ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Малая Садовая ул., 1, Санкт-Петербург, 191023
Тел. (812) 595-89-79, (812) 571-34-06
факс (812) 314-18-14
E-mail: kzdrav@gov.spb.ru
http://www.gov.spb.ru

ОКПО 00086970 ОКОГУ 97400 ОГРН 1037843003285
ИНН/КПП 7808043833/782501001

15 ДЕК 2015 № 02/24-12453/15-0-0

на №_____ от _____

Начальникам отделов
здравоохранения администраций
районов Санкт-Петербурга

Главным врачам
государственных учреждений
здравоохранения,
подведомственных Комитету по
здравоохранению

О представлении информации

В целях контроля за реализацией постановления Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и распоряжения Правительства Санкт-Петербурга от 05.09.2013 № 65-рп «О программе развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года», организации эффективного учета используемого физиотерапевтического оборудования и принятия своевременных управленческих решений по повышению качества и доступности физиотерапевтической и реабилитационной помощи населению, а также обеспечения безопасности проведения физиотерапевтических процедур и безопасности труда медицинского персонала при их проведении в соответствии с приказом МЗ СССР от 04.11.1986 № 1453 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 «ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности», прошу:

1.Обеспечить внесение паспортных данных физиотерапевтических кабинетов и (или) кабинетов, оснащенных физиотерапевтическим оборудованием, в автоматизированную систему учета «Сбор, обработка и хранение информации об оснащении физиотерапевтической аппаратурой лечебно-профилактических учреждений Санкт-Петербурга» (далее – АСУ ОФТА).

2.Представить на бумажном носителе и в электронном виде паспортные данные физиотерапевтических кабинетов и (или) кабинетов, оснащенных физиотерапевтическим оборудованием, по прилагаемой форме с дальнейшим ежеквартальным обновлением данных в АСУ ОФТА, в организационно-методический отдел мониторинга качества медицинской деятельности СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», кабинеты №№ 507-508 (ул. Шкапина, д.30, литер А, тел. 576-22-51):

до 25 декабря 2015 года для учреждений, подведомственных Комитету по здравоохранению;

до 25 марта 2016 года - для учреждений, подведомственных отделам здравоохранения администраций районов Санкт-Петербурга.

Приложение: 1. Технический паспорт физиотерапевтического кабинета(ов) и (или) кабинетов с установленным физиотерапевтическим оборудованием на 7 л. в 1 экз.

Заместитель председателя Комитета Т.Н. Засухина

Кирьянова В.В., 555-08-48

Приложение 1
к письму Комитета по здравоохранению
от _____ № _____

Технический паспорт
физиотерапевтического кабинета (ов) и (или) кабинетов с установленным физиотерапевтическим оборудованием

_____
(полное название лечебно - профилактического учреждения - юр. лицо)

_____
(наименование подразделения)

_____
(наименование отделения)

_____

Санкт-Петербург

«_____» _____ 201__ г.

Технический паспорт_____

Юридический адрес: _____
Руководитель ЛПУ: _____
Телефон/ факс: _____
Общая площадь отделения, кабинета, оказывающего физиотерапевтические услуги _____

Мощность учреждения _____
Район обслуживания _____

Кабинет(ы)

Наименование кабинета	Количество смен	Этаж	Площадь (кв. м)	Количество мест для отпуска процедур	Количество установленных аппаратов

Количество оборудования _____ единиц (всего)

Индивидуальные средства защиты

№	Наименование	Количество
1	Матерчатые перчатки	
2	Спец. костюмы для сероводородных ванн (халаты, маски, перчатки)	
3	Диэлектрический коврик	
4	Очки с темной окраской стекол с боковой защитой (кожаная или резиновая оправа).	
5	Заслонки (защитные "юбки") для УФО	
6	Очки из толстой кожи или картона	
7	Диэлектрические перчатки	
8	Очки защитные	
9	Перчатки резиновые	
10	Резиновые бинты для фиксации	
11	Платье хлапчатобумажное или хлопчатобумажный костюм для грязелечебницы	
12	Фартук не промакаемый для грязелечебниц	
13	Сандали кожаные для грязелечебниц	
14	Руковицы комбинированные	
15	Сапоги резиновые для грязелечебниц	
16	Фартук не промакаемый с нагрудником для водолечебницы	
17	Галоши резиновые для водолечебниц	
18	Противогаз	
19	Респиратор	
20	Фартук пластиковый для радона	
21	Нарукавники пластиковые для радона	
22	Прочее (вводит пользователь)	

ТЕХНИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ
кабинета

_____(ук
азать вид лечения: электросветолечения, лечения ультразвуком, аэроионо-, аэрозоль- и электроаэрозольтерапии, теплолечения, водолечения, грязелечения, массажа)

_____
конкретизированное наименование кабинета, № кабинета (при необходимости)

1. Размещение кабинета

Фактический адрес_____

Здание (ЛПУ, пристройка, жилое): _____

Серия здания (типовое/нетиповое): _____

Тип материала здания (кирпич, панель, монолит): _____

Этаж _____

График работы _____

2. Описание кабинета

Площадь _____$м^2$

Количество кабинок _____

Количество рабочих мест _____

Количество установленной аппаратуры в кабинете _____

Отопление (есть/нет): _____

Освещение (люминесцентное, светодиодное, лампы накаливания):_____

Материал пола (дерево, бетон): _____

Материал покрытия (паркет, линолеум, ламинат, кафельная плитка):_____

Покрытие стен (обои, краска, штукатурка): _____

Материал перегородок (дерево, дсп, ткань, пластик, стекло)_____

Материал каркаса (дерево, пластик, металл) _____

Защита токопроводящих металлических конструкций изолирующими кожухами (есть/нет): _____

Наличие тамбура с двойной дверью в кабинете электросна (есть/нет): _____

Наличие экранированной кабины в кабинете электросветолечения (есть/нет): _____

3. Перечень аппаратуры

№	Наименование аппарата	Производитель	Год изготовления	Инвертарный №	Год ввода в эксплуатацию	износ

4. Вентиляция*

Наличие форточной вентиляции (есть/нет): _____
Наличие приточной вентиляции (есть/нет): _____
Наличие приточно-вытяжной вентиляции (есть/нет): _____

5. Технический отчет по измерениям электросетей и электроприемников, проверке защитного заземления*

Наименование протокола	Дата	Наименование организации проводившей электротехнические измерения
Измерение сопротивления изоляции проводов и кабелей		
Проверка петли фаза-нуль		
Проверка целостности цепи заземления проводников		
Измерение сопротивления растекания тока контура заземления, Rк		
Наличие дефектов по дефектной ведомости		

Наименование организации с которой заключен договор (контракт) на техническое обслуживание аппаратуры _____

Дата заключения договора (контракта) на техническое обслуживание_____

Кратность прохождения технического обслуживания (1 раз в 2 нед., 1 раз в месяц, 1 раз в 3 месяца, 1 раз в полгода)_____

Средний износ оборудования_____%

Не установленная аппаратура _____ перечень_____

Бокс (кухня)

Площадь _____$м^2$

Материал пола (дерево, бетон): _____

Покрытие стен (обои, краска, штукатурка, кафель): _____

Двухсекционная раковина (есть/нет):_____

Защита токопроводящих металлических конструкций изолирующими кожухами (есть/нет): _____

Оборудование_____перечень_____

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. План размещения установленных физиотерапевтических аппаратов в кабинете (с бокс кухней), группового щита (пусковых щитков), раковин; с указанием размеров кабинок, расположением рабочих мест, указанием соседствующих кабинетов. При наличии шины контура заземления идущей по кабинету – обозначить шину.

2. Технический отчет периодических испытаний электроустановок в составе:

   - Протокол измерения сопротивления изоляции проводов и кабелей.

   - Протокол проверки петли фаза-нуль.

   - Протокол проверки целостности цепи заземления проводников.

   - Протокол измерения сопротивления растекания тока контура заземления, Rк.

   - Дефектная ведомость.

3. Акт обследования состояния и испытания вентиляции.

_____	_____	_____
Должность исполнителя	Подпись	ФИО