



**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
Территориальный орган Росздравнадзора по Иркутской области**

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

« 23 » мая 2014 г.

(место составления акта)
п. Усть-Ордынский

(дата составления акта)
16.00-18.00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя
№ 209/п**

По адресу/адресам: 669001, Иркутская область, Эхирит-Булагатский район, п. Усть-Ордынский, ул. Первомайская, д. 39

(место проведения проверки)

На основании: Приказа Территориального органа Росздравнадзора по Иркутской области от 21.04.2014 № 01-08ПР-209/14

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена: плановая, выездная проверка с целью контроля за соблюдением порядка проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров в отношении:

**областного государственного бюджетного учреждения социального обслуживания
«Дом-интернат для престарелых и инвалидов п. Усть-Ордынский»**

(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

« 12 » мая 20 14 г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность _____
« 23 » мая 20 14 г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность _____

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

Общая продолжительность проверки: 10 р/дней

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Иркутской области

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен: (заполняется при проведении выездной проверки) Директор Кольхалова Ольга Сергеевна

(фамилия, имена, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: начальник отдела Таловикова Т.В., госинспектор
Останчик А.В.

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

При проведении проверки присутствовали: Директор Кольхалова О.С., заместитель
директора по медицинской работе Михайлова О.Г.

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

В ходе проверки выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

1. Медицинская организация осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № ФС-38-01-001624 от 31.08.2012 по адресу: 669001, Иркутская область, Эхирит-Булагатский район, пос. Усть-Ордынский, ул. Первомайская, д. 39. Лицензией разрешено выполнение работ (услуг) по медицинским осмотрам (предрейсовым и послерейсовым).

2. Профессиональная подготовка медицинского работника в соответствии с требованиями.

3. Не представлены внутренние нормативно-распорядительные документы (приказы, положения, порядки) по организации проведения медицинского осмотра (предрейсового, послерейсового).

4. Представлен журнал проведения предрейсовых медицинских осмотров, ведется в соответствии с требованиями

5. На момент проверки отсутствуют диагностические тест-системы для диагностики употребления наркотических средств и психотропных веществ.

6. Согласно представленной медицинской документации, в учреждении не проводятся послерейсовые медицинские осмотры.

Выводы:

1. Не представлены внутренние нормативно-распорядительные документы по организации проведения медицинского осмотра (предрейсового, послерейсового).

2. Не в полном объеме проводятся предрейсовые медицинские осмотры водителей транспортных средств: не проводится диагностика употребления наркотических средств и психотропных веществ.

3. В учреждении не проводятся послерейсовые медицинские осмотры водителей групп риска в нарушение пп.5 п.2, п.6 статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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

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

нарушений не выявлено _____

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

(подпись проверяющего)

(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 проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы: Предписание № 110 от 23.05.2014.

Подписи лиц, проводивших проверку: Таловикова Т.В.

Остапчик А.В.

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

Директор Колыхалова О.С.

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

«23» мая 2014 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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