и маркировка\*:  1) транспортная маркировка (наименование грузополучателя, адрес, телефон)  2) надпись: «Биологический препарат, категория В», этикетка в форме ромба |  | | | |

\* – Обязательное поле

\*\* – Референс-центр принимает для проведения микробиологических исследований ПБА III-IV групп, соответствующие критериям отбора. При передаче ПБА III-IV групп патогенности, направляющей медицинской организации необходимо обеспечить упаковку, маркировку и сопроводительную документацию согласно «СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»« (ред. от 25.05.2022), утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 N 4). Референс-центр принимает надлежащим образом направленный биоматериал для микробиологического исследования, имеющий необходимые сопроводительные документы, в месте своего нахождения в часы работы пункта приема: в рабочие дни с пн. по пт. с 10:00 до 17:00

\*\*\* – Приказ Росстата от 27.12.2022 N 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья», таб. 3100 «Коечный фонд и его использование»

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации, в которую направляется биоматериал для проведения микробиологического исследования | Микологический референс-центр Минздрава России на базе  НИИ медицинской микологии имени П.Н. Кашкина  ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России |
| Адрес местонахождения | 194291, Санкт-Петербург, ул. Сантьяго-де-Куба, д. 1/28, литер А |
| Контактные данные | тел.: +7 812 303-5140  e-mail: [mycobiota@szgmu.ru](mailto:mycobiota@szgmu.ru) |

ПБА направлен:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Должность ответственного работника направляющей организации |  | Дата |  | Подпись |  | И.О. Фамилия |

Приложение 7

Акт

передачи патогенных биологических агентов III - IV групп

за пределы организации <\*>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Наименование медицинской организации, передавшей ПБА III - IV групп патогенности |  |
| 2 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), передавшего ПБА III - IV групп патогенности |  |
| 3 | Наименование медицинской организации, получившей ПБА III - IV групп патогенности |  |
| 4 | Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), получившего ПБА III - IV групп патогенности |  |
| 5 | Дата приема ПБА в организации-получателе |  |
| 6 | Передаваемый ПБА <\*\*> |  |
| 7 | 7.1. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность, подпись лица, передавшего ПБА |  |
| 7.2. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность, подпись лица, получившего ПБА |  |
| 8 | Сведения о перевозчике |  |
| 9 | Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись руководителя организации, передавшей ПБА |  |
| <\*> Не обязателен для специализированных коллекций, при обмене с организацией получателем ПБА актами упаковки/вскрытия.  <\*\*> Наименование ПБА (для микроорганизма - род, вид), инвентарный номер штамма ПБА в коллекции организации, особое обозначение штамм (если присвоено), количество передаваемых первичных емкостей, вид первичной емкости, вторичной и наружной тары, указание на нормативный документ, в соответствии с которым произведена упаковка ПБА | | |