



Український центр контролю за
соціально небезпечними хворобами
Міністерства охорони здоров'я України



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ІНФЕКЦІЙНИЙ
КОНТРОЛЬ
В УКРАЇНІ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ

Персональний захист органів дихання в контексті інфекційного контролю



2016

Рекомендації розроблено в рамках Проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) "Посилення контролю за туберкульозом в Україні" на замовлення Державної установи "Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України". Публікація відображає думку його авторів та не обов'язково є офіційною точкою зору USAID чи Уряду США.

Авторський колектив:

Данило Бріндак	Експерт ГО “Інфекційний контроль в Україні”, експерт Національної експертної групи з інфекційного контролю, к.мед.н.
Віктор Ляшко	Голова ГО “Інфекційний контроль в Україні”, голова Національної експертної групи з інфекційного контролю
Катерина Сояк	Експерт ГО «Інфекційний контроль в Україні», експерт Національної експертної групи з інфекційного контролю, госпітальний епідеміолог НДСЛ «ОХМАТДИТ»

Експертна допомога:

Андрій Александрин	Спеціаліст з інфекційного контролю Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні», к.мед.н.
---------------------------	---

Редактор:

Вікторія Гультай	Спеціаліст зі зв'язків з громадськістю, Проект USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні»
-------------------------	--

Рекомендації розроблено в рамках Проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) “Посилення контролю за туберкульозом в Україні” на замовлення Державної установи “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України”

Публікація відображає думку її авторів і не обов'язково є офіційною точкою зору USAID або уряду США

Зміст

1	Вступ	4
2	Заходи інфекційного контролю	4
3	Респіратори та хірургічні маски в інфекційному контролі	5
4	Крапельний та аерогенний шляхи передачі хвороб	7
5	Аерозоль-генеруючі процедури	9
6	Використання респіраторів	10
7	Фіт тест	13

Вступ

Середовище лікарні містить різноманітні небезпеки, такі як бактерії, віруси і хімічні речовини, вдихання яких персоналом може привести до ушкодження, інфікування або хвороби. Для зменшення впливу шкідливих факторів та забезпечення належних умов праці фахівцями в галузі охорони здоров'я прийнята для використання своєрідна "ієрархія заходів контролю", яку з позиції попередження розповсюдження інфекцій називають ще «інфекційний контроль». Це означає, що починати треба з найбільш ефективних заходів контролю, таких як усунення або заміщення небезпечних процесів, факторів, хімічних речовин або продуктів. Далі в ієрархії слідує інженерні заходи, які включають ізоляцію небезпеки з використанням спеціалізованої вентиляції (наприклад, ізоляційні бокси або лабораторні витяжки). Там, де ці елементи контролю не представляються можливими або адекватними, повинні бути використані заходи адміністративного контролю (наприклад, вакцинація співробітників, розділення пацієнтів) та впроваджені практики роботи (наприклад, етикет кашлю, дотримання правил особистої гігієни) для зведення до мінімуму ступеню та тривалості впливу або скорочення числа працівників, які зазнають дії шкідливого фактору.

Респіратори та інші засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) використовуються в якості останньої лінії оборони, коли експозиція не може бути зменшена до прийняттого рівня, використовуючи інші методи. Кожна установа повинна розробити індивідуальну політику та процедури, які стосуються використання засобів індивідуального захисту в їх установі.

Заходи інфекційного контролю

Заходи з інфекційного контролю призначені для зменшення поширення захворювань між пацієнтами, медичним персоналом та відвідувачами. Та для їх ефективного використання має застосовуватися багатосторонній підхід. Приклади заходів інфекційного контролю включають вакцинацію персоналу; гігієну рук; видалення відходів, прибирання, дезінфекція та стерилізація хірургічних інструментів, приладів догляду за хворими, медичного одягу та засобів індивідуального захисту. Багатосторонній підхід вкрай необхідний, так як багато заходів контролю знижують небезпеку, не усуваючи її повністю, і деякі заходи можуть бути невдалими або неефективними.

Стандартні запобіжні заходи (Standard Precautions) інфекційного контролю є базовими, це мінімум запобіжних заходів, які мають охоплювати всю систему догляду за хворими. Ці заходи повинні виконуватися в незалежності від наявності (підтвердженої або ймовірної) інфекційного агента.

Вони включають в себе такі методи, як гігієна рук, використання засобів індивідуального захисту (наприклад, рукавички, одноразові халати та ін.) в залежності від очікуваного впливу, етикет кашлю, практики безпечних ін'єкцій та безпечне поводження з потенційно забрудненим обладнанням та/або поверхнями в ближньому оточенні пацієнта.

У випадку коли у пацієнта діагностовано або підозрюють інфекційне захворювання, може статися, що стандартні запобіжні заходи будуть недостатніми. За рекомендаціями CDC (USA) і Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) для усунення або зменшення ризику передачі інфекції застосовують додаткові запобіжні заходи (в залежності від шляху передачі інфекції): контактні запобіжні заходи, крапельні запобіжні заходи і аерогенні запобіжні заходи. Контактні запобіжні заходи спрямовані на попередження прямої чи непрямой передачі інфекції від пацієнта до медичного працівника, крапельні запобіжні заходи – на захист слизових (очей, носа, рота) від потрапляння на них крупних крапель або брызок біологічних рідин, аерогенні запобіжні заходи – на захист медичного працівника від вдихання дрібних часточок, що можуть містити інфекційний агент.

Респіратори та хірургічні маски в інфекційному контролі

Одна з найгарячіших дискусій в Україні останніх років: що повинні використовувати медичні працівники – маски чи респіратори? Щоб остаточно розібратися в цьому питанні, давайте розберемося в принципі їх дії, дизайні та призначенні.

Матеріал, що використовується при виробництві хірургічних масок, має бути стійким до рідин. Якщо медичний працівник надіває **хірургічну маску**, він має переслідувати дві цілі. Щоб захистити себе від великих крапель та брызок біологічних рідин організму, які інакше б потрапили на слизові ротової порожнини або носа. В інших випадках медичний персонал надіває хірургічну маску для того, щоб захистити пацієнта, зменшуючи кількість великих крапель, які містять інфекційні агенти, що виділяються при розмові, чханні або кашлі. Це особливо важливо для захисту операційного поля або ранової поверхні в операційних та перев'язочних кімнатах.

Якщо маска надівається на пацієнта з підозрою або підтвердженим діагнозом, наприклад, грипу чи туберкульозу, це також призведе до зменшення кількості великих крапель з інфекційними агентами, що виділяються при розмові, чханні або кашлі. Це обмежує їхню концентрацію в повітрі приміщення, знижує ризик зараження інших людей, які присутні в приміщенні. Здатність хірургічних масок

зменшувати ступінь заразності хворих на туберкульоз неодноразово показана у наукових дослідженнях¹.

Проте, за конструкцією хірургічні маски не щільно прилягають до обличчя користувача. Таким чином, вони дозволяють нефільтрованому повітрю легко проходити в зону дихання користувача. Крім того, матеріали, які використовуються при виробництві хірургічних масок, не регулюються на предмет їх здатності фільтрувати завислі в повітрі часточки і, як відомо, в значній мірі залежать від моделі маски. Це робить можливим проходження дрібних частинок через або навколо хірургічної маски до обличчя і вдихання їх користувачем. Саме тому **хірургічні маски не вважаються засобами захисту органів дихання** - вони не забезпечують належний рівень захисту від вдихання дрібних частинок, в тому числі тих, що потрапляють в повітря від пацієнта, який дихає або кашляє, та згенерованих під час певних медичних процедур.

Респіратори (фільтрувальна півмаска)², а також напівмаски та повнолицеві маски зі змінними протиаерозольними фільтрами, - без примусової подачі повітря або негативного тиску - працюють за рахунок очищення навколишнього повітря при його проходженні через матеріал фільтру при вдиху. Через вдихання повітря



тиск під маскою знижується і повітря рухається під маску тільки через фільтр (якщо маска щільно сидить на обличчі). При цьому часточки не проходять разом з повітрям, а залишаються на фільтрі. При наявності зазорів між респіратором і обличчям частина повітря може пройти під маску без очищення. При видиху повітря виходить через респіратор за рахунок того, що тиск повітря під маскою перевищує зовнішнє. Це виштовхує повітря через матеріал фільтру або клапан видиху.

Виходячи з принципу роботи респіратора, видно, як багато уваги потребує той факт, щоб респіратор щільно прилягав до обличчя. Без перевірки ізолюючих властивостей респіратора, тобто їх здатності щільно прилягати до обличчя,

¹ Dharmadhikari AS, Mphahlele M and al. Surgical face masks worn by patients with multidrug-resistant tuberculosis: impact on infectivity of air on a hospital ward. Am J Respir Crit Care Med. 2012 May 15; 185(10): 1104–1109

² Держгірпромнагляд; Наказ № 331 від 28.12.2007 «Про затвердження Правил вибору та застосування засобів індивідуального захисту органів дихання»

співробітники можуть через незнання обрати і застосовувати такі респіратори, які не забезпечують їм надійного захисту, і це може призвести до надмірного впливу шкідливих факторів на співробітників.

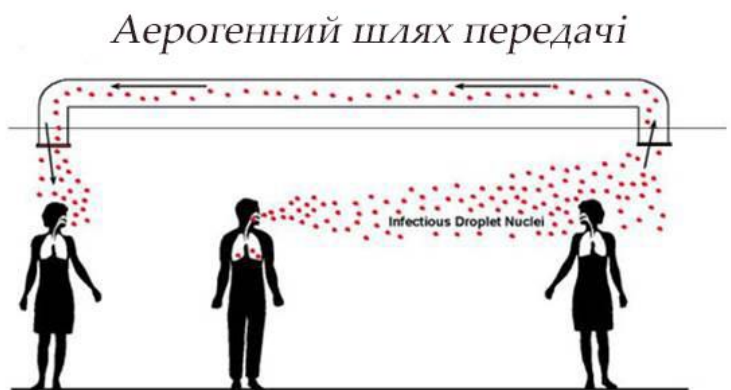
У різних моделей респіраторів різна конструкція, і, відповідно, різні ізолюючі властивості. Хоча всі виробники намагаються виготовляти такі респіратори, які зможуть підтримувати потрібний рівень ізоляції для максимально можливого числа людей (з числа можливих співробітників), але **жодна з моделей не може підходити всім співробітникам**. Тому, щоб забезпечити необхідний ступінь захисту і використовувати для цього відмінності в ізолюючих властивостях різних моделей, потрібно закуповувати не одну модель респіратору, а більше, і для кожної моделі – хоча б декілька розмірів. Це підвищить ймовірність того, що вдасться підібрати підходящу модель респіратору для кожного робітника. Це також збільшує ймовірність того, що співробітник зможе підібрати для себе модель респіратору, яка забезпечить необхідний рівень захисту і буде досить зручною для нього.

Зручність та комфорт дуже важливі фактори при експлуатації респіратору, при оцінці цих факторів звертайте увагу на такі критерії:

- положення маски на носі;
- можливість захисту очей;
- можливість спілкуватися (розмовляти);
- положення маски на обличчі і щоках;
- тактильні відчуття.

Крапельний та аерогенний шляхи передачі хвороб

CDC описують відмінність між крапельним та аерогенним шляхами передачі інфекцій розміром часточок, відстанню, на яку ці часточки можуть переміщуватись, і часом, протягом якого збудники залишаються заразними. Традиційно часточки, які відповідальні за передачу крапельної інфекції визначаються великим розміром, більш ніж 5 мкм в діаметрі, в той час як часточки при повітряному (аерогенному) шляху передачі менші 5 мкм в діаметрі, можуть залишатися в повітрі довгий час та подорожувати на значні відстані (наприклад, через систему вентиляції).



Хвороби та збудники, для яких характерний аерогенний шлях передачі³:

- сибірка (*Bacillus anthracis*)
- аспергільоз
- вітряна віспа та натуральна віспа
- кір
- туберкульоз
- тяжкий гострий респіраторний синдром (SARS-коронавірус)

Хвороби та збудники, для яких характерний крапельний шлях передачі³:

- дифтерія (глотки/ротоглотки, носоглотки)
- сезонний грип
- менінгококова інфекція, менінгіт (*Haemophilus influenzae* type b; *Neisseria meningitidis*)
- епідемічний паротит (свинка)
- інфекційна еритема (парвовірус B19)
- коклюш
- пневмонія (аденовірусна, менінгококова, *Haemophilus influenzae* serotype b, *Streptococcus* Group A, *Mycoplasma*)
- риновірусна інфекція
- легенева чума
- краснуха
- стрептококова інфекція (*Streptococcus* Group A)
- епіглоттит (*Haemophilus influenzae*, serotype b)
- вірусні геморагічні гарячки (Ебола, Марбург, Крим-Конго, Ласса)

³ Деякі з цих захворювань та збудників мають інші (додаткові) шляхи передачі

Медичний персонал, що доглядає за пацієнтами, які можуть бути носіями «крапельної» інфекції, зазнають не тільки ризику зараження шляхом потрапляння великих інфекційних крапель на слизові оболонки. Вони також можуть наражатися на ризик інфікування через вдихання часточок, які присутні в повітрі приміщення і є заразними у короткостроковій перспективі і на близьких відстанях. Передача хвороби може статися тільки тоді, коли мікроорганізм залишається життєздатним і заразним, поки він знаходиться в повітрі, і коли вдихається достатня кількість часточок, що являє собою інфекційну дозу (невідомо для багатьох організмів). На теперішній час ступінь цього інгаляційного ризику не відомий для всіх «крапельних» інфекцій, до яких застосовують крапельні запобіжні заходи.

Таким чином (!), використання індивідуальних засобів захисту органів дихання при «крапельних» інфекціях в якості запобіжного заходу може допомогти зменшити потенційний ризик вдихання маленьких часточок (аерозолі), які можуть містити в собі інфекційний агент. Наприклад, у 2014 році CDC випустив нові рекомендації для хвороби, яка викликається вірусом Ебола, рекомендуючи використання респіраторів⁴.

При роботі з новими патогенами (як колись було з атиповою пневмонією і пташиним грипом) треба враховувати невизначеність щодо шляхів передачі інфекції, а також відсутність імунітету у населення і невідомої тяжкості захворювання. В такому випадку треба рекомендувати використання засобів захисту органів дихання для медичного персоналу та повітряної ізоляції інфекції (в спеціальних боксах), принаймні до тих пір, поки передача по повітрю не буде виключена.

Аерозоль-генеруючі процедури

Аерозоль-генеруючі процедури - це процедури, при проведенні яких може утворюватися величезні концентрації часточок, що містять патогени, навіть в порівнянні з кашлем або чханням. При цьому імовірність інфікування через контакт часточок із слизовими або їх вдиханням різко піднімається.

До аерозоль-генеруючих процедур відносяться (але цим перелік на обмежується):

- інтубація трахеї
- трахеотомія та догляд за трахеостомою
- аспіраційна санація
- відбір мокротиння

⁴ <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html>

- бронхоскопія
- інгаляційне введення ліків
- дослідження функцій дихання
- аутопсія та клінічні, хірургічні і лабораторні процедури, які можуть призводити до утворення аерозолю, який містить патогенні мікроорганізми (такі як, операційна кісткова пилка, центрифуги, аспіраційне обладнання та ін.).

Кожна лікарня повинна переглянути всі процедури, щоб визначити, які мають високу здатність для утворення/виділення інфекційних часточок в повітря приміщення.

Наприклад, менінгококова інфекція вимагає крапельних запобіжних заходів, але є відомості, що передача цієї інфекції пов'язана й з аерозоль-генеруючими процедурами. Тому практика використання респіраторів при проведенні аерозоль-генеруючих процедур у пацієнтів з підозрою або підтвердженим діагнозом «крапельної» інфекції, як і «аерогенної», є дуже доцільною.

Використання респіраторів

Для ефективного впровадження програми респіраторного захисту у закладі використовують 4-х етапний метод.



При роботі з «аерогенними» інфекціями, до яких відноситься туберкульоз, в якості засобу індивідуального захисту органів дихання треба використовувати респіратори класом захисту не нижче FFP2⁵ (а також напівмаски та повнолицеві маски зі змінними протиаерозольними фільтрами). Клас захисту респіратора (FFP1, FFP2, FFP3) характеризує його фільтруючі властивості. Респіратори мають відповідати вимогам ДСТУ EN 149:2003 «Засоби індивідуального захисту органів дихання. Півмаски фільтрувальні для захисту від аерозолів. Вимоги, випробування, маркування». Але на жаль в Україні на теперішній час немає нормативних документів, що регламентували б процедури перевірки щільності прилягання респіратора.

Проведення медичного обстеження медпрацівників для визначення їх здатності працювати, застосовуючи респіратори, є гарною практикою. Використання респіраторів збільшує фізіологічне навантаження на робітників, що в першу чергу відноситься до серцево-легеневої системи. Але в медичних установах зазвичай використовують «легкі» респіратори, які незначно збільшують фізіологічне навантаження. Тому більшість співробітників можуть безпечно використовувати респіратори. Слід пам'ятати, чим вище клас фільтрації у респіратора, тим більший опір він справляє при диханні. Клапан видиху збільшує комфорт при використанні респіратору.

Персонал повинен чітко визначати коли потрібно використовувати респіратори для захисту. До таких ситуацій можна віднести:

- перебування в інфекційному боксі/напівбоксі/інфекційній палаті, або приміщенні, яке використовується за цим призначенням;
- ремонт, технічне обслуговування обладнання, яке може містити або генерувати аерозолі патогенних мікроорганізмів;
- перебування в будь-якому приміщенні, в якому знаходився інфекційний пацієнт, і де повітря приміщення не може бути належним чином очищене від аерозолів та забруднюючих речовин;
- проведення деконтамінації;



Приклади неправильного використання респіраторів

⁵ - ДСТУ EN 149:2003 <http://uas.org.ua/downloads/view/?i=en149&pz=%C4%D1%D2%D3+EN+149%3A2003>

- догляд за інфекційним хворим на дому;
- транспортування пацієнта у межах закладу, пацієнт при цьому має бути в хірургічній масці;
- транспортування пацієнта в закритому транспортному засобі (наприклад, фургон, машина, автомобіль швидкої допомоги або вертоліт).

Доцільно використовувати респіратори при наданні медичної допомоги або при догляді за хворим з невизначеним діагнозом або з підозрою на інфекційну хворобу, яка передається крапельним/повітряним шляхом.

В операційних та перев'язочних кімнатах, де є необхідність підтримки чистоти «стерильного поля», при проведенні аерозоль-генеруючих процедур повинні використовуватися респіратори без клапану видиху. Робота в респіраторах з клапанами видиху або у масках позитивного тиску з НЕРА-фільтрами може призвести до забруднення «стерильного поля» мікроорганізмами.

В умовах стаціонару, респіраторні небезпеки можуть включати в себе гази і пари. Ці забруднюючі речовини можуть надходити у повітря від процедур з використанням небезпечних лікарських засобів (в тому числі деяких хімотерапевтичних препаратів, противірусних препаратів, гормонів та ін.) та хімічних речовин (наприклад, знеболюючі гази, засоби для дезінфекції). Важливо відзначити, респіратори класу FFP2 та FFP3, як і маски й напівмаски з НЕРА-фільтром, призначені для видалення частинок з повітря, але не видаляють гази або пари (наприклад, глутаровий альдегід, формальдегід, або етиленоксид) з повітря.

З точки зору захисту органів дихання, респіратори можуть бути використані повторно до тих пір, поки вони не пошкоджені або забруднені. Проте, респіратори, які використовуються в догляді за інфекційними хворими, слід вважати потенційно забрудненими інфекційним матеріалом на зовнішній



стороні і джерелом контактної передачі інфекції для медичного персоналу або пацієнтів. Таким чином, при повторному використанні респіратора завжди оцінюйте ризик забруднення респіратора внаслідок неправильного з ним поводження і ризик зараження пацієнта.

Туберкульоз не передається через контакт і, отже, повторне використання респіраторів допустимо до тих пір, поки респіратор не пошкоджений або забруднений⁶.

Політика закладу має бути направлена на навчання медичного персоналу правилам поводження з засобами індивідуального захисту органів дихання: правилам їхнього зберігання, правильної експлуатації, критеріям необхідної заміни респіратора, його утилізації, алгоритму заміни ушкодженого респіратору, проходження фіт тесту та ін.. Ці правила повинні бути прописані в стандартах операційних процедур.

Фіт тест

Фіт тест (тест на щільність прилягання респіратора) є ключовою ланкою програми респіраторного захисту, так як він є єдиним визнаним інструментом для оцінки якості підгонки конкретної моделі і конкретного розміру респіратора до обличчя користувача.

Заклад має бути забезпечений достатньою кількістю моделей і розмірів респіраторів, для того, щоб співробітники могли пройти фіт тест. Співробітникам дозволяється використовувати тільки марку, модель і розмір респіратора або респіраторів, в яких вони були успішно протестовані. Роботодавці повинні впровадити механізм інформування співробітників щодо виробника, моделі і розміру респіратора, який вони можуть носити. Деякі лікарні видають картки для ношення у гаманці, що містять цю інформацію, в той час як інші розміщують наклейки на зворотній стороні бейджів співробітників.

Фіт тест є обов'язковим для всіх користувачів респіраторів. Цей тест гарантує, що при правильному одяганні обраний бренд і розмір респіратора підходить для адекватного захисту користувача. Цей тест повинен повторюватися щороку і кожен раз, коли у працівника спостерігаються зміни у фізичному стані, такі як збільшення ваги або її втрати, рубці на обличчі, стоматологічні протези та ін..

Фіт тест буває двох типів – якісний та кількісний.

Принцип якісного фіт тесту полягає в тому, що під спеціальний ковпак розпиляється речовина, яка при потраплянні на слизову язика викликає відчуття смаку (солодкого чи гіркого). Якщо цей аерозоль через респіратор надходить у ротову порожнину, людина відчуває солодкий смак. Це свідчення того, що тест вважається не пройденим. В Україні широкого розповсюдження набув якісний фіт тест фірми 3M™ - Qualitative Fit Test Apparatus FT-10. У його складі є два

⁶ - Hospital Respiratory Protection Program Toolkit. Resources for Respirator Program Administrators. 2015

розчини (для визначення чутливості та перевірки щільності прилягання) по 55 мл кожен. При правильній роботі розпилювача (небулайзера) витрачається близько 1 мл розчину для перевірки щільності прилягання під час однієї перевірки⁷.

Принцип кількісного фіт тесту полягає в тому, що за допомогою спеціального обладнання - лічильника часточок - вимірюється концентрація часточок у повітрі приміщення і просторі між обличчям та респіратором. При зрівнянні цих концентрацій оцінюється ступінь протиаерозольного захисту.

Особа, яка проводить фіт тест співробітникам має бути компетентною, для цього не потребується спеціальної сертифікації або ліцензування. Перевіряючи, які проводять якісний фіт тест, повинні вміти готувати тестові розчини, регулювати обладнання, правильно проводити перевірку, виявляти негативний результат і забезпечити правильну роботу обладнання, навчати персонал, як правильно надягати і знімати респіратор⁸.

Підходи в організації і проведенні фіт тестування співробітників можуть бути різними. У деяких лікарнях призначають одну відповідальну людину, яка несе відповідальність за впровадження програми респіраторного захисту і фіт тестування. В інших лікарнях навчають кожного з керівників блоків (відділень), які відповідають за фіт тестування тільки свого власного персоналу, це робиться для того, щоб одна людина не проводила тестування сотень співробітників. Треті лікарні наймають людей зі сторони для проведення фіт тестування свого медичного персоналу.

Деякі лікарні роблять фіт тестування і навчання протягом одного місяця на рік. Інші – розписують графік фіт тестування та навчання таким чином, щоб кожен працівник тестується на якусь конкретну дату (але не рідше одного разу на рік). Керівництво закладу повинне вирішити, які підходи працюють краще для них і їхнього закладу.

Після проходження фіт тесту оформлюється протокол. Цей протокол повинен зберігатися у закладі для кожного співробітника протягом року до наступного фіт тесту. Конкретної форми цього протоколу проходження фіт тесту в Україні не затверджено. Але кожний такий протокол має містити таку інформацію:

- Ім'я співробітника, посада;
- Тип фіт тесту;

⁷ - https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_table=STANDARDS&p_id=9780

⁸ - TB Respiratory Protection Program In Health Care Facilities. Administrator's Guide, NIOSH, 1999 (<https://goo.gl/gikUAK>)

- Специфічна марка, модель і розмір респіратору, в якому співробітник тестується;
- Дата проведення випробування;
- Результат якісного тесту або роздруківку результату кількісного тесту.

ПРОТОКОЛ проходження фіт тесту

заклад _____

підрозділ закладу _____

Дата проходження тесту						
П.І.Б. співробітника, підпис						
Посада						
Респіратор	Не багаторазового користування			Багаторазового користування		
	FFP2	FFP3		Напівмаска	Маска	
Марка/модель респіратору						
Розмір респіратору	XS	S	M	L	XL	LP
	не має даних					
Тип фіт тесту	Сахарін		Бітрекс		Кількісний*	
Поріг чутливості (для якісного тесту)	10	20	30	>30 – смакове відчуття відсутнє		
Результат (тест пройдений?)	Так	Ні	Не пройдений через: - Відсутність смакового відчуття - Волосся на обличчі - Інше			
Співробітник, який проводив фіт тест (П.І.Б., підпис)						

*Якщо використовується кількісний фіт-тест, треба прикріпити роздруківку результатів.