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 16 Банк - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 или не 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 или медсестра |  | |  |
| 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)