

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей
и благополучия человека по Омской области
(Управление Роспотребнадзора по Омской области)

10 лет Октября ул., д. 98, г. Омск, 644001

Тел. (3812) 32-60-32 Факс (3812) 32-60-30 E-mail: rpn@55.rospotrebnadzor.ru. http://55.rospotrebnadzor.ru
ОКПО 76326543, ОГРН 1055504019768, ИНН/КПП 5503088113/550401001

Территориальный отдел
Управления Роспотребнадзора по
Омской области в Русско-
Полянском районе, р.п.
Таврическое
Омская область, Таврический
район, р.п. Таврическое, ул.
Чкалова, 24
(место составления акта)

“ 11 ” декабря 20 20 г
(дата составления акта)
11-00ч
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ 821/ВП

По адресу/адресам: 646811, Омская область, Таврический район, с. Сосновское, ул. Улыбина, 3
(место проведения проверки)

На основании: Распоряжения от 13.11.2020г № 821/ВП

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата), фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), должность руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, издавшего распоряжение или приказ о проведении проверки)

была проведена внеплановая выездная проверка в отношении: Автономного стационарного учреждения социального обслуживания Омской области «Таврический дом-интернат для престарелых и инвалидов»

(плановая/внеплановая, документарная/выездная), наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ ___ ” _____ 20 ___ г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность ___
“ ___ ” _____ 20 ___ 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:

18.11.2020 (11.00-13.00)

23.11.2020г (10.20-12.20), - 2 день/ 3 часа 00 минут

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Управление Роспотребнадзора по Омской области

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки **ознакомлен(ы):** (заполняется при проведении выездной проверки), законный представитель руководитель 16.11.2020 в 10-22,

X

(фамилии, имени, отчества (в случае, если имеется), подпись, дата, время)

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

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Шипицына Анастасия Николаевна, Главный специалист – эксперт ТО в Русско-Полянском районе, Кисурич Василий Александрович- заместитель

начальника ТО в Русско-Полянском районе. **Привлечены** к проведению проверки в качестве экспертов, представителей экспертных организаций, следующие лица: Тельжанова Жибек Кайрбаевна помощник врача-эпидемиолога филиала в Русско-Полянском районе; Сиферсон Владимир Александрович врач по общей гигиене филиала в Русско-Полянском районе; Аттестат аккредитации ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области" № RA.RU.710032 от 24.04.2015, выдан Федеральной службой по аккредитации, аттестат аккредитации испытательного лабораторного центра ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области" № РОСС RU.0001.510193 от 25.09.2015, выдан Федеральной службой по аккредитации.

(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 наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали:

Руководитель – Елена Владимировна Лунина

(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:

- **выявлены нарушения** обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

(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 выявлено

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

нарушений не выявлено: внеплановая выездная проверка проведена на основании экстренных извещений № 14 от 10.11.2020г.

Рабочее место фельдшера Бин Т.В. расположено на втором этаже трехэтажного здания.

Стены окрашены моющей водоэмульсионной краской, одна входная деревянная дверь, окно деревянное, окрашено белой эмалью.

Потолок окрашен белой моющей водоэмульсионной краской. Высота полка 3,5 метра.

Напольное покрытие линолеум, без повреждений.

Отопление центральное (чугунный радиатор, 5 секций).

Система горячего и холодного водоснабжения и водоотведения присутствует, установлена раковина и кран. Над раковиной закреплено 2 диспансера с дезинфицирующим мылом и антисептиком.

В кабинете предусмотрено два рабочих места. Одно для врача, второе для фельдшера.

Освещение представлено 6 светильниками типа ЛБ 40.

В кабинете предусмотрено 2 рабочих места: врача-акушер-гинеколога и акушерки. Каждое рабочее место состоит из письменного стола ДСП (древесно-стружечная плита) заламинированным моющим пластиком, третий стол для компьютера, 3 мягких стула, кресло, 2 тумбы с ящиками для рабочей документации.

Остальная мебель – шкаф для документов, 2 шкафа для одежды, стеллаж.

Журналы по текущей и генеральной уборке ведутся своевременно. Стерилизация оборудования происходит централизованно. Обеззараживание воздуха в помещениях проводится с применением открытых ультрафиолетовых бактерицидных установок, мощность облучателей достаточная. Уборочный инвентарь имеется, промаркирован. Запасы дезинфицирующих средств позволяют обеспечить режимы дезинфекции помещений и изделий медицинского назначения. Инструкции по применению на местах есть, персонал правила разведения знает. Емкости выделены,

промаркированы, даты приготовления дезинфицирующих растворов отмечается.. Запас средств индивидуальной защиты в том в достаточном количестве. Периодические медицинские осмотры пройдены.

Совместно с врачом организует проведение углублённого медицинского осмотра проживающих Учреждения и составляет график флюорографии бактериологического обследования на ВК и оказание консультативной помощи узкими специалистами.

Следит за своевременностью освидетельствования больных на МСЭ, разработкой индивидуальных программ реабилитации (ИПР) своевременным обеспечением инвалидов техническими средствами реабилитации и адсорбирующим бельём.

При необходимости осуществляет госпитализацию проживающих Учреждения в стационары города и ЦРБ.

Является непосредственным помощником врача или лица, его заменяющего и во время отсутствия врача осуществляет его функции.

Организует ежегодные плановые осмотры опекаемых специалистами территориальных лечебно-профилактических учреждений.

Организует диспансерное наблюдение хронических больных и выполнение рекомендации врачей-специалистов по их лечению.

Направляет престарелых и инвалидов в необходимых случаях на протезирование, подбор очков и слуховых аппаратов, зубопротезирование.

Специалистами ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» отобраны пробы дезинфицирующих средств. Пробы соответствуют нормативным документам.

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 документы:

Распоряжение от 13.11.2020г № 821/вп, предписание № 821/вп от 20.11.2020, карта эпидемиологического обследования очага коронавирусной инфекции, протоколы лабораторных испытаний №№ 28603, 28605 от 24.11.2020г., экспертное заключение № 4268 РП/Х от 25.11.2020 и иные документы, относящиеся к проверке.

Подпись лиц (а), проводившего проверку:

Шипицына А.Н.

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

*Адресованному лицу "Табригос" - 9/11
Адресованному лицу*

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

“ 11 ” декабря 20 20 г.

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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