

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по
Нижегородской области

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

г. Нижний Новгород
(место составления акта)

“ 17 ” февраля 20 20 г.
(дата составления акта)

15:00

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ б/н

По адресу/адресам:

606232, Нижегородская область, г. Арзамас, ул. Молокозаводская, д. 76.

(место проведения проверки)

На основании: приказа руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в
сфере здравоохранения по Нижегородской области С. В. Щукина от 27.01.2020 №23-Пр/20.

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

была проведена плановая выездная проверка в отношении:
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного бюджетного учреждения « Арзамасский детский дом – интернат для умственно
отсталых детей»

(ГБУ «Арзамасский ДДИ»).

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Дата и время проведения проверки:

“ 04 ” Февраля 20 20 г. с 14 час. 00 мин. до час. мин. Продолжительность
10

“ 17 ” Февраля 20 20 г. с час. мин. до 15 час. 00 мин. Продолжительность р.д.
(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных
подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя
по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: с 04.02.2020 по 17.02.2020 (10 рабочих дней)

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере
здравоохранения по Нижегородской области

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

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

Приказ №23-Пр/20 от 27.01.2020 получен по электронной почте 27.01.2020 (в 16:52). Приказ
получен на руки 04.02.2020 (в 14:00).

✓ Серошкин Матвей Николаевич 17.02.2020
(фамилии, инициалы, 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:

Шашин Николай Олегович – главный государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области.

Рахманову Татьяну Викторовну – главный государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области;

Соколова Никиту Олеговича – старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере здравоохранения Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области;

Ирхина Марта Александровна – старший государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области.

Макарычеву Викторю Сергеевну – государственный инспектор отдела контроля и надзора в сфере оказания медицинских услуг Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области.

Привлечен к проверке: не привлекались.

(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: Сорокина Наталья Николаевна – директор.

(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 установлено:

Медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии ЛО-52-01-006578 от: 02.09.2019. выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области и предусматривает следующие виды работ(услуг): При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); дезинфектологии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; неврологии; психиатрии; физиотерапии;

при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: сестринскому делу в педиатрии;

при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым).

В соответствии с представленными документами по состоянию на 31 декабря 2019 г.:

Нозологическая характеристика проживающих ГБУ «Арзамасский ДДИ»			
Количество проживающих, страдающих психическими заболеваниями (всего):			98
В т.ч.:			
Шизофренией (всего):			0
Из них с частотой обострений:			

1 раз в год и реже	0
2-3 раза в год и чаще	0
Органическим заболеванием головного мозга (всего):	35
В т.ч.:	
По степени выраженности деменции	35
Умственной отсталостью (всего):	98
В т.ч.:	
по степени умственной отсталости:	
Умеренная	5
Тяжелая	48
Глубокая	45
с нарушением поведения	18
Эпилепсией (всего):	36
В т.ч.: с частотой приступов:	
1 раз в месяц и реже	34
1-5 раз в месяц	2
Более 5 раз в месяц	0
Количество лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (всего):	98
В т.ч.:	
Сердечно-сосудистыми заболеваниями	12
Заболеваниями органов дыхания	4
Онкологическими заболеваниями	0
Заболеваниями желудочно-кишечного тракта	2
Заболеваниями эндокринной системы	32
Заболеваниями мочевыделительной системы	1
Заболеваниями ЦНС и периферической н/с	64
Количество больных хроническими инфекционными заболеваниями (всего):	1
В т.ч.:	
Туберкулёзом	0
хроническим гепатитом В	0
хроническим гепатитом С	0
ВИЧ-инфицированных	1
Организация диспансерного наблюдения в течение отчётного года (с указанием кратности):	
- специалистами ЛПУ	1 раз в год
- специалистами ПНИ	-

Укомплектованность медицинскими кадрами ГБУ «Арзамасский ДДИ»	
Старший медицинский персонал (всего):	
Ставок по штату	3,0
Занято фактически	3,0
Количество физических лиц фактически	5,0
Количество незанятых ставок	0,0
Количество врачей, имеющих сертификат (всего):	5
Количество врачей, имеющих квалификационную категорию, (всего):	2
Из них:	
высшую категорию	2
Количество врачей, не имеющих квалификационную категорию	3
Количество врачей, нуждающихся в обучении	0
Средний медицинский персонал	
Ставок по штату	30,25
Количество физических лиц фактически	36

Количество незанятых ставок	0
Количество медсестёр, имеющих сертификат	36
Младший медицинский персонал	
Ставок по штату	31
Занято фактически	29
Количество физических лиц фактически	29
Количество незанятых ставок	3

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): _____

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:

1. Проверочные листы (приложение №1,2,3,4,6 к приказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 20.12.2017 № 10450) на 30 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

_____/Рахманова Т.В./
_____/Шашин Н.О./
_____/Соколов Н.О./
_____/Ирхина М.А./
_____/Сбоев Е.М./
_____/Макарычева В.С./

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

✓

Директор ВБУ, Красноярский АФМ, Соколов Н.М.

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

“ 28 ” марта 20 19 г.

✓

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
(подпись уполномоченного должностного лица (лиц),
проводившего проверку)