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 базеНИИ медицинской микологии имени П.Н. КашкинаФГБОУ 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.: +7 812 303-5140e-mail: 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 |