

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

163004, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Троицкий, 49

(место составления акта)

(дата, время)

АКТ ВНЕПЛАНОВОЙ ПРОВЕРКИ
контроля организации и проведения ведомственного контроля качества и
безопасности медицинской деятельности

N _____

Проверка проведена:

(адрес места проведения проверки)

Вид проверки: внеплановая/выездная/документарная/целевая/комплексная
(отметить нужное)

На основании:

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

Проведена в отношении:

(полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование
юридического лица)

Местонахождение (юридический адрес):

Руководитель:

Контактный телефон:

Продолжительность проверки:

Акт составлен:

(наименование органа исполнительной власти)

Задачи настоящей проверки: (отметить нужное)

предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению
качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством
Российской Федерации об охране здоровья граждан;

принятие мероприятий пресечению и (или) устранению последствий и причин
нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности
медицинской деятельности;

обеспечение качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских
организациях, подведомственных министерству здравоохранения Архангельской области;

определение показателей качества деятельности подведомственных организаций;

соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в
медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения
Архангельской области;

Цели настоящей проверки: (отметить нужное)

соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской
помощи и стандартов медицинской помощи;

соблюдение медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптекных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

иные положения, исходя из особенностей случая назначения проверки (в соответствии и распоряжением).

С копией распоряжения ознакомлен:

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

Лицо(а), проводившее проверку:

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего (их) проверку; в случае привлечения к участию к проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (в случае, если имеются), должности экспертов и/или наименование экспертных организаций)

При проведении проверки присутствовали:

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки выявлено (установлено):

(оформляется в зависимости от целей и задач проверки)

Выводы:

1.

Предписание:

№ п/п	Выявленные нарушения	Нормы законодательства, предусматривающие обязательные требования, нарушение которых было выявлено при проверке	Срок устранения	Примечание
1				
2				

Прилагаемые документы:

Подписи лиц, проводивших проверку:

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

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица)

(подпись) _____

(печать)

_____ (пометка об отказе ознакомления с актом проверки)

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