**ПОРЯДОК**

**приема и лабораторного исследования клещей, снятых с людей, на наличие возбудителей клещевых инфекций в Гродненском областном ЦГЭОЗ (далее — Порядок приема и лабораторного исследования)**

1.Прием клещей от населения, организаций здравоохранения осуществляется в регистратуре отделения клинической микробиологии микробиологической лаборатории Гродненского областного ЦГЭОЗ (далее - ОКМ) по адресу: г. Гродно, ул. Магистральная, 6, в рабочие дни с 8.30 до 16.00., в субботу с 8.30 до 13.00.

2.Сотрудник ОКМ:

2.1.разъясняет обратившемуся условия выполнения платных исследований;

2.2.оформляет договор на необходимые виды лабораторных исследований, руководствуясь приказом Гродненского областного ЦГЭОЗ от 15.03.2016 № 42 «Об оказании платных услуг населению»;

2.3.оформляет направление на исследование клеща (по форме приложения 1);

2.4.информирует обратившегося под роспись о необходимости обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения по месту жительства (по форме приложения 2);

2.5.в день получения доставляет клеща вместе с направлением в лабораторию вирусологических исследований и диагностики ВИЧ/СПИД (далее — ЛВИиД ВИЧ/СПИД) по адресу: г. Гродно, пр. Космонавтов, 58.

3.Сотрудник ЛВИиД ВИЧ/СПИД приглашает энтомолога Гродненского областного ЦГЭОЗ для проведения видовой идентификации клеща.

4.Энтомолог (при отсутствии - дублер - зоолог отделения диагностики особо опасных инфекций микробиологической лаборатории) Гродненского областного ЦГЭОЗ определяет видовую принадлежность клеща с внесением данных в направления.

5.Проведение исследований методом ПЦР осуществляют фельдшеры- лаборанты и врачи ЛВИиД ВИЧ/СПИД не позднее 5-ти рабочих дней с момента поступления клеща в лабораторию.

6.При обнаружении РНК/ДНК возбудителей инфекций, передающихся клещами, сотрудник лаборатории ЛВИиД ВИЧ/СПИД в день получения результата информирует обратившегося по телефону, указанному в направлении, а энтомолог Гродненского областного ЦГЭОЗ - территориальный ЦГЭ для организации медицинского наблюдения.

7.Результат исследования фиксируется в учетной документации, выписывается на бланке в 2-х экземплярах.

8.Сотрудник ЛВИиД ВИЧ/СПИД не позднее 1-го рабочего дня после завершения исследований передает результаты исследований сотруднику ОКМ под роспись; при исследовании клещей, поступивших из других административных территорий, результат исследования направляется почтой по адресу, указанному в направлении.

9.Один экземпляр результата исследования остается в регистратуре ОКМ для выдачи физическому лицу, второй экземпляр сотрудником ОКМ передается в диспетчерскую Гродненского зонального ЦГЭ.

Приложение 1

к Порядку приема и

лабораторного исследования

Государственное учреждение

«Гродненский областной центр гигиены,

эпидемиологии и общественного здоровья»

Направление

на исследование клеща для выявления РНК/ДНК возбудителей инфекций, передающихся клещами

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование учреждения, направившего биоматериал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество пациента (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, учебы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата присасывания клеща дата удаления клеща \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

длительность присасывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Местность, где произошло присасывание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место укуса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наличие эритемынаместеприсасывания \_\_\_\_\_\_

ФИО медицинского работника, принявшего клеща \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о результатах видовой идентификации клеща \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО и подпись энтомолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Результат лабораторного исследования №**

Врач, проводивший исследования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

Дата исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к Порядку приема и

лабораторного исследования

**Форма**

информирования обратившегося по поводу укуса клещом о необходимости обращения за медицинской помощью

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

информирован сотрудником отделения клинической микробиологии Гродненского областного ЦГЭОЗ о необходимости обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения по месту жительства (участковому терапевту, участковому педиатру, инфекционисту) по поводу присасывания клеща.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)