**Об исследовании иксодовых клещей методом**

**ПЦР на наличие клещевых инфекций**

Зельвенский районный ЦГЭ информирует» что в 2018 году исследование клещей в Гродненском областном ЦГЭОЗ проводится в лаборатории вирусологических исследований и диагностики ВИЧ/СПИД методом полимеразно-ценной реакции (ПЦР) на наличие возбудителей 4 клещевых инфекций: болезни Лайма, клещевого энцефалита, анаплазмоза, эрлихиоза.

В соответствии с пунктом 2 приказа Гродненского областного ЦГЭОЗ от 15.03.2016 № 42 «Об оказании платных услуг населению» исследование клещей проводится на платной основе всем категориям граждан (с использованием тест-систем, закупленных за собственные средства учреждения) после заключения договора с физическим лицом (приложение 1) и предварительной оплаты. Стоимость исследования для граждан Республики Беларусь составляет 26,00 рублей, для иностранных граждан 41,79 рублей (стоимость может изменяться в связи с изменением тарифов и цен на расходные материалы).

Приём клещей для жителей г.Гродно и Гродненского района осуществляется в регистратуре отделения клинической микробиологии микробиологической лаборатории Гродненского областного ЦГЭОЗ (ул.Магистральная, 6) в будние дни с 8-30 до 16-00, в субботу с 8-30 до 13-00.

Для населения и организаций здравоохранения *других* районов Гродненской области прием клещей осуществляется в лаборатории вирусологических исследований и диагностики ВИЧ/СПИД Гродненского областного ЦГЭОЗ (пр. Космонавтов, 58, 2 этаж).

Приложение 1

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 эритемы на месте присасывания\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Заведующей лабораторным отделом

Гродненского областного центра гигиены,

эпидемиологии и общественного здоровья

Макарович М.И.

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

 (Ф.И.О. заявителя)

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

 (адрес места жительства)

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

 (телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу провести исследование клеща **методом ПЦР в режиме реального времени для выделения ДНК/РНК возбудителей инфекций передающихся иксодовыми клещами** с выдачей результата исследований.

 Обязуюсь предоставить всю необходимую информацию

 Оплату выполненных услуг гарантирую.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

**Договор**

на оказание платных медицинских услуг

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. г. Гродно

Государственное учреждение «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья » в лице заведующей лабораторным отделом Макарович М.И. (далее - Исполнитель), действующей на основании доверенности от 04.11.2013 № 10, и

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

 (Ф.И.О. физического лица)

(далее - Заказчик) заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора:**

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги

**Исследование иксодового клеща на методом ПЦР в режиме реального времени для выделения ДНК/РНК возбудителей инфекций передающихся иксодовыми клещами**, а Заказчик обязуется произвести оплату на основании произведенной калькуляции в соответствии с Прейскурантом цен на медицинские услуги, оказываемые Гродненским областным ЦГЭОЗ.

1.2. Оплата предоставленных платных медицинских услуг производится в учреждениях банков или непосредственно у Исполнителя как наличными денежными средствами так и в безналичном порядке на условиях 100% предоплаты.

1.3. Сумма заключаемого договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Срок выполнения работ:** до 5 рабочих дней с момента представления платежных документов.

**3**. **Права и обязанности сторон:**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. обеспечивать соответствие оказываемых заказчику платных медицинских услуг требованиям, установленным законодательством

3.1.2. выдавать заказчику документ, подтверждающий прием наличных денег в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

3.1.3. обеспечивать своевременное рассмотрение претензий от заказчика;

3.1.4. проводить контроль за качеством оказания платных медицинских услуг в пределах должностных обязанностей ответственных лиц.

**3.2. Заказчик обязан:**

3.2.1. оплатить стоимость платной медицинской услуги;

3.2.2. выполнять иные обязанности, предусмотренные договором.

3.2.3. уважительно относиться к сотрудникам Исполнителя.

**3.3. Заказчик имеет право:**

3.3.1. предъявлять требования о возмещении реального ущерба, причиненного неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда жизни или здоровью, компенсации за причинение морального ущерба в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

3.3.2. в случае несоблюдения государственной организацией здравоохранения обязательства по срокам исполнения платных медицинских услуг по своему выбору дать согласие на новый срок оказания платных медицинских услуг или потребовать исполнения платной медицинской услуги другим специалистом;

3.3.4. расторгнуть договор и потребовать возмещения реального ущерба;

**4. Порядок разрешения споров.**

4.1. Споры между Заказчиком и Исполнителем по исполнению договора разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**5. Срок действия договора:**

5.1. Договор действует с даты подписания договора и до момента исполнения обязательств. сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Гродненский областной ЦГЭОЗ ЗАКАЗЧИК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

230003, Республика Беларусь г.Гродно Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пр.Космонавтов,58,тел.755493 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BY13AKBB36320000007944000000, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИКAKBBBY21400 (подпись, Ф.И.О. заявителя) УНН 500034391, ОКПО 02015885,

Филиал 400 в ОУ АСБ «Беларусбанк» г.Гродно

Заведующая лабораторным отделом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.И.Макарович