

**Правила оформления направления, взятия и доставки образцов крови  
для исследований методом ПЦР на РНК ВИЧ, ДНК ВИЧ, РНК ВГС,  
ДНК ВГВ, ДНК ЦМВ, HLA B - 5701.**

<b>Забор и транспортировка цельной крови*</b>	
<p>- определение провирусной <b>ДНК ВИЧ-1</b>, генетического маркера <b>HLA B - 5701</b></p>	<p>Цельная кровь берется в вакуумную пробирку в количестве 2 мл с 0,2 мл. 3 % ЭДТА (сиреневая крышка) и доставляется в ГУЗ ИОЦ СПИД вертикально в штативе в срок не более 48 часов с момента забора. Допустимая температура хранения и транспортировки крови от 2 до 8 градусов по Цельсию (недопустимо замораживание цельной крови во избежание гемолиза, гемолизированные образцы крови исследованию не подлежат) На пробирке указывается Ф.И.О. пациента, эпид. номер (при наличии) и порядковый номер, соответствующий номеру на направлении.</p>
<p>- количественное определение <b>РНК ВИЧ-1</b>, <b>РНК ВГС, ДНК ВГВ,</b> <b>ДНК ЦМВ</b> -определение <b>РНК ВГС,</b> <b>ДНК ВГВ</b> - определение генотипа <b>РНК ВГС</b></p>	<p>Цельная кровь берется утром натощак в вакуумную пробирку с 3 % раствором ЭДТА (сиреневая крышка) в количестве 4,5-6 мл и транспортируется в ИОЦ СПИД вертикально в штативе не позднее 6 часов с момента забора крови. Допустимая температура хранения и транспортировки крови от 2 до 8 градусов по Цельсию. На пробирке указывается, эпид. номер пациента и порядковый номер, соответствующий номеру на направлении.</p>
<p><b>Учреждениям здравоохранения, не имеющим возможности доставить для ПЦР исследований цельную кровь в течение 6 часов от момента забора крови, необходимо получить и доставить в ГУЗ ИОЦ СПИД плазму крови.</b></p>	
<p><b>Получение, хранение и транспортировка плазмы крови</b></p>	

<p>- количественное определение <b>РНК ВИЧ-1, РНК ВГС, ДНК ВГВ, ДНК ЦМВ</b></p> <p>-определение <b>РНК ВГС, ДНК ВГВ</b></p> <p>- определение генотипа <b>РНК ВГС</b></p>	<p><i>Получение плазмы крови:</i></p> <p>пробирку с кровью не позднее 3 часов от момента забора центрифугировать 20 мин. при скорости 800-1600 об.\ мин. Отдельным наконечником с фильтром перенести плазму в объёме <b>не менее 1,5 мл</b> в пробирку типа «эппендорф».</p> <p>Допустимая температура хранения плазмы <i>крови:</i></p> <p>- не более 3 дней при температуре от 2 до 8 градусов по Цельсию</p> <p>- не более 1 месяца при температуре <i>минус</i> 20 градусов по Цельсию (транспортировка материала с соблюдением требований «холодовой цепи», размораживание плазмы в момент транспортировки недопустимо).</p> <p>На пробирке указывается <i>эпид. номер пациента</i> и порядковый регистрационный номер, соответствующий номеру на направлении.</p>
--	---

\*В случае невозможности доставки биологического материала на качественное определение вирусной ДНК ВИЧ-1 в течение 48 часов с момента забора, обеспечить проведение первичного обследования на количественное определение РНК ВИЧ-1 в плазме крови. Направления на исследования установленной формы заполняются в 2 экз. разборчивым почерком, с обязательным указанием эпид. номера пациента (при наличии). Отметки по забору, хранению и транспортировке образца заполняются процедурными медицинскими сестрами и лаборантами.

### **Образец направления на количественное определение ВИЧ-1 РНК**

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Лаборатория молекулярно-генетических исследований

664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На количественное определение **РНК ВИЧ-1**

(Тест-системы: Abbott Real Time ВИЧ-1, АмплиСенс ВИЧ-Монитор-FL, Versant HIV-1 RNA(bDNA), Реал Бест РНК ВИЧ \_\_\_\_\_)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № истории болезни \_\_\_\_\_

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_

Эпид. номер: \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Дата иммуноблота: \_\_\_\_\_ Стадия ВИЧ-инфекции: \_\_\_\_\_ в фазе \_\_\_\_\_

Прежнее значение вирусной нагрузки: \_\_\_\_\_

Обследование в связи с (подчеркнуть):

Мониторингом терапии (принимает АРВП)

Плановым диспансерным наблюдением (не принимает АРВП)

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Время отбора плазмы: \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Условия хранения плазмы (укажите дату и время, когда образец поместили на хранение):

+2-+8°C « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час . \_\_\_\_ мин

-20°C « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час . \_\_\_\_ мин

Результата исследования HIV-1 РНК: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

### **Образец направления на определение провирусной ДНК ВИЧ-1**

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Лаборатория молекулярно-генетических исследований

664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На определение провирусной ДНК ВИЧ-1

(Тест-система: «АмплиСенс ДНК - ВИЧ-FL» \_\_\_\_\_)

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Код: \_\_\_\_\_ Диагноз: \_\_\_\_\_

Предыдущий результат на провирусную ДНК ВИЧ-1: \_\_\_\_\_

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Результат исследования ВИЧ-1 ДНК: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

### Образец направления на определение ДНК ВГВ

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями  
Лаборатория молекулярно-генетических исследований  
664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На определение **ДНК ВГВ**, количественное определение **ДНК ВГВ**  
(подчеркнуть)

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Эпид. Номер: \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Прежнее значение вирусной нагрузки: \_\_\_\_\_

Обследование в связи с (подчеркнуть):

Подтверждение вiremии

Мониторингом терапии

Плановым диспансерным наблюдением

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Время отбора плазмы: \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Условия хранения плазмы (укажите дату и время, когда образец поместили на хранение):

+2-+8°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-20°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-70°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

Результата исследования: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

### Образец направления на определение РНК ВГС

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.  
Лаборатория молекулярно-генетических методов исследования  
664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На определение **РНК ВГС**, количественное определение **РНК ВГС**,  
определение генотипа **ВГС**  
(подчеркнуть)

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Эпид. Номер: \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Прежнее значение вирусной нагрузки: \_\_\_\_\_

Обследование в связи с (подчеркнуть):

Подтверждение вiremии

Мониторингом терапии

Плановым диспансерным наблюдением

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Время отбора плазмы: \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Условия хранения плазмы (укажите дату и время, когда образец поместили на хранение):

+2-+8°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-20°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-70°С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

Результата исследования: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

### **Образец направления на определение ДНК ЦМВ**

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.  
Лаборатория молекулярно-генетических методов исследования

664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На количественное определение ДНК ЦМВ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Эпид. Номер: \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_

Прежнее значение вирусной нагрузки: \_\_\_\_\_

Обследование в связи с (подчеркнуть):

Подтверждение вiremии

Мониторингом терапии

Плановым диспансерным наблюдением

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Время отбора плазмы: \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Условия хранения плазмы (укажите дату и время, когда образец поместили на хранение):

+2-+8°C « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-20°C « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

-70° С « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

Результата исследования: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

### **Образец направления на определение HLA В - 5701**

Иркутский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.  
Лаборатория молекулярно-генетических исследований

664035, г. Иркутск, ул. Спартаковская, д.11, тел.: (8-3952)778-530

Штамп медицинской  
организации

Направление № \_\_\_\_\_

На определение HLA В-5701

(Тест-система: «АмплиСенс Геноскрин HLA В-5701-FL» \_\_\_\_\_)

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

Код: \_\_\_\_\_ Диагноз: \_\_\_\_\_

Направляющая организация: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Необходимые отметки по забору, хранению и транспортировке образца:

Ф.И.О. оператора, подпись: \_\_\_\_\_

Дата забора крови: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_

Результат исследования HLA В-5701: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_