

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-01	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

СТАНДАРТТЫК ОПЕРАЦИЯЛЫК ПРОЦЕДУРА

АТАЛЫШЫ: СОП ТҮЗҮҮ ЖАНА РЕДАКЦИЯЛОО

ИШТЕП ЧЫККАНДАР

	Аты-жөнү	Кызматы	Колу
Даярдады:			
Текшерди:			
Бекитти:			

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

СОП – стандарттык операциялык процедуралар

АИВ – адамдын иммун жетишсиздик вирусу

ИЖКС – иммун жетишсиздигинин кабыл алынган синдрому

«СПИД» РБ – «СПИД» Республикалык борбору

ДАЙЫНДОО

1. Бардык СОП бир стандарттык үлгүдө түзүлүүгө тийиш.
2. Лабораториядагы бардык СОП лабораторияда колдонулган тилде түзүлөт (кыргызча жана орусча).
3. Терминдердин жеке котормосу тегерек кашаага алынган баштапкы тилдеги терминдер менен коштолууга тийиш.
4. Аббревиатураларды жана кыскартууларды пайдаланыганда анын түшүндүрмөсү берилүүгө тийиш.
5. Мисалы: Стандарттык Операциялык Процедура (СОП).

ЖООПТУУ ЖАКТАР

1. Аталган процедураны аткаргандардын баарынын кызматын көрсөткүлө

ЖООПТУУ ЖАКТАР

1. Аталган процедураны аткаргандардын баарынын кызматын көрсөткүлө.

Мисалы:

1. Лабораториянын башчысы
2. Врач-лаборант
3. Лаборант

НУСКАМА

1. Ар бир кызматкер иштин өзүнө тиешелүү бөлүгү боюнча СОПтун иштелип бүтө элек вариантын түзүп ала алат.
2. СОПко төмөнкү главалар киргизилүүгө тийиш:

СОПтун АТАЛЫШЫ

ИШТЕП ЧЫККАНДАР (аты-жөнү., кызматы)

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

ДАЙЫНДОО

ПРОЦЕДУРАЛАРГА ТАЛАПТАР

ЖООПТУУ ЖАКТАР

МАТЕРИАЛДАР

ЖАБДУУЛАР

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-01	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

ИНСТРУМЕНТТЕР

РЕАКТИВДЕР

НУСКАМАЛАР

ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ

ӨЗГӨРТҮҮЛӨР

ТИРКЕМЕЛЕР

3. Эгер сөз жабдууларды жана инструменттерди техникалык тейлөө жана аларга сыноо жүргүзүү жөнүндө эмес болсо, анда, «МАТЕРИАЛДАР», «ЖАБДУУЛАР», «ИНСТРУМЕНТТЕР» жана «РЕАКТИВДЕР» главасы калтырылган болуусу мүмкүн.
4. «ИШТЕП ЧЫККАНДАР» таблицасында СОПтун ким тарабынан даярдалгандыгын, текшерилгендигин, бекитилгендигин көрсөткүлө.
5. «КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ» бөлүмүндө документте пайдаланылган бардык кыскартууларды жана аббревиатураларды чечмелегиле.
6. «ДАЙЫНДОО» главасында аталган процедуранын эмне үчүн керек экендигин көрсөткүлө.
7. «ПРОЦЕДУРАЛАРГА ТАЛАПТАР» главасында коопсуздук чараларын сактоого, түзүлгөн документтин форматына кандай талаптар бар экендигин жана ассистент талап кылынабы же жокпу ж.б. көрсөткүлө.
8. «ЖООПТУУ ЖАКТАР» главасында аталган процедураны аткаргандардын баарынын кызматын көрсөткүлө.
9. «МАТЕРИАЛДАР» главасында аталган процедура үчүн бардык зарыл материалдарды: учуна кийгизгичтер, пробиркалар, идиштер, штативдер, маркёр ж.б. тизмелегиле.
10. «ЖАБДУУЛАР» көмөкчү жабдуулардын баарын тизмелегиле (термостат, вошер, муздаткыч, дистиллятор, автоклав ж.б.). Эгер жабдуулар талап кылынбаса, аталган пункт калтырылат.
11. «ИНСТРУМЕНТТЕР» главасында процедураларга керектүү бардык өлчөөчү жабдууларды тизмектегиле (ридер, автоматтык дозатор, термометр ж.б.). Эгер өлчөөчү жабдуулар талап кылынбаса аталган пункт калтырылат.
12. «РЕАКТИВДЕР» главасында тест-системаларды, консерванттарды, эритиндилер ж.б.
13. «НУСКАМАЛАР» главасында:
 - Процедураынын ар бир кадамын хронологиялык тартипте жазгыла.
 - Бардык аракеттерди ирети менен тизмектегиле жана аларды 1ден аягына чейин номерлегиле.
 - Ар бир кадамын жөнөкөй сүйлөмдөр менен жазгыла.
 - Эгер кайсы бир этапта белгилүү жактын жардамы талап кылынса, тегерек кашаанын ичине анын кызматын көрсөткүлө (саптын жанына).
 - СОПту окуп чыккыла, процедуранын бардык этаптары баштан аяк көрсөтүлгөндүгүн аныктагыла.
 - Эгер кайсы бир этап башка процедура менен байланыштуу болсо, тиешелүү СОПко шилтеме бергиле.
 - Эгер процедура кайсы бир жазууну киргизүүнү талап кылса, тиешелүү үлгүнү иштеп чыккыла.
 - Үлгүнү ал кагазга бардык зарыл маалыматтарды калтырууга мажбур кылгандай үлгү түзгүлө.
 - «Тиркеме» главасына иштелип чыккан үлгүнү тиркегиле.
14. СОПту сапат боюнча жооптуу жакка жибергиле.
СОПту бекитүү, текшерүү жана жазуу үчүн жооптуу жактардын аракети.
15. Сапатка жооптуу: СОПту окуп чыккыла, анын колдонууга жөндөмдүүлүгүн жана алгылыктуулугун баалагыла.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-01	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

16. Эгер зарыл болсо, калем сап менен оңдоо киргизгиле жана аны түшүндүрүү үчүн түзүүчүгө кайтаргыла.
17. Түзүүчүгө: Сапатка жооптуу жакка оңдоолор боюнча Сиздин түшүндүрмөңүз менен СОПту кайтарып бериңиз.
18. Сапатка жооптуу: Эгер анын мазмуну менен канааттансаңыз кол коюңуз.
19. СОПту лаборатория башчысына бекитүүгө жибериңиз.
20. Бөлүм башчы: Эгер анын мазмуну менен канааттансаңыз СОПко кол коюңуз.
21. Сапатка жооптуу жакка СОПту кайтарып бериңиз.
22. Сапатка жооптуу: Бекитилген СОПту “СОП түп нускасы” папкасына салыңыз.
 - СОПтун ар бир бетине жогорку сол форматынын биринчи мамычасына уюмдун (мисалы, СПИД РБ) жана лабораториянын (мисалы АИВ/СПИДди аныктоо Референс-лабораториясы) аталышын көрсөткүлө.
 - Таблицанын экинчи мамычасына “АИВ/СПИДди лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялык процедуралар жыйнагы” деп жазгыла жана СОПтун кайсы бөлүмгө тиешелүү экендигин көрсөткүлө. Мисалы: ИФА бөлүмү.
 - Таблицанын мамычасына төмөнкү маалыматтарды киргизгиле:
 - Анын жеке номери боюнча документти идентификациялоо үчүн «СОП №». Биринчи тамгалары (СОП) документтин тамга индекси болуп саналат, биринчи эки цифра (00) – документтин бөлүмү болуп саналат (1 – тиркемени кара) негизинен СОП тизмесинде лабораториялар жана акыркы эки цифра (00) – процедуранын жеке номери.
 - СОП редакциясынын номерин көрсөтүү үчүн «Басылма №».
 - Документтин статусу: Түп нускасы жана көчүрмөсү. Ар бир көчүрмө контролдоңуучу жана жеке номерге ээ болууга тийиш.
 - Лаборатория жетекчилеринин СОПту бекиткен жылын, айын, күнүн көрсөтүү үчүн «чыккан күн».
 - Документти текшерүү жылын жана айын, күнүн көрсөтүү үчүн «кайра кароо күн».
 - Таблицанын төртүнчү мамычасына үчүнчү мамычанын грфаларына тиешелүү жоопторду киргизгиле.

Мисалы:

СОП 01-01	
Басылма	№1
Документтин статусу	Көчүрмөсү №1
Чыккан күнү	15.05.2014
Кайра кароо күнү	15.05.2015

- СОПтун ар бир бетине төмөнкү сол форматына СОПтун аталышын көрсөткүлө, ал эми, оң жагына документтин бардык бетинин кезектеги номерин көрсөткүлө.
23. «ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР» бөлүмүндө СОП жазууга булак болгон документтерди көрсөткүлө.
 24. Эскирген СОПту колдонуудан качуу максатында аларды берүү жана алып салууну тыкыр контролдогула жана “БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ” главасында тиешелүү жазууларды киргизгиле.
 25. СОП бериле турган кызматкерлердин фамилиясын көрсөтүү менен таблицаны толтургула.
 26. СОПтун көчүрмөсүнүн зарыл санын жасагыла жана ар бир көчүрмөнү жеке номер менен номерлегиле, түп нускасына номер коюлбайт.
 27. Контроль расмий көчүрмөсүндө гана белгиленет. Номерсиз көчүрмө, расмий деп саналбайт жана контролдонбойт.
 28. СОПтун көчүрмөсүн алган кызматкер СОПтун түп нускасынын тиешелүү графасындагы БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ таблицасына кол коюуга жана күнүн белгилөөгө тийиш.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-01	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

29. СОПко өзгөртүү кирген учурда эскирген СОП жаңы СОП берген кезде кызматкерлерден алынып салынууга тийиш.
30. Эскирген СОПту кайтарып берген кызматкер СОПтун түп нускасындагы таблицанын тиешелүү графасына кол коюуга жана күнүн белгилөөгө тийиш.
31. Эскирген СОПтун түп нускасынын ар бир бетине “Архив” деп калем сап менен жазгыла жана “СОП АРХИВ” папкасына салгыла.
32. СОПтун бардык алынып салынган эскирген көчүрмөсүн жок кылгыла.
33. Киргизилген бардык өзгөртүүлөр СОПту өзгөртүү себеби жана күнү көрсөтүлүү менен “ӨЗГӨРТҮҮЛӨР” главасында катталат.

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ

Фамилиясы	БЕРИЛДИ (кимге)		АЛЫНЫП КОЮЛДУ (кимден)	
	Күнү	Колу	Күнү	Күнү

ӨЗГӨРТҮҮЛӨР

КҮНҮ	ӨЗГӨРТҮҮ СЕБЕБИ

Тиркеме 1.

АИВ \СПИД дартын аныктоо референс-лабораториясынын СОП бөлүмүн идентификациялоо тартиби:

СОП бөлүмдөрүнүн №	СОП бөлүмдөрүнүн аталышы
01	Жалпы
02	Преаналитика
03	Иммуноферменттик анализ
04	Экспресс-тестирование
04/1	Нускамалар
05	Иммундук блотинг
06	Акма цитометрия
07	Полимераздык тутумдаш реакция
08	Сапатка контроль
09	Лаборатория коопсуздугу
09	Лаборатория коопсуздугу

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-02	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

СТАНДАРТТЫК ОПЕРАЦИЯЛЫК ПРОЦЕДУРА

АТАЛЫШЫ: БӨЛМӨЛӨР ЖАНА ИНФРАСТРУКТУРА, КООПСУЗДУК

ИШТЕП ЧЫККАНДАР

	Аты-жөнү	Кызматы	Колу
Даярдаган:			
Текшерген:			
Бекиткен:			

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

СОП – стандарттык операциялык процедура

АИВ – адамдын иммун жетишсиздик вирусу

ИЖКС – иммун жетишсиздигинин кабыл алынган синдрому

АЖ – Аты-жөнү

ПБА – Патогендик биологиялык агент

КР ӨТ – Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн токтому

ДАЙЫНДОО

СОП курчап турган чөйрөнүн коопсуздугу, иштин коопсуздугун жана сапатын камсыздоо үчүн лабораториянын бөлүмдөрүн пландоого жана жасалгалоого коюлган талаптарды баяндайт.

ПРОЦЕДУРАЛАРГА ТАЛАПТАР

1. Патогендүүлүктүн (коркунучтун) I-II топтогу микроорганизмдери менен иштөөнүн коопсуздук эрежелеринин талаптарына ылайык КР ССМ №104 от 15.03.2011-ж. буйругу.

ЖООПТУУ ЖАКТАР

1. Мекеменин жетекчиси
2. Лаборатория башчысы
3. Сапатка жооптуу
4. Врач-лаборант
5. Лаборант

НУСКАМАЛАР

1. ПБА менен иш алып барган лабораториялар өзүнчө турган имаратка же имараттын обочолотулган бөлүгүнө жайгаштырылат. Лабораторияларга бөлмөлөрдү жыйноо жана аянты бекитилген ченемдик документтерге дал келүүгө тийиш.
2. Аткарылган изилдөөлөрдүн наменклатурасына ылайык, лабораториянын жумушчу жана көмөкчү бөлмөлөрдүн керектүү жыйнагы менен камсыздалгандыгына ынаныңыздар.
3. Тиешелүү инженердик коммуникациялардын бар экендигине жана тууралыгына ынаныңыздар (электр камсыздоо, суу менен камсыздоо жана канализация, желдетүү, жабдуу).
4. Келишпестиктер болгон учурда лабораториянын жана уюмдун жетекчисине билдиргиле.
5. Изилдөөнүн түрлөрү үчүн өзүнчө жайларды жана жумушчу зоналарды уюштурула (мисалы: үлгүлөрдү алгачкы иштетүү жана кабыл алуу үчүн, үлгүлөрдү даярдоо үчүн, ИФА- изилдөө жүргүзүү үчүн).
6. Бөлмөнү ПБАнын алдыга жылдырууну камсыздоочу «таза» жана «Жугуштуу» зонага бөлгүлө.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-02	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

Лабораториянын «таза» деген бөлүгүнө төмөнкүлөрдү жайгаштыргыла:

- сырткы кийим үчүн гардероб;
- дарт аныктоо каражаттарын сактоо үчүн муздаткычтар жана муздатуучу камералары бар жай;
- адабияттар жана документтер менен иштөө үчүн комнаталар;
- эс алуу бөлмөсү;
- бөлүм башчынын кабинети;
- персоналдардын кабинети;
- көмөкчү бөлмө;
- дааратканалар.

«Жугуштуу» зонага төмөнкүлөрдү жайгаштыргыла:

- кабыл алуу комнатасы, келген үлгүлөрдү сорттоо жана каттоо;
 - лабораториялык изилдөөлөр үчүн бөлмө (анын ичинде, серологиялык, молекулярдык-генетикалык, иммунологиялык, биохимиялык жалпы клиникалык ж.б.);
 - жуунуучу жай;
 - материалдарды залалсыздандыруу үчүн автоклавдоо;
7. Дубалдарды жана потолокторду жеңил тазалануучу жана дезинфекциялануучу материалдар же жылмакай сыр менен сырдагыла. Пол жеңил тазаланууга жана дезинфекцияланууга тийиш, пол менен дубалдын кошулган жери имерилген болууга тийиш.
 8. Лабораториянын «жугуштуу» зонасынын полу, дубалы, шыбы, жылмакай, жылчыксыз, дезинфекциялоочу жана жууп-тазалоочу каражаттарга туруктуу, полдору тайгак эмес болууга тийиш. «Жугуштуу» зонанын бөлмөлөрүнөн өтүүчү түтүктөр (жылытуучу батареялар) аларды дезинфекциялоо, инженердик коммуникацияларды киргизүү мүмкүнчүлүгүн эске алуу менен дубалдан алысыраак орнотулуусу керек.
 9. Лабораториялык эмеректер жана жумушчу столдор бети катуу, көп жолку жууп-тазалоочу жана дезинфекциялоочу каражаттардын зыяндуу таасирине туруктуу материалдардан орнотулууга тийиш. Лабораториянын «жугуштуу» зонасынын айнектери, эшиктери герметикалык, жылчыксыз жабылууга тийиш.
 10. Бокстар, аларга чейинки бөлмөлөр, жумушчу бөлмөлөр ультра-күлгүн нурданткычтар менен залалсыздандырылууга тийиш, алар полдон 1,8-2 м бийиктикте жайгашуусу кажет.
 11. Лабораторияга жетүү үчүн физикалык тоскоолдуктар болбоого тийиш, жаңы жабдууларды жана аппаратураларды жеткирүүдө жана тейлөөдө кыйынчылыктар келип чыкпасы үчүн лифттин, комнатанын эшиктери кенен болууга тийиш. Жумуш орундарына өтүү үчүн же эки катар турган жабдуулардын ортосундагы кеңдик 1,5 метрден кем болбоого тийиш.
 12. Күндүн түз тийген нурунан жумушчу столдорду сактоо үчүн күндөн коргоочу пленкалар колдонулууга тийиш.
 13. Авариялык абалдагы генераторлору бар лабораторияларда электр энергиясын берүүнү токтоткон учурда сезимтал жабдууларга үзгүлтүксүз азыктандырууну камсыздагыла.
 14. Жалпы канализация системасын патогендер менен булгануусун алдын алуу максатында Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 12.01.2012-ж. №32 «КР саламаттык сактоо уюмдарында инфекциялык көзөмөл боюнча нускама» токтомуна ылайык, медициналык калдыктарды жок кылуу коопсуздугун камсыздоо зарыл.
 15. «Жугуштуу» зоналардын бөлмөлөрүнөн канализациялык түйүндөргө залалсыздандырылбаган суюктуктарды агызууга жол бербегиле.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-02	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР:

1. Лаборатория шартында биологиялык коопсуздук боюнча практикалык колдонмо (үчүнчү басылма, Женева, 2004-ж.)
2. КР ССМ 15.03.2011-ж. №104 «Патогендүүлүктүн I-II топтогу микроорганизмдер менен иштөө коопсуздугу» буйругу.

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ

Аты-жөнү	БЕРИЛДИ (кимге)		АЛЫНЫП САЛЫНДЫ (кимден)	
	Колу	күнү	колу	Күнү

ӨЗГӨРТҮҮ

КҮНҮ	ӨЗГӨРТҮҮ СЕБЕБИ

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-02	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

СТАНДАРТТЫК ОПЕРАЦИЯЛЫК ПРОЦЕДУРА

АТАЛЫШЫ: ЛАБОРАТОРИЯНЫН ПЕРСОНАЛДАРЫН БАШКАРУУ

ИШТЕП ЧЫКАНДАР

	Аты-жөнү	Кызматы	Колу
Даярдаган:			
Текшерген:			
Бекиткен:			

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

ИЖКС – иммун жетишсиздигинин кабыл алынган синдрому

СПИД РБ – СПИД Республикалык борбору

РЛ –Референс-лаборатория

ӨК – өлчөө каражаты

ДАЙЫНДОО

Бул процедура АИВ-инфекциясын аныктоо республикалык борборунун референс-лабораториясынын персоналдарына карата талаптарды жана бардык жумушчу процедуралар боюнча адистердин тиешелүү компетенттүүлүк деңгээлин камсыздоону белгилейт.

ПРОЦЕДУРАГА ТАЛАПТАР

1. Референс-лабораторияда (РЛ) жетекчилердин жана кызматкерлердин алардын ишинин сапатына терс таасирин тийгизүүсү мүмкүн болгон бардык ички жана сырткы таасирлерден эркин болуусу камсыздалууга тийиш.
2. РЛ уюштуруу структурасы, административдик баш ийүүсү жана кызматкерлерге эмгек акы төлөө системасы анын персоналдарына ал жүргүзгөн изилдөөнүн жыйынтыктарына таасир этүүгө жөндөмдүү болгон каржылык же башка басым көрсөтүү мүмкүнчүлүгүн алып салуусу керек, ошондой эле, изилдөө жыйынтыктарын өткөрүп берүү процедураларын камтуу менен маалыматтын купуялуулугун коргоону камсыздоого мүмкүндүк берүү керек.
3. РЛ изилдөө жүргүзүүдө анын купуялуулугуна, чечим кабыл алууда көз карандысыздыгына жана калыстыгына карата ишенимди билдирүүчү ишмердик менен алектенбөөсү керек.

ЖООПТУУ ТАРАПТАР

1. Генералдык директор
2. Кадрлар боюнча инспектор
3. Референс-лабораториянын башчысы
4. Сапатка жооптуу адис

НУСКАМА

1. Жалпы жобо

- 1.1 Өзгөчө тапшырмаларды персоналдарга тиешелүү билимине, даярдыгына, тажрыйбасына жана көрсөткөн чеберчилигине жараша бергиле.
- 1.2 Негизги кызматтарын аткаруу үчүн РЛ башка персоналдардын кызматтарынан пайдаланбагыла.
- 1.3 Кызматтык нускамада белгиленген изилдөөлөрдү жүргүзүүгө катышкан жетектөөчү, техникалык (фельдшер-лаборанттар, лаборанттар) жана көмөкчү персоналдар (санитаркалар) үчүн күнүмдүк жүргүзүлгөн ишти сыпаттоо менен РЛ процесстин картасын иштеп чыккыла.
- 1.4 Кызматтык нускамада бардык зарыл көндүмдөрдү чагылдыргыла.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

- 1.5 Кызматтык нускаманы “СПИД” республикалык борборунун кадрлар боюнча инспекторуна жана РЛ башчысына өткөрүп бергиле.

2. Жумушка кабыл алуу

- 2.1 Жумушчуну жумушка кабыл алууга кабыл алууга керектүү документтерин көрсөтүү менен “СПИД” Республикалык борборунун Генералдык директорунун атына жазылган анын арызы негиз болот.
- 2.2 Кызматкерди жумушка кабыл алууда анын компетенттүүлүгү жөнүндө маселени РЛ башчысы анын мурдагы тажрыйбасы жана билими тууралуу маалыматтардын жана аңгемелешүүнүн жыйынтыгына жараша чечет.
- 2.3 Адистерди жумушка кабыл алууда ушул СОПто белгиленген талаптарды эске алуу менен өз кызматтык милдеттерин аткаруу үчүн анын жетишээрлик даярдык деңгээлин камсыздоочу билимин, компетенттүүлүгүн, эптүүлүгүн жана ишке жөндөмдүүлүгүн текшерүү үчүн 1-3 айлык сыноо мөөнөтү шарты менен кабыл алгыла.
- 2.4 Сыноо мөөнөтүнөн кийин текшерүүнүн оң жыйынтыгында лаборатория башчысынын бүтүмүнүн негизинде кызматкерди штатка кабыл алгыла.
- 2.5 Мурда иштеген жеринен алынган билими тууралуу маалыматтардын баарын кызматкердин өздүк делосуна тиркегиле.
- 2.6 РЛ кайрадан келгендердин баарына жалпы инструктаж жана коопсуздук техникасы боюнча инструктаж өткөргүлө.
- 2.7 Инструктаж РЛ башчысынын ыйгарым укуктуу өкүлү тарабынан жүргүзүлөт.

3. Кызматтык милдеттерин аткаруу

- 3.1 РЛ бардык персоналдары кызматкерлердин жоопкерчилиги, укугу жана милдеттери көрсөтүлгөн кызматтык нускамада бекитилген жана РЛ жөнүндө Жободо белгиленген иш милдеттеринин алкагында өздөрүнүн негизги кызматтарын аткарууну камсыздайт.
- 3.2 Жетекчи жана техникалык персоналдар үчүн РЛ иштелип чыккан кызматтык нускама, жыйынтыктарды баалоо, изилдөөнү пландаштыруу, жүргүзүү жетекчилик милдеттерин, тажрыйбасын, даярдыгын, кесиптик квалификациясын аныктайт.
- 3.3 Бардык кызматкерлерге кол койдуруу менен өз кызматтык нускамаларын тааныштыргыла.
- 3.4 Персоналдардын квалификациясына жараша РЛ кызматтык милдеттерине ылайык, лабораториядагы иштерин бөлүштүргүлө (ишке киргизүү).
- 3.5 Конкреттүү жабдууларды башкаруу, изилдөө тууралуу отчетторду түзүү конкреттүү изилдөөлөрдүн түрлөрүн жүргүзүүгө укуктуу кызматкерлердин маалыматтарына ээ болгула.
- 3.6 РЛ кызматкерлери иштин ар бир түрү боюнча аткаруу мөөнөтүнө жана көлөмүнө кызматтык нускамалардын негизинде иш алып баруусун көздөгүлө.
- 3.7 РЛдин башчысынын буйругу менен кайрадан кабыл алынган кызматкерге жооптуу жакты дайындагыла.
- 3.8 Изилдөө жүргүзүүчү аткаруучулардын ишин дайыма контролдогула.
- 3.9 Ички эмгек эрежесин бузуу, изилдөө жүргүзүүдө технологиялык процесстерди бузууда объективдүү эместиги, так эместиги, купуя маалыматты жарыялагандыгы үчүн аны ээлеген кызматынан бошотууга чейинки административдик чараларды колдонгула.
- 3.10 Кадрлар боюнча инспектор бардык техникалык персоналдардын иш милдеттери жана укуктары бекитилген күндү көрсөтүү менен укуктары, иш милдеттери, окутуу, чеберчилиги жана тажрыйбасы тууралуу жазууну жүргүзөт.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

3.11 Ар бир кызматкердин жеке картасына бардык техникалык персоналдардын иш милдеттери жана укуктары бекитилген күндү көрсөтүү менен укуктары, иш милдеттери, окутуу, чеберчилиги жана тажрыйбасы тууралуу жазууларды жүргүзгүлө (Тиркеме 1). Бул маалымат РЛдин башчысынын жазуу түрүндөгү уруксаты менен гана персоналга жеткиликтүү болот.

4. Персоналды аттестациялоо

- 4.1 Лабораториялык кызматкерлердин квалификациясын “СПИД” РБ генералдык директору тарабынан 3 жылда 1 дайындалуучу аттестациялык комиссия баалайт.
- 4.2 Аттестациялык комиссиянын курамына аттестациялануучунун кесиптик иш милдеттери маселелеринде компетенттүү жактар кирет.
- 4.3 Аттестациялоо тартибин “СПИД” РБнун Генералдык директору белгилейт.
- 4.4 Аттестациядан өтпөгөн жак 6 айдан кийин кайрадан аттестациялануусу мүмкүн.
- 4.5 Аттестациядан өткөн кызматкерлердин ишин баалагыла. Аттестациялык комиссиянын сунушун аттестациялык баракка жана комиссиянын отурумунун протоколуна киргизгиле.
- 4.6 Аттестациялык комиссиянын корутундусу кызматкер менен ишти андан ары улантууга же токтотууга негиз болот.

5. Персоналдарды окутуу

- 5.1 “СПИД” РБ жетекчилиги изилдөө жүргүзүүчү өлчөө каражаттары (ӨК) жана атайын жабдуу менен иш алып баруучу, изилдөө жүргүзүүчү, жыйынтыктарды баалоочу жана изилдөөлөр тууралуу отчет берүүчү персоналдардын компетенттүүлүгүн камсыздоого милдеттендирилет.
- 5.2 Персоналдарды окутуу процессинин максаты кызматтык милдеттерин аткарууга зарыл болгон анын билимин жана көндүмүн камсыздоо болуп саналат. Кадрларды даярдоо жана персоналдарды окутуу саясаты технологияларды өнүктүрүүгө жана көндүмдөрдү үзгүлтүксүз жакшыртууга умтулууга багытталууга тийиш.
- 5.3 Изилдөө жөнүндө отчетторду түзүүгө жооптуу персонал, төмөндөгүлөргө ээ болууга тийиш:
 - тиешелүү квалификацияларга, даярдыктарга, тажрыйбаларга;
 - изилдөө технологиясы боюнча билимге;
 - мүмкүн болгон дал келбей калуу себептерин жана алардын маанисин түшүнүүгө;
 - объективдүү жыйынтыктарды алууга ыңгайлашкан процесстерди жакшыртуу үчүн;
 - стандарттардын мыйзамдардын талаптарын билүүгө.
- 5.4 Персоналдарды даярдоодо керектөөнү аныктоо изилдөө процессинин технологиялык өзгөрүүсүндө, персоналдардын ишине квалификациялуу адистердин контроль кылуусунда, аудит жүргүзгөндө жана изилдөө жыйынтыктарынын сапытна ички лабораториялык контроль жүргүзүүдө жаралат.
- 5.5 Кайрадан кабыл алынган РЛ персоналдарынын компетенттүүлүгүн камсыздоо жана квалификациясын системалык түрдө жогорулатуу үчүн кызматкерлерди окутуу боюнча жылдык окуу планын түзгүлө жана РЛ башчысына бекиттиргиле (Тиркеме 2).
- 5.6 Кызматкерлердин квалификациясын жумуш ордуна окутуу (ички окутуу) жана башка уюмдарда окутуу жолу менен үзгүлтүксүз жогорулаткыла.
- 5.7 Аткарылган иштин процедуралары өзгөргөн кезде стажерлерди жумуш орундарында окуткула.
- 5.8 Изилдөөнүн айрым түрлөрүн аткаруу же конкреттүү жабдууларды колдонуу боюнча ички окуудан өткөн жактар тиешелүү изилдөөлөрдү жүргүзөт же өзүнүн устаттарынын көзөмөлүндө гана жабдууларда иштейт.
- 5.9 Жумуш орундарында окутууга РЛдин башчысы же сапатка жооптуу жак жоопкерчилик тартат.
- 5.10 Окутуу жүргүзгөндөн соң окуу темасы боюнча сурамжылоо-барагын түзгүлө жана стажерди тестирлөөдөн өткөргүлө.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

- 5.11 Контролдук үлгүлөрдүн жардамы менен жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн тууралыгы жана калыбына келүү жыйынтыктары боюнча персоналдын РЛ зарыл кесиптик квалификациясы жана көндүмдөрү бар жана аларга таяна тургандыгына кепилдик берүү үчүн мезгил-мезгили менен (6 айда бир) персоналдардын көндүмдөрүн баалоону жүргүзүлө.
- 5.12 РЛ персоналдарды ички окутуу журналын түзгүлө (Тиркеме 4).
- 5.13 Башка уюмдардан квалификациясын көтөрүү процедураларынан өткөн кызматкерден жетекчиликке отчет берүүсүн жана өздүк картасына жана өздүк делосуна бул маалыматты киргизүү үчүн кадрлар бөлүмүнө квалификациясын көтөрүү жөнүндө документтеринин көчүрмөсүн берүүсүн талап кылгыла.
- 5.14 Кызматкерлердин квалификациясын көтөрүү боюнча маалыматтын толуктугун жана тактыгын көзөмөлдөгүлө.
- 5.15 Конкреттүү изилдөөнү аткарууга киргизүү же конкреттүү жабдууна пайдалануу менен персоналдын ишке киришүүсү үчүн негиз болуучу маалыматтар менен кызматкерлердин карталарын үзгүлтүксүз толтургула.
- 5.16 Кызматкерлердин квалификациясын башка уюмдардан көтөрүүгө жалпы жоопкерчиликти “СПИД” РБ генералдык директору тартат.
- 5.17 Кызматкерлер тууралуу маалыматтарды лабораториянын Паспортундагы маалымат баракчасына киргизгиле.

6. Компетенттүүлүгүн баалоо

- 6.1 2 жылда 1 жолу үзгүлтүксүз кызматтык нускамаларында белгиленген милдеттерине ылайык, кызматкерлердин компетенттүүлүгүнө баалоо жүргүзүлө.
- 6.2 Баалоо жүргүзүүгө жоопкерчиликти РЛ башчысы баалаган тармакта компетенттүүлүгүн көрсөткөн кызматкерге жүктөгүлө.
- 6.3 Компетенттүүлүгүн баалоону түз көзөмөл кылуу менен жүргүзүлө, протоколдорду, журналдарды текшергиле, сапатты сырткы баалоо жыйынтыктарын контролдук карталарды талдагыла:
 - Түз көзөмөл кылуу иште ар түрдүү маселелердин алдын алууга жана аныктоого жардам берет.
 - Изилдөөнүн жүрүшүндө кызматкер иштин техникасын көзөмөлдөйт жана бул кызматкердин СОПту канчалык аркалай ала тургандыгын аныктоого мүмкүндүк берет.
 - Компетенттүүлүктү баалоодо субъективдүүлүктөн качууда көзөмөлдөөчү атайын иштелип чыккан контролдук тизмени пайдаланат (тиркеме 3).
 - Контролдук тизме конкреттүү көзөмөлгө алына турган пункттарды, аракеттерди жана белгилерди баалоо үчүн пайдаланылат.
 - Жазууларды текшерүү, мисалы, кызматкерлер тарабынан толтурулган протоколдорду, журналдарды кароо.
 - Баалануучу кызматкер аткарган компетенттүүлүктү текшерүү жыйынтыктарын жана сапатты контролдоо жазууларын кароо жана текшерүү.
 - Кайрадан жүргүзүлгөн изилдөө жыйынтыктары же кайра текшерүүлөр кызматкерлерден алынган жыйынтыктар менен салыштырылат; келишпестиктер чечилүүгө тийиш.
- 6.4 Баалоо жыйынтыктарын талдагыла жана тариздегиле.
- 6.5 Кызматкерлер менен эрте байланышкыла жана баалоо жүргүзүү убактысын макулдашкыла.
- 6.6 Баалоону кадимки үлгүнү пайдалануу менен кызматкер өз иш милдетин аткарып жаткан мезгилде жүргүзүлө.
- 6.7 Жыйынтыктарын формулярга киргизгиле жана кызматкерлерге маалымдагыла.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

- 6.8 Зарыл учурда сунуштарды жазуу түрүндө иштеп чыккыла жана башчы бул сунуштар кызматкерлерге түшүнүктүү экендигине ынануусу керек.
- 6.9 Канааттандырылбаган жыйынтыктарда кызматкерден көрсөтүлгөн мөөнөттө кайрадан баалоодон өтүүсүн сурангыла.

7. Персоналдарды баалоо критерийлери

7.1 Компетенциялардын критерийлери:

- 7.1.1 Компетенттүү -жумуш катасыз (же өз алдынча оңдоолуучу анчалык мааниге ээ болбогон катарлар), тыкан жана кылдат аткарылганда: Дайыма тыкандыктын жана тактыктын эң жогорку деңгээли, кошумча текшерүү талап кылынбайт, анын ишине толугу менен таянса болот, жетекчинин жардамысыз эле ишти аткара алат. Жумуш пландаштырылган көлөмдө аткарылат.
- 7.1.2 Жарым-жартылай компетенттүү - жумуш жарым-жартылай кабыл алынганда: Жумуш көңүл коштук менен аткарылат, катарлар кездешет жана кээде, анын жумушун кайрадан текшерүүгө туура келет. Жетекчинин жардамына муктаж. Жумуш толук эмес көлөмдө аткарылат.
- 7.1.3 Иш кабыл алынбаган учурда –компетенттүү эмес: Иштин сапатынын төмөндүгү, дайыма ката кетирүү, дайыма оңдоо жана текшерүү талап кылынуу, жай иштөө, жумуш процессин рационалдуу эмес уюштуруу, пландаштырылган жумушту алып кете албаоо.

7.2 Кызматкердин жумушка киришүүсүнө акыркы бүтүмдү РЛ башчысы берет.

7.3 Иш милдеттерин баалоо жыйынтыктары сапатка жооптуу же ыйгарым укуктуу жакта купуя сакталат.

Таблица 1.

РЛ персоналдарынын компетенттүүлүгү үчүн “СПИД” РБ кызматкерлеринин жоопкерчилиги

№п/п	Жүргүзүлгөн иштер	Жоопкерчилик
	Башка уюмдардын кызматкерлеринин квалификациясын жогорулатуу	СПИД РБнын генералдык директору
	Окутууну жүргүзүү планы	РЛ башчысы Сапатка жооптуу
	Кайрадан кабыл алыган кызматкерлерди даярдоо.	РЛ башчысы Сапатка жооптуу
	Изилдөө жүргүзгөн аткаруучулардын ишин контролдоо	Сапатка жооптуу жана ыйгарым укуктуу кызматкер
	Кызматкерлердин өздүк карталарын тариздөө	Кадрлар бөлүмүнүн инспектору
	Контролдук тизмени дайындоо	Ыйгарым укуктуу кызматкер
	Иш милдеттерин баалоо	РЛ башчысы Сапатка жооптуу

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП КОЮУ

Аты-жөнү	БЕРИЛДИ (кимге)		АЛЫНЫП КОЮЛДУ (кимден)	
	Колу	Күнү	Колу	Күнү

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

ӨЗГӨРТҮҮЛӨР

КҮНҮ	ӨЗГӨРТҮҮ СЕБЕБИ

ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР:

- ГОСТ ИСО/МЭК 15 189 «Медициналык лабораториялар. Сапатка жана компетенттүүлүккө жеке талаптар».
- ИСО 9001:2001 Сапат менеджменти системасы.
- «Сапат менеджменти системасы. Ишмердикти жакшыртуу боюнча сунуштама» ИСО 9004-2001 талаптар.
- ИСО 9000:2001 Сапат менеджменти системасы. Негизги жобо жана сөздүк.
- “Лабораторияларда сапатты башкаруу системасы” Пособие, ДССУ, 2013

Тиркеме 1.

РЕФЕРЕНС-ЛАБОРАТОРИЯНЫН КЫЗМАТКЕРИНИН ӨЗДҮК КАРТАСЫНЫН ҮЛГҮСҮ ЖАЛПЫ МААЛЫМАТ

1. Аты-жөнү	
2. Туулган күнү	
3. Туулган жери (күнү, айы, жылы)	
5. Чет тил билүүсү	
6. Билими (толук орто, баштапкы кесиптик, орто кесиптик, жогорку кесиптик)	
– Билим берүү мекемесинин аталышы, бүткөн жылы	
– Билими тууралуу документинин квалификациясы	
7. Окумуштуулук даражасы	
– Билими, квалификациясы же атайын билими тууралуу документи (аталышы, сериясы, номери)	
8. Иш такшалтмасы (жалпы)	
9. Паспорт (№, берилген күнү, паспорт берген органдын аталышы)	

АТТЕСТАЦИЯ

Аттестациялоо күнү	Комиссиянын чечими	Документ (протокол)		Негизи
		номери	күнү	
1	2	3	4	5

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-03	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

КВАЛИФИКАЦИЯСЫН ЖОГОРУЛАТУУ (кесиптик кайра даярдоо)

Окуунун башталган күнү	Окутуунун бүтүшү	Квалификациясын жогорулатуунун түрү	Билим берүү мекемесинин аталышы, жайгашкан жери	Документ (тастыктама, күбөлүк)			Эскертүү
				Аталышы	сериясы номери	күнү	
1	2	3	4	5	6	7	8

ОКУТУУ БОЮНЧА ЖАЗЫЛУУЛАР

Иштин түрүнүн, методдорунун ж.б. аталышы.	Окутуу жүргүзүү күнү	Окуучунун аты-жөнү	Аттестация	Эскертүү
1	2	3	4	5

КОМПЕТЕНТТҮҮЛҮКТҮ БААЛОО

Иштин түрү, милдеттери, процесстер.	Өткөрүү күнү	Баалоочунун аты-жөнү	Компетенттүүлүктү баалоо жыйынтыгы (канааттандырарлык, кайра баалоо)	Түшүндүрмөлөр
1	2	3	4	5

Тиркеме 2

“СПИД” РБ РЕФЕРЕНС-ЛАБОРАТОРИЯСЫНЫН КЫЗМАТКЕРЛЕРИН ОКУТУУ ПЛАНЫ

(пландын жарактуу мөөнөтү көрсөтүлсүн)

№ п/п	Теманын аталышы	Аткаруучу	Өткөрүү күнү
1	2	3	4

Лабораториянын башчысы:

(аты-жөнү)

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

СТАНДАРТТЫК ОПЕРАЦИЯЛЫК ПРОЦЕДУРА

АТАЛЫШЫ: ЛАБОРАТОРИЯЛЫК ЖАБДУУЛАРДЫ БАШКАРУУ

ИШТЕП ЧЫККАНДАР

	Аты-жөнү	Кызматы	Колу
Даярдады:			
Текшерди:			
Бекитти:			

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

НД – нормативдик документ;

ӨК – өлчөө каражаты;

КЖ - көмөкчү жабдуу

СМБ –сертификаттоо жана метрология борбору

СҮ – стандарттык үлгү

ДАЙЫНДОО Аталган процедуранын максаты өлчөөчү жана көмөкчү жабдууларды жумушчу абалында колдоо болуп саналат.

ЖООПТУУ ЖАКТАР

1. Лаборатория башчысы
2. Лабораториянын бардык кызматкерлери
3. Жабдуулар боюнча материалдык жактан жооптуу жактар

ТЕРМИНДЕР ЖАНА АНЫКТАМАЛАР

Өлчөө каражаттарын текшерүү– өлчөө каражаттарынын белгиленген техникалык талаптарга дал келүүсүн колдоо жана аныктоо максатында мамлекеттик метрология кызматы органдары аткарган операциялардын жыйындысы.

Өлчөө каражаты – өлчөөгө арналган жана болгон ченемдик метрологиялык мүнөздөмөлөр үчүн техникалык каражат.

Көмөкчү жабдуулар – өлчөө каражаттары категориясына тиешеси жок техникалык түзүлүш.

Идентификация – объектилерди окшоштуруу белгилерин дал келтирүүнүн негизинде белгилүү болгон белгисиз объектинин окшоштугун таануу.

Бардык типтеги жабдууларды мезгил-мезгили менен текшерүү – анын ченемделген мүнөздөмөлөрүнүн НД талаптарына тактыгынын жабдууларга дал келүүсүн текшерүү.

Аралык текшерүүлөр – паспортторунда, эксплуатациялоо нускамаларында камтылган көрсөтмөлөргө жабдуулардын техникалык абалынын дал келүүсү.

Сыноолорду байкоо – сыноо протоколдорун берүүгө чейинки талдоонун жүрүшүн эске алуу менен сыноо жүргүзүүдө алынган жыйынтыктардын дал келүүсү.

Жалпы жоболор

1. Бул жабдууларды башкаруу процедурасы өлчөө жана көмөкчү жабдуулардын жумушчу абалын колдоого багытталган. Аталган процедура изилдөө методдоруна НД, өлчөө каражаттарына эксплуатациялык документтер менен өлчөө бирдиктерин камсыздоонун НД Мамлекеттик системасынын талаптарына жана эрежелерине ылайык, жүргүзүлөт.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

- Изилдөө өткөрүү үчүн АИВ-инфекциясын аныктоочу лабораторияларда пайдаланылуучу жабдуулар өлчөөчү жана көмөкчү жабдууларды, үлгүлөрдү сактоо жана аларга мамиле кылууну, айлана чөйрөнүн шарттарын контролдоону өзүнө камтыйт.

Жабдууларды башкаруу менен төмөнкүлөр түшүндүрүлөт:

- сатып алууларды пландаштыруу;
- алуу;
- аракетке киргизүү;
- идентификациялоо;
- каттоо;
- калибрлөө/текшерүү/аттестациялоо;
- техникалык тейлөө;
- оңдоп түзөө;
- утилизациялоо, жокко чыгаруу.

Кирүү контролу жана жабдуулардын эсеби

- Лабораторияга жаңы ӨК жана КЖ жабдуулары келгенде кирүү контролун жасагыла.
- Кирүү контролу материалдык жактан жооптуу жактардын жана лабораториянын ыйгарым укуктуу кызматкерлеринин катышуусунда ташуучулар жана өндүрүүчүнүн –фирманын инженерлери тарабынан жүргүзүлөт.
- Техникалык документтердин комплектин, жабдуунун сырткы көрүнүшүн, анын бүтүндүгүн, ага тиркеген материалдардын жана комплект буюмдарынын бар экендигин, келишимде каралган шартта текшергиле.
- Жабдууларды киргизүүнү текшергиле.
- Кирүү контролун жүргүзгөн учурда ташуучунун өкүлүнүн катышуусу менен кабыл алуу –өткөрүп берүү жана ташуучулар караган үлгү боюнча жабдууларды эксплуатациялоого киргизүү актысын тариздегиле.
- Кирүү контролунун жыйынтыктары канааттандырса, картасына тиешелүү жазууну түшүргүлө, эгер кирүү контролунун жыйынтыктары канааттандырбаса жабдуу кабыл алынбайт, эгер кирүү контролунун жыйынтыктары канааттандырбаса, бардык белгилүү болгон келишпестиктер тууралуу кабыл алуу –өткөрүп берүү актысына жана картасына тиешелүү жазууну түшүргүлө.
- Актты үч нускада тариздегиле жана эки тараптын өкүлдөрүнө кол койдургула. Бир нускасы жооптуу жакта сакталат, экинчиси – бухгалтерияда, ал эми, үчүнчү нускасы ташуучуга берилет.
- Жабдуу эсебинин картасына аталган контролдун жыйынтыктарын белгилегиле.
- Жабдуу бирдиктерин кабыл алгандан кийин, лабораториянын кызматкерлерин кабыл алынган жабдууларда иштөө негиздерине баштапкы окутууларды жүргүзгүлө.

Идентификациялоо

- Жетекчи жабдууларды башкарууга жооптуу жакты дайындайт (идентификациялоо, каттоо, текшерүү, аттестациялоо, эсептен чыгаруу жана утилизациялоо).
- Жабдуу бирдиктеринин ар бири идентификацияланат.
- Жабдуу бирдигинин ар бирин төмөнкү маалыматтарды көрсөтүү менен тиешелүү этикетка-чаптама аркылуу маркалагыла:
 - идентификациялык номери;
 - жабдуунун аталышы;
 - даярдоочу (фирма), өлкө,

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

- тиби (марка),
- заводдук номери;
- даярдалган жылы;
- акыркы текшерүү/аттестациялоо күбөлүгүнүн №.

4. Текшерүүдөн/аттестациядан өткөндөн кийин дароо этикетканы актуалдашкан маалыматтарды камтыган жаңысына алмаштыргыла.
5. Жабдуу иштен чыккан учурда текшерүү/аттестациялоо боюнча маалыматты камтыган этикетканы жокко чыгаргыла. Жабдууну анын пайдалануудан чыккандыгын билдирүүчү “пайдаланылбайт” этикеткасы менен маркалагыла.
6. Иштен чыккан жабдууну мүмкүнчүлүккө жараша жумуш ордуна алып салгыла.
7. Чакан көлөмдөгү жабдууларды (термометрлерди, таймерлерди) өзүнчө кутучаларда сактагыла жана чаптамаларды түздөн-түз аларга бекиткиле.

Маалыматтарды каттоо

1. Ар бир жабдуу бирдигине жабдуу эсебинин карталарын киргизгиле.
2. Жабдуу эсебинин карталарын жабдууну башкарууга жооптуу бухгалтерияга өткөрүп бергиле.
3. Жабдууларга тиешелүү нускамаларды, паспортторду жооптуу жактын атайын дайындалган папкаларында сактагыла.

Калибрлөө/текшерүү

1. Мезгил-мезгили менен жабдуу паспорттору же бул жабдууну эксплуатациялоо боюнча нускамаларды камтылган көрсөтмөлөргө ылайык, бардык өлчөө жабдууларынын техникалык абалын калибрлегиле жана текшергиле.
2. Өлчөө жабдууларын текшерүү/калибрлөө жыйынтыктарынын протоколдорунда ондоо коэффициентин пайдалануу сунушталса, бул жабдууда иштеген персоналга маалымат бергиле жана бул жабдуунун жанына “аны менен иштөөдө ондоо коэффициентин колдонуу зарыл” деген жазуусу бар тактайчаны илгиле.

Көмөкчү жабдууну аттестациялоо

1. Көмөкчү жабдуу паспорттору же бул жабдууну эксплуатациялоо боюнча нускамаларды камтылган көрсөтмөлөргө ылайык, бардык өлчөө жабдууларынын техникалык абалын мезгил-мезгили менен текшерүүгө алынат.
2. КЖ аттестациялоодо канаттандыраарлык эмес жыйынтык алганда жокко чыгаруу же аны ондоп-түзөөгө өткөрүп берүү актысын түзгүлө. Акт жокко чыгаруу комиссиясынын мүчөлөрү тарабынан кол коюлууга тийиш. Комиссиянын курамы: АХЧ боюнча бөлүм башчы, жетекчи, анын орун басары, мекеменин бухгалтери, материалдык жактан жооптуу жак ж.б.

Жабдууну техникалык тейлөө жана жабдууну эксплуатациялоо

1. Жетекчи аталган жабдуунун эксплуатациялоого жооптууну дайындайт.
2. Дайындалган кызматкер жабдуу бирдиги дайындоо мезгилинде колдонулат жана тыкан мамиле кылуу, жумушчу абалын камсыздоо шартында сакталуусуна жоопкерчилик тартат.
3. Эксплуатациялоого жооптуу жабдуунун колдонуу нускамасына ылайык, тейлөө планына жана жабдуунун иштөөсүнө контроль программасына ылайык жабдуулардын иштөөсүнө контроль кылат.
4. Жабдуу бирдигин тейлөө боюнча жооптууну алмаштырган учурда жабдууну каттоого алуу картасына көк калем сап менен аты-жөнү чийилет жана жетекчи дайындаган жооптуунун аты-жөнү киргизилет.

Төмөнкү учурларда жабдуу ондолбойт деп эсептелет:

1. Шектүү жыйынтыктарды алган учурда;

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

2. Канааттандырылбаган текшерүү/калибрлөө/аттестациялоо жыйынтыктарын алган учурда;
3. Канаттандырылбаган техникалык тейлөө жыйынтыктарын алганда;
4. Көрүнүп турган кемчиликтери болгондо;
5. Ашыкча жүктөм.

Оңдоого мүмкүн эмес экени аныкталган учурдагы аракеттер

1. Жабдуу иштен чыкканда техникалык абалы тууралуу акт жазгыла (Бирдейлештирилген үлгү - ф. ПР СМК-02-16.5). Жабдууга: аталган жабдуу качантан бери колдонулбай жана анын оңдолбой тургандыгы же консервациясы тууралуу себебин көрсөткүлө.
2. Оңдолбогон жабдууну оңдоп-түзөөгө билдирме бергиле. Жабдууну эксплуатациялоодон чыгаргыла жана «Оңдолбогон» деген этикетка илгиле.
3. Оңдоп-түзөө негизги ташуучулардын реестринде көрсөтүлгөн тейлөө кызматы тарабынан билдирме боюнча жүргүзүлөт.
4. Эмгек келишимин же эмгек макулдашуусун тейлөө кызматы менен түзгүлө.
5. Жабдууну каттоо картасына техникалык тейлөө жана жабдууну оңдоп түзөө тууралуу жазууну киргизгиле.
6. Эксплуатациялоого жарабаган жабдууларды жокко чыгаргыла жана каттоодон чыгаргыла.

Жокко чыгаруу жана утилизациялоо

1. Жабдуулар алар моралдык жактан эскиргенде жана иштөө жөндөмдүүлүгүн калыбына келтирүүгө мүмкүн болбогондо жокко чыгарылат жана каттоодон чыгарылат.
2. Жабдуунун мындан ары эксплуатациялоонун максатсыз экендиги тууралуу чечим кабыл алуу үчүн жетекчинин буйругу менен дайындалган туруктуу аракеттеги комиссия кабыл алат.
3. Анын милдеттерине жабдуунун техникалык абалын аныктоо, анын мындан ары пайдалануунун жараксыздыгын белгилөө, объектин жараксыздыгынын конкреттүү себептерин белгилөө.
4. Жокко чыгаруу чечимин кабыл алууда негизги каражаттын объектисин жоюу тууралуу Акт түзгүлө.
5. Бухгалтерияда негизги каражаттарды каттоодон чыгаруу боюнча операция жүргүзгүлө.
6. Утилизациялоо кампасына жабдууларды өткөрүп бергиле.
7. Жабдууну каттоо картасында «Жокко чыгарылган» жазууну жана жокко чыгаруу күнүн көрсөткүлө.
8. Жабдуунун техникалык тейлөө планына жана текшерүү графигинен чыгаргыла.
9. Бардык техникалык документтерди, каттоо картасына жана жабдуунун аталган түрүнө нускасын архивге өткөрүп бергиле.

ЖООПКЕРЧИЛИК

№п/п	Аракет	Жоопкерчилик
	Зарыл жабдууну алуу	Жетекчи
	Жабдуунун ишин контролдоо.	Сапатты башкаруу. Ыйгарым укуктуу кызматкерлер.
	Метрологиялык мүнөздөмөсүн орто –аралык текшерүү.	Ыйгарым укуктуу кызматкерлер.
	Текшерүү Графигин түзүү жана сактоо	Сапатты башкаруу.
	Жабдууну ремонттоо, консервациялоо, жокко чыгаруу. Жаңы жабдууну алууга билдирме. Каттоо	Сапатты башкаруу\ Ыйгарым укуктуу кызматкерлер.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

№п/п	Аракет	Жоопкерчилик
	Эксплуатациянын шарттарын сактоо. Тейлөөнү пландаштыруу.	Мекеменин кызматкерлери.

ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР

1. Кыргыз Республикасынын «Өлчөө бирдиктерин камсыздоо жөнүндө» мыйзамы;
2. ГОСТ ИСО/МЭК 17025 «Сыноо жана калибрлөөчү лабораториянын компетенттүүлүгүнө жалпы талаптар»;
3. КМС 8.014-98 «Сыноо жабдууларын аттестациялоо тартиби. Жалпы жоболор».
4. “Лабораторияларда сапатты башкаруу системасы” Пособие, ДССУ, 2013.

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ

Аты-жөнү	БЕРИЛДИ (кимге)		АЛЫНЫП САЛЫНДЫ (кимден)	
	колу	күнү	колу	Күнү

ӨЗГӨРТҮҮ

КҮНҮ	ӨЗГӨРТҮҮ СЕБЕБИ

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-04	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нускасы
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-05	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нуска
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

СТАНДАРТТЫК ОПЕРАЦИЯЛЫК ПРОЦЕДУРА

АТАЛЫШЫ: ДОКУМЕНТТЕРДИ ЖАНА ЖАЗУУЛАРДЫ БАШКАРУУ

ИШТЕП ЧЫГУУЧУЛАР

	Аты-жөнү	Кызматы	Колу
Даярдаган:			
Текшерген:			
Бекиткен:			

ДОКУМЕНТТЕ ПАЙДАЛАНЫЛГАН КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

СОП – стандарттык операциялык процедура

АИВ – адамдын имун жетишсиздик вирусу

ИЖКС – имун жетишсиздигинин кабыл алынган синдрому

АЖ – аты-жөнү

«СПИД» РБ – «СПИД» республикалык борбору

ОСКЖААБ–облустук СПИДге каршы күрөш жана алдын алуу борбору.

КР – Кыргыз Республикасы

ДАЙЫНДОО

Документтерди жана жазууларды туура жана сапаттуу жүргүзүү, иш тартибин аныктоо, сактоо, архивге жиберүү, жок кылуу үчүн.

ПРОЦЕДУРАГА ТАЛАПТАР

1. Лабораториянын бардык документтери жана жазуулары Кыргыз Республикасынын аракеттеги укуктук ченем актыларына ылайык түзүлөт, жүргүзүлөт жана сакталат, жок кылынат.
2. Ушул СОПтун аткарылышын контролдоо жана документтерди жана жазууларды жүргүзүүгө байланышкан иштерди аткаруу үчүн квалификациялуу персоналдарды даярдоо лаборатория башчысы же түздөн - түз жетекчи тарабынан жүргүзүлөт.
3. Жазуулар каттоо журналынын бардык тилкелеринде, саптарында жана протоколдордо, актылардын үлгүлөрүндө, бланктарда жүргүзүлүүгө тийиш.

ЖООПТУУ ЖАКТАР

1. Лаборатория башчысы.
2. Врач-лаборант
3. Сапатка жооптуу адис.
4. Лаборанттар.

МАТЕРИАЛДАР

1. Каттоо журналы, бланктар, протоколдор жана актылардын үлгүлөрү.
2. Калем сап

НУСКАМАЛАР

1. Лаборатория башчысы сапатка жооптуу жак же башка ыйгарым укуктуу өкүл менен лабораторияга керектүү документтердин наменклатураларын иштеп чыгат.
2. Иштелип чыккан наменклатура мекеменин жетекчиси тарабынан бекитилет.
3. Лабораториянын ченемдик документтеринин тизмесин дайыма жаңырткыла жана түзгүлө.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-05	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нуска
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

4. Иштин наменклатурасына ылайык документтер салынган папкаларды номерлегиле: мекеменин кодун, мекеменин аталышын, бөлүмүн, документтин номерин, документ жүргүзгөн күндү жана аталган документти сактоо мөөнөтүн койгула.
5. Документтерди жана жазууларды атайын шкафтарда сактагыла.
6. Керектүү жазууларды жана документтерди алууну камсыздагыла, аларды бат табууну жана персоналдарга белгиленген мөөнөттө жеткирүүнү камсыздагыла.
7. Документтерди иштин наменклатурасында көрсөтүлгөн мөөнөттө сактагыла.
8. Ички докумендерди басып чыгарууда аталган документти иштеп чыгууга жооптуу жакты дайындагыла.
9. Даярдалган документти текшергиле жана документтин тиешелүү графасына жетекчи кол койсун.
10. Лаборатория персоналына документти башкарууга жооптуу персоналдын ыйгарым укуктары жана жоопкерчилиги тууралуу маалымат бергиле.
11. Документти басып чыгарууда жана өзгөртүү киргизүүдө бул маалыматты лаборатория персоналына билдиргиле жана окуткула.
12. Өзгөртүү документине ички документтердеги өзгөртүүлөрдү белгилегиле.
13. Бардык кирген документтер «Кирген документтерди каттоо» атайын журналына каттагыла жана өзүнөр документтин өзүн же көчүрмөсүн кирген документтер папкасына сактагыла.
14. Бардык чыккан документтер «Чыккан документтерди каттоо» атайын журналына каттагыла жана өзүнөр документтин өзүн же көчүрмөсүн чыккан документтер папкасына сактагыла.
15. Ички документтин эскирген баштапкы вариантын «Алынып салынган документтер» папкасында сактагыла.
16. Жылына бир жолу актуалдаштыруу – ченемдик документтерди кайра кароонуу жүргүзгүлө.
17. Жумушчу журналдарды жана социалдык журналдардын аталышын идентификациялык номери боюнча номерлегиле.
18. Журналдын баарын көктөгүлө жана номерлегиле.
19. Биринчи барагына журналды жүргүзүү тууралуу нускаманы жайгаштыргыла жана акыркы барагына – уюмдун мөөрү менен жетекчинин колу жана ыйгарым укуктуу жактын колу.
20. Жумушчу журналдарга жана протоколдорго өткөрүлгөн сыноолор, изилдөөлөр, бузулуулар, коорекциялоочу аракеттер боюнча маалыматтарды киргизгиле.
21. Мезгил-мезгили менен (жумасына 1 жолу) журналдагы жазууларды текшергиле.
22. Изилдөө протоколдоруна маалыматтарды белгиленген үлгүгө ылайык киргизгиле.
23. Изилдөөнүн ар бир түрүнө протоколдордун нускаларын кагаз түрүндө ар бир инфекциялык изилдөө агентине папкага өзүнчө тиркегиле.
24. Жүргүзүлгөн сапатка ички контроль жыйынтыктары электрондук алып жүрүүчүлөрдө контролдук карталарды жана атайын журналдарга белгилегиле.
25. Документтин түп нускасына өзгөртүү киргизгенде күнүн белгилегиле жана мекеменин же\жана уюмдун жетекчисине же\жана сапат боюнча жооптуу адиске кол койдургула.
26. Эскирген документтерди алардын мөөнөтү өткөн соң дароо колдонуудан алып салгалы (СОПтор, протоколдор, нускамалар ж.б.) жана аларды кийин пайдалануу ниетинен алдын ала сактангыла.
27. Эскирген документтин түп нускасын архивге өткөрүп бергиле жана көчүрмөсүн жеринде сапатка жооптуу адиске жок кылууга өткөрүп бергиле.
28. Эскирген документтерди, болгон маалыматтык баалуулуктарды идентификациялык номерин сактоо менен «Архив» деген белги аркылуу маркалагыла жана Архивдин тиешелүү папкасына бергиле.
29. Жаңы өзгөрүүлөр тууралуу лаборатория персоналына билдиргиле.
30. Өзгөрүлгөн документтин түп нускасын документтерди сактоо шкафында сактагыла.

«СПИД» Республикалык борбору АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-05	
		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нуска
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

31. Көчүрмөсүн документтин мурдагы ээсине бергиле жана конкреттүү иш жүргүзүлгөн бардык жерде көчүрмөсүнүн болуусуна көзөмөл кылгыла.
32. Алынып салынган учурда документке «Алынып салынды» деген жазуу койгула жана жетекчиге кол койдургула, алынып салынган күндү белгилегиле.
33. Документтердин алынып салынган көчүрмөлөрүн сапаты боюнча жок кылгыла: текстти сызгыла, барактын берки бетин бүтө элек вариант катары пайдалансаңар болот.
34. Документтерди мөөнөтү өткөндөн кийин номерленген жана маркаланган папкаларга көктөгүлө, папканын бетине документтин аталышын жана мезгилин көрсөткүлө.
35. Көктөлгөн папкалар «Архив» белгиси менен маркаланат жана архивге берилет.
36. Архивге өткөрөөрдө документтерди каттоо журналына документ тууралуу төмөнкү маалыматтарды киргизгиле:
 - күнү
 - документтин аталышы
 - идентификациялык номери (папканын же журналдын).
 - мезгили
 - документ өткөрүүчүнүн колу
 - сактоо мөөнөтү, сактоо тартиби, сактоо мөөнөтү өткөн документти жок кылуу тартиби жана ыкмасы.
37. Документти архивден алаарда мекеменин жетекчисинен уруксат алгыла.
38. Тапшырыкчылар менен эсеп-кысап боюнча каржылоо документтерин “СПИД” РБнын бухгалтериясында сактагыла.
39. Изилдөө жыйынтыктары тууралуу маалыматтардын купуялуулугун сактагыла.
40. Лабораториянын бөлмөлөрүнө жана купуя документтерге келип кетүүчүлөрдүн кирүүсүн чектөөнү камсыздагыла.
41. Конкреттүү документтерге, жумушчу журналдарга, методикаларга, процедураларга жана лабораториянын аракеттеги башка документтерине жетүүгө укуктуу кызматкерлердин тизмесин “СПИД” РБнын генералдык директору аныктасын жана бекитсин.
42. Жумушка кирээрде ар бир кызматкерден жазуу түрүндө купуя маалыматты жарыялабоо тууралуу милдеттендирме алгыла.
43. Мезгил-мезгили менен жаңыланып туруучу пароль аркылуу жеткиликтүүлүктү жабуу, жеткиликтүүлүктү администрациялоо (укуктарын) жолу менен маалыматтарды коргоо системаларын түзүү менен документтин электрондук вариантына жетүүнү чектегиле.
44. Лабораториялык изилдөөлөр жыйынтыгына жеткиликтүүлүккө лаборатория жетекчиси, сапатка жооптуу адис жана тиешелүү бөлүктүн адистери гана укуктуу.

ЖЕТЕКТӨӨЧҮ ДОКУМЕНТТЕР

1. КР «Кыргыз Республикасында АИВ\СПИД тууралуу» КР 2005-жылдын 13-августундагы №149 мыйзамы. Өкмөттүн 2006-жылдын 25-апрелиндеги №296 Токтому.
2. КР Өкмөтүнүн 23.07.2012-жылдын №517 токтому менен бекитилген Кыргыз Республикасында документтик камсыздоону (иш кагаздарын) башкаруу боюнча Типтүү нускама.
3. Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо уюмдарында АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча аракеттеги нускама.
4. Кыргыз аккредитациялоо борбору (КАБ), ГОСТ ИСО/МЭК 17025 талаптары менен.
5. “Лабораторияларда сапатты башкаруу системасы” Пособие, ДССУ, 2013.

«СПИД» Республикалык борбору	АИВ-инфекциясын лабораториялык аныктоо боюнча стандарттык операциялар процедурасынын жыйнагы Бөлүм: Жалпы	СОП №01-05	
АИВ-инфекциясын аныктоо референс-лабораториясы Бишкек ш., Логвиненко к., 8		Басылма	№1
		Документтин статусу	Түп нуска
		Чыгарылган күн	
		Кайра каралган күн	

БЕРҮҮ ЖАНА АЛЫП САЛУУ

	БЕРИЛДИ (кимге)		АЛЫНЫП САЛЫНДЫ (кимден)	
Аты-жөнү	Колу	күнү	колу	Күнү

ӨЗГӨРТҮҮ

КҮНҮ	ӨЗГӨРТҮҮ СЕБЕБИ