

**Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения  
Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по Ставропольскому краю**

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

г. Ставрополь  
(место составления акта)

“ 20 ” июня 20 19  
(дата составления акта)  
12 час. 00 мин.  
(время составления акта)

**АКТ ПРОВЕРКИ  
органом государственного контроля (надзора), органом муниципального  
контроля юридического лица, индивидуального предпринимателя  
№ 64**

По адресу: 355012, г.Ставрополь, ул. Голенева, 67-б  
(место проведения проверки)

На основании: приказа и.о. руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Ставропольскому краю (далее – Территориальный орган Росздравнадзора по Ставропольскому краю) И.П. Михалевой от 31.05.2019 № 288-о/д «О проведении внеплановой документарной проверки по исполнению предписания юридического лица»

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))  
была проведена внеплановая документарная проверка в отношении:  
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания населения «Ипатовский детский дом-интернат для умственно отсталых детей». Сокращенное наименование ГБУСОН «Ипатовский ДДИ». ИНН 2608005341, ОГРН 1022602623009, КПП 260801001. юридический адрес: 356630, Ставропольский край, Ипатовский район, г. Ипатово, ул. Степная, д. 3. место фактического осуществления медицинской деятельности: 356630, Ставропольский край, Ипатовский район, г. Ипатово, ул. Степная, д. 3.

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

Дата и время проведения проверки: с 10.06.2019 по 20.06.2019

“ <u>10</u> ”	<u>июня</u>	<u>20 19</u>	г. с	<u>09</u>	час.	<u>00</u>	мин. до	<u>12</u>	час.	<u>00</u>	мин.	Продолжительность	<u>3</u>
“ <u>20</u> ”	<u>июня</u>	<u>20 19</u>	г. с	<u>09</u>	час.	<u>00</u>	мин. до	<u>12</u>	час.	<u>00</u>	мин.	Продолжительность	<u>3</u>
“ ”		<u>20</u>	г. с		час.		мин. до		час.		мин.	Продолжительность	
“ ”		<u>20</u>	г. с		час.		мин. до		час.		мин.	Продолжительность	

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 2 рабочий дня ( 6 часов)

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Ставропольскому краю  
(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

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

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки настоящая внеплановая документарная проверка проведена на основании приказа и.о.руководителя Территориального органа Росздравнадзора по Ставропольскому краю И.П. Михалевой от 31.05.2019 № 288-о/д (в соответствии с действующим законодательством согласование с Генеральной прокуратурой Российской Федерации не требуется):

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку:

Шадчнева Ольга Васильевна – старший государственный инспектор отдела государственного контроля организации медицинской помощи населению Территориального органа Росздравнадзора по Ставропольскому краю;

(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: документарная проверка

(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)

**Проверка проведена с целью:** контроля за исполнением предписания от 29.03.2019 № 34, выданного Территориальным органом Росздравнадзора по Ставропольскому краю по результатам внеплановой выездной проверки.

**Проверка проведена в рамках:**

- Государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Реестровый номер функции: 10003674491.

**В ходе проверки установлено:**

Информация об устранении нарушений, выявленных в ходе внеплановой выездной проверки поступила в Территориальный орган Росздравнадзора по Ставропольскому краю 12.04.2019, входящий номер 2515.

В целях недопущения дальнейших нарушений при оказании медицинской помощи гражданам и с целью устранения выявленных нарушений в ГБУСОН «Ипатовский ДДИ» проведены следующие мероприятия:

1. Нарушения, выявленные в ходе внеплановой выездной проверки были доведены до медицинских работников. (выписка из протокола ежедневного совещания ГБУСОН «Ипатовский ДДИ» от 01.04.2019 №12.
2. оформлены алгоритмы расчета возрастных дозировок лекарственных препаратов в «посиндромных аптечках»
3. приняты меры к оформлению родителями воспитанников не достигших 15 лет информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство.

**Выводы:** предписание от 29.03.2019 № 34, выданное Территориальным органом Росздравнадзора по Ставропольскому краю по результатам внеплановой выездной проверки ГБУСОН «Ипатовский ДДИ» выполнено в срок и в полном объеме.



выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): **не выявлены**

(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): **не выявлены**

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): **не выявлены**

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): не внесена

(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: документы, подтверждающие исполнение предписания

Подписи лиц, проводивших проверку:

Шадчнева Ольга Васильевна – старший государственный инспектор отдела государственного контроля организации медицинской помощи населению Территориального органа Росздравнадзора по Ставропольскому краю.

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

*Викторина Ольга Владимировна* (подпись)  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя одного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“ 20 ” июня 2019 г.

подпись

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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

