Приложение 4 к Методике
осуществления экспертной
оценки оптимальных
технических характеристик и
клинико-технического обоснования
медицинских изделий

Форма

**Заявление для выдачи заключения по результатам проведения экспертной оценки клинико-технического обоснования медицинской техники**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. |
| 1. Полное наименование организации здравоохранения (с указанием формы собственности) |
|  |
| 2. Сведения о медицинской технике |
| Наименование медицинской техники |  |
| Форма медицинской помощи, оказываемой организацией здравоохранения |  |
| Планируемое место дислокации запрашиваемой медицинской техники (отделение или кабинет, гараж или территория – для передвижных медицинских комплексов) |  |
| Причины приобретения (впервые, взамен старой и прочее) |  |
| Количество приобретаемой медицинской техники |  |
| 3. Общие сведения организации здравоохранения |
| Фамилия, имя, отчество первого руководителя организации здравоохранения |  |
| Фамилия, имя, отчество лица, ответственного за закуп медицинской техники |  |
| Фактический адрес (почтовый адрес) |  |
| Юридический адрес |  |
| Банковские реквизиты | ИИН (БИН) БИК ИИК Кбе 16Банк - |
| Рабочий телефон (главного врача и ответственного за закуп медицинской техники) |  | Мобильный телефон лица, ответственного за закуп медицинской техники |  |
| Факс |  | e-mail |  |
| Количество коек организации здравоохранения или количество прикрепленного населения (для поликлиник) |  | количество коек или количество посещений в смену по профилю медицинской техники |  |
| 4. Информация об имеющейся аналогичной и (или) идентичной медицинской техники в организации здравоохранения: |
| № п/п | Наименование аналогичной и (или) идентичной медицинской техники (модель, производитель, страна) | Перечень оказываемых медицинских услуг | Количество единиц | Инвентарный номер | Дата ввода в эксплуатацию | Износ, в % (по состоянию на текущую дату) | Количество мед. услуг за последний год | Место дислокации (корпус, отделение, кабинет) | Состояние (рабочее илине рабочее\*) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*для не рабочей медицинской техники приложить документ, подтверждающий его техническое состояние Информация о сопутствующей медицинской технике (для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии) |
| № | Наименование медицинской техники | Наличие |  Необходимые мероприятия  |
| 1 | Компьютерный томограф, при его наличии дополнительно необходим деко стол (ровная накладка), система лазеров и прочее. |  |  |
| 2 | Набор фиксирующих приспособлений |  |  |
| 3 | Оборудование для контроля качества (дозиметры, фонтомы, камеры и прочее.) |  |  |
| 5. Информация по планируемым медицинским услугам на запрашиваемую медицинскую технику |
| № п/п | Наименование медицинских услуг (планируемых оказывать на запрашиваемой медицинской технике) | Код тарифа медицинской услуги | Планируемое количество медицинских услуг на запрашиваемой медицинской технике в год | Требуемое количество медицинских услуг на одного пациента (в соответствии с установленной национальной практикой лечения, международными стандартами) |
| 1 |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |
| 6. Количество медицинских услуг, осуществленных на аналогичной и (или) идентичной медицинской технике за последние 3 года |
| № п/п | Наименование аналогичной и (или) идентичной медицинской техники |  Наименование медицинских услуг  |  Количество медицинских услуг  |  Количество медицинских услуг  |  Количество медицинских услуг  |
|  20\_\_\_г. |  20\_\_\_г. |  20\_\_\_г. |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 7. Количество пациентов по отделениям или нозологиям, которым показано использование запрашиваемой медицинской техники (за последние 3 года) \*: |
|  № п/п |  Наименование отделения или нозологии |  Количество пациентов |
|  20\_\_\_г. |  20\_\_\_г. |  20\_\_\_г. |
|  1. |    |    |    |    |
|  2. |    |    |    |    |
| 8. Информация о специалистах для работы на запрашиваемой медицинской технике |
| № п/п | Ф.И.О | Год рождения | Должность | Образование (Высшее учебное заведение, № и дата получения диплома, специальность) | Стаж работы | Сертификат специалиста (№, дата выдачи, срок действия) | Квалификационная категория специалиста | Документ о повышении квалификации (№, дата выдачи) |
| Для эксплуатации запрашиваемой медицинской техники\*: |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии необходимо указать информацию по следующим специалистам: физик, врач-радиолог, оператор (медицинская сестра отделения лучевой терапии), медицинский техник;

|  |
| --- |
| Информация о специалистах для работы на запрашиваемом передвижном медицинском комплексе |
| № п/п | Бригада в составе | Количество |  Требуемое количество бригад соразмерно приобретаемым передвижным медицинским комплексам  | Разница между требуемым и фактически имеющимся количеством бригад | Необходимые мероприятия по устранению нехватки бригад или специалистов |
| 1 | Врач |  |  |  |  |
| 2 | Фельдшер илимедсестра |   |  |
| 3 | Водитель |  |  |
|  | Всего бригад |  |  |
|    |  План мероприятий по подготовке специалистов в случае их отсутствия |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество | Год рождения | Должность | Планируемая дата и срок обучения, в мес. | Сумма на обучение (бюджет) |
| 1 |  |  |  |  |  |

9. Условия организации здравоохранения для эксплуатации запрашиваемой медицинской техники

|  |  |
| --- | --- |
|  Параметры |  Фактические условия |
| Площадь помещения (м2) (отделение или кабинет) |  |
| Электроснабжение |  |
| Водоснабжение |  |
| Канализация |  |
| Вентиляция |  |
| Отопление |  |
| Другое |  |
| Особые параметры (при наличии) |  |
| Условия эксплуатации медицинской техники (для передвижных медицинских комплексов) |
| Параметры | Фактические условия |
| Площадь помещения в случае наличия гаража (м2) (гараж или территория) |  |
| Высота ворот гаража (в метрах) |  |
| Ширина гаража (в метрах) |  |
| Площадь территории организации здравоохранения, в случае отсутствия гаража  |  |

Настоящим гарантирую и подтверждаю достоверность, полноту и содержание предоставленных документов и материалов.

Руководитель или

 лицо его замещающее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)