

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование органа государственного контроля (надзора) или муниципального контроля)

_____ (место составления акта)

«22» 12 2016г.
(дата составления акта)

ч. МИН.
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

министерством здравоохранения Иркутской области лицензиата, осуществляющего медицинскую деятельность, – юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ 3009.

По адресу/адресам: 666671 Иркутская область,
(место проведения проверки)

г. Усть-Илимск, Братское шоссе, 41/1, Учебный корпус

На основании: распоряжения министерства здравоохранения Иркутской области от 19 января 2016 года № 3009 -мр
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая, выездная (плановая/внеплановая, документарная/выездная) проверка в отношении ОЗБУСО г. Усть-Илимский;
Зом-интернат для престарелых и инвалидов, Учред
(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) индивидуального предпринимателя)

сокращенное наименование:

на основании заявления лицензиата о переоформлении/предоставлении
лицензии на осуществление медицинской деятельности, регистрационный
от 06. 12, 2016 года № ЛО-38-01- 002409.

Адрес	места	осуществления	деятельности:
<u>666671,</u>	<u>Иркутская область</u>	<u>г. Усть-Илимск</u>	
<u>Братское шоссе,</u>	<u>41/1,</u>	<u>Учебный корпус №1</u>	

Работы (услуги), заявляемые:

при оказании добровольной мед.-сан.
помощи по: массажу, массажной, массажной
массажу, массажной, массажной
при оказании первичной скорой помощи
рвальной по: неврологии, педиатрии

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Дата и время проведения проверки:

Продолжительность с «12» 12 2016 г. по «04» 04 2017 г.

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Акт составлен: министерством здравоохранения Иркутской области.

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):

(заполняется при проведении выездной проверки)

Малоземова Н.Н.

(фамилии, инициалы, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: не применено.

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Климентов А.В., начальник отдела лицензирования управления развития системы здравоохранения министерства здравоохранения Иркутской области.

отдела лицензирования управления развития системы здравоохранения министерства здравоохранения Иркутской области.

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее - при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

директор Малоземова Наталья Павловна

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

1. Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям:

присутствует в соответствии с требованиями

В Реестре санитарно-эпидемиологических заключений имеется информация о наличии санитарно-эпидемиологического заключения:

от 02.12.2016
№ 38.09.04.000, М. 0000 33.12.16

о соответствии данных, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, используемого для осуществления медицинской деятельности санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам.

2. Наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке:

Предоставлены: огоротно - сърьдояе верокоств
фрактическое оборудование соответ верокоств
и и порекдье оказание мед. помощи
не иеброиены, кактв риеи, мт. д. иу, сеер. д. иу,

3. Наличие:

3.1 у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского профессионального обучения и дополнительного образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также профессионального обучения и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»:

присетав леко не тремшю мр. влад.
сооб-но треб-нм

3.2 у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского профессионального обучения (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием): см. к. выше

3.3 у индивидуального предпринимателя – высшего медицинского образования, послевузовского профессионального обучения и дополнительного образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста, а при намерении осуществлять доврачебную помощь – среднего медицинского образования, профессионального обучения и (или) дополнительного образования и сертификата специалиста по соответствующей специальности: не применимо

4. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское профессиональное образование и дополнительное медицинское образование или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием): представлен список всех с

Трудовых договоров на всех мед. работников. Список по завершению на сегодн.

5. Наличие заключивших с соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) профессиональное обучение, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности:

представлен договор на тех.

обслуживание № 1 от 01.01.2016г.

с ООО "Техносерв". Мирские на

тех. обслуж. ФС - 99-04-001018 от 13.03.2014г.

6. Соответствие структуры и штатного расписания лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций: соответствует

7. Наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: приказом от 19.06.2016г.

№ 112 утвердившим Положение о КК и БМП
об. Тришина ир. Вндр-на представлено
соглашение о работн. квалир. от 2014г. и орг-ция
об проведении экспертизы кар. в мед. помощи"

8. Соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

Соблюдается

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется:

Контролю подвергаются: 100% мед. карт

Договоры на оказание платных медицинских услуг, согласия на обработку персональных данных, информированные согласия:

не применяются

10. Соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг: не применяется

Прейскурант утвержден _____ года. не применяется

Для пациентов имеется информация, размещенная на стенде, соответствует требованиям, предусмотренным Постановлением правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»:

не применяется

согласия на обработку персональных данных: Виктор В.

информированные согласия: мед. карты нареканий

Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не выявлено

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

Выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): не применяется

ИНН: 3817025449

ОГРН(ИП): 1043802003805

Учредительные документы/паспортные данные индивидуального предпринимателя: представили оригинал Устава

Виды деятельности соответствуют, сведения в заявлении совпадают

Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): не выявлено

Результаты проверки возможности выполнения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности

установлено соответствие / несоответствие лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности по адресу (ам):

666671, Иркутская область, г. Усть-Илимск,
Братское шоссе, 41/1, Углубленный корпус №1
по заявлению Веры Павловны (усице)

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, внесена (заполняется при проведении выездной проверки):

[подпись]
(подпись проверяющего)

[подпись]
(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):

[подпись]
(подпись проверяющего)

[подпись]
(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы: _____

Подписи лиц, проводивших проверку: _____

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а): _____

Мандарина Н.П. директор
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«22» декабря 2016 г.

[подпись]
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)

[подпись]

[подпись]