



**ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Δ/ΝΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ, ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ &
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Ταχ. Διεύθυνση : Αλεξάνδρου Φλέμιγκ 34
Ταχ. Κώδικας : 166-72
Τηλέφωνο : 210-8921056 2108921040
Ηλεκτρ. Διεύθυνση (e-mail) : waterlab@eody.gov.gr
Αρ. Κ.Π. εισ. εγγράφου :
Α/Α δείγματος εργαστηρίου :

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΝΕΡΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ
ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

[Σύμφωνα με την ΚΥΑ Δ1(δ)/ΓΠ οικ. 27829 (ΦΕΚ 3525/Β/ 25.05.2023)]

Υπηρεσία Δειγματοληψίας:	
Διεύθυνση:	
Αρ. πρωτοκόλλου / Ημερομηνία:	
Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου ατόμου:	
Τηλ. επικοινωνίας:	
Ηλεκτρ. Διεύθυνση επικοινωνίας (e-mail):	

Εάν η δειγματοληψία έγινε από Δήμο ή Κοινότητα παρακαλώ αναφέρετε:

Δήμος/Δ.Δ/Κοινότητα:

Συνολικά υδρευόμενος πληθυσμός:

A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Η δειγματοληψία έγινε από: ☐ Δίκτυο ύδρευσης, ☐ Πηγή, ☐ Πηγάδι, ☐ Γεώτρηση, ☐ Υδατοδεξαμενή, ☐ Ψύκτη, ☐ Βυτίο
- Εάν η δειγματοληψία έγινε από δίκτυο ύδρευσης, υδατοδεξαμενή ή βυτίο, η προέλευση του νερού είναι:
☐ Δίκτυο ΕΥΔΑΠ ☐ Δίκτυο ΔΕΥΑ ☐ Πηγή ☐ Πηγάδι ☐ Γεώτρηση
☐ Μεικτό, προσδιορίστε: ☐ Άλλο, προσδιορίστε:
- Εάν η δειγματοληψία έγινε από ψύκτη, η προέλευση του νερού είναι:
☐ Δίκτυο ύδρευσης ☐ Φιάλη

B. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

- Εάν η προέλευση του νερού είναι πηγή, πηγάδι ή γεώτρηση παρακαλώ προσδιορίστε:
 - Η προστασία της πηγής υδροδότησης είναι: ☐ Επαρκής, ☐ Ανεπαρκής, ☐ Καμία
 - Το άμεσο περιβάλλον σε ακτίνα 30 m είναι: ☐ Κατοικημένο, ☐ Ακατοίκητο
 - Η απόσταση από εστία μόλυνσης (βόθρο, κοιμητήριο κ.τ.λ.) είναι: m
- Γίνεται απολύμανση του νερού: ☐ Ναι ☐ Όχι
- Ποια μεθοδολογία απολύμανσης χρησιμοποιείται: ☐ Χλώριο, ☐ Ηλεκτρόλυση, ☐ UV ακτινοβολία, ☐ Άλλο, προσδιορίστε:
- Συμπληρωματικές εξετάσεις που ζητούνται:

Το δείγμα μεταφέρθηκε με: ☐ Ισόθερμο δοχείο υπό ψύξη ☐ Άλλο, προσδιορίστε:

Συμπληρώνεται από το Γραφείο Παραλαβής Δειγμάτων ΚΕΔΥ		
Ημερομηνία & Ώρα παραλαβής:	Θερμοκρασία-ες:	Υπογραφή:
Όρια αποδοχής θερμοκρασίας: 5 ± 3 °C εντός 24 ωρών από την ώρα της δειγματοληψίας ή θερμοκρασία περιβάλλοντος και εντός 6 ωρών από τη στιγμή της δειγματοληψίας.		

Υπηρεσία Δειγματοληψίας:

Αρ. πρωτ. / Ημερ.:

Γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΙΤΟΠΙΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΩΝ

Αριθμός δείγματος δειγματολήπτη	Σημείο λήψης δείγματος	Ημερομηνία δειγματοληψίας	Ωρα δειγματοληψίας	Υπολειμματική απολυμαντική ουσία (mg/L)	pH	Θερμοκρασία (°C)	Φυσιολογική οσμή	Φυσιολογική γεύση	Φυσιολογικό χρώμα	A/A δείγματος εργαστηρίου (*)

Παρατηρήσεις:

Ημερομηνία αποστολής:

Ωρα :

Αρμόδιος δειγματοληψίας

Ονοματεπώνυμο:

Ιδιότητα:

Υπογραφή:

Αρμόδιος παραλαβής δειγμάτων (*)

Ημερομηνία παραλαβής:

Ωρα :

Παρατηρήσεις:

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

(*): Συμπληρώνονται από το Τμήμα Κλασικής Μικροβιολογίας κατά την παραλαβή των δειγμάτων