

Приложение № 1
к Административному регламенту
департамента здравоохранения
Краснодарского края по предоставле-
нию государственной услуги
«Получение квалификационных
категорий медицинскими и
фармацевтическими работниками»

Квалификационный материал должен быть напечатан на компьютере через 1,5 интервала на одной стороне листа формата А 4; иметь поля: верхнее 20 мм, нижнее 20 мм, левое 30 мм, правое 10 мм.

Таблицы, рисунки, чертежи, схемы, графики выполняются на листах А 4. Подписи и пояснения к ним располагаются сверху. Страницы отчета, включая иллюстрации и приложения, нумеруются по порядку.

Руководитель ЛПУ, заверивший квалификационный лист и отчет, а также заявитель, несут персональную ответственность за достоверность представленных сведений. Отчет сдается в полиэтиленовом скоросшивателе. Небрежно оформленные отчеты к рассмотрению не принимаются.

Примерная структура отчета для специалиста
со средним медицинским образованием

Оглавление.

Введение – описание учреждения, краткая характеристика рабочего места заявителя в отделении или кабинете, его материально-техническая база, для главных медицинских сестер - кадровая обеспеченность учреждения здравоохранения.

Глава I – заявитель описывает объем выполняемой работы в соответствии с должностными обязанностями (число выполненных манипуляций, процедур, перевязок, инъекций и др.). Все цифровые показатели представляются в виде таблиц.

Глава II – отражает знания, умения, навыки заявителя по аттестуемой специальности (проведение лечебных процедур и манипуляций, подготовка пациентов к диагностическим манипуляциям; оказание помощи при состояниях, угрожающих жизни; уход за пациентами и их реабилитация, забор лабораторного материала, проведение лабораторных исследований и др.).

Заявитель описывает подготовку медицинского оборудования и инструментария к работе; проведение выписки, хранения и учета лекарственных препаратов, ведение медицинской документации, создание благоприятных социально-психологических условий для пациента.

Глава III – заявитель отражает качество проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий (соблюдение правил асептики и антисептики, использование методов дезинфекции, дезинсекции и дератизации), основные качественные показатели деятельности специалиста за отчетный период; прово-

дит анализ причин случаев возникших осложнений и определяет пути их предупреждения. За каждым цифровым материалом должно следовать аналитическое пояснение, демонстрирующее способность заявителя оценить собственную деятельность в целом.

Глава IV – заявитель отражает собственную методическую и санитарно просветительную деятельность, участие в работе профессиональных объединений, в профессиональных конкурсах и смотрах, в научно-практических конференциях, наставничество (работа со студентами медицинских колледжей, работа с молодыми специалистами, обмен опытом с коллегами).

Заключение – содержит краткие выводы о результатах проделанной работы за год и предложения заявителя по совершенствованию своей деятельности, для главных медицинских сестер – предложения по направлению сестринского дела в учреждении.

Список литературы.

Примерная структура отчета для специалиста со средним фармацевтическим образованием

Оглавление.

Введение – характеристика рабочего места в фармацевтической организации, его материально-техническая и кадровая обеспеченность.

Глава I – заявитель описывает систему управления качеством в фармацевтической организации и свои обязанности в этой системе:

- описание условий хранения всех групп лекарственных средств, другой медицинской продукции;

- организация работы по противодействию оборота фальсифицированных (незаконных копий) и недоброкачественных лекарственных средств.

Глава II – отражает объем выполняемой работы заявителя в соответствии с должностными обязанностями (количество изготовленных лекарственных форм, анализов, рецептов, динамика товарооборота). Все цифровые показатели представляют в виде таблиц и/или диаграмм.

Глава III – отражает знания и умение заявителя:

- изготовление лекарственных форм по рецептам врачей и требованиям ЛПУ;

- количество неудовлетворительно изготовленных лекарственных форм, причины брака, предупредительные мероприятия и технологические приемы, обеспечивающие гарантию качества изготовленных лекарственных форм;

- умение пользоваться весоизмерительными приборами, аппаратами и средствами малой механизации, их рациональное использование;

- консультация фасовщиков по вопросам расфасовки, оформления лекарственных форм;

- обеспечение соблюдения в процессе работы санитарно-противоэпидемического режима;

- соблюдение правил продажи и отпуска лекарственных средств и изделий медицинского назначения без рецепта врача;

- технология и порядок работы с наркотическими средствами и психотропными веществами, ядовитыми и сильнодействующими веществами, ведение документации.

Глава IV – отражает перечень основных нормативных документов, регламентирующих обеспечение стандартов качества лекарственных средств при их хранении, реализации, транспортировке, изготовлении, отпуске.

Глава V – заявитель отражает собственную методическую и санитарно-просветительную деятельность, участие в работе профессиональных объединений, в научно-практических конференциях, в профессиональных конкурсах и смотрах, наставничество (работа с молодыми специалистами, студентами по специальности «Фармация», обмен опытом с коллегами).

Заключение – содержит краткие выводы о результатах проделанной работы за год и предложения заявителя по совершенствованию своей деятельности.

Список литературы.

Наименование учреждения _____
 Специальность _____

КВАЛИФИКАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Год рождения _____ 3. Пол _____

4. Сведения об образовании _____

(учебное заведение, год окончания, специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

5. Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышение квалификации)

Вид образования	Год обучения	Место обучения	Название цикла, курса обучения

6. Работа по окончании ВУЗа/ССУЗа (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве):

с _____ по _____ (должность, наименование учреждения, местонахождение)

с _____ по _____ (должность, наименование учреждения, местонахождение)

Печать отдела кадров _____

 подпись работника кадровой службы

7. Стаж работы в учреждениях здравоохранения _____ лет.

8. Специальность _____
 (по профилю аттестации)

9. Стаж работы по данной специальности _____ лет.

10. Другие специальности _____ Стаж работы _____ лет.

11. Квалификационная категория по специальности _____

(указать имеющуюся, год присвоения)

12. Квалификационные категории по другим специальностям:

_____ (указать имеющиеся, годы присвоения)

13. Ученая степень _____
год присвоения, № диплома

14. Ученое звание _____
год присвоения, № диплома

15. Научные труды (печатные) _____
количество статей, монографий

15. Изобретения, рационализаторские предложения, патенты _____
(регистрационные номера удостоверений, даты выдачи)

17. Знание иностранного языка _____

18. Почетные звания _____

19. Служебный адрес, телефон _____

20. Домашний адрес, телефон _____

21. E-mail: _____

22. Характеристика на специалиста (результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объём и уровень умения, практических навыков и др.). Ошибки, приведшие к нежелательным последствиям, знание и использование деонтологических принципов, повышение профессиональной компетенции, использование на практике современных достижений медицины и т. д. Разделы специальности, методы, методики, которыми специалист владеет в совершенстве, уникальные методы, приёмы, технологии, освоенные специалистом и т.п. _____

Администрация (**название учреждения полностью** как на печати) ходатайствует о присвоении **или** (подтверждении) Ф.И.О. первой (**второй, высшей**) квалификационной категории по специальности «_____»

Руководитель организации _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П.

23. Заключение специалиста экспертной группы по отчету о профессиональной деятельности специалиста, проходящего квалификационный экзамен (врача/медицинской сестры):

подпись специалиста

фамилия, имя, отчество

24. Результат тестирования:

24а. Наименование тестовой программы _____.

24б. Результат по тестовым заданиям: _____ %.

25. Результат собеседования по специальности

_____.

26. Рекомендации экспертной группы:

а) соответствует _____ квалификационной категории

б) не соответствует _____ квалификационной категории.

27. Заключение аттестационной комиссии:

27.1. Присвоить _____ квалификационную категорию по специальности
указать какую

_____.

указать какой

27.2. Подтвердить _____ квалификационную категорию по специальности
указать какую

_____.

указать какой

27.3. Снять _____ квалификационную категорию по специальности
указать какую

_____.

указать какой

27.4. Отказать в присвоении (подтверждении) квалификационной категории

_____ по специальности _____
указать какой

указать какой

28. Специалисту _____ выдано удостоверение № _____
о присвоении (подтверждении) _____ квалификационной категории
по специальности _____.

дата документа о присвоении (подтверждении) квалификационной категории

Ответственный секретарь _____

ОБРАЗЕЦ 2

Председателю
аттестационной комиссии департамента
здравоохранения Краснодарского края для
получения квалификационных категорий
медицинскими и фармацевтическими
работниками

(Ф.И.О.)

_____,
(Ф.И.О. заявителя полностью)

работающего по специальности
«Педиатрия» в должности врача-педиатра
педиатрического отделения ГБУЗ «_____»

заявление

Прошу Вас присвоить мне _____ квалификационную категорию
по специальности _____.

Стаж работы по данной специальности _____ лет.

Квалификационная категория _____ по специаль-
ности _____ указать если имеется

сти _____ присвоена в _____ году.

«_____» _____ 20__ г.

подпись

Индивидуальный протокол специалиста

_____ фамилия, имя, отчество специалиста

Заседание экспертной группы _____
направление или специальность

Присутствуют: _____
фамилии, имена и отчества членов экспертной группы

Слушали: _____
фамилия, имя, отчество специалиста

имеющего _____ квалификационную категорию по специальности _____.

Вопросы к специалисту и оценки ответа:

1. _____ полный, неполный, неверный
(подчеркнуть)

2. _____ полный, неполный, неверный
(подчеркнуть)

3. _____ полный, неполный, неверный
(подчеркнуть)

4. _____ полный, неполный, неверный
(подчеркнуть)

5. _____ полный, неполный, неверный
(подчеркнуть)

Решением экспертной группы:

Присвоить (подтвердить) _____ квалификационную категорию по
специальности _____
указать какой

Замечания, предложения экспертной группы _____

Замечания, предложения аттестуемого специалиста _____

Председатель экспертной группы _____
подпись _____ фамилия, имя, отчество

Секретарь экспертной группы _____
подпись _____ фамилия, имя, отчество

Члены экспертной группы _____
подпись _____ фамилия, имя, отчество

ПРОТОКОЛ № _____
заседания аттестационной комиссии департамента здравоохранения
Краснодарского края для проведения аттестации медицинских и
фармацевтических работников на получение квалификационных категорий

г. Краснодар

«_____» _____ 20__ г.

I. Присутствовали: _____

фамилии, имена, отчества членов экспертной группы

II. Слушали вопрос о присвоении и подтверждении квалификационной категории специалистам по специальностям:

-

-

III. Постановили:

1. Присвоить вторую квалификационную категорию по специальностям:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

2. Присвоить первую квалификационную категорию по специальностям:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

3. Присвоить высшую квалификационную категорию по специальностям:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

4. Подтвердить вторую квалификационную категорию по специальностям:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

5. Подтвердить первую квалификационную категорию по специальностям

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

6. Подтвердить высшую квалификационную категорию по специальностям:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

7. Снять квалификационные категории с присвоением более низкой квалификационной категории:

«Наименование специальности»

Фамилия, имя, отчество - должность, организация, местонахождение

Председатель аттестационной комиссии _____

Заместитель председателя
аттестационной комиссии _____

Ответственный секретарь
аттестационной комиссии _____

Председатель экспертной группы _____

Члены экспертной группы _____

Председателю
аттестационной комиссии департамента
здравоохранения Краснодарского края для
получения квалификационных категорий
медицинскими и фармацевтическими
работниками

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. заявителя полностью)

работающего по специальности
«Педиатрия» в должности врача-педиатра
педиатрического отделения ГБУЗ «_____»

Согласие

Я, (указывается фамилия, имя, отчество) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие департаменту здравоохранения Краснодарского края и аттестационной комиссии департамента здравоохранения Краснодарского края для получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками на **обработку** (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место моего рождения, адрес, образование, профессия, другая информация для совершения квалификационных процедур при предоставлении государственной услуги по получению квалификационных категорий, представления по запросу в управление экономики и целевых программ Краснодарского края, управление информатизации и связи Краснодарского края, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

«_____» _____ 20__ г.

ОБРАЗЕЦ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач (начальник, директор)
государственного учреждения (пред-
приятия)

подпись

расшифровка подписи

« ____ » _____ 20__ г.

ОТЧЕТ

о работе за 20__ - 20__ годы*

(Ф.И.О., указывается должность в соответствии с записью в трудовой книжке)

(полное название учреждения в соответствии с зарегистрированным Уставом)

(указывается специальность в соответствии с действующей номенклатурой специальностей)

Краснодар

« ____ » _____ 20__

* для средних медицинских работников лист оформляется по аналогии, но отчет при этом составляется за один год.