

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Методическое пособие

Санкт-Петербург 2007

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	1
Глава 1. Предназначение, задачи и организационно-штатная структура физиотерапевтических подразделений.....	2
Глава 2. Нормативно-правовое регулирование деятельности физиотерапевтических отделений.....	5
Глава 3. Квалификационные характеристики сотрудников физиотерапевтических отделений.....	8
Глава 4. Функциональные обязанности сотрудников физиотерапевтических отделений.....	10
Глава 5. Основные требования к устройству, размещению оборудования и организации рабочих мест в ФТО.....	16
Глава 6. Материально-техническое оснащение физиотерапевтических отделений.....	29
Глава 7. Организация работы физиотерапевтических отделений.....	30
Глава 8. Охрана труда сотрудников физиотерапевтических отделений	35
Глава 9. Санитарно-гигиенический контроль помещений физиотерапевтических отделений.....	52
Глава 10. Документация, учет, отчетность, планирование и анализ работы в физиотерапевтическом отделении.....	53
Глава II. Техническое обслуживание, ремонт и метрологическое обеспечение физиотерапевтической аппаратуры.....	57
Приложения.....	62
Список литературы.....	98

ВВЕДЕНИЕ

В практике врача любой клинической специальности, наряду с медикаментозным лечением, широкое применение находят лечебные физические факторы. В больницах, поликлиниках и санаториях для эффективного использования физических методов лечения сформированы специальные физиотерапевтические подразделения - физиотерапевтические отделения и кабинеты. Система выполняемых в них мероприятий составляет основу физиотерапевтической помощи - разновидности специализированной медицинской помощи, оказываемой населению врачами-физиотерапевтами или под их руководством средним медицинским персоналом с использованием природных и искусственных лечебных физических факторов (**Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2005 г. № 633**). В ней нуждается примерно 80% больных, находящихся на стационарном лечении, не менее 60% больных, находящихся на амбулаторном и практически все больные, направленные в санаторий.

Физиотерапевтическая помощь является видом медицинской помощи, оказываемой врачами, имеющими соответствующую специализацию и квалификацию, в специализированных отделениях, кабинетах, лечебно-

профилактических учреждениях (в центрах, клиниках), с использованием специальной аппаратуры и оборудования.

Для эффективного использования лечебных физических факторов в системе медицинского обеспечения военнослужащих необходима четкая организация лечебного процесса, включающая:

- организационно-штатную структуру физиотерапевтических подразделений;
- нормативно-правовое регулирование деятельности физиотерапевтических подразделений;
- достаточную квалификацию персонала;
- четко очерченный круг функциональных обязанностей;
- адекватное устройство, размещение и организация работы физиотерапевтических подразделений;
- наличие соответствующей материально-технической базы;
- охрана труда сотрудников физиотерапевтических подразделений;
- достаточный санитарно-гигиенический контроль помещений;
- ведение соответствующей документации по нормированию, планированию, учету и отчетности работы подразделений;
- своевременный технический надзор, адекватное метрологическое обеспечение, эксплуатация и ремонт физиотерапевтической аппаратуры.

ГЛАВА 1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ, ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ

Предназначение

Физиотерапевтическое отделение (кабинет) является самостоятельным функциональным лечебным подразделением стационара, госпиталя поликлиники, санатория (в дальнейшем - лечебное учреждение (ЛУ)), предназначенным для комплексного лечения и медицинской реабилитации больных различного клинического профиля с использованием природных и искусственных лечебных физических факторов.

Деятельность и объем работы физиотерапевтического отделения (кабинета) определяются профилем лечебно-профилактического учреждения и соответствующими нормативными документами.

Организация, структура, объём и содержание работы отделения, количество аппаратов и установок по отдельным методам физиотерапии определяются в зависимости от штатной коечной ёмкости ЛУ. В достаточном объёме должны быть организованы кабинеты тех видов физиотерапии, которые наиболее часто могут и должны быть применены для лечения основного контингента пациентов.

Физиотерапевтическое отделение (ФТО) развёртывается в стационарах и санаториях с коечной ёмкостью более 100 коек и в поликлиниках с пропускной способностью более 200 процедур за смену. При меньшей ёмкости и пропускной способности в составе ЛУ развёртывается *физиотерапевтический кабинет (ФТК)*.

Задачи

Основными задачами физиотерапевтического подразделения являются:

1. Проведение лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с применением лечебных физических факторов;
2. Лечение больных и профилактика заболеваний путем широкого использования современных физических методов лечения;
3. Правильная организация выполнения назначенных физиотерапевтических процедур;
4. Организация мероприятий по подготовке и повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала ФТО (ФТК);
5. Организация пропаганды физических методов лечения среди пациентов и медицинских работников;
6. Консультации больных по направлению лечащих врачей других подразделений ЛУ;
7. Анализ ошибок в назначениях физиотерапевтических процедур врачами других специальностей и повышение их квалификации в области физиотерапии;
8. Внедрение в практику новых физических методов лечения и методик;
9. Проведение научной работы по анализу деятельности и актуальным проблемам оказания физиотерапевтической помощи, проведения физиотерапевтических процедур;
10. Разработка современных методов комплексного применения лечебных физических факторов у пациентов с наиболее часто встречающейся патологией;
11. Соблюдение правил охраны труда персоналом при работе на физиотерапевтической аппаратуре;
12. Учет работы ФТО в соответствии учетно-отчетной документацией, утвержденной Росздравнадзором;

Организационно-штатная структура

Эффективная организация лечебного процесса, бесперебойная работа и выполнение задач ФТО возможны только при его комплектовании высококвалифицированным врачебным и средним медицинским персоналом и оснащении соответствующей современной физиотерапевтической аппаратурой и оборудованием.

Штаты медицинского персонала ФТО (ФТК) ЛУ устанавливаются по действующим штатным нормативам.

Обязательный минимум кабинетов и основной физиотерапевтической аппаратуры и оборудования, необходимых для оснащения ФТО, зависит от типа ЛУ, коечной ёмкости стационара или количества посещений амбулаторно-поликлинического учреждения (поликлиники, лечебно-диагностического центра) (**Приложение 1**).

В состав ФТО стационара и поликлиники входят кабинеты: электротерапии (низкочастотной, высокочастотной); магнитотерапии, фототерапии и лазеротерапии; лечебного массажа, ультразвуковой терапии, ингаляционной терапии, теплотерапии, пелоидотерапии и гидротерапии (**Приложение 1**).

В санатории в состав ФТО включают также азарий, солярий, бальнео- и грязелечебницу, лечебный пляж и бювет минеральных вод.

Потребность в квалифицированном персонале определяется в соответствии со штатной ёмкостью ЛУ, количеством развёрнутых в ФТО кабинетов и норм нагрузки медицинского персонала. При определении штат-

ного расписания ФТО ЛУ необходимо учитывать потребность в физиотерапевтической помощи обслуживающего контингента (**Приложение 2**). Основными кабинетами ФТО стационара (санатория)-кочной ёмкостью от 100 до 300 коек являются кабинеты электротерапии (два-три), магнитотерапии, фототерапии, лечебного массажа, ультразвуковой терапии, ингаляционной терапии и теплотерапии. В этих лечебных учреждениях возможно совмещение кабинетов фототерапии, ультразвуковой терапии и магнитотерапии с кабинетом электротерапии.

В стационарах (санаториях) кочной ёмкостью 400-500 коек может быть развёрнуто дополнительно 2-3 кабинета лечебного массажа, водолечебница и грязелечебница (при возможности доставки нативной грязи), увеличено количество кабинетов электротерапии до четырёх.

В стационарах (санаториях) ёмкостью более 500 коек, кроме централизованного ФТО, могут быть организованы отдельные физиотерапевтические кабинеты (уголки) и кабинеты массажа при лечебных отделениях кочной ёмкостью более 50 коек.

В объединённых ЛУ для стационара и поликлиники могут быть организованы отдельные кабинеты электрофототерапии, руководство которыми осуществляется заведующим ФТО учреждения.

Управление кадровыми ресурсами

При формировании штатного расписания физиотерапевтического подразделения (отделение, кабинет) руководитель ЛУ должен руководствоваться действующим приказом МЗ СР РФ по штатным нормативам для данного типа учреждений. Вместе с тем по **Приказу МЗ СССР № 504 от 31 августа 1989 года «О признании рекомендательными нормативных актов по труду Минздрава СССР»** штатные нормативы, типовые штаты и нормы времени (нагрузки) с 1989 года носят только рекомендательный характер, в том числе по таким основным типам учреждений как городская больница, городская поликлиника.

В стационаре (санатории) ФТО возглавляет заведующий отделением. Количество должностей врачей-физиотерапевтов определяется кочной ёмкостью стационара или санатория (**на каждые 300 штатных коек одна должность врача-физиотерапевта**) и дополнительно 0,5 должности на каждое нейрохирургическое отделение (см. **Приложение 2**) (**Приказ МЗ СССР № 999 от 11.10.1982 года**).

Независимо от штатной ёмкости ЛУ в штате ФТО обязательно предусматривается должность старшей медицинской сестры (при наличии не менее 4-х медсестёр по физиотерапии и массажу) и сестры-хозяйки. Остальные должности медицинского персонала физиотерапевтического отделения зависят от штатной кочной ёмкости ЛУ, профиля лечебных отделений, количества и видов развёрнутых кабинетов в ФТО.

Количество медицинских сестёр по физиотерапии и массажу определяется из расчёта норм нагрузки (см. главу 8).

Должности санитарок устанавливаются из расчёта одна должность на каждые две должности медицинской сестры по физиотерапии, а при наличии гидро-пелоидо-теплотерапии - по количеству медицинских сестёр занятых выполнением указанных процедур (см. **Приложение 2**).

Организационно-штатная структура ФТО поликлиники (лечебно-диагностического центра) и его оснащение зависят от численности обслуживаемого контингента и, соответственно, количества посещений в день, а также количества врачей, ведущих амбулаторный приём (**Приложение 3**).

Физиотерапевтическое отделение включается в штатное расписание поликлиник при наличии в штате не менее 10 врачей-специалистов, ведущих амбулаторный приём, с пропускной способностью более 200 условных физиотерапевтических и массажных единиц за смену. В других случаях в поликлинике развёртывается физиотерапевтический кабинет (см. **Приложение 3**).

Комплектование ФТО поликлиники врачами-специалистами, средним и младшим медицинским персоналом определяется численностью обслуживаемого контингента и количеством посещений в день (**Приложение 4**) в соответствии с Приказом МЗ РФ.

ФТО могут входить также в состав Центров восстановительной медицины и реабилитации, рекомендуемый состав которых определен **Приказом Минздравсоцразвития РФ от 7.10.2005 г. № 627**.

В состав врачебно-физкультурных диспансеров и отделений, независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, имеющих соответствующую лицензию на выполнение работ и услуг по медицинской деятельности (в области лечебной физкультуры и спортивной медицины) могут входить кабинеты массажа. Организация их работы определяется **Приказом МЗ РФ от 20.08.2001 года №337**.

ГЛАВА 2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Реформирование отечественного здравоохранения привело к существенным изменениям в структуре его организации и порядке финансирования. В ходе реформ появились новые обязательные процедуры нормативно-правового регулирования деятельности ЛУ (лицензирование, сертификация, аккредитация), серьезно изменились подходы к оценке качества профессиональной деятельности медицинских работников и учреждений, осуществляется переход на систему стандартизации в здравоохранении. Нормативно-правовое регулирование в физиотерапии предполагает строгое соблюдение принципа «правовой пирамиды».

ПРАВОВАЯ ПИРАМИДА

- Федеральные законы и Указы Президента
- Постановления Правительства России
- Отраслевые и межотраслевые приказы
- Новые медицинские технологии, регистрируемые Росздравнадзором с 2005 года в соответствии с Приказом МЗ РФ от 31 декабря 2004 года № 346. (В период 1999-2003гг действовал Государственный Реестр новых медицинских технологий);
- Методические рекомендации (пособия, письма), утвержденные в установленном порядке, и рецензируемая профессиональная литература, рекомендованная для подготовки специалистов (учебники, справочники, монографии и др.).

При оценке правового статуса Приказов МЗ РФ необходимо обращать внимание на наличие визы Минюста, так как в соответствии с п. 10 Указа Президента России от 23.05.1996 № 763 (в ред. Указов Президента РФ от 16.05.1997 N 490, от 13.08.1998 N 963, от 28.06.2005 N 736) «Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти, кроме актов и отдельных их положений, содержащих сведения, составляющие государственную тайну, или сведения конфиденциального характера, не прошедшие государственную регистрацию, а также зарегистрированные, но не опубликованные в установленном порядке, не влекут правовых последствий, как не вступившие в силу, и не могут служить основанием для регулирования соответствующих правоотношений, применения санкции к гражданам, должностным лицам и организациям за невыполнение содержащихся в них подписаний. На указанные акты нельзя ссылаться при разрешении споров».

Лицензирование и аккредитация физиотерапевтических подразделений

Специализированная медицинская помощь (в том числе и физиотерапевтическая) оказывается врачами-специалистами ЛУ, получивших лицензию на указанный вид деятельности (Статья 40 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 года).

Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 10 утверждено Положение о лицензировании медицинской деятельности, а Приказом Минздрава РФ от 26.07.2002 года №238 работы и услуги по специальности физиотерапия включены в лицензируемые виды медицинской деятельности - доврачебную, амбулаторно-поликлиническую, санаторно-курортную и стационарную помощь. Лицензированию и аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Лицензирование - выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений). По его результатам выдается лицензия лицензии на право оказания соответствующих медицинских услуг с максимальным сроком действия пять лет.

Аккредитация физиотерапевтических подразделений - определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Ей также подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

Аккредитацию медицинских учреждений и подразделений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций.

Стандартизация физиотерапевтической помощи.

Стандартизация является одним из способов закрепления в форме документов оптимальных методов организации различных видов деятельности. Стандарты содержат выработанный наукой и апробированный на практике необходимые требования, удовлетворение которых обеспечивает соответствующие потребностям качество физиотерапевтической помощи. В настоящее время МЗ СР РФ принята практика издания стандартов медицинской помощи для лечения пациентов с определенными нозологическими формами в условиях амбулаторно-поликлинической, стационарной и санаторно-курортной помощи. Физические методы лечения составляют основу последних. В каждом из 26 стандартов санаторно-курортной помощи приведен перечень физических методов лечения, которые должны быть применены в лечении больного с определенной нозологической формой. Их содержание позволяет точно определить задачи по оказанию физиотерапевтической помощи с учетом профиля и статуса ЛУ, взаимоотношения с Фондом ОМС и пациентами, и провести медико-экономическую оценку деятельности ФТО.

В стандартах санаторно-курортной помощи указано количество и кратность назначения физических методов лечения. При их превышении могут возникнуть осложнения с оплатой соответствующих расходов Фондом ОМС.

Исходя из этого назначение процедур необходимо производить по принципу разумной достаточности.

Маркетинг в физиотерапии.

Значительное расширение количества и номенклатуры производимых аппаратов, а также числа фирм, представляющих физиотерапевтическое оборудование на выставках мировой медицинской аппаратуры определяет необходимость оптимального выбора необходимой аппаратуры. Он включает в себя последова-

тельную оценку технических возможностей аппарата по генерации необходимого физического фактора с требуемыми характеристиками, диапазона варибельности параметров генерируемого фактора и способов его передачи/доставки к тканям, эргономических и эксплуатационных характеристик, сервисных возможностей и коммерческих условий приобретения и эксплуатации, что позволяет реализовать физиотерапевтические процедуры (услуги). Указанные этапы составляют содержание *маркетинга в физиотерапии*.

Физиотерапевтический маркетинг - анализ взаимосвязанного процесса разработки, производства, ценообразования, распределения и продвижения физиотерапевтических аппаратов и услуг с целью их оптимальной реализации. Предметом физиотерапевтического маркетинга являются аппараты и опосредованно реализуемые с их помощью услуги.

Специфика производства физиотерапевтической аппаратуры состоит в выделении двух групп аппаратов - для профессионального и бытового (домашнего) использования. Их кардинальное отличие состоит в том, что аппараты -первой группы формируют лечебные физические факторы, которые пациентам назначает врач-физиотерапевт. Именно он определяет необходимость и эффективность применения тех или иных методов у пациентов с определенными заболеваниями. Напротив, аппараты второй группы используются пациентами самостоятельно.

Сегодня на рынке представлены как автономные (монофункциональные), так и универсальные (полифункциональные) аппараты. Последние имеют возможности использования различных физических методов лечения. Они имеют более высокую стоимость, но меньшую, чем суммарная стоимость соответствующих отдельных аппаратов.

Объектом маркетинга профессиональной физиотерапевтической аппаратуры является врач-физиотерапевт, а бытовой - пациент. Такое положение определяет наличие двух различных рынков - профессиональных и бытовых аппаратов. В этих условиях производители профессиональных аппаратов должны проводить продуманную и хорошо скоординированную политику завоевания рынка, а компании, занятые производством бытовых аппаратов, свои основные усилия тратят на завоевание новых потребителей. В условиях нестабильности развития рынка некоторые отечественные и зарубежные компании реализуют концепции маркетинга как профессиональных так бытовых физиотерапевтических аппаратов.

Помимо рынка аппаратов, маркетинг в физиотерапии охватывает и обширнейший рынок услуг, динамичный рост которых является одной из глобальных тенденций современной медицины. Несмотря на быстрое развитие сферы услуг в медицине, до сих пор не выработано общепринятого определения понятия "услуга". Поэтому большинство медиков сегодня под услугой понимают «объекты продажи в виде действий, выгод или удовлетворений». Система маркетинга включают семь основных понятий: нужда, потребность, запрос, товар, обмен, сделка, рынок. Отдельную отрасль услуг, осуществляемых с использованием преимущественно природных лечебных физических факторов, составляют санаторно-курортные и оздоровительные услуги.

Рынок услуг имеет ряд принципиальных отличий от рынка аппаратов. Во-первых, услуга создается в процессе ее предоставления, и, следовательно, услуги, предоставляемые разными производителями (учреждениями и врачами), невозможно сравнить до их покупки и потребления. Во-вторых, оказание большинства физиотерапевтических услуг требует высокоспециализированных и профессиональных знаний врачей-физиотерапевтов и медицинских сестер, не поддающихся оценке и пониманию пациента. Исходя из этого для медицинского учреждения (производителя услуг) очень важны психологические аспекты продаж, формирование благоприятного имиджа и другие материальные приемы.

Рынок физиотерапевтических аппаратов ориентирован на вкусы и желания пациентов (потребителей) в полной мере лишь в сегменте домашних (бытовых) физиотерапевтических аппаратов. Вместе с тем и сег-

мент профессиональных аппаратов также определяется вкусами пациента, но не прямо, а косвенно - через сферу физиотерапевтических, косметических, оздоровительных и прочих услуг. Поэтому физиотерапевтический маркетинг как рыночно ориентированная на вкусы пациента концепция определяет процесс разработки, продвижения и реализации услуг, ориентированный на выявление и удовлетворение потребностей пациентов в определенном уровне качества жизни.

ГЛАВА 3. КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОТРУДНИКОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Руководство работой физиотерапевтического отделения (кабинета) осуществляется заведующим отделением, а при его отсутствии - врачом-физиотерапевтом.

В соответствии со статьей 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (№ 5487-1 от 22 июля 1993 года) право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное знание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения и социальной политики Российской Федерации, - также сертификат специалиста и лицензию. Сертификат специалиста выдается на основании обучения на соответствующем цикле послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура) или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

На должность заведующего ФТО назначается врач, окончивший лечебный или педиатрический факультет высшего учебного медицинского заведения по специальности «Лечебное дело» или «Лечебно-профилактическое дело», прошедший дополнительную подготовку по физиотерапии, имеющий сертификат специалиста и опыт работы по физиотерапии не менее пяти лет.

На должность врача-физиотерапевта ФТО назначается врач, окончивший лечебный или педиатрический факультет медицинского ВУЗа по специальности «Лечебное дело» или «Лечебно-профилактическое дело», прошедший дополнительную подготовку по физиотерапии и имеющий сертификат специалиста.

На должность старшей медсестры ФТО назначается одна из медсестер, имеющая среднее медицинское образование, дополнительную подготовку по физиотерапии, сертификат специалиста и опыт работы по физиотерапии не менее года.

На должность медицинской сестры ФТО назначается медсестра, имеющая среднее медицинское образование, дополнительную подготовку по физиотерапии и сертификат специалиста.

На должность медсестры по массажу назначается медсестра, имеющая среднее медицинское образование, дополнительную подготовку по лечебному массажу и сертификат специалиста.

В соответствии с **Приказом МЗ РФ от 20 августа 2007 г. № 553** специальность «Физиотерапия» входит в группу специальностей, требующих дополнительной подготовки из основных специальностей «Терапия», «Скорая медицинская помощь», «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Подготовка специалистов по специальностям, требующим дополнительной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку или обучение в ординатуре при наличии послевузовского профессионального образования и стажа работы не менее трех лет по соответствующей основной специальности.

Дополнительная подготовка по физиотерапии проводится на факультетах повышения квалификации и профессиональной переподготовки (в течение 3,5 месяцев - 504 часа) (**Постановление Правительства РФ от**

26.06.1995 № 610 «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов (с изменениями на 10.03.2000 г). Лицам, прошедшим одну из форм подготовки и выдержавшим квалификационный экзамен, выдается сертификат специалиста.

К проведению физиотерапевтических процедур допускаются медицинские сестры (фельдшера) прошедшие первичную специализацию по физиотерапии (не менее 288 часов) и имеющие сертификат специалиста. Аналогичны требования к медицинским сестрам по лечебному массажу.

В соответствии с **Приказом МЗ МП РФ от 17.11.1995 г. №348** медицинская сестра обязана пройти обучение по специальности и получить сертификат государственного образца, действительный, на территории Российской Федерации, который подтверждается каждые 5 лет при обязательной переподготовке в этот срок.

Повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала с подтверждением сертификата должно осуществляться на курсах тематического усовершенствования (в объеме 144 часа) не реже одного раза в 5 лет.

Квалификационная характеристика врача-физиотерапевта определена **Приказом МЗ СССР от 21.07.1988 года №579 (Приложение 5)**; среднего медицинского персонала - медицинской сестры ФТО и медицинской сестры по массажу - **Приказом МЗ РФ от 19.08.1997 года №249 (Приложения 6,7)**.

Для совершенствования профессионального уровня персонала ФТО и повышения персональной ответственности за выполнение ими функциональных обязанностей проводится аттестация специалистов. Аттестация производится по желанию специалистов и является добровольной. По результатам аттестации специалистам присваивается квалификационная категория.

Основными документами, регламентирующими работу по аттестации врачей является **Приказ МЗ МП РФ от 16 февраля 1995 г. № 33 «Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации»**. По аттестации среднего медицинского персонала порядок аттестации определен приказом **МЗ МП от 23 мая 1995 года № 131 «Об утверждении Положения об аттестации средних медицинских и фармацевтических работников»**.

В соответствии с Приказом МЗ РФ РФ «О порядке получения квалификационных категорий» от 9 августа 2001 года №314-(рег. №2892) вторая квалификационная категория по физиотерапии (а медицинским сестрам и по лечебному массажу) присваивается врачам и медсестрам после 3 лет работы, первая - врачам через 7, а медсестрам - через 5 лет работы, а высшая -соответственно через 10 и 7 лет работы по специальности.

Специалист (врач, медицинская сестра), претендующий на присвоение квалификационной категории, должен представить в аттестационную комиссию следующие документы: заявление на имя председателя аттестационной комиссии с просьбой об аттестации или переаттестации; аттестационный лист, заполненный на пишущей машинке до п. 23 включительно и заверенный руководителем лечебно-профилактического учреждения и печатью учреждения; (форма аттестационного листа находится в отделе кадров учреждения); отчет о своей работе по специальности для врача за последние 3 календарных года; для медсестры при первой аттестации - отчет за последний календарный год; документ, подтверждающий оплату за прохождение аттестации (копия платежного поручения учреждения или экз. договора с аттестационной комиссией с подтверждением о произведенной оплате за аттестацию).

Аттестационная комиссия обязана рассмотреть аттестационные материалы на присвоение квалификационной категории в течение 3-х месяцев со дня получения.

ГЛАВА 4. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СОТРУДНИКОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ.

Заведующий ФТО ЛУ составляет функциональные обязанности для каждого сотрудника, исходя из имеющегося штатного расписания, особенностей размещения и оснащения лечебных кабинетов, специфики работы гражданского персонала ФТО на основании Приказа МЗ СССР от 21.12.1984 года №1440 "Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале". После согласования с профсоюзным комитетом и утверждения начальником госпиталя (санатория, поликлиники), функциональные обязанности доводятся до каждого исполнителя под роспись.

В процессе работы, но не реже одного раза в год, заведующий ФТО проверяет знание функциональных обязанностей медицинским персоналом. На обратной стороне титульного листа функциональных обязанностей ставится дата проверки, оценка и подпись сотрудника.

Заведующий ФТО

Заведующий ФТО подчиняется заместителю главного врача ЛУ по медицинской части, отвечает за работу и состояние отделения. Ему подчиняется весь персонал отделения.

Заведующий ФТО обязан:

- планировать работу отделения на основе общего плана ЛУ и задач отделения;
- распределять обязанности среди персонала отделения и контролировать их выполнение;
- контролировать правильность назначений физиотерапевтических процедур лечащими врачами, для чего проводить совместный прием больных с врачами-физиотерапевтами;
- консультировать лечащих врачей по вопросам физиотерапии;
- оказывать методическую помощь лечащим врачам, анализировать ошибки в назначениях и сообщать о них врачам;
- контролировать правильность выполнения процедур медсестрами;
- вести постоянный надзор за правильностью эксплуатации аппаратуры, контролировать проведение, своевременный ремонт и ведение технической документации;
- внедрять новые методы физиотерапии в практику работы, изучать их эффективность;
- организовывать обучение среднего персонала новым методикам физиотерапии, правилам оказания первой медицинской помощи при электротравме и других неотложных состояниях;
- разрабатывать инструкции по охране труда на рабочих местах;
- организовывать и осуществлять мероприятия по охране труда персонала физиотерапевтического отделения;
- проводить все виды инструктажей по охране труда персонала ФТО;
- проводить оценку эффективности новых физических методов лечения, совершенствовать используемые методики;
- проводить научную работу по плану руководителя ЛУ;
- контролировать санитарную и противопожарную безопасность в отделении;

- проводить санитарно-просветительскую работу среди больных;
- вести учетно-отчетную медицинскую документацию;
- представлять в установленные сроки отчеты по работе ФТО.

Врач-физиотерапевт

Врач-физиотерапевт подчиняется заведующему ФТО ЛУ и отвечает за методически правильное проведение больным назначенных физиотерапевтических процедур. При проведении лечения физическими факторами ему подчиняется весь медицинский персонал отделения.

Врач-физиотерапевт обязан:

- проводить прием больных, направленных на лечение в ФТО при необходимости вносить коррективы в назначения после согласования с лечащим врачом;
- консультировать лечащих врачей по вопросам физиотерапии;
- контролировать правильность проведения процедур средним и младшим медицинским персоналом отделения;
- проводить врачебный контроль за переносимостью больными процедур и эффективностью лечения;
- внедрять в практику работы новые методики физиотерапии и оценивать их эффективность;
- контролировать знания средним медперсоналом правил техники безопасности при проведении физиотерапевтических процедур;
- контролировать режим работы аппаратуры, правильность ее эксплуатации, принимать меры по своевременному устранению недостатков;
- вести правильно учетно-отчетную медицинскую документацию;
- участвовать в проведении занятий по специальной подготовке;
- участвовать в санитарно-просветительской работе среди больных;
- участвовать в научной работе по плану руководителя ЛУ;

В случаях, не предусмотренных настоящими функциональными обязанностями, действовать по указанию заведующего ФТО.

Старшая медсестра физиотерапевтического отделения (кабинета)

Старшая медицинская сестра подчиняется заведующему ФТО, а при его отсутствии - врачу-физиотерапевту. Ей подчиняется средний и младший персонал ФТО.

Старшая медсестра обязана:

- руководить работой среднего и младшего медицинского персонала отделения, распределять между ними обязанности и контролировать своевременное и точное их выполнение;
- контролировать правильность проведения лечебных процедур медсестрами, соблюдение ими техники безопасности при проведении процедур;

- осуществлять надзор за исправностью, правильной эксплуатацией медицинской аппаратуры и оборудования, их своевременным ремонтом и списанием;
- инструктировать средний и младший персонал по технике безопасности при проведении процедур;
- своевременно представлять заявки на необходимое медицинское имущество;
- контролировать санитарно-гигиеническое состояние помещений, вентиляции, отопления, сигнализации; об обнаружении недостатков немедленно докладывать заведующему ФТО;
- проводить мероприятия по повышению квалификации среднего и младшего персонала для обеспечения их взаимозаменяемости;
- качественно вести учетно-отчетную документацию отделения, следить за соблюдением правил внутреннего распорядка медицинским персоналом и больными, получающими физиотерапевтическую помощь, обеспечивать высокую трудовую дисциплину;
- ежедневно проводить хозяйственный обход ФТО, контролировать при этом санитарное состояние, исправность освещения, водоснабжения, канализации, вентиляции, отопления, охранной и противопожарной сигнализации, работу персонала; об обнаруженных недостатках информировать заведующего ФТО;
- осуществлять надзор за исправностью аппаратуры, правильностью ее эксплуатации, своевременностью ремонта и списания;
- вести учет почасовой работы аппаратов ежемесячно (с отметкой в эксплуатационном паспорте аппарата);
- проводить вводный инструктаж принимаемых на работу средних и младших медицинских работников;
- контролировать соблюдение персоналом правил противопожарной защиты;
- своевременно представлять заявки на необходимое медицинское имущество и аппаратуру;
- вести табель выхода на работу гражданского персонала отделения;
- своевременно пополнять отделение лекарственными препаратами, перевязочными средствами, бланками учета и отчетности;
- обучать медперсонал правилам и приемам оказания неотложной медицинской помощи, своевременно пополнить наборы для ее оказания;
- вести систематический контроль за соблюдением средним и младшим медицинским персоналом правил охраны труда и техники безопасности;
- в случаях, не предусмотренными настоящими функциональными обязанностями, старшая медсестра действует по указанию начальника (заведующего) ФТО.

Медсестра физиотерапевтического отделения (кабинета)

Медсестра физиотерапевтического отделения подчиняется заведующему ФТО, в части касающейся проведения процедур и врачу-физиотерапевту, в части касающейся распорядка работы - старшей медсестре. Она несет ответственность за правильное проведение процедур больными.

Медсестра ФТО обязана:

- знать основные теоретические положения о механизме действия физических факторов на организм, совместимости и последовательности выполнения физиотерапевтических процедур;
- точно выполнять назначения лечащего врача (врача-физиотерапевта) в соответствии с методикой, указанной в процедурной карте (форма 44/у);
- находиться в лечебном процедурном кабинете неотлучно при проведении процедуры;
- наблюдать постоянно за больными во время проведения процедуры; при ухудшении состояния больного немедленно прекратить процедуру и вызвать врача-физиотерапевта;
- знать и строго соблюдать правила техники безопасности при проведении физиотерапевтических процедур;
- осуществлять технический контроль над работой физиотерапевтических аппаратов; при их неисправности прекратить процедуру, сделать запись в журнале технического обслуживания медицинской аппаратуры и доложить заведующему ФТО или врачу-физиотерапевту;
- контролировать выключение аппаратов и рубильников по окончании работы;
- следить за сохранностью медицинского и хозяйственного имущества, поддерживать надлежащее санитарно-гигиеническое состояние кабинета;
- вести учет и отчетность по установленным формам;
- организовать работу младшего медицинского персонала, обучать его методом подготовки рабочих мест к выполнению процедур.

Медицинская сестра по лечебному массажу

Медицинская сестра по лечебному массажу подчиняется заведующему ФТО, в части проведения процедур - врачу-физиотерапевту, а в части распорядка работы - старшей медицинской сестре.

Медицинская сестра по лечебному массажу обязана:

- знать основные теоретические положения о механизме действия массажа на организм пациента, совместимости и последовательности его проведения с другими лечебными процедурами;
- перед началом проведения курса лечебного массажа знакомить больных с правилами внутреннего распорядка в кабинете, правилами приема процедур, рациональным положением тела, соблюдением режима отдыха после процедур;
- выполнять процедуры лечебного массажа в соответствии с назначениями врача; в случае ухудшения состояния больного прекратить процедуру и вызвать лечащего врача;
- знать основные правила оказания неотложной помощи больным, вызвать врача-физиотерапевта и оказывать необходимую помощь больному до его прихода;
- проверять исправность механических массажных аппаратов; при их неисправности делать запись в журнале технического обслуживания и докладывать об этом старшей медсестре ФТО;
- следить за сменой белья, сохранностью оборудования и имущества, периодически проветривать массажный кабинет, пополнять расходные смазывающие вещества (кремы, присыпки);

- вести учетно-отчетную документацию и представлять ее старшей медсестре ФТО; составлять сводные отчеты о работе кабинета лечебного массажа;
- проводить при необходимости, по указанию заведующего ФТО, процедуры лечебного массажа лежащим больным непосредственно в палатах ЛУ.

Сестра-хозяйка ФТО

Сестра-хозяйка подчиняется старшей медсестре ФТО, а в части материальной ответственности - начальнику соответствующей службы ЛУ. Она отвечает за сохранность материальных средств, эксплуатацию вещевого и другого хозяйственного имущества в отделении

Сестра-хозяйка обязана:

- своевременно получать, хранить, содержать в исправном состоянии вещевое и другое имущество, вести его учет;
- своевременно списывать имущество, выслужившее установленные сроки и пришедшее в негодность;
- следить за качеством уборки процедурных и других кабинетов, а также подсобных, помещений;
- следить за исправностью отопления, освещения, вентиляции, сигнализации, телефонов; при обнаруженных недостатках принять меры по их устранению, докладывать заведующему ФТО;
- создавать уют в помещениях отделения;
- следить за сохранностью имущества, соблюдением правил техники безопасности и противопожарной защиты.

Санитарка физиотерапевтического отделения

Санитарка ФТО ЛУ подчиняется медицинской сестре соответствующего лечебного кабинета ФТО, в части общего распорядка работы - старшей медицинской сестре отделения. Она отвечает за санитарное состояние обслуживаемого кабинета ФТО, сохранность аппаратуры и медицинского имущества.

Санитарка кабинета ФТО обязана:

- иметь общее представление об используемых в кабинете лечебных физических факторах, технике и основных методиках проведения процедур, правилах поведения больных во время приема лечебных процедур;
- знать порядок обращения с аппаратурой кабинета и правила техники безопасности при работе с ней;
- постоянно поддерживать общий порядок и должное, санитарное состояние в кабинете, ежедневно проводить влажную уборку, проветривание кабинета и необходимые дезинфекционные мероприятия;
- готовить лечебный кабинет и необходимые материалы к приему больных и проведению лечебных процедур;
- помогать медицинской сестре при выполнении подсобных и вспомогательных работ в ходе проведения больным лечебных процедур;
- помогать медсестре кабинета осуществлять наблюдение за состоянием больных, принимающих лечебные процедуры;

- по окончании работы кабинета выключать все электроприборы, рубильники, закрывать водопроводные краны, окна, произвести в кабинете влажную уборку, подготовить его к работе на следующий день;
- следить за состоянием хозяйственно-бытового оборудования и имущества кабинета;
- периодически производить смену постельного белья на кушетках, а также салфеток на тумбочках.

Санитарка-ванщица ФТО

Санитарка ванщица подчиняется медсестре водолечебницы, в части общего распорядка - старшей медсестре. Отвечает за своевременное проведение лечебных ванн, санитарное состояние водолечебницы и сохранность имущества.

Санитарка-ванщица обязана:

- знать правила обращения с подсобным оборудованием и оснащением водолечебницы; соблюдать правила техники безопасности и соблюдать их в процессе работы;
- своевременно готовить концентраты для проведения хвойных ванн; соблюдать правила работы с кислородным баллоном и сатуратором углекислой воды и другим оборудованием водолечебницы;
- мыть и дезинфицировать ванны, определять температуру воды в ванне;
- помогать медсестре в наблюдении за самочувствием больных;
- поддерживать порядок и санитарное состояние водолечебницы и закрепленных за ней помещений;
- по окончании работы закрывать водопроводные краны, мыть ванны, следить за сохранностью имущества;
- помогать сестре-хозяйке в проведении мелкого ремонта вещевого имущества.

Санитарка-душор

Санитарка-душор подчиняется медсестре водолечебницы, в части общего распорядка - старшей медсестре ФТО отвечает за своевременное проведение больным лечебных ванн, санитарное состояние кабинета и сохранность имущества.

Санитарка-душор обязана:

- знать правила обращения и техники безопасности при работе с душевой кафедрой и соблюдать их в процессе работы;
- помогать в проведении лечебных душей при строгом соблюдении их параметров (давление воды, температуры, времени процедуры);
- помогать медсестре проводить, подводный душ-массаж, подсобные работы;
- наблюдать за состоянием больных, контролировать самочувствие больных;
- поддерживать в душевом зале порядок и хорошее санитарное состояние;
- по окончании работ закрывать водопроводные краны, окна; производить уборку и дезинфекцию помещений;
- вести учет и следить за сохранностью оборудования и вещевого имущества кабинета;

- помогать сестре-хозяйке в проведении мелкого ремонта вещевого имущества и утюжке белья.

ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСТРОЙСТВУ, РАЗМЕЩЕНИЮ ОБОРУДОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ РАБОЧИХ

МЕСТ В ФТО

Общие положения

Рациональное устройство, оборудование и планировка кабинетов ФТО должны обеспечивать эффективное использование всех современных методов физиотерапии, создание для больных наиболее комфортных условий в процессе приема лечебных процедур и отдыха, соблюдение техники безопасности и норм охраны труда работников ФТО.

Размещение и устройство помещений ФТО должно соответствовать действующим Строительным Нормам и Правилам **САНПИН 2.1.3.1375-03**, введенным Постановлением Главного Государственного Санитарного врача Российской Федерации № 124 от 6 июня 2003 года (рег.№ в Минюсте 4709 от 18 июня 2003 года) и отраслевому стандарту **ОСТ 42-21-16-86 "ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии, общие требования безопасности" (1986 г.)**, введенному в действие приказом МЗ СССР от 4.11.86 года №1453.

Все вновь строящиеся, реконструируемые и действующие лечебные учреждения, в том числе и дневные стационары, должны быть оборудованы водопроводом, канализацией, централизованным горячим водоснабжением. Качество воды для хозяйственно-питьевого назначения должно соответствовать требованиям **САНПИН 2.1.3.1375-03**.

Здания лечебных учреждений, в которых расположены ФТО, должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением и естественной вытяжной без механического побуждения. Состав и площадь помещений ФТО определяются заданием на проектирование на основании расчетного количества процедур: физиотерапевтические процедуры (электрофототерапия, теплотерапия, пелоидотерапия и др.), массаж, лечебная физическая культура (в том числе бассейны, ванны для лечения движением в воде), трудо- и механотерапия и др.

Вновь построенные или реконструированные ФТО должны приниматься в эксплуатацию в установленном порядке специальной комиссией с обязательным участием в ней представителей санитарно-эпидемиологической службы, технической инспекции труда, профсоюзной организации и руководства ЛУ.

Физиотерапевтическое отделение разворачивается в наземных этажах лечебного учреждения. Размещение ФТО в подвальных, полуподвальных и цокольных помещениях, пол которых расположен ниже планировочной от метки тротуара более 0,5 м, запрещается.

Монтаж и установку изделий медицинской техники разрешается выполнять только при наличии согласованного и утвержденного в установленном порядке проекта процедурных кабинетов в которых закончены строительные, отделочные, электромонтажные и санитарно-технические работы.

Установку и эксплуатацию аппаратуры, являющейся источником электромагнитных полей (ЭМП), производить в соответствии с санитарными правилами по электромагнитным полям в производственных условиях.

Помещения ФТО разрешается использовать только по их прямому назначению. Проведение в них каких-либо других работ, не связанных с эксплуатацией физиотерапевтической аппаратуры, запрещается. Все процедурные кабинеты и кабинеты врачей должны быть оборудованы умывальниками с горячей и холодной водой.

Кроме процедурных кабинетов, ФТО должно иметь следующие помещения:

- кабинет заведующего ФТО -12 м²;
- кабинет врача-физиотерапевта -12 м²;
- кабинет старшей медицинской сестры -12 м²;
- кладовая для хранения переносной медицинской аппаратуры и расходного медицинского имущества -6 м²;
- кабинет текущего ремонта аппаратуры -18 м²;
- бельевая для хранения чистого белья -6 м²;
- кладовая для хранения предметов уборки помещений и грязного белья - 4 м²;
- кладовая для хранения баллонов с углекислотой - 8 м²;
- компрессорная - по нормам СНиП;
- санузлы с умывальниками в шлюзах мужские и женские для больных и персонала - по нормам СНиП.

На каждое ФТО при его организации оформляют паспорт, который должен содержать сведения о коммунальных условиях, перечень помещений, оснащение медицинским оборудованием, характеристику защитных устройств (**Приложение 8**). К паспорту прилагаются: копия акта с заключением о разрешении эксплуатации ФТО, схемы размещения аппаратуры в кабинетах, схемы защитных устройств с протоколами замеров величины их сопротивления.

Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, легко доступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в установленном порядке.

Стены палат, кабинетов врачей, холлов, вестибюлей, столовых, физиотерапевтических и других лечебно-диагностических кабинетов с сухим режимом рекомендуется окрашивать силикатными красками (при необходимости - в сочетании с масляными красками). Для окраски потолков может применяться известковая или водоземлюсионная побелка. Полы должны обладать повышенными теплоизоляционными свойствами (паркет, паркетная доска, деревянные полы, окрашенные масляной краской, линолеум). Размещение оборудования и мебели в помещениях ФТО должно обеспечивать доступность для уборки.

В каждом кабинете необходимо предусмотреть сигнализацию для приглашения больных на процедуру и вызова медицинского персонала в процедурную кабину для оказания помощи больному.

В каждом кабинете, где проводят процедуры в положении больных лежа на кушетках, должен быть шкаф с ячейками для хранения индивидуальных простыней, закрепляемых за больными на период лечения.

Кабинеты электро- и фототерапии

Состав и площадь вновь строящихся и реконструированных кабинетов электро- и фототерапии, требования к вентиляции, отоплению, кондиционированию воздуха, освещению помещений должны соответствовать действующим СНиП.

Стены помещений в кабинетах на высоту 2 м следует окрашивать масляной краской светлых тонов, остальную часть стен и потолок - клеевой. Облицовка стен керамической плиткой запрещается.

Пол должен быть деревянным без выбоин или покрыт линолеумом, не образующим статического электричества. Запрещается для покрытия пола и изготовления занавесей процедурных кабин применять синтетические материалы, способные создавать статические электрические заряды.

Площадь кабинетов электро- и фототерапии необходимо планировать из расчета 6 м² на кушетку, а при наличии одной кушетки - не менее 12 м².

Отдельно должен быть оборудован кабинет для проведения внутрисполостных процедур площадью 18 м² на одно гинекологическое кресло.

Для проведения лечебных процедур следует оборудовать процедурные кабины, каркас которых выполняется из пластмассовых или хорошо отполированных деревянных стоек, либо металлических (никелированных или покрытых масляной краской) труб.

Металлические конструкции кабин необходимо изолировать от каменных стен и полов путем установки фланцев на подкладках из токонепроводящего материала толщиной 40-50 мм (прокладки из дерева, предварительно проваренные в парафине и окрашенные масляной краской). Крепежные шурупы (болты) фланцев не должны быть длиннее высоты прокладки.

Размеры кабин не должны быть менее по высоте - 2 м, длине - 2,2 м. Ширину кабин рассчитывают в зависимости от типа аппарата: для аппаратов ВЧ-, СВЧ-терапии, мощных УВЧ генераторов, аппаратов для общей гальванизации с ваннами для конечностей и стационарных светолечебных аппаратов - 2 м, для прочих аппаратов - 1,8 м.

В каждой кабине должны быть **деревянная кушетка** с подъемным изголовником (кресло с подголовником), стул, вешалка, устройство для местного освещения, один передвижной или два переносных физиотерапевтических аппарата, размещаемых на подвижных столиках.

Для аппаратов с дистанционным, в том числе и с универсальным расположением конденсаторных пластин и излучателей («Волна-2и», «Луч-11 и другие) следует выделять специальные помещения или кабины, экранированные тканью с микропроводом "В-1" артикул 438 или аналогичной. При применении аппаратов только с контактным воздействием экранирование процедурных кабин не требуется.

Аппараты для гальванизации можно размещать в кбинах, подвесив их на стену (жесткую стенку кабины).

При установке аппарата для франклинизации не должно быть заземленных предметов на расстоянии 1,5 м от него. Рядом с аппаратом в стенах здания не должны проходить водопроводные, канализационные или какие-либо другие металлические трубы, а также металлические конструкции здания.

Вне кабин (не ближе 3 м от стола медицинской сестры) разрешается размещать облучатель коротковолновый ультрафиолетовый для местных облучений (БОД-9), аппараты УВЧ-терапии переносные (УВЧ-30 и др.).

В электро- и фототерапевтическом кабинете должен быть выделен специальный изолированный бокс (смежное помещение) площадью не менее 8 м² для работ по подготовке лечебных процедур, хранения и обработки прокладок, приготовления лекарственных растворов, стерилизации тубусов и т.п., оборудованный сушильно-вытяжным шкафом, моечной, раковиной с двумя отсеками и поворотным краном с подачей холод-

ной и горячей воды, двумя дезинфекционными кипятилниками, рабочим столом с бюреточной системой, медицинским шкафом и стиральной машиной.

В кабинете низкочастотной электротерапии оборудуют «уголок-кухню» с двухсекционной мойкой с подводом горячей и холодной воды для полоскания гидрофильных прокладок. Для кипячения гидрофильных прокладок устанавливают стерилизатор сухожаровой Э40-220 В.

Кабинет центральной электротерапии (электросонтерапии и центральной электроаналгезии) необходимо располагать в той части здания, где уровень шума минимален. Входная дверь должна быть с тамбуром и обита шумопоглощающим материалом. Над входом в кабинет устанавливается световое табло "Кабинет электросонтерапии. Просьба соблюдать тишину!", которое следует включать во время проведения процедур. Кабинет оснащается деревянными кроватями, тумбочкой, стулом и вешалкой для одежды. Пол следует застилать шумопоглощающим покрытием (ковровой дорожкой и др.).

В составе солярия, предназначенного для искусственного ультрафиолетового облучения людей, следует предусматривать раздевальные и душевые. При солярии организуется пост медицинской сестры (оператора).

Лазерные установки 3 и 4 класса опасности должны размещаться в отдельных помещениях. Стены должны изготавливаться из негорючих материалов с матовой поверхностью. Двери помещений должны закрываться на внутренние замки с блокирующими устройствами, исключающими доступ в помещение во время работы лазеров. На двери должен быть знак лазерной опасности и автоматически включающееся световое табло "Опасно, работает лазер!". Лазерные установки 1 и 2 класса опасности разрешается размещать в общих помещениях.

В кабинетах лазеротерапии стены и потолок должны иметь матовое покрытие. При этом стены окрашиваются масляной краской в цвет, способствующий максимальному поглощению отраженных лучей (зеленый, салатный). В кабинете рядом с лазером (0,7 м от него) необходимо разместить кушетку для пациента, а также обеспечить свободный доступ обслуживающего персонала к пульту управления и проход пациента к кушетке. Расстояние между лазером и стеной кабинета (стенкой процедурной кабины, другим аппаратом) должно быть не менее 1 м. Двери помещений должны быть оборудованы внутренними замками, иметь табло «Посторонним вход воспрещен!» и знак лазерной опасности.

В помещениях для электро- и фототерапии должна быть приточно-вытяжная вентиляция с подачей подогретого воздуха, обеспечивающая 3-4-х кратный обмен воздуха в час, и оконные фрамуги. В кабинетах УВЧ-терапии, фотарии с лампами ДРТ (ДРК) производительность приточно-вытяжной вентиляции должна обеспечивать 4-5-ти кратный обмен воздуха в час. Температура воздуха в помещениях должна быть не ниже 20 °С.

Каждое помещение должно иметь самостоятельную питающую линию тока, идущую от распределительного щита, проложенную проводами необходимого по расчету сечения. Для распределения нагрузки по фазам тока вводы следует прокладывать с расчетом при напряжении 380/110 или 220/127 В четырехпроводные. Присоединение к этой линии бытовой электроаппаратуры запрещается.

В каждом помещении необходимо оборудовать групповой щит (например, АП-50, А-3114/7), с общим рубильником или пускателем, имеющим обозначение «включено-выключено», на 60-100 А, на котором монтируют сетевой вольтметр с переключателем фаз. Групповой щит следует монтировать с предохранителями Е-27 или автоматическими выключателями максимального тока на 15 А с числом групп соответственно числу установленных аппаратов (в числе аппаратов учитывают также стерилизаторы и другие приборы). Распределительное напряжение для питания аппаратов -127 или 220 В.

Номинальные точки плавких вставок предохранителей и вставок автоматических выключателей, служащих для защиты отдельных участков сети, необходимо выбирать по возможности наименьшими по расчетным токам этих участков сети и номинальным токам электроприемников с обеспечением требований селективности.

Щиты следует устанавливать в нишах (ящиках) или закрывать кожухами. Оградительные устройства групповых щитов должны обеспечивать удобный доступ для технического обслуживания, возможность быстрого выключения, наблюдения за показаниями вольтметров и иметь запирающиеся дверцы. Ключ от дверцы группового щита кабинета должен постоянно храниться в столе на рабочем месте медицинской сестры кабинета.

Линии от группового щита к пусковым щиткам процедурных кабин прокладываются проводом требуемого по расчету сечения.

В каждой процедурной кабине на высоте 1,6 м от пола на стенах для подключения аппаратов могут быть установлены пусковые щитки (тип А-50). Щиток выполняется из электроизоляционного материала, на котором устанавливается пускатель типа ПНВ-30 или ПВ-30, одна штепсельная розетка и 4 клеммы лабораторного типа в изоляционной оправе.

Для защиты от поражения электрическим током все доступные для прикосновения металлические части электроаппаратуры класса I, 01 (CF, BF), а также подогреватели, которые могут оказаться под напряжением вследствие нарушения изоляции, подлежат защитному заземлению, которое должно осуществляться в соответствии с существующими требованиями. Заземляющие провода и полосы заземления в физиотерапевтическом кабинете закрепляют на стенах на расстоянии 5-10 см от пола. Сечение заземляющей магистрали внутри здания 24 мм^2 (при толщине шины 3 мм), вне здания - 48 мм^2 (толщина шины 4 мм).

Металлические корпуса аппаратов присоединяют к контуру заземления через отдельные ответвления. Использование в качестве заземлителей труб водопровода, отопления, канализации, газопроводов, паропроводов и молниеотводов запрещается. Последовательное включение заземления запрещено.

Провода, служащие для подключения аппаратов к сети, должны быть изготовлены из гибкого кабеля с высококачественной изоляцией, а при его отсутствии - из гибких проводов, заключенных в резиновую трубку. При подключении приборов и аппаратов запрещается использовать переходники и удлинители проводов, для чего в помещениях должно быть достаточное число пусковых щитков в соответствующих местах.

Для заземляющих устройств в первую очередь необходимо использовать естественные заземлители. Сопротивление заземляющего устройства должно быть не более 4 Ом для сети с изолированной нейтралью, а для повторного заземления нулевого провода в сетях с глухозаземленной нейтралью - не более 10 Ом.

В кабинетах электро- и фототерапии нагревательные приборы системы центрального отопления, трубы отопительной, газовой, водопроводной, канализационной систем, а также любые заземленные предметы должны быть закрыты деревянными кожухами, покрытыми масляной краской, по всему протяжению и на высоту, недоступной прикосновению больных и персонала. Вентиляционные отверстия в защитных кожухах над батареями должны быть диаметром не более 4 мм.

Металлические заземленные корпуса аппаратов при контактном размещении электродов следует устанавливать в недоступном для больного месте, а при невозможности соблюдения этого условия доступные для больного заземленные корпуса аппаратов должны быть защищены изолирующими экранами от возможного прикосновения больного.

При установке четырехкамерных ванн краны, трубы и другие металлические части водопроводной сети должны находиться на недоступном для больного расстоянии.

Ванны наполняют водой через резиновые шланги. Удаляют воду из ванн с помощью резинового шланга и эжектора (водоструйного насоса), приводимого в действие от водопровода. Запрещается подводить к ваннам металлические водопроводные трубы.

Кабинет ультразвуковой терапии

Планировка, устройство, размещение оборудования и организации рабочих мест в кабинете должна соответствовать требованиям, предъявляемым к устройству и оборудованию кабинетов для электро- и фототерапии.

Разрешается размещать аппараты для ультразвуковой терапии в одном помещении с аппаратами для дарсонвализации, лечения токами надтональной частоты, ВЧ-терапии, портативными аппаратами УВЧ- и СВЧ-терапии.

Для проведения подводной ультразвуковой терапии в одной из процедурных кабин следует установить на подставках фаянсовые ванны (ручная и ножная) с подводкой горячей и холодной воды с помощью резиновых шлангов и устройством слива воды в канализацию.

Кабинеты ингаляционной терапии

Площадь помещения, температурно-влажностный режим и вентиляция должны соответствовать санитарным нормам: 4 м² на одно место, температура воздуха в пределах 20 °С, приточно-вытяжная вентиляция с 8-10-кратным обменом воздуха в час. Запрещается проведение ингаляционной терапии в кабинетах фототерапии.

Для подключения ингаляционных аппаратов необходимо предусмотреть штепсельные розетки с защитными (заземляющими) контактами.

В аэрозольно-ингаляционных кабинетах должны быть предусмотрены вытяжные шкафы для выполнения манипуляций, связанных с применением высокоактивных медикаментов, с оборудованном раковиной и сливом в канализацию.

Компрессор для подачи воздуха к стационарным ингаляционным установкам (аэрозольным аппаратам) следует размещать в смежном или подвальном (полуподвальном) помещении. Пульт включения и выключения компрессора должен находиться непосредственно на рабочем месте медицинской сестры ингалятория.

Забор воздуха для ингаляций необходимо осуществлять вне здания, на уровне конька крыши или ниже второго этажа. Запрещается производить забор воздуха непосредственно из помещения компрессорной.

Сжатый воздух, подаваемый в ингаляторий, должен быть очищен от посторонних примесей (пыли, смазочных масел и пр.) путем последовательного пропускания через включенные в систему воздухопровода матерчатый и водяной фильтры.

Кабинет теплотерапии

Для теплотерапии (парафино- и озокеритотерапии) необходимо выделять изолированное помещение из расчета 6 м² на одну кушетку, но не менее 12 м² при наличии одной кушетки, оборудованное приточно-

вытяжной вентиляцией, обеспечивающей 4-5-кратный обмен воздуха в час. Для подогрева парафина (озокерита) должно быть предусмотрено специальное помещение (кухня) площадью не менее 8 м².

Пол помещений следует застилать линолеумом, стены кухни - облицовывать на высоту 2,5 м глазурованной плиткой.

Столы для подогревателей и розлива парафина (озокерита) по кюветам нужно покрывать термостойким материалом.

Подогрев парафина (озокерита) следует производить только в специальных подогревателях или на водяной бане.

Помещение кухни необходимо оборудовать вытяжным шкафом для размещения подогревателей парафина (озокерита) и огнетушителем ОУ-2.

Подготовленный для процедуры парафин (озокерит) до его непосредственного применения следует хранить в кюветах, размещаемых в электрических термостатах.

Водолечебница

Для проведения гидротерапии с использованием специальных устройств (аппаратов и приборов) выделяют специальные изолированные помещения, расположенные, как правило, на первом этаже.

В водолечебницу могут входить: ванный зал с раздевальнями и кабинетами подводного душа-массажа, подводного вытяжения, контрастных ванн, душевой зал с набором лечебных душей, кабинеты укутывания и лечебных орошений, а также комнаты персонала, подсобные помещения для хозяйственного инвентаря и уборочного материала.

Высота помещений в водолечебнице должна быть не менее 3 м. Стены водолечебных залов (кабинетов) облицовывают глазурованной плиткой. Пол должен иметь уклон не менее 1 см на 1 м в сторону трапов, оборудуемых в углах зала и покрыт метлахской плиткой. Потолки в помещениях с влажным режимом должны окрашиваться водостойкими красками или выполняться другими влагостойкими материалами.

Электрическую проводку и пусковые устройства в помещениях, связанных с проведением водных и грязелечебных процедур, следует выполнять специальной арматурой, обеспечивающей герметичность.

В водолечебных залах должна быть самостоятельная приточно-вытяжная вентиляция с подогревом и 3-5-кратным обменом воздуха в час, включаемая из комнаты медицинского персонала.

Температура воздуха должна быть в пределах 23-25 °С, относительная влажность не выше 60-65°.

Ванны в водолечебнице размещают либо в общем зале с раздеванием и одеванием больных в индивидуальных, кабинах, либо в отдельных кабинах площадью 6 м² с примыкающими к ним двумя кабинами площадью по 2 м² для раздевания и одевания больных.

При размещении ванн в отдельных кабинах вход в них следует делать из общего коридора через кабину для раздевания и одевания больного. Для обслуживания ванного зала и наблюдения медицинского персонала за больными вдоль всех кабин следует устанавливать общий служебный проход шириной не менее 1 м.

Стены кабин для ванн и перегородки между кабинами для одевания больных должны быть высотой 2 м, выполнены из толстого непрозрачного армированного стекла, синтетических материалов или бетона, облицованного плиткой, и установлены на высоте 15 см от пола для возможности влажной уборки.

Ванны должны быть медицинские керамические или из нержавеющей стали или пластмассовые. Монтируют их так, чтобы дневной свет падал на лицо больного.

В детских санаториях ванны следует размещать только в общем зале, из расчета 6 м² на одну ванну. Помещение для раздевания и одевания детей должно быть оборудовано из расчета 2 м² на каждую ванну.

Воду к каждой ванне необходимо подводить и отводить трубами диаметром не менее двух дюймов (5,08 см); диаметр кранов для наполнения ванны должен быть не менее одного дюйма. Наполнение и опорожнение ванны должно продолжаться не более 6 мин. Использование пробковых кранов запрещается. Качество воды, подаваемой для хозяйственно-питьевых и гигиенических целей, должно отвечать требованиям **ГОСТ 2874-82 «Вода питьевая. Гигиенические требования и контроль за качеством»**.

В ванном зале и других кабинетах водолечебницы должны быть процедурные часы, термометры для измерения температуры воды в ванне, бачки для дезинфицирующих растворов, щетки для мытья ванн, градуированные рейки-мешалки для определения объема воды в ванне.

Баллоны с углекислотой, кислородом и азотом следует устанавливать вне ванн, на расстоянии не менее 0,5 м от труб отопления и горячего, водоснабжения так, чтобы на них не падали прямые солнечные лучи. Баллоны обязательно крепятся к стене металлической скобой. Запасные баллоны с углекислотой и азотом следует хранить на стеллажах в отдельном помещении, а с кислородом - в специально выделенном помещении в вертикальном положении, укрепленными в гнездах.

Баллоны с углекислотой, азотом и кислородом от места их хранения до места установки необходимо доставлять специальными тележками.

Компрессор для проведения жемчужных ванн устанавливают в подвальном или полуподвальном помещении водолечебницы.

В помещении душевого зала устанавливают душевую кафедру с установками для струевого, циркулярного, дождевого, восходящего и других душей, сидячую ванну.

Душевая кафедра должна иметь самостоятельную подводку холодной и горячей воды от центральных магистралей при одинаковом давлении горячей и холодной воды в последних. Магистралы подводки холодной и горячей воды к душевой кафедре не должны иметь водоразборных кранов и отводов.

Душевую кафедру следует устанавливать так, чтобы при проведении струевого душа больной находился от нее на расстоянии 3,5-4 м и прямой дневной свет падал на больного, а медицинский персонал, проводящий процедуры, мог наблюдать за больным. На высоте 1-1,5 м от пола к стене должен быть прикреплен металлический поручень, за который должен держаться больной во время приема струевого душа.

Отдельные душевые установки и сидячую ванну должны разделять перегородки из толстого непрозрачного стекла или бетона, облицованного белой плиткой на высоту 2 м. Перегородки не должны доходить до пола на 10-15 см. Площадь отдельных кабин для душевых установок должна быть не менее 1-1,5 м². Душевая кафедра и установки для проведения душей должны располагаться таким образом, чтобы медицинский персонал, проводящий процедуры, мог наблюдать за больными, получающими процедуры.

При душевом зале должна быть предусмотрена раздевальня для больных из расчета 2 м² на одного больного.

Для процедур подводного душа-массажа необходимо выделять помещение согласно СНиП. Ванну емкостью 400-600 л нужно размещать так, чтобы к ней был обеспечен подход с трех сторон. Установку для душа-массажа следует располагать за ножным концом ванны с соблюдением всех требований электробезопасно-

сти: электромагнитный пускатель аппарата должен быть герметичным и заземленным, корпус аппарата тоже необходимо заземлять. Аналогичные требования предъявляются и к кабинету для подводного горизонтального вытяжения позвоночника.

Кабинет колоногидротерапии должен быть оборудован, помимо аппарата, средствами для кипячения и хранения в дезинфицирующем растворе сменных наконечников, а также самостоятельным санузлом.

Для влажного укутывания больных необходимо выделять помещение оборудованное кушеткой для больного и раковиной с горячей и холодной водой.

При водолечебницах необходимо выделять комнату для обслуживающего персонала из расчета 1,5 м на одну ванну, но не менее 8 м .

Сероводородная лечебница

Лечение сероводородными ваннами необходимо проводить в отдельном помещении или тупиковом отсеке водолечебницы, изолированном от других процедурных кабинетов.

Блок помещений должен состоять из:

- зала площадью из расчета 8 м² на одну ванну (минимальная площадь зала при одной ванне не менее 12 м²);
- лаборатории для приготовления растворов площадью не менее 10 м² одно место с вытяжным шкафом;
- помещения для хранения растворов площадью не менее 8 м²
- помещения для раздевания и одевания больных из расчета 2 м² на одно место, сообщающееся с ванным залом через шлюз.

Стены в ванном зале и лаборатории следует облицовывать глазурованной плиткой или окрашивать масляной краской на цинковых белилах.

Ванны должны быть выполнены из коррозиестойких материалов.

Сероводородная лечебница должна иметь изолированную от других помещений систему вентиляции с обменом воздуха в ванном зале +3-5, в шлюзах +3-4, в раздевальне +3-3-кратностью. Вытяжная труба для выброса воздуха должна быть выше конька кровли здания.

Трубы, подводящие сероводородную воду, а также высоко концентрированную рапу или морскую воду, должны быть выполнены из материалов, устойчивых к влиянию агрессивных сред.

Арматура (краны, ручки и т.п.) должна быть изготовлена из коррозиестойких материалов. Деревянные детали и предметы следует покрывать масляной краской на цинковых белилах. Покрытие масляной краской на свинцовых белилах запрещается.

Сероводородная лечебница должна иметь изолированную систему канализации. Канализационные трубы должны быть асбестоцементные, виниловые или чугунные, покрытые изнутри и снаружи битумным или бакелитовым лаком.

Для персонала, проводящего радоновые и сероводородные ванны, должна быть предусмотрена душевая кабина площадью 2 м².

Радонолечебница

Планировка помещений радонолечебницы, их отделка и оборудование, технологические режимы, система вентиляции, организация рабочих мест, сброс и удаление радиоактивных отходов, охрана труда персонала и правила личной гигиены определяются **Санитарными правилами «гигиенические требования к устройству, оборудованию и эксплуатации радоновых лабораторий, отделений радонотерапии» СП 2.6.1.1310-03, утвержденными Главным санитарным врачом РФ 24.04.2003 года, Нормами радиационной безопасности НРБ-96 (Гигиенический норматив).**

Искусственное приготовление концентрата радона для проведения радонолечебных процедур осуществляется в радоновых лабораториях, являющихся составной частью радонолечебницы.

Ординарная радоновая лаборатория (РЛ) предназначена для обеспечения порциями концентрата радона для приготовления радоновых ванн или других радонолечебных процедур концентрации 1,5 кБк/л (40 нКи/л) - до 250 порций.

Требования к размещению и работе радоновых лабораторий изложены в санитарных правилах СП 2.6.1.1310-03

Отделение (блок) радонотерапии в составе ФТО может располагать следующими помещениями:

- ванный зал для радоновых ванн;
- кабины для двух- и четырехкамерных ванн;
- кабинет для гинекологических орошений;
- кабинет для приема питьевых радоновых вод;
- кабинет для проведения воздушно-радоновых ванн;
- кабинет для орошений головы и лица;
- кабинет для проведения радоновых ингаляций;
- помещения для проведения контрастных ванн, кишечных промываний, микроклизм.

Помещение для радоновых ванн необходимо выделять в изолированный от общего ванного зала блок. В состав блока включаются ванные кабины, помещение для хранения порционной тары с концентратом радона, комната для персонала, служебный коридор и коридор для больных, помещение для поста медицинской сестры, комнаты отдыха для больных.

В водолечебницах, где проводятся радоновые ванны, служебные и вспомогательные помещения, ожидальни, комнаты отдыха больных могут быть общими с другими помещениями общей водолечебницы, за исключением раздевалки для персонала радонолечебницы.

Для проведения радоновых ванн выделяют кабины площадью не менее 8 м² двумя помещениями для раздевания по 2 м² на каждую ванну.

Во вновь строящихся радонолечебницах все ванны должны быть оборудованы бортовыми отсосами. В действующих радонолечебницах при проведении радоновых ванн с концентрацией радона 4,5 кБк/л⁻¹ (120 нКи/л) и более, а также при проведении комбинированных углекисло-, азотно-, кислородно-радоновых и других ванн оборудование ванн бортовыми отсосами обязательно.

Радоновые ванны с концентрацией не более 4,5 кБк/л⁻¹ при условии проведения не более 30 процедур за смену, можно проводить в общих водолечебных помещениях, когда другие процедуры не проводятся.

Для хранения порционной тары с концентратом радона необходимо выделять помещение площадью не менее 6 м^2 , оборудованное вытяжным шкафом и свинцовой защитой (стандартные свинцовые блоки толщиной 5 см), если число порций радона для ванн с концентрацией $1,5 \text{ кБк/л}^{-1}$, одновременно находящихся в шкафу, превышает 20.

Помещение для хранения порционной тары должно находиться в непосредственной близости от ванных кабин для проведения радонолечебных процедур и сообщаться с ними через дверь. В уже действующих радонолечебницах разрешается расположение вытяжного шкафа для хранения порционной тары с концентратом радона в ванном зале.

Не допускается переноска порций концентрата радона через помещения для отдыха и ожидания, комнату персонала и другие служебные помещения.

Для проведения гинекологических орошений с применением радона выделяются отдельные кабины площадью не менее 8 м^2 с раздевалкой 2 м^2 , оборудованные приточно-вытяжной вентиляцией и помещениям для раздевания.

Для приема питьевых радоновых процедур выделяются помещения из расчета площади как пациентов (не менее 8 м^2 на одного больного), так и дополнительно для вытяжного шкафа для хранения порционной тары с водным раствором радона.

Разрешается хранение в вытяжном шкафу без свинцовой зашиты 35 порций раствора радона с активностью 37 кБк в каждой, при этом мощность эквивалентной дозы на рабочем месте не превышает допустимую $0,028 \text{ мЗв.час}^{-1}$

В помещениях для проведения воздушно радоновых ванн для размещения одного бокса воздушно-радоновой ванны выделяется не менее 8 м^2 и 4 м^2 для двух кабин-раздевалок.

Если воздушно-радоновые ванны проводятся с использованием концентрата радона, то для его хранения процедурный кабинет оборудуется вытяжным шкафом для размещения которого дополнительно выделяется 4 м^2 площади. В вытяжном шкафу без специальной свинцовой зашиты разрешается хранение не более 5 порций радона концентрации $1,5 \text{ кБк/л}^{-1}$.

Компрессор для подачи в дыхательную маску бокса чистого воздуха в объеме 20-30 л/мин при сверхнормативном уровне шума (более 50 дБА) должен располагаться в подвальном или соседнем помещении.

В помещениях для проведения орошения головы (лица, десен) выделяется 4 м^2 на одно процедурное место, но не менее 12 м^2 при наличии одного места.

Место для орошения оборудуют гигиенической раковиной для удаления в канализацию используемого при орошении водного раствора радона, а также местным отсосом вытяжной вентиляции.

Отдельные кабины для проведения кишечных промываний и микроклизм планируют площадью не менее 8 м^2 на одно процедурное место.

Помещение для проведения радоновых ингаляций площадью 4 м^2 на одно процедурное место, но не менее 8 м^2 при наличии одного места, должно быть оборудовано полукабинами для индивидуальных радоновых ингаляций, обеспеченными местной вытяжной вентиляцией.

Ингаляции должны проводиться через дыхательную маску с подачей в нее по шлангу воздушно-радоновой смеси в объеме 20-30 л.мин⁻¹. Выдыхаемый из маски воздух должен удаляться местной вытяжной вентиляцией.

Устройство для генерации воздушно-радоновой смеси должно размещаться в отдельном помещении площадью не менее 15 м² (можно подвальном) и иметь фильтр из ткани Петрянова (ФП) для очистки подаваемой в маску воздушно-радоновой смеси от дочерних продуктов распада радона.

В процедурных кабинетах радонолечебницы эффективность приточно-вытяжной вентиляции должна соответствовать следующим требованиям:

- в ванном зале - не менее чем с трехкратным воздухообменом в час по притоку и пятикратным - по вытяжке;
- в помещении для проведения гинекологических орошений 6-кратный воздухообмен в час;
- в кабинетах для питьевых радоновых процедур, кишечных промываний и микроклизм - 6-8-кратный воздухообмен в час;
- в помещении и боксах для проведения воздушно-радоновых ванн -6-8-кратный воздухообмен в час при скорости движения воздуха в рабочем проеме местных отсосов не менее 1,5 м.с⁻¹.

Грязелечебница

Грязелечебница должна иметь следующие помещения: раздевальную, процедурный зал, душевую комнату (кабины), кабинеты для полостных процедур и электрогрязелечения, грязевую кухню, помещение для мойки простыней (брезента) и их сушки, грязехранилище, комнаты отдыха для больных, туалетные комнаты, подсобные помещения для хозяйственного и уборочного инвентаря.

Процедурный зал грязелечебницы может состоять из отдельных кабин или быть общим (8 м² на одну кушетку, но не менее 12 м² при наличии одной кушетки).

При размещении кушеток в отдельных кабинах вход в них должен быть из общего коридора. Для обслуживания больных и наблюдения медицинского персонала за больными вдоль всех процедурных кабин нужно оставлять общий служебный проход шириной не менее 1 м.

Стены кабин и перегородки должны иметь высоту 2 м, выполняться из гладких материалов, легко поддающихся влажной уборке; их нужно поднимать на 10-15 см от пола. Пол помещений следует выстилать метлахской плиткой.

Душевая комната для обмывания больных после лечебных процедур должна быть из расчета один душ на две процедурные кушетки. Кроме того, она оборудуется шлангом для обмывания лежачих больных. При кабинетном устройстве грязелечебницы душ должен быть в каждой кабине.

Горячую и холодную воду следует подводить через общий смеситель, установленный вне душевой комнаты или кабины. Спуск в канализацию производится через трап с отстойником. Подогрев грязи (торфа) должен производиться в специальном, смежном с процедурным залом, помещении (грязевой кухне), в нагревателях с электроподогревом или в транспортирующих устройствах.

Площадь кухни должна быть из расчета 4,5 м² на одну кушетку, но не менее 10 м². Подачу грязи к процедурным кушеткам следует проводить механизированными способами.

В помещениях грязелечебницы должна быть оборудована общеобменная вентиляция обеспечивающая +4-5-кратный обмен воздуха в час. Температура воздуха лечебных помещений должна быть в пределах 25°С.

Для грязелечебных гинекологических (проктологических) процедур следует выделять отдельное помещение площадью не менее 14 м² на одно рабочее место (кушетка или гинекологическое кресло), оснащенное устройством для спринцевания, восходящим и дождевым душем.

На каждое последующее рабочее место нужно добавлять площадь из расчета 3,5 м² на два кресла (кушетки) и кабину для раздевания площадью 2 м² на одно рабочее место.

Для полостного и ректального грязелечения, а также для проведения грязевых аппликаций на десны следует применять только свежую, не бывшую в употреблении и регенерации грязь.

Электрогрязелечебные процедуры должны проводиться в отдельных помещениях, оборудованных в строгом соответствии с требованиями, предъявляемыми к помещениям для электро- и фототерапии.

Для стирки и сушки простыней (холстов, брезентов, клеенок) следует выделять отдельное помещение площадью не менее 18 м².

Воду из емкостей и стиральной машины нужно спускать в канализацию через трапы, оборудованные отстойниками грязи. Для сушки простыней (холстов, брезентов) должна быть сушильная камера, отгороженная кулисами от рабочих помещений.

Температура воздуха рабочих помещений должна быть в пределах 16-18°C. Рабочие помещения необходимо оборудовать приточно-вытяжной вентиляцией, обеспечивающей +6 -10-кратный обмен воздуха в час.

Помещение для хранения лечебной грязи (грязехранилищ) должно иметь площадь из расчета 12 м² на одну кушетку. В нем должно быть естественное освещение и температура воздуха в пределах 10-15°C.

Грязехранилище следует оборудовать приточно-вытяжной вентиляцией, обеспечивающей +2 -10-кратный обмен воздуха в час.

Свежую, а также требующую регенерации грязь необходимо хранить в специальных бетонированных бассейнах, которые должны быть оборудованы устройствами, обеспечивающую механическую загрузку грязи в бассейны, забор ее из бассейна и транспортировку к месту использования. Расположение бассейнов должно обеспечивать свободный подход и мытье их горячей водой.

В грязехранилище должно иметься не менее четырех бассейнов: в три закладывают свежедоставленную грязь, а четвертый и освобождающиеся используют для загрузки грязи, подлежащей регенерации,

Оптимальная толщина слоя грязи в бассейне 1,2-1,5 м, высота слоя рапы над грязью - не менее 15 см, высота борта бассейна над слоем рапы - не менее 8 см.

В больших грязелечебницах число бассейнов для хранения грязи определяется пропускной способностью грязелечебницы с учетом того, что на одну процедуру расходуется в среднем 8 кг грязи и отработанная грязь подлежит регенерации в течение 3-4 мес.

При расчете потребного количества грязи следует предусматривать 4-6-месячный, а иногда и годовой запас грязи в зависимости от ее типа и микроклиматических условий грязехранилища.

При грязелечебнице следует выделять комнату с индивидуальным шкафом для одежды и душем для обслуживающего персонала площадью: из расчета 2 м² на одну кушетку в зале, но не менее 8 м².

Комнаты отдыха и подсобные помещения

В ФТО должны быть предусмотрены комнаты отдыха для больных, оборудованные полумягкими кушетками и креслами, из расчета 4 м² на кушетку и 2 м² на кресло.

Число мест для отдыха после приема тепло-, водо-, грязелечебных процедур должно соответствовать 80% рабочих мест этих кабинетов, а после приема всех прочих процедур - 20% от числа рабочих мест. Не менее 40% мест в комнатах отдыха обеспечивается креслами. Для отдыха больных в креслах допускается использование световых «карманов» коридоров и холлов.

Комнаты отдыха оборудуются кушетками, прикроватными тумбочками, стойками-вешалками, зеркалами, коврами или ковровой дорожкой, картинами или эстампами с изображением видов природы (преимущественно летних и весенних пейзажей, видов моря).

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы и т.д.). Покрытия в лечебных учреждениях не должны иметь дефектов (щелей, трещин и др.), должны быть гладкими, плотно пригнанными к основанию, быть устойчивыми к действию моющих и дезинфицирующих средств. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стены должны быть подведены под плинтуса, которые должны быть плотно закреплены между стеной и полом. Швы прилегающих друг к другу листов линолеума должны быть тщательно пропаяны.

Для защиты от слепящего действия солнечных лучей и перегрева в лечебных учреждениях окна, ориентированные на южные румбы горизонта, оборудуются солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи и др.).

Искусственная освещенность (общая и местная), источник света, тип принимаются в соответствии с действующими нормативными документами. Светильники общего освещения помещений, размещаемые на потолке, должны быть со сплошными (закрытыми) рассеивателями.

Для обеспечения персонала горячим питанием в лечебных учреждениях должны быть предусмотрены столовые или буфеты (в зависимости от количества работающих). Количество посадочных мест в столовых или буфетах должны предусматривать из расчета 10-12 мест на 100 работающих.

Состав и площади помещений столовых и буфетов следует принимать в соответствии с действующими строительными нормативами по оборудованию предприятий общественного питания.

В каждом структурном подразделении должны быть предусмотрены комнаты для персонала площадью не менее 12 м², оборудованные холодильниками, электроводонагревательными устройствами, средствами для разогрева пищи и раковинами.

Минимальная температура помещения должна быть 20-22 °С, относительная влажность не выше 60%. Комната отдыха должна хорошо проветриваться.

ГЛАВА 6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Аппаратурное оснащение, организационно-штатная структура и объем работы ФТО определяются конечной емкостью ЛУ, числом посещений в поликлинике и медицинским профилем санатория (**Приложение 9**).

ФТО следует оснащать аппаратурой и оборудованием, соответствующими требованиям стандартов, технических условий и разрешенными к применению МЗ СР РФ в установленном законом порядке. Допускается использование аппаратов, разрешенных к клиническому применению Росздравом и имеющих регистрационное удостоверение МЗ и СР РФ. Сертификат соответствия не является документом, разрешающим использование аппаратов в клинической практике.

Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы лечения могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия (**Статья 43 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (№-5487-1 от 22 июля 1993 года)**).

Физиотерапевтические процедуры разрешается проводить только на исправной аппаратуре, имеющей заводскую электрическую схему и технический паспорт. Для исключения случайного контакта больного с аппаратом, его устанавливают на максимальном удалении от кушетки или же загораживают щитком из токопроводящего материала.

Всю аппаратуру (оборудование) необходимо содержать в чистоте и в состоянии, обеспечиваемым их исправное действие. Сроки эксплуатации физиотерапевтической аппаратуры и оборудования (**Приложение 10**).

Пропаганда методов лечения, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Каждый кабинет ФТО должен иметь 2-4 медицинские кушетки, 1 письменный стол, 4 стула, хозяйственный и канцелярский шкафы, 2-4 медицинские тумбочки и одну вешалку.

Каждая кабина (высотой 2 м, длиной 2,2 м и шириной не менее 1,8 м) должна быть оснащена деревянной кушеткой с подголовником, стулом, вешалкой и тумбочкой (подвижным столиком).

Медицинский персонал лечебных учреждений должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем ежедневную смену одежды. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения. Верхняя одежда хранится в гардеробе для персонала.

ГЛАВА 7. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Организация, структура, объем и содержание работы физиотерапевтических подразделений определены **Приказом МЗ СССР от 21 декабря 1984 года № 1440 «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале»**. Организационно-штатная структура, аппаратурное оснащение и объем работы физиотерапевтических подразделений определяются штатной коежной емкостью и медицинским профилем учреждения.

В ФТО применяют следующие физические методы лечения: гальванизацию; лекарственный электрофорез; трансцеребральную импульсную электротерапию (электросонотерапию, транскраниальная электроанальгезию, мезодизэнцефальную модуляцию); диадинамотерапию; амплипульстерапию; интерференцтерапию; флюктуоризацию; электростимуляцию, местную дарсонвализацию; ультратонотерапию; низкочастотную и высокочастотную магнитотерапию, УВЧ-терапию, СВЧ-терапию дециметрового и сантиметрового диапазонов; аэроионотерапию; инфракрасное облучение; селективную и неселективную хромотерапию; ультрафиолетовое облучение, лазеротерапию; вибротерапию; баротерапию; ультразвуковую терапию, ультрафонофорез; гидротерапию; бальнеотерапию; питьевые минеральные воды; пелоидотерапию, термотерапию, гипокситерапию.

Физиотерапевтические процедуры назначает лечащий врач, при необходимости согласуя их с врачом-физиотерапевтом, после чего вписывает назначенные процедуры в соответствующую графу истории болезни (санаторную книжку) с указанием наименования процедуры, области воздействия, дозировки, периодичности и количества процедур. Для назначения физиотерапевтических процедур целесообразно направление больных на консультацию врача-физиотерапевта.

Заведующий ФТО (врач-физиотерапевт) осуществляет контроль за правильностью назначений лечащими врачами процедур и с этой целью организывает первичный прием направляемых на лечение в отделение больных. На приеме врач-физиотерапевт должен осмотреть больного, изучить его историю болезни, уточнить методику проведения процедуры, ознакомить больного с ожидаемым результатом лечения, определить порядок врачебного контроля в ходе лечения.

При назначении физиотерапевтических процедур необходимо учитывать основные принципы лечебного применения физических факторов. В случае назначения лечащими врачами противопоказанных, несовместимых или не соответствующих функциональному состоянию больного лечебных физических факторов врач-физиотерапевт отменяет назначения лечащего врача и, по согласованию с ним, разрабатывает оптимальный лечебный комплекс.

После консультации больного врач-физиотерапевт делает соответствующую подробную запись в графе назначений с указанием названия процедуры, зоны воздействия, методики, дозировки и количества процедур. На основании записи в истории болезни или амбулаторной карте в физиотерапевтическом отделении (кабинете) врачом-физиотерапевтом заполняется процедурная карта (**форма № 44/у**) (**Приложение 11**). В ней медицинская сестра ведет учет каждой проведенной процедуры с указанием фактических дозировок физических факторов и продолжительности воздействия. Лечащие врачи медицинских (коечных) отделений совместно с врачом-физиотерапевтом обязаны проводить постоянный контроль за реакцией больных на процедуры, применяя необходимые методы лабораторных и функциональных исследований с регистрацией результатов в истории болезни. Физиопроцедуры могут быть отменены врачом-физиотерапевтом и лечащим врачом при ухудшении состояния болезни.

Необходимо принимать во внимание возрастные ограничения сроков назначения физиотерапии, учитывать пластичность регуляции вегетативных функций у детей и ее низкую лабильность у пожилых людей. У детей различные факторы назначают в разные периоды жизни - от 1 мес до 14 лет (**Приложение 12**). У пожилых больных лечебные физические факторы необходимо применять в щадящем режиме.

Следует также учитывать, что отдаленные результаты применения некоторых физических факторов (механолечебных, термолечебных и др.) в некоторых случаях более благоприятны, чем непосредственные. Периоды последствия большинства электро- и фотолечебных факторов составляют от 2-х нед до 4-х мес, а при использовании природных лечебных факторов достигают 6 мес (лечебные грязи) или 1 года (климат) (**Приложение 13**).

Перед началом курса лечения первичных больных медицинские сестры знакомят с правилами приема процедур. Отмечают, что их нецелесообразно проводить сразу после еды (в первые 1-2 часа) или натощак. Во время процедуры больной не должен спать, читать, притрагиваться к аппаратам, регулировать параметры лечебного воздействия факторов, во время приема процедуры больной должен лежать или сидеть спокойно, не двигаться.

После процедуры больному рекомендуют отдых в течение 30-40 мин в холлах отделения. Пациента знакомят с характером возникающих при проведении процедуры ощущений, а при необходимости - разъясняют цель лечения. Памятка больному, пользующимся физиотерапевтическим лечением, изложена в **Приложении 14**.

Больной принимает обычную процедуру в постоянное время, которое не должно изменяться в процессе всего курса лечения. Он должен принимать процедуру на одном и том же аппарате, в одной и той же кабине, у одной и той же медсестры. Ожидание больным приема процедуры более 15 мин недопустимо. Изменение времени приема, обстановка может изменять возникшие рефлекторные связи, что приводит к снижению лечебного эффекта.

После включения аппарата постоянно увеличивают интенсивность воздействия до субъективного ощущения или величины, указанной в процедурной карте.

Никаких резких, болевых ощущений у пациента во время процедуры быть не должно. При их появлении медицинская сестра, выполняющая процедуру, должна выключить аппарат и проверить его работу и расположение электродов. Больных, которые предъявляют жалобы на ухудшение самочувствия во время или после процедуры, должен осмотреть врач.

По окончании процедуры постепенно уменьшают интенсивность воздействия до нуля, выключают аппарат и снимают электроды с больного.

При лечении физическими методами учитывать внешние условия, которые являются частью комплексного воздействия. Необходимо создавать для больного условия покоя и комфорта. Все должно отвечать требованиям медицинской культуры, этики и деонтологии. Во время всего рабочего дня в отделении (кабинете) должен быть создан охранительный режим для больных. Он включает в себя четкую, правильно организованную работу (исключение создания ситуаций, вызывающих эмоциональное возбуждение), тишину, деловую рабочую атмосферу, вежливость, чуткость и внимательность к запросам больных, нежелательность посторонних разговоров медицинского персонала в присутствии пациентов. Во время работы в кабинетах средний медицинский персонал должен быть опрятно одет, вежлив и предупредителен с больными, не покидать кабинет во время проведения процедуры. Он не должен вести громкие разговоры и пререкания с больными. После выполнения процедуры медсестра делает записи в процедурной карточке с указанием даты, времени воздействия, дозы.

Норма нагрузки врачей-физиотерапевтов в соответствии с **Приказом Министерства здравоохранения СССР от 23.09.1981 г. №1000 составляет 5 больных в час (30 больных в день).**

Норма нагрузки среднего медицинского персонала составляет **15000 условных процедурных единиц в год. За одну процедурную единицу принимают время (8 мин), необходимое для подготовки и проведения физиотерапевтической процедуры с соответствующим коэффициентом сложности. Количество условных физиотерапевтических единиц при выполнении одной процедуры определено Приказом МЗ СССР от 21.12.84 г №144 (Приложение 15).**

Нормы нагрузки врача или медсестер при работе на физиотерапевтических аппаратах в **«соответствии с приказом МЗ СССР от 22.07.87 г. № 902 «Об отмене планирования и оценки работы амбулаторно поликлинических учреждений по числу посещений»** устанавливаются руководителями учреждений.

Расчет условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур средним медперсоналом по приказу МЗ СССР от 21.12.84 г. №1440 в настоящее время признано рекомендательным (**Приказ МЗ СССР от 31.08.89 г. № 504 «О признании рекомендательными нормативных актов по труду МЗ СССР»**). Ориентировочными нормами нагрузки для врача-физиотерапевта (медицинской сестры кабинета лазеротерапии) составляет 16-18 больных за рабочий день.

Норма нагрузки медицинской сестры по массажу составляет 30 условных массажных единиц за рабочий день (6,5 час), а их количество при выполнении процедур определяется **Приказом Министерства здравоохранения СССР от 18.06.87 г № 817 (Приложение 16).**

Организация работы ФТО в условиях страховой медицины.

В соответствии с **Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (введенным в действие с 1.01.93 г. ВС РСФСР)** граждане Российской Федерации имеют право на свободный выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса; предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования (статья 6).

Медицинскую (в том числе физиотерапевтическую помощь) в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. По лицензиям медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования (статья 20).

В соответствии с законодательством по страховой медицине все пациенты, получающие физиотерапевтическую помощь, являются потребителями услуг медицинского учреждения, а последние - ее исполнителями (продавцами). Отношения, возникающие между потребителями, с одной стороны, и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже (выполнении работ, оказании услуг); с другой стороны, регулируются **Законом РФ «О защите прав потребителя» № 2-ФЗ от 9 января 1996 года.**

Работа физиотерапевтических кабинетов и отделений в системе ОМС

При работе ЛУ в системе ОМС руководителю физиотерапевтического подразделения, в том числе врачам и медицинским сестрам отделения следует четко знать основные директивные документы, которые регламентируют деятельность как в целом всего лечебно-профилактического учреждения, так и любого его структурного подразделения в данной системе, а именно:

- Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.91;
- Постановление Правительства РФ от 23.01.92 № 41 «О мерах по выполнению закона РСФСР — О медицинском страховании граждан в РСФСР»;
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93;
- Типовые правила обязательного медицинского страхования;
- Реестр медицинских услуг с толкователем;
- Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС персоналу физиотерапевтических подразделений, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС),

следует знать существующее законодательство, типовые правила обязательного медицинского страхования, реестр медицинских услуг и тарифы медицинских услуг в системе ОМС.

В ЛУ врач-физиотерапевт свою услугу, например, консультативный прием оформляет следующим образом. На «Едином талоне амбулаторного пациента» (учетная форма № 025-8/у-95 МЗ МП РФ) проставляется фамилия, имя и отчество пациента, его год рождения, № страхового полиса, шифр диагноза (по действующей международной классификации болезней), код услуги (из действующего реестра услуг), свой личный шифр

специалиста. При проведении физиотерапевтической процедуры врачом (например, лазеротерапия), кроме повторного заполнения вновь «Талона на прием к врачу» должен на «Карте больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» (ф 044/у МЗ СССР) (см. **Приложение 11**) проставить также данные, а именно фамилию, имя и отчество больного, год рождения, № страхового полиса, шифр диагноза, код услуги и шифр специалиста.

Медицинская сестра отделения (кабинета) каждую выполняемую физиотерапевтическую процедуру (услугу) должна отмечать в двух документах: в «Талоне на прием к врачу» и в «Карте больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» по той же схеме заполнения, что и врач.

В ЛУ, работающем в системе ОМС в обязательном порядке должны быть следующие документы: договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по ОМС между данным лечебно-профилактическим учреждением и страховой медицинской организацией на текущий год, реестр медицинских услуг, утвержденный вышестоящим органом здравоохранения, территориальным фондом ОМС и комиссией по тарифам; тарифы на медицинские услуги, утвержденные органом здравоохранения, фондом ОМС и комиссией по тарифам; правила ОМС, утвержденные местным органом исполнительной власти.

Администрация ЛУ проводит совместно с сотрудниками страховой медицинской организации целый ряд обязательных занятий с коллективов лечебно-профилактического учреждения по разъяснению основных директивных документов, действующих в системе ОМС, а также подробный инструктаж о порядке заполнения утвержденной медицинской документации по каждой услуге.

Ежедневно к концу рабочего дня все заполненные врачом и медицинской сестрой талоны сдаются в операторскую ЛУ для их обработки два раза в месяц: 1-го и 15-го числа в лечебно-профилактическом учреждении составляется счет-фактура, который предоставляется для оплаты в страховую медицинскую организацию. После обработки данных страховой компанией в учреждение приходит акт экспертизы, где экспертами указываются дефекты при оформлении услуг, которые не могут быть оплачены компанией. По физиотерапевтическим процедурам это, как правило, несовместимость процедур в один день, наложение одной и той же процедуры местного и общего воздействия в одно время, неточность кодирования услуг медицинским работником, некорректность в оформлении документации (небрежность и пр.), дублирование услуг оператором-программистом при вводе данных в ЭВМ.

Управление качеством физиотерапевтической помощи

Комплексный анализ и оценка качества физиотерапевтической помощи носит интегральный многофакторный характер и основан на объективном определении степени соответствия основных критериев оценочной шкалы их нормативному значению.

Алгоритм комплексной оценки формируется из следующих слагаемых, уровня материально-технической базы, кадровой обеспеченности, профессионального уровня, технической оснащенности и состояния физиотерапевтического оборудования, выполнения условий охраны труда, технического состояния аппаратуры, состояния метрологического контроля, видов помощи, фактического охвата ими пациентов, технологического уровня выполняемых процедур.

Для оценки всего отделения (кабинета) производится суммирование показателей всех показателей, ранжированных по их значимости с последующим их приведением к уровню от 0 до 1.0. Установленные критерии служат для оценки деятельности медицинских учреждений при проведении аккредитации путем сравнения фактических данных с нормативными показателями (профессиональные стандарты). Интегральный коэффициент является оценочным, позволяющим решить вопрос о возможности выдачи лицензии и определить его категорию при аккредитации.

В зависимости от общей балльной оценки ФТО относятся к пяти категориям. Вопрос об отнесении к той или иной категории решает аккредитационная комиссия на основании заключения экспертов (эксперта) после проведения экспертизы.

ГЛАВА 8. ОХРАНА ТРУДА СОТРУДНИКОВ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Общие положения

Безопасность работы в отделении, согласно **Федеральному Закону от 17 июля 1999 года №181-ФЗ и ОСТ 42-21-16-86**, достигается:

- технологически и санитарно-гигиенически обоснованным размещением , планировкой и отделкой помещений;
- рациональной организацией работы;
- рациональной организацией рабочих мест;
- соблюдением безопасных условий труда на каждом рабочем месте;
- использованием исправной аппаратуры и защитного оборудования, отвечающих требованиям безопасности;
- регулярным проведением инструктажа по охране труда, стажировки на рабочих местах работников и проверкой знаний требований охраны труда;
- обучением персонала безопасным методам и приемам выполнения работ;
- применением эффективных средств индивидуальной и коллективной защиты.

Охрана труда работников подразделений ФТО осуществляется на основании **«Положения об организации работы по охране труда в органах управления и учреждениях системы Министерства Здравоохранения РФ (приложение к приказу МЗ РФ № 126 от 29.04.97)»**.

В соответствии с данным Положением общее руководство и ответственность за организацию работы по охране труда в учреждениях и структурных подразделениях учреждений (отделениях, лабораториях и т.д.) здравоохранения возлагается на руководителя.

Руководитель ЛУ обязан обеспечить:

- безопасность при эксплуатации зданий, сооружений, оборудования, приборов, безопасную организацию работ в структурных подразделениях, а также эффективную эксплуатацию средств коллективной и индивидуальной защиты;
- соответствующие требованиям законодательства об охране труда условиям труда на каждом рабочем месте;
- организацию надлежащего санитарно-бытового и лечебно-профилактического обслуживания работников;
- режим труда и отдыха работников, установленный законодательством;

- выдачу работающим бесплатной специальной одежды, специальной обуви и средств индивидуальной защиты, санитарной одежды, смывающих и обеззараживающих средств, молока и лечебно-профилактического питания в соответствии с установленными нормативами;
- организацию проведения расследования несчастных случаев на производстве;
- обучение и инструктаж работников и проверку знаний работниками норм, правил и инструкций по охране труда;
- информирование работников о состоянии условий и охраны труда и рабочем месте, о существующем риске повреждения здоровья и полагающихся работникам компенсациях и льготах;
- беспрепятственный допуск представителей органов государственного надзора и контроля и общественного контроля для проведения проверок состояния условий и охраны труда в учреждении и соблюдения законодательства о труде, а также для расследования несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- своевременную уплату штрафа, наложенного органами государственного надзора и контроля за нарушение законодательства об охране труда и нормативных актов по безопасности и гигиене труда;
- необходимые меры по обеспечению сохранения жизни и здоровья работников при возникновении аварийных ситуаций, в том числе надлежащие меры по оказанию первой помощи пострадавшим;
- предоставление органам надзора и контроля необходимой информации о состоянии условий и охраны труда в учреждении, выполнении их предписаний, а также о всех подлежащих регистрации несчастных случаев и повреждениях здоровья работников на производстве;
- обязательное страхование работников от временной нетрудоспособности вследствие заболевания, а также от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Заведующий ФТО обязан:

- обеспечить безопасные условия труда на каждом рабочем месте вверенного ему подразделения в соответствии с нормами и правилами охраны труда;
- разработать и согласовать в установленном порядке инструкции по охране труда для работников вверенного ему структурного подразделения;
- проводить инструктаж по охране труда на рабочем месте в порядке, предусмотренном разделом 7 **Государственного стандарта «Организация обучения безопасности труда» ССГТ ГОСТ 12.0.004-90;**
- контролировать соблюдение подчиненными работниками правил и инструкций по охране труда и производственной санитарии, выполнение правил трудового распорядка;
- организовать безопасное хранение, транспортировку и использование радиоактивных, ядовитых, взрывоопасных, огнеопасных веществ и материалов;
- обеспечить подчиненных работников специальной одеждой, специальной обувью, санитарной одеждой, средствами индивидуальной защиты, мылом, молоком и лечебно-профилактическим питанием, согласно установленным нормам;

- знать порядок расследования несчастных случаев на производстве, профессиональных заболеваний, обеспечивать своевременное оказание первой медицинской помощи работникам, пострадавшим при несчастных случаях;
- не допускать выполнение работ на неисправном оборудовании и не допускать к работе лиц, не прошедших соответствующего обучения и инструктажа по охране труда;
- отстранять от работы лиц, нарушающих правила, нормы, инструкции по охране труда и производственной санитарии;
- останавливать работу неисправного оборудования (приборов, аппаратов), которые угрожают жизни и здоровью работников, с извещением об этом руководителя учреждения.

Сотрудник ФТО обязан:

- соблюдать нормы, правила и инструкции по охране труда;
- правильно применять коллективные и индивидуальные средства защиты;
- немедленно сообщать своему непосредственному руководителю о любом несчастном случае, происшедшем на производстве, о признаках профессионального заболевания, а также о ситуации, которая создает угрозу жизни и здоровья людей.

К самостоятельной работе по эксплуатации медицинской техники допускается только специально обученный, аттестованный и пригодный по состоянию здоровья персонал не моложе 18 лет. Лица моложе 18 лет к работе на генераторах УВЧ и СВЧ и нахождению в сфере влияния излучения УВЧ и СВЧ не допускаются, им запрещается также работать на должности среднего медицинского персонала по обслуживанию сероводородных и радоновых ванн.

Ответственность за обеспечение безопасной работы в ФТО возлагается:

- за правильное размещение, отделку, планировку на начальника госпиталя; эксплуатацию физиотерапевтической аппаратуры - на заведующего ФТО (врача-физиотерапевта);
- за техническое состояние аппаратуры - на штатного инженера, техника или организацию работающую по договорам.

Заведующий ФТО обязан разработать инструкцию по охране труда для каждого кабинета, согласовать с профсоюзным комитетом и утвердить у руководителя ЛУ (**Приложение 17**). Инструкция по охране труда вывешивается в удобном для чтения месте. Срок действия инструкции в пожаро- и взрывоопасных местах - 3 года, в других местах - 5 лет.

В каждом процедурном кабинете должны быть детальные инструкции, определяющие действие персонала по оказанию первой помощи в случае поражений электрическим током (**Приложение 18**).

В ФТО должна находиться аптечка первой помощи с необходимым набором медикаментов (**Приложение 19**.)

Медицинские осмотры персонала

В соответствии с приказом **МЗ РФ от 14.03.1996 г. №90** медицинский и технический персонал ФТО должен проходить обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические меди-

цинские осмотры в целях предупреждения заболеваний, несчастных случаев, для обеспечения безопасности труда:

- при работе в условиях воздействия сверхвысоких частот (миллиметровые, сантиметровые, дециметровые волны), ультравысоких частот (УВЧ) и высоких частот (ВЧ) не реже 1 раза в 12 месяцев;
- при работе с лазерным излучением от лазеров 3-4 классов - 1 раз в 12 месяцев;
- в медицинских осмотрах должны участвовать: терапевт, невропатолог и офтальмолог с обязательными лабораторными исследованиями и общий анализ крови и подсчет числа тромбоцитов, ЭКГ, офтальмоскопия и биомикроскопия; по показаниям - дерматовенеролог;
- при работе с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений - не реже 1 раза в 12 мес. При этом в медицинских осмотрах должны участвовать: терапевт, невропатолог и, по показаниям, - офтальмолог, отоларинголог, дерматовенеролог и акушер-гинеколог с обязательными лабораторными исследованиями крови (на гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ). Рентгенография грудной клетки проводится при поступлении на работу и ежегодно при профилактических осмотрах (**Приложение 20**).

На всех лиц, подвергающихся периодическим осмотрам, заводят специальные медицинские карты. Бригада врачей, проводящая медицинские осмотры, дает заключение о допуске к работе в данном отделении.

Перечень вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов изложен в **Приложении 21**, при работе с которыми обязательны предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры.

Общие медицинские противопоказания к допуску на работу, связанную с опасными, вредными и неблагоприятными производственными факторами см. в **Приложении 22**.

При проведении периодических медицинских осмотров вопрос противопоказаний к работе персонала решается индивидуально с учетом особенностей функционального состояния организма, характера и выраженности патологического процесса, возраста работника, профессиональной подготовки, стажа работы, условий труда и др.

При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров все женщины обязательно осматриваются врачом акушером-гинекологом (акушеркой) с проведением цитологического и бактериологического исследования. Сроки гинекологических осмотров женщин должны совпадать со сроками периодических медицинских осмотров, но не реже 1 раза в год.

К работам, связанным с опасными, вредными веществами, неблагоприятными факторами допускаются лица, не имеющие противопоказаний к выполнению указанных работ.

Для каждого обследованного работника врачи, проводившие медицинский осмотр, совместно с начальником ФТО должны разрабатывать оздоровительные и лечебно-профилактические мероприятия (стационарное или амбулаторное лечение, диетическое питание, динамическое наблюдение и пр.), а также санитарно-гигиенические, направленные на оздоровление условий труда и устранение (минимизацию воздействия) причин, вызывающих заболевание.

Электробезопасность физиотерапевтической аппаратуры

По способу и степени защиты от поражения электрическим током все аппараты делят на 4 класса. Для безопасной эксплуатации аппаратов различных классов защиты необходимо строго соблюдать требования к

питанию и заземлению аппаратов. По способам защиты от поражения электрическим током все аппараты изготовленные до 1 января 1996 года делят на 4 класса.

01 и I классы - имеют клеммы защитного заземления с внешним контуром здания;

II класса - защитную изоляцию кожуха;

III класса - питаются от изолированного источника тока низкого напряжения.

По способам защиты от поражения электрическим током все аппараты изготовления после 1 января 1996 года делят на 4 класса.

H - с нормальной степенью защиты, не находящиеся в пределах досягаемости пациента;

B - с повышенной степенью защиты (ток утечки у пациента на пациента в нормальном состоянии изделия не более 0,1 мА).

BF - с повышенной степенью защиты и изолированной рабочей частью;

CF - с наивысшей степенью защиты и изолированной рабочей частью.

Для их безопасной эксплуатации необходимо строго соблюдать требования к питанию и заземлению аппаратов. Все аппараты, имеющие 01 и 1 класс электробезопасности, подлежат обязательному заземлению к контуру здания. Каждый аппарат подсоединяется к клемме заземления пускового щитка отдельным проводом. Надежность заземления необходимо контролировать один раз в 1-2 мес.

Аппараты, выполненные по II классу электробезопасности, не заземляются, а эффективность изоляции проверяется ежемесячно.

При работе с лазерами необходимо соблюдать требования безопасности, изложенные в **ГОСТ Р 507023-94 «Лазерная безопасность. Общие требования»** и **Санитарных нормах и правилах устройства и эксплуатации лазеров №5804-91**.

Лазеры устанавливают в кабинах, занавешенных шторами из светопоглощающего материала. Запрещается смотреть навстречу прямому и зеркально отраженному лучу. В случае использования лазерного излучения видимого диапазона, а также средневолнового ультрафиолетового излучения на глаза медицинского персонала и больных необходимо надевать очки с темной окраской стекол и боковой защитой типа СЗС.22 (по ГОСТ 124.003-74).

В физиотерапевтических отделениях и кабинетах применяют лазерные установки, аппараты и приборы, которые по интенсивности излучения относятся к низкоинтенсивным и, согласно техническим требованиям к лазерным аппаратам, входят в классы 1,2, 3а.

Согласно **ГОСТу Р 50723-94** они могут использоваться в кабинетах ФТО с указателем на кабине, где находится лазерный аппарат, знака лазерной опасности.

По лазерной опасности лазерные аппараты делятся на классы:

Класс 1. Лазерные изделия безопасные при предполагаемых условиях эксплуатации;

Класс 2. Лазерные изделия, генерирующие видимое излучение в диапазоне волн от 400 до 700 нм. Защита глаз обеспечивается естественными реакциями, включая рефлекс мигания;

Класс 3А. Лазерные изделия безопасные для наблюдения незащищенным глазом. Для лазерных изделий, генерирующих излучение в диапазоне длин волн от 400 до 700 нм, защита обеспечивается естественными реакциями, включая рефлекс мигания. Для других длин волн опасность для незащищенного глаза не больше, чем для класса 1.

Непосредственное наблюдение пучка, испускаемого лазерными изделиями класса 3А с помощью оптических инструментов (например, бинокль, телескоп, микроскоп), может быть опасным.

Класс 3В. Непосредственное наблюдение таких лазерных изделий всегда опасно. Видимое рассеянное излучение обычно безопасно.

Класс 4. Лазерные изделия, создающие опасное рассеянное излучение. Они могут вызвать поражение кожи, а также создать опасность пожара. При их использовании следует соблюдать особую осторожность. Такие лазерные изделия в ФТО, как правило, не используют.

Персонал, допускаемый к работе с лазерами, должен пройти инструктаж и специальное обучение безопасным приемам и методам работы.

В соответствии с **ГОСТ Р МЭК 60335-2-27-2000** все источники ультрафиолетового излучения в зависимости от вида ультрафиолетового излучения подразделяют на 4 типа:

- Аппарат УФ-излучения, оказывающий биологическое воздействие при излучении длинами волн более 320 нм, характеризующийся относительно высокой интенсивностью излучения в диапазоне длин волн от 320 до 400 нм (UVA). Используется в соляриях ФТО.

- Аппарат УФ-излучения оказывающий биологическое воздействие при излучении длинами волн как менее, так и более 320 нм, характеризующийся относительно высокой интенсивностью излучения в диапазоне длин волн от 320 до 400 нм (97-99%UVA+1-3%UVB).

- Аппарат УФ-излучения, оказывающий биологическое воздействие при излучении длинами волн как менее, так и более 320 нм, характеризующийся ограниченной интенсивностью излучения вне УФ диапазона длин волн (UVA+UVB),.

- Аппарат УФ-излучения, оказывающий основное биологическое воздействие главным образом при излучении длинами волн менее 320 нм (UVB).

Аппараты УФ-излучения 1 и 2 типов предназначены для использования в соляриях, салонах красоты и аналогичных местах под надзором соответствующим образом подготовленного персонала. Аппараты 3 типа могут быть использованы неподготовленными лицами, а 4 типа предназначены для лечебного применения в соответствии с медицинскими рекомендациями.

Инструктаж и обучение сотрудников безопасным приемам и методам работы

К работе в ФТО допускаются лица, прошедшие инструктаж по технике безопасности, который согласно **приказу МЗ РФ от 29 апреля 1991 года № 126** подразделяют на:

- вводный (при поступлении на работу);
- первичный (на рабочем месте);
- повторный - не реже 4-х раз в год;

- внеплановый - при изменении условий труда, нарушениях требований безопасности труда, несчастных случаях;

- целевой - при изменении условий труда.

По окончании инструктажа проводится контрольная проверка усвоения. Все сотрудники ФТО, связанные в процессе работы с применением электрического тока, должны дополнительно проходить инструктаж на рабочем месте по электробезопасности с присвоением первой квалификационной группы. Перечень профессий и должностей, требующих присвоения такой группы определяется приказом руководителя ЛУ. Ответственность за обучения и инструктаж, а также правильное ведение документации возлагаются на заведующего ФТО.

В процессе первичного инструктажа работнику необходимо разъяснить и показать безопасные приемы работы, обязанности на данном рабочем месте (требования на содержание рабочего места, организация, поведение, устройство и порядок обслуживания оборудования, правила оказания первой помощи пострадавших от электрошока, при ожогах, анафилактическом шоке, аллергических реакциях и прочих неотложных состояниях).

Кроме первичного инструктажа на рабочем месте вновь принятые или переведенные работники обязаны обучаться в течении 5-10 дней. Для чего они прикрепляются к наиболее опытному лицу, ответственному за соблюдение мер безопасности в кабинете.

После первичного инструктажа на рабочем месте и обучения заведующий ФТО должен убедиться в том, что новый сотрудник твердо усвоил правила работ на аппарате (в процедурном кабинете).

Не реже, чем через 3 мес каждый сотрудник должен проходить повторный инструктаж. Периодически повторный инструктаж проводят индивидуально или в группе сотрудников одинаковой программе. В ходе инструктажа следует проверять знания инструкций, должностных обязанностей и производственной санитарии.

Первичный инструктаж на рабочем месте и периодический повторный инструктаж регистрируются в специальных журналах регистрации (**Приложения 23, 24**), к которому должны прилагаться инструкции по охране труда и производственной санитарии. Журналы нумеруются и опечатываются установленным порядком.

Внеплановый инструктаж должен обязательно проводиться при переоборудовании кабинета; монтаже новой аппаратуры; введении новых правил работы с аппаратурой; изменении характера работы персонала и правил по охране труда; нарушениям сотрудникам инструкций по технике безопасности, повлекшее за собой возникновение несчастного случая, связанного с производством; по особому указанию начальника лечебно-профилактического учреждения.

Средства защиты персонала и больных при проведении физиотерапевтических процедур

Средства защиты, применяемые во ФТО для обеспечения безопасности медперсонала и пациентов, должны удовлетворять стандартам и другой нормативно-технической документации (**ГОСТ 12.4.011-75 ССБТ. Средства защиты работающих. Классификация.**).

Применение средств защиты работающих должно обеспечивать:

- удаление опасных и вредных веществ и материалов из рабочей зоны;

- снижение уровня вредных факторов до величины, установленной действующими санитарными нормами, утвержденными в установленном порядке;

- защиту работающих от действия опасных и вредных производственных факторов, сопутствующих данной технологии и условиям работы, а также возникающих при нарушении технологического процесса.

Средства защиты необходимо осматривать и, испытывать в установленные сроки и в установленном порядке.

В ФТО необходимо применять следующие коллективные средства защиты:

- конструктивную защиту аппаратов;
- санитарные защитные сооружения;
- защитно-технологическое оборудование;
- вентиляцию и очистку воздуха.

Персонал ФТО необходимо обеспечивать средствами индивидуальной защиты, санитарно-гигиенической одеждой и обувью в соответствии с , существующими нормами.

При проведении процедур ультразвуковой терапии персонал обязан работать в хлопчатобумажных перчатках, а при проведении процедур под водой медсестра должна надевать поверх хлопчатобумажных перчаток резиновые перчатки. Персоналу запрещено при включенной мощности аппарата касаться рабочей части ультразвукового излучателя.

При использовании УФ облучателей глаза больных и обслуживающего персонала необходимо закрывать очками типа ЗН-11-72 В-2 с темной окраской стекол и боковой защитой (кожная или резиновая оправа). Медицинскому персоналу не следует работать в платьях и халатах с короткими рукавами.

Лампы с инфракрасным излучением и лампы «Соллюкс» необходимо снабжать предохранительными проволочными сетками с окном в 4-5 мм, помещенными в выходном отверстии рефлекторов и размещать под углом по отношению к больному на расстоянии, исключающем возможность падения лопнувших ламп, керамических деталей на тело больного. Запрещено помещать лампы инфракрасного излучения непосредственно над больным. При облучении инфракрасными лучами области лица на глаза больного надевают «очки» из толстой кожи или картона (толщиной 3-4-мм).

При работе с лазерными физиотерапевтическими установками 2-3 классов необходимо использовать закрытые защитные очки СЭС-22 типа ЗН-22-72 со стеклами сине-зеленого цвета. Во всех случаях при работах с лазерами необходимо исключить возможность поражения кожи персонала.

При проведении СВЧ и ДМВ-терапии с дистанционным расположением излучателей для снижения напряженности электромагнитного поля до предельно допустимых величин медицинский персонал должен пользоваться очками типа 0835.

Работы по приготовлению растворов для искусственных сероводородных ванн должны осуществляться в спецодежде, предохраняющей от ожогов и отравлений (халат, маска, перчатки и т.п.).

Для предупреждения загрязнения кожных покровов и профилактики поступления радиоактивных веществ в организм все работы в РЛ и радонолечебнице необходимо проводить в спецодежде и с применением средств индивидуальной защиты (медицинский халат, колпак, тапочки, фартук из пластика и хирургические резиновые перчатки).

Правила техники безопасности при эксплуатации физиотерапевтической аппаратуры и медицинского оборудования

Кабинеты электро-и фототерапии

Помещения, размещение оборудования и организация рабочих мест в кабинетах электросветолечения должны соответствовать требованиям нормативно-технических документов (**Приложение 25**).

Медицинскому (техническому) персоналу ФТО, не прошедшему инструктаж и обучение по безопасным приемам работы, запрещено работать и проводить лечебные процедуры в процедурных кабинетах, использовать электрические аппараты (оборудование), не ознакомившись с принципами их работы и опасностях, которые могут возникать при эксплуатации.

Запрещается подавать сетевое питание на аппараты класса I, 01 при непрерывности цепи защитного заземления, а также соединять с заземлением корпуса аппаратов II класса защиты. При поломке какого-либо аппарата его необходимо немедленно отключить, а при аварии электрической сети или пожаре - немедленно отключить главный сетевой рубильник.

Во время проведения процедур медицинские сестры обязаны постоянно следить за работой аппаратов и состоянием больных; им запрещается покидать процедурный кабинет, а больной не должен прикасаться к заземленным проводам.

Запрещается применять провода с пересохшей изоляцией, включать аппарат в электросеть при поврежденной изоляции шнура (кабеля) питания и корпуса штепсельной вилки, а также других дефектах, при которых возможно прикосновение персонала к частям, находящимся под напряжением. Во время проведения процедуры нельзя оставлять провода на теле больного. Запрещено провозить тележки и наступать на электрические кабели или шнуры электро медицинской аппаратуры и других электроприемников.

При проведении электролечебных процедур в палате, перевязочной, операционной (вне ФТО), когда больные лежат на металлических столах или кроватях, следует покрывать их 3-4 слоями прозрачной ткани, шерстяным одеялом, простыней. Размер их должен быть таким, чтобы края свешивались со всех сторон. Пол около рабочих мест обслуживающего персонала (при плиточном покрытии) необходимо закрывать изолирующим материалом (резиновым ковриком, деревянным щитом толщиной 20-30 см, покрашенным масляной краской) площадью не менее 1 м².

При проведении электролечебных процедур в 4-х камерной ванне пробки в них должны быть утеплены в штуцеры, на дно ванны должен быть уложен резиновый коврик, предохраняющий пробку от случайного выталкивания. Наполнять ванну и вымывать из нее воду можно только при отключенном аппарате. Внутри каждой ванны используют только плоские графитовые электроды.

При электрофорезе лекарственных средств следует использовать матерчатые прокладки, изготовленные из белой гидрофильной ткани. Применять цветную ткань запрещено. Гидрофильная прокладка должна иметь толщину от 10 до 15 мм. Непосредственно размещать металлические пластины на кожу человека при лечебном воздействии запрещено. На прокладках цветными нитками следует обозначить полярность и название лекарств. После процедуры матерчатые прокладки следует промывать в (проточной воде и кипятить в течение 30 мин (отдельно для каждого лекарства, с учетом полярности лекарственного вещества). Стирать их необходимо не реже 1 раза в месяц.

Для равномерного распределения лекарств, их экономии и в целях лучшего соблюдения гигиенических требований поверх матерчатых прокладок применяют прослойку из фильтровальной бумаги.

Металлические свинцовые электроды после каждой процедуры нужно протирать 1% р-ром хлораминна, периодически очищать мелкой наждачной бумагой и промывать водой. Не следует использовать электроды, имеющие дефекты.

УВЧ-процедуры следует проводить только после тщательной настройки терапевтического койтура в резонанс с генератором и при суммарном зазоре под обеими конденсаторными пластинами не более 6 см, считая от поверхности металлической пластины электрода до поверхности кожи. Расстройка выходного контура для уменьшения выходной мощности аппарата, а также поведение процедур одной конденсаторной пластиной запрещается.

Перед процедурой франклинизации, дарсонвализации, высокочастотной магнитотерапии, УВЧ и СВЧ-терапии у пациента необходимо удалять все металлические предметы (булавки, зажимы, цепочки и проч.) из зоны воздействия. Заменять электроды (конденсаторные пластины) следует при нулевом положении ручки мощности или при выключенном аппарате.

Пребывание медицинского персонала в зоне прямого излучения дистанционных излучателей аппаратов СВЧ и ДМВ волн запрещается. Для уменьшения излучения в окружающее пространство высокое напряжение на генератор необходимо подавать только после установки излучателя в нужное положение относительно облучаемого участка тела, перед прекращением процедуры следует выключать высокое напряжение. Размер, форма излучателя должны соответствовать облучаемому участку тела.

Для кипячения прокладок, инструментов и т.д. следует применять баки и дезинфекционные кипяильники только с защитными подогревателями.

По окончании рабочего дня все рубильники, выключатели аппаратов, а также вилки из штепсельных розеток необходимо отключать. Персоналу запрещается выдергивать штепсельную вилку за шнур; усилия должны быть приложены к корпусу вилки.

Производить строительные, механические, электрические (не связанные с ремонтом физиотерапевтической аппаратуры) или иные работы в помещениях для электро- и фототерапий разрешается только после согласования с лицом, ответственным за отделение (кабинет), а также при отключенном главном рубильнике.

В процессе эксплуатации приборов и аппаратов должна быть исключена возможность их падения (опрокидывания).

Запрещается использовать фотолечебные аппараты в качестве подогревателей воздуха в помещениях.

В промежутках между лечебными процедурами рефлекторы УФО-облучателей с лампами необходимо закрывать имеющимися на них заслонками, при отсутствии таковых - плотными черными матерчатыми «юбками» из стеклоткани длиной 40 см, надеваемыми на край рефлектора облучателя. Включенные, но не эксплуатируемые лампы следует опускать до уровня кушетки.

При смене ртутно-кварцевых ламп следует соблюдать особую осторожность, не допуская механических повреждений колб. В случае разрушения ламп необходимо собрать ртуть резиновой грушей и, где разбилась колба лампы, помыть 1 % раствором КМпО₄.

Периодически (не реже 1 раза в 3 месяца), а также после каждой замены ртутно-кварцевой лампы, ремонта лампы, связанного с устранением «исправности дросселя, необходимо определять среднюю биологическую дозу горелки. Результаты измерения средней биодозы следует записывать на бирке, прикрепляемой к аппарату.

Персоналу запрещено длительно смотреть на включенные лампы ИК-излучения, т.к. глаза подвергаются вредному воздействию.

В помещениях с лазерными аппаратами, где возможно образование озона, окислов азота или других вредных газов, паров и аэрозолей, должна быть предусмотрена принудительная приточно-вытяжная венти-

ляция, обеспечивающая снижение концентрации их в воздухе до концентрации, допустимой санитарными нормами..

Освещенность (естественная и искусственная) должна соответствовать оптимальным величинам, определяемым в соответствии со **СНиП 02.08.02.-89 «Общественные здания и сооружения»**.

Организацию работ с лазерными медицинскими аппаратами, надзор за выполнением **Санитарных норм и правил устройства и эксплуатации лазеров №5804-91, ГОСТ 12.1.040-83 ССБТ. Лазерной безопасности, ГОСТ 12.1.031-81 ССБТ. Лазеры**. Методы дозиметрического контроля лазерного излучения и инструкции по охране труда осуществляет начальник отделения(кабинета), где выполняются эти работы.

При работе с лазерными физиотерапевтическими аппаратами запрещается осуществлять наведение и наблюдение лазерного излучения без средств индивидуальной защиты глаз, а также смотреть навстречу первичному или зеркально отраженному лучу.

При визуальной наводке лазерного излучения на мишень не следует смотреть вдоль луча, т.к. при этом увеличивается опасность поражения отраженным светом.

В отсутствии пациента распространение лазерного излучения должно быть прекращено заслонкой затвора установки.

Кабинет ультразвуковой терапии

При систематической работе с контактным ультразвуком в течение более 50% рабочего времени необходимо через каждые 1,5 часа делать перерыв на 15 мин, который можно заменять другой работой, не связанной с ультразвуковым облучением.

Водолечебница

При работе с кислородными баллонами необходимо оберегать баллоны от падения и ударов; они должны быть снабжены специальным редукторным вентилем; к ним нельзя прикасаться жирными руками; на них не должны содержаться помасленные части или прокладки; нельзя производить подчеканку, подварку, подтягивание накидных-гаек и болтов фланцевых соединений кислородоподводов, находящихся под давлением, подматывание льном, пенькой, а также промазывание суриком и другими материалами.

Запрещается размещать баллоны с кислородом или углекислотой вблизи отопительных систем или в зоне прямого солнечного излучения.

Сероводородная лечебница

Растворы для искусственных сероводородных ванн следует готовить в лаборатории, в вытяжном шкафу. При этом скорость движения воздуха должна быть в рабочем проеме вытяжного шкафа не менее 0,7 м/с.

Все химикаты для приготовления H_2S ванн должны храниться под строгим контролем, под замком. Порошок Na_2S следует хранить в железной(лучше оцинкованной) посуде, растворы Na_2S , HCl - в винипластовых емкостях или стеклянных баллонах, закрытых резиновой пробкой и положенных в корзины со стружкой ив плотно закрывающемся шкафу. В нерабочее время лабораторию необходимо запирать и опечатать печатью.

При аварийных ситуациях с HCl и Na_2S необходимо смыть раствор струей воды, нейтрализовать содовым раствором, засыпать опилками или песком. Все это необходимо удалить из помещения и закапать в землю.

Необходимо тщательно следить за исправным состоянием канализации и водоворота сероводородной лечебницы, тщательно убирать все помещения, в которых хранятся химические вещества.

Радонолечебница

Контроль качества защиты и работы вентиляции должен проводиться при вводе лаборатории в эксплуатацию, смене барботера, ремонте вентиляции и не реже одного раза в 3 месяца в процессе эксплуатации лаборатории и ванных залов.

Контрольные определения концентрации радона и дочерних продуктов его распада в воздухе помещений и доз гамма-излучения в этих помещениях должны проводить работники радиологических отделений санитарно-эпидемиологических учреждений в соответствии с действующей инструкцией по организации дозиметрического контроля в помещениях для радонолечебных процедур.

При обнаружении повышенных (против допустимых) концентраций радона или продуктов его распада в воздухе помещений должны быть произведены дополнительные измерения для установления причин повышения концентраций/Все пробы должны отбираться при включенной вентиляции.

Радиоактивные вещества должны храниться в специально оборудованных хранилищах, при этом бутылки и флаконы с растворами радона должны находиться в вытяжном шкафу. В помещении радоновых ванн порционные склянки с раствором радона необходимо устанавливать в вытяжном шкафу, скорость движения воздуха в рабочем проеме которого должна быть не менее 1,5 м/с.

С целью осуществления контроля за радиационной обстановкой в лаборатории устанавливаются контрольные уровни ионизирующих излучений.

Эффективная доза получаемая обслуживающим персоналом, не должна превышать 50 мЗв в год.

Контроль загрязненности поверхностей долгоживущими альфа-активными изотопами (радием, полонием) проводят методом мазков, которые берут с рук, одежды персонала, технического оборудования и рабочих поверхностей. Активность мазков следует измерять через 6 ч после отбора, когда полностью распадутся все дочерние продукты радона, и через 4 суток, когда распадутся дочерние продукты торона.

Уровни загрязненности кожного покрова персонала долгоживущими альфа-активными изотопами (радий, полоний) не должны превышать (в соответствии с НРБ-96) 5 альфа - частиц/см² х мин; рабочих поверхностей помещений постоянного пребывания персонала-10 альфа-частиц/см² х мин.

В эксплуатируемых помещениях, а также при хранении раствора (неиспользуемого) солей радия мазки отбирают не реже одного раза в три месяца.

Особо тщательно необходимо проверить загрязненность долгоживущими альфа-активными изотопами самого барботера с солями радия (краников и корпуса барботера, контейнера, в котором он находится),

Во всех лечебных учреждениях, занятых приготовлением радоновых ванн, контрольно-дозиметрические измерения производят сотрудники кустовой радоновой лаборатории.

В случае обнаружения значительных загрязнении долгоживущими альфа-активными изотопами рабочих поверхностей и оборудования, в лабораториях необходимо произвести дезактивацию загрязненных поверхностей оборудования с последующим косметическим ремонтом и проведением контрольных дозиметрических измерений.

После приготовления водного раствора радона в ординарной радоновой лаборатории его разливают с помощью дозатора в порционные склянки (бутылки) емкостью 100 мл с герметично завинчивающимися

крышками. При этом следует, по возможности, находиться от барботера с раствором солей радия и бутылки с концентрированным раствором радона на расстоянии не менее 1,5-2 м. Встряхивание бутылки следует производить с помощью шюттель-аппарата.

По окончании работы необходимо возвратить радиоактивные вещества в специально оборудованные хранилища, при этом бутылки и флаконы с раствором радона должны находиться в вытяжном шкафу,

Для предупреждения загрязнения кожных покровов и профилактики поступления радиоактивных веществ в организм, все работы в радоновой лаборатории и в радонолечебнице должны проводиться в спец-одежде и с применением средств индивидуальной защиты в соответствии с требованиями **Гигиенических нормативов ГН 2.6.1.054-96.**

Стирка одежды и белья, обработка дополнительных средств индивидуальной защиты, сбор и удаление радиоактивных отходов проводятся в соответствии с требованиями гигиенических нормативов.

Помещения для радоновых ванн и радоновая лаборатория должны быть оборудованы самостоятельной системой приточно-вытяжной вентиляцией с 6-8-кратным воздухообменом в час.

Персоналу необходимо тщательно следить за исправным состоянием канализации и водопровода радонолечебницы и тщательно убирать все его помещения.

Для проверки эффективности мероприятий и средств предупреждения загрязнения радиоактивными веществами воздуха, поверхностей рабочих помещений и оборудования и соответственно загрязнения одежды и кожи и попадания радиоактивных веществ в организм персонала радоновых лабораторий и радонолечебниц, а также защиты от облучения необходимо постоянно проводить дозиметрический и радиометрический контроль в соответствии с требованиями радиационной безопасности и гигиенических нормативов.

При случайном проливе концентрированного раствора радона или раствора солей радия персонал должен прекратить работу, выйти из лаборатории и оставить вентиляцию включенной на 2-3 часа. По истечении этого срока разлившийся раствор радона нужно убрать тряпкой обычным способом. При проливе солей радия место разлившегося раствора необходимо несколько раз протереть влажным тампоном, смоченным 5% раствором соляной кислоты. Работа должна производиться под контролем альфа-радиометра.

Работа по ликвидации аварии должна проводиться в спецодежде с обязательным использованием дистанционного инструмента (пинцета, корнцанга и т.п).

По окончании работы следует снять спецодежду и резиновые перчатки, вымыть руки теплой водой с мылом.

Персонал, производивший работу по ликвидации аварии, должен быть подвергнут дозиметрическому контролю.

Загрязненный раствором радия уборочный инвентарь (пинцет, корнцанг, вату и т.п.), разбитое оборудование, перчатки и др. необходимо поместить в банку с притертой пробкой, банку вложить в контейнер и забетонировать так, чтобы толщина стенок была не менее 40 см. Контейнер подлежит захоронению на централизованных пунктах захоронения радиоактивных отходов (ПЗРО).

После аварии работа в лаборатории должна быть прекращена для проведения контрольных измерений радиоактивности и выдачи представителями санэпиднадзора и рентгенорадиологической станции разрешения на продолжение работы.

Грязелечебница

При работе с электроаппаратурой персонал кабинета грязелечения обязан соблюдать правила эксплуатации и техники безопасности, изложенные в инструкции, прилагаемой к аппаратуре заводом - изготовителем,

Коли-титр для всех видов грязей должен быть не ниже -10 (для сапропелей не ниже -1), титр-перфрингенс для всех видов грязей не ниже 0,1 общее количество бактерий для всех видов грязей - не выше 500 тысяч (для сапропелей - не выше 1 миллиона).

Перед началом работы персонал должен убедиться в нормальном функционировании систем подачи горячей и холодной воды и спуска воды в канализацию.

Перед началом работы персонал должен убедиться, что для полостных вагинального и ректального грязелечения приготовлена свежая, не бывшая в употреблении грязь.

Подогрев грязи должен производиться в специальном, смежном с процедурной помещении, в нагревателях с электроподогревом или, в транспортирующих устройствах. Подача грязи в процедурную должна производиться механизированным способом.

Электрогрязелечебные процедуры должны производиться в отдельных помещениях, оборудованных в соответствии с правилами проведения электролечебных процедур.

Кабинет теплолечения (парафино-и озокеритотерапия)

При работе в кабинете теплолечения на персонал могут воздействовать опасные и вредные производственные факторы: высокое электрическое напряжение в цепях питания электроподогревателей, пары парафина и озокерита, ожоги при работе с парафином и озокеритом.

При работе с электроаппаратурой теплолечения необходимо выполнять правила эксплуатации и техники безопасности, изложенные в инструкции, прилагаемой к аппаратуре заводом-изготовителем.

Подогрев парафина и озокерита следует производить только в специальных подогревателях или на водяной бане. Использование для этой цели открытого огня запрещено. Помещение для подогрева парафина и озокерита должно быть обеспечено огнетушителем типа ОУ-2.

Емкость парафинонагревателя, содержащую подогретый парафин, необходимо плотно закрывать. Открывать ее разрешается только для измерения температуры, перемешивания и забора части теплоносителя для проведения процедуры.

Во избежание воспламенения не следует разбрызгивать (проливать) парафин и озокерит на источник нагрева.

При разливе подогретого парафина (озокерита) в кюветы медперсонал должен помимо спецодежды пользоваться специальными защитными рукавицами.

Кабинеты аэроионотерапии и ингаляционной терапии

При работе с аппаратурой аэроионотерапии и ингаляционной терапии на персонал могут воздействовать опасные и вредные производственные факторы: повышенная ионизация воздуха, повышенное содержание аэрозолей в воздухе.

Помещения должны быть обеспечены оконными фрамугами и приточно-вытяжной вентиляцией с 3-4-х кратным обменом воздуха в час. Приточная вентиляция должна обеспечивать подогрев воздуха.

Контроль за выполнением требований безопасности труда на рабочих местах

Основной формой контроля за состоянием условий и безопасности труда на рабочих местах, а также за соблюдением всеми должностными лицами требований трудового законодательства, системы СССБТ, правил, норм, инструкций и других нормативно-технических документов по охране труда является трехступенчатый контроль за состоянием охраны труда.

В зависимости от специфики деятельности учреждения и структурных подразделений трехступенчатый контроль следует проводить: на I ступени - в структурном подразделении, на II ступени - в службах объединяющих несколько структурных подразделений, на III ступени - целиком по ЛУ.

Трехступенчатый контроль (административно-общественный) не должен исключать проведение руководством административного контроля в соответствии с обязанностями должностных лиц, на которых возложена организация работы по охране труда и служащих, а также общественного контроля со стороны профсоюзной организации.

Кабинеты электро-и фототерапии

Перед началом работы каждой смены, медицинская сестра должна проверять исправность аппаратов и заземляющих проводов.

При обнаружении каких-либо дефектов (неисправностей) при проверке, а также в ходе работы, она должна немедленно сообщать об этом заведующему отделением, при его отсутствии - начальнику медицинской части госпиталя, а также инженеру (физиотехнику) по ремонту медицинской аппаратуры и записать о выявленном дефекте в журнале технического обслуживания.

До устранения дефекта проведение процедур на неисправном аппарате запрещается. Заведующий отделением, кабинетом, врач-физиотерапевт обязаны систематически контролировать состояние физиотерапевтической аппаратуры и принимать меры по устранению выявленных дефектов.

Выявленные дефекты необходимо записывать в журнал технического обслуживания. Работать с этими аппаратами персонал может только устранения неисправностей и наличии соответствующей записи инженера(физиотехника) в журнале технического обслуживания (ТО) (см. главу 11).

В фототерапевтическом кабинете перед включением аппаратов обратить внимание на прочность крепления лампы, чтобы токонесущие концы ее и случайно оголенные провода не касались стенок рефлектора на надежность и исправность фиксации стопорного винта ртутно-кварцевых облучателей, через которые осуществляется и фиксация и заземление рефлектора.

Если ртутно-кварцевая лампа начала издавать сильный шум, то это означает, что ослабла гайка дросселя, изменился воздушный зазор и электрический режим работы горелки.

Контроль за производительностью вентиляционных систем и кратностью воздухообмена, эффективностью существующих средств защиты необходимо проводить 1 раз в год.

Освещенность кабинетов следует проверять в соответствии с методическими рекомендациями по проведению предупредительного и текущего санитарного надзора за искусственным освещением.

Измерение уровней шума следует производить во всех рабочих режимах аппарата и оценивать по положительному значению на расстоянии 1 м от источника шума (в зоне нахождения пациентов персонала), а также в смежных помещениях.

При оценке шумового режима помещения, в котором находится несколько изделий медицинской техники измерения нужно проводить при работе всей техники, которая эксплуатируется в данном помещении.

Методика контроля, основные способы и средства защиты в местах нахождения работающих с аппаратами СВЧ и ДМВ должны соответствовать требованиям ГОСТа и Санитарным нормам и Правилам. Прием лазеров 2-4 классов до начала эксплуатации проводит комиссия, назначенная главным врачом ЛУ, с обязательным включением в ее состав представителя Госнадзора.

В процессе эксплуатации лазеров (не реже 1 раза в год), при приемке в эксплуатацию новых лазеров (установок) или организации новых рабочих мест, при изменении конструкции средств защиты, необходимо проверка уровней излучения лазеров в режиме максимальной отдачи мощности (Энергии определенной условиями эксплуатации).

Кабинет ультразвуковой терапии

Перед началом работы каждой смены медицинская сестра должна проверить работоспособность ультразвуковых аппаратов путем нанесения на рабочую поверхность головки излучателя слоя воды и кратковременного включения малой выходной мощности излучения (0,05-0,1 Вт). При исправной работе аппарата нанесенная на поверхность жидкость начинает закипать и пузыриться.

Кабинеты аэроионотерапии и ингаляционной терапии

Проверку фильтров воздухопроводов, подающих сжатый воздух от компрессора к аппаратам лечебных ингаляций, должен ежедневно проводить слесарь, ответственный за работу компрессорной, и систематически очищать или заменять их.

Медсестра ингалятория должна периодически, но не реже 1 раза в неделю, контролировать чистоту воздуха, подводимого к ингаляционным аппаратам. Для этого к открытому контрольному крану воздухопровода нужно подносить марлевую салфетку (чистую стеклянную пластину, чашку Петри), на которой после продувания воздуха не должно содержаться пыли влаги и масел, а также других посторонних примесей.

При работе с ультразвуковыми аэрозольными ингаляторами необходимо систематически проводить замену дистиллированной (дважды прокипяченной) воды в ингаляционной камере, постоянно следить, чтобы на мембране аэрозольной камеры не было остатков медикаментов, трещин или дырок, а также за плотным соединением мембранного зажимного кольца с нижним) колпаком камеры и исправностью выдыхательного клапана аппарата.

Грязелечебница

Доставленная свежая, а также бывшая в регенерации грязь (торфяная масса) перед лечебным применением должна обязательно проходить физико-химическое и бактериологическое исследование.

Охрана здоровья сотрудников. Льготы и компенсации за работу в неблагоприятных (вредных) условиях труда

Лица, моложе 18 лет к работам с вредными или опасными для здоровья условиями труда (работы с электро медицинской аппаратурой на генераторах УВЧ и СВЧ, обслуживание сероводородных, радоновых ванн и др.) не допускаются.

Запрещается переноска и передвижения несовершеннолетними, а также женщинами тяжестей, превышающих установленные для них предельные нормы.

Рабочим и служащим, занятым на работах с вредными условиями труда устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени (не более 36 часов в неделю), а также предоставляются ежегодные дополнительные отпуска в соответствии с существующим законодательством.

Сокращенный рабочий день следует устанавливать сотрудникам ФТО лишь когда они фактически работали во вредных условиях труда не менее половины сокращенного рабочего дня, установленного для данной профессии (должности).

Для рабочих и служащих в возрасте от 16 до 18 лет устанавливают сокращенную продолжительность рабочего времени (36 час в неделю, не более 1 час при пятидневной рабочей недели) и ежегодный отпуск продолжительностью один календарный месяц.

Работникам физиотерапевтических подразделений предоставляются следующие виды льгот: дополнительные отпуска, надбавки к должностному окладу, бесплатные обеды и выдача молока или обогащенных пищевых продуктов (**Приложение 26**).

Дополнительный отпуск следует предоставлять одновременно с ежегодным. Полный дополнительный отпуск предоставлять сотрудника проработавшим в должностях с вредными условиями труда не менее 11 месяцев. В стаж работы на получение дополнительного отпуска, также необходимо засчитывать:

- период временной нетрудоспособности;
- время по беременности и родам, временного выполнения женщинами легких работ в связи с беременностью, а также время выполнения женщинами других работ, на которые они были переведены в связи с кормлением ребенка грудью или наличием детей в возрасте до 1 года;
- время выполнения государственных и общественных обязанностей.

В остальных случаях в счет времени, проработанного с вредными условиями труда, засчитываются лишь те дни, когда работники фактически были заняты в этих условиях не менее половины рабочего дня, установленного для работника данной профессии (должности).

Замена дополнительного отпуска, денежной компенсацией не допускается. Дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда нужно присоединить к 12 рабочим дням основного отпуска.

Запрещается не предоставление ежегодного отпуска в течение 2-х лет, а также не предоставление отпуска рабочим и служащим моложе 18 лет и работникам, имеющим право на дополнительный отпуск в связи с вредными условиями труда. При работе с совмещенными вредностями должностные оклады повышаются до 30% исключительно по решению руководителя учреждения с согласия профкома.

Накануне праздничных дней продолжительность работы рабочих и служащих, кроме указанных в первых двух пунктах следует сокращать на один , час, как и при шестидневной, так и при пятидневной рабочей недели (приказ). Накануне выходных дней продолжительность работы при шестидневной рабочей неделе не может превышать шести часов.

ГЛАВА 9. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПОМЕЩЕНИЙ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

Общие положения

Противоэпидемический режим в ФТО ЛУ устанавливается на основании документов, представленных в **Приложении 27**.

Инструменты после использования подвергаются дезинфекции. Все предметы, инструменты, подлежащие дезинфекции или стерилизации должны быть предварительно очищены от всех органических материалов (кровь, слизь и т. д.) и других остатков. Возможно совмещение дезинфекции и очистки при использовании метода кипячения в 2% растворе-питьевой соды и в 1,5% растворе дистиллированной воды с синтетическим моющим средством "Лотос", "Лотос-автомат", "Прогресс", "Маричка", "Астра" или «Айна» в течение 15 минут, при применении препарата "Лизетод АФ", а также нейтрального анолита.

Медицинские инструменты и оборудование, проникающие в стерильные ткани, полости, сосудистую систему или соприкасающиеся с раневыми поверхностями кожи и слизистых, должны подвергаться стерилизации перед каждым использованием.

В начале и в конце каждой смены медицинский персонал моет руки под проточной водой с двукратным намыливанием в течение не менее 10 сек.

Для мытья рук используют мыло в мелкой расфасовке для одноразового использования, жидкое мыло в дозаторах (дозаторы перед каждым заполнением моются и дезинфицируются) или мыло в куске (в мыльнице позволяющей стекать воде). Для сушки рук используют разовые бумажные полотенца или индивидуальные полотенца, которые сдаются в прачечную после каждой смены.

Гигиеническая дезинфекция рук проводится до мытья рук, направлена на уничтожение патогенных микроорганизмов и проводится после манипуляций, которые могут повлечь за собой загрязнение рук (наличие воспалительных процессов на коже или слизистых оболочках, гнойных ран, обработка инфицированного инструментария, выполнение «грязных» манипуляций и т.д.).

Гигиеническая дезинфекция рук должна проводиться и в тех случаях, когда медицинский персонал работал в перчатках. В качестве средства для дезинфекции применяют 70% этиловый спирт, 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина биглюконата, 0,5% раствор хлорамина.

Руки, не загрязненные биологическими жидкостями от пациентов, можно дезинфицировать протиранием 1% раствором йодопирона или 0,5% водным раствором хлоргексидина биглюконата по указанной выше методике.

В тех случаях, когда предполагается микробное (вирусное) загрязнение или контакт с поврежденной кожей, поврежденной слизистой необходимо использование резиновых перчаток.

Обработка изделий медицинского назначения в физиотерапевтических отделениях производится по соответствующим схемам (**Приложение 28**).

Обработка помещений, мебели ФТО (ФТК)

Размещение оборудования и мебели в помещениях отделения должно обеспечивать доступность для уборки. Влажная уборка помещений (мытьё полов, протирка мебели, оборудования, подоконников, дверей и т.д.) должна осуществляться не менее 2 раз в сутки, а при необходимости чаще, с применением моющих (мыльно-содовых растворов и других, разрешенных органами и учреждениями санэпидслужбы) и дезинфицирующих средств (в соответствии с инструкцией по дезинфекционному режиму, утвержденной МЗРФ).

Протирка оконных стекол должна проводиться не реже 1 раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 4-6 месяцев, снаружи.

Использование для влажной уборки помещений порошкообразных синтетических моющих средств не допускается.

Весь уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры и др.) должен иметь четкую маркировку с указанием помещений и видов уборочных работ, использоваться строго по назначению и храниться отдельно.

Генеральная уборка помещений, функциональных помещений и кабинетов должна проводиться по утвержденному графику не реже 1 раза в месяц с тщательным мытьем стен, полов, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзей и т. п. от пыли,

Помещения, требующие соблюдения особого режима стерильности, асептики и антисептики следует после уборки, а также в процессе текущей эксплуатации периодически облучать ультрафиолетовыми стационарными или передвижными бактерицидными лампами из расчета 1 Вт мощности лампы на 1 м³ помещения.

Организация сбора, обезвреживания, временного хранения и удаления отходов

Проводится в соответствии с требованиями **СанПиН 2.1. 7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно- профилактических учреждений»**.

В результате деятельности ФТО формируются неопасные отходы класса А, которые необходимо собирать в одноразовые пакеты или пакеты- вкладыши в многоразовые баки белого цвета по 50 л, которые необходимо менять один раз в день. Они должны быть расположены в обозначенных местах для сбора и временного хранения отходов.

Хранение отходов класса А в ФТО допускается в течение 1 сут в естественных условиях и более 1 сут при температуре не выше 5⁰ С. Вывоз отходов класса А производится ежедневно на специальную площадку для хранения отходов ЛПУ.

Норматив образования отходов в ФТО составляет 0,1-0,15 кг на 1 посещение. Отходы класса А могут быть подвергнуты термическому обезвреживанию или вывезены на специальные полигоны.

ГЛАВА 10. ДОКУМЕНТАЦИЯ, УЧЕТ, ОТЧЕТНОСТЬ, ПЛАНИРОВАНИЕ И АНАЛИЗ РАБОТЫ В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Документация

Кроме паспорта физиотерапевтического отделения (см. **Приложение 8**), в ФТО необходимо вести следующую рабочую документацию:

- Список сотрудников отделения, с указанием адресов и телефонов.
- Список врачей-физиотерапевтов (**Приложение 29**).
- Список медицинских сестер (**Приложение 30**).
- График работы медсестер по кабинетам.
- Планы работы ФТО, согласованные с планами работы ЛУ (перспективный, годовой, месячный).

- Индивидуальные планы специальной подготовки врачей ФТО.
- Планы специальной подготовки медсестер, младшего медперсонала.
- Планы научной и рационализаторской работы.
- Планы мероприятий по устранению недостатков, выявленных комиссиями руководства ЛУ.
- Инструкция по охране труда.
- Инструкции, определяющие действия персонала в случае пожара
- Инструкции по обработке изделий медицинского назначения в ФТО
- Инструкции, определяющие действия персонала по оказанию первой помощи при поражении электрическим током и световым излучением.
- Инструкции по оказанию неотложной помощи при анафилактическом шоке.
- Инструкции по охране труда при работе с лазерными аппаратами.
- Должностные инструкции для персонала ФТО, утвержденные заместителем главного врача по лечебной части и согласованные с профсоюзным комитетом.
- Журнал периодических осмотров персонала согласно приказу **МЗ РФ 14.03.1996 №90**;
- журнал учета первичных больных, журнал учета процедур по кабинетам (**Приложение 31**);
- Заводские паспорта аппаратов;
- Эксплуатационные паспорта аппаратов;
- Журнал учета аппаратуры с указанием № паспорта, завода изготовителя даты выпуска, даты получения аппарата, журнал записи текущего и профилактического ремонта аппаратуры.
- Журнал ежедневного учета работы ФТО (**Приложение 32**).

Учет, отчетность

Учет и отчетность являются основными источниками цифрового материала, необходимого для организации и руководства физиотерапевтической службы, перспективного планирования развития сети физиотерапевтических учреждений, расчета потребности физиотерапевтической аппаратуры, для контроля за эффективностью и преемственностью лечебных мероприятий, изучения и обобщения опыта работы отдельных ФТО (ФТК).

Учет позволяет определить место физических факторов в комплексе лечебных мероприятий, удельный вес физиотерапии в различных специальностях, а также осуществить анализ деятельности ФТО (ФТК). Знание учета и отчетности физиотерапевтической службы является обязательным для каждого врача-организатора физиотерапевтической службы.

Ответственность за организацию отчетности с учетом достоверности, полноты и своевременности материала возлагается на заведующего ФТО (ФТК). В работе по сбору, обработке и анализу материалов учета и отчетности принимают участие все медицинские работники в соответствии с должностными обязанностями. Учетно-отчетный материал подразделяется на учетную и отчетную документацию. Каждый отчетный и учетный документ имеет в правом верхнем углу шифр и указание о том, кем и когда он утвержден. Категорически

запрещается составлять и представлять отчеты, не утвержденные Госкомстатом РФ, а также вводить в практику медицинских учреждений учетную документацию, не утвержденную Минздравом РФ.

Приказом МЗ СССР № 1030 от 4 октября 1980 г. «Об улучшении учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и средним медицинским работникам, профилактических осмотров контингентов больных, состоящих на диспансерном наблюдении» утверждена следующая учетная документация ФТО (ФТК).

Таблица

Виды отчетной документации ФТО

№ п/п	Наименование документа	Шифр	Срок хранения
1	Талон на прием к врачу	025-4/у	Год после годового отчета
2	Дневник работы врача поликлиники (амбулатории)	039/у	Год после годового отчета
3	Медицинская карта стационарного больного	003/у	25 лет
4	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	5 лет
5	Карта больного, лежащего в ФТО(К)	044/у	1 год

В медицинской карте стационарного больного (003/у) и амбулаторного больного (025/у) врач-физиотерапевт указывает дату приема больного, диагноз с которым больной направлен, данные объективного обследования (пульс, АД, физикальные данные), физиотерапевтическое назначение (обоснование отказа физиолечения), день посещений для контроля переносимости и эффективности лечения (в течение курса - не менее 2-3-х посещений). После курса лечения врач пишет эпикриз с указанием результатов лечения, который оценивается согласно общепринятым рекомендациям ВОЗ как «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение», «смерть». Талон на прием к врачу ф. 025-4/у заполняется регистратором в регистратуре с указанием фамилии, имени, отчества больного, его домашнего адреса. Такой поименный учет позволяет вести более точный контроль. По **Приказу МЗ СССР № 405 от 1983 г. «Об упорядочении документации по консультациям больных»** заполняется талон ф. 025-4/у и на больных, направленных к консультанту. Консультация специалиста записывается в медицинской карте.

Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации ф. 039/у заполняется врачом с указанием продолжительности приема количества принятых первичных и повторных больных и сдается статистика ежемесячно. Карта больного, лечащегося в ФТО (ФТК), должна заполняться четко, с указанием паспортных данных, возраста, пола, основного и сопутствующих заболеваний больного и включать заболевание, по поводу которого он направлен на физиотерапевтическое лечение. Последнее подчеркивается врачом в рубрике «Диагноз». Карта заполняется на каждую физиотерапевтическую процедуру отдельно.

Физиотерапевтическое назначение оформляется с указанием всех параметров процедуры и подписывается врачом. Необходимо указать фамилию лечащего врача, отделение, направившее больного, указать кто назначил процедуру - лечащий врач или врач-физиотерапевт, место проведения процедуры (в кабинете, перевязочной, на дому), другие виды лечения, эпикриз включая количество принятых процедур, количество процедурных единиц и результаты лечения, подпись врача-физиотерапевта. На обороте медсестра ФТО (ФТК) отмечает порядковый номер процедуры, дату ее проведения, наименование, дозировку, продолжительность и расписывается.

Ведение процедурной карточки больного

Форма 044/у является самостоятельным юридическим документом и постоянно находится в ФТО (ФТК), пока больной лечится, по окончании лечения никуда не подклеивается и не вкладывается, а сохраняет-

ся до конца текущего года в ФТО (ФТК). Для отчета хранится ежемесячно; для анализа работы карты распределяют по нозологическим формам заболеваний или по врачам (что важно при наличии у больного противопоказаний к физиотерапии). По ним же производится подсчет больных, лечившихся в ФТО (ФТК), в том числе первичных. При этом амбулаторный больной, поступающий для лечения в ФТО (ФТК) по поводу разных заболеваний, каждый раз учитывается как первичный; а стационарный больной, поступивший в ФТО (ФТК) от разных врачей независимо от рода заболевания, учитывается как первичный только один раз. Поэтому карты ф.044/у первичного стационарного больного маркируют (помечаются каким-либо знаком, например «О»). На всех остальных процедурных формах, заполненных на данного больного, такого знака не ставят.

Форма 044/у содержит необходимую информацию для отчета и анализа работы: распределение больных по полу и возрасту, нозологическим формам по ней легко установить какие врачи направляют больного, какие физические факторы чаще используют (нагрузка на аппараты), количество процедурных единиц, количество больных, закончивших и прервавших лечение, количество больных, имеющих противопоказания к физиотерапии, эффективность лечения. В конце текущего года составляется акт за подписью представителей администрации, заведующего ФТО (ФТК) и профкома с указанием количества процедурных единиц и количества больных, закончивших лечение за год в ФТО (ФТК). В Акт на списание ф. 044/у включают те карты, у которых истек срок хранения (1 год). Поскольку актируются карты один раз в год, то карты за истекший год списывают через год.

Отчет о работе ФТО содержится в разделе IV (подраздел 2) формы 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», введенного в действие постановлением Государственного комитета Российской Федерации по статистике (Госкомстат России) «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками, деятельностью медицинских учреждений». Он содержит сведения о числе лиц, закончивших лечение в ЛПУ (отдельно в поликлинике, на дому, при амбулаторно-поликлинических учреждениях) с выделением детей (с 1 мес до 17 лет включительно), а также о числе процедур, выполненных этим контингентом.

Цифровой материал заведующий ФТО (ФТК) отражает в таблицах отчета (**Приложение 33**).

В текстовой части указывается:

1. Укомплектованность личным составом (персоналом). Характеристика квалификации персонала. Необходимость повышения квалификации.
2. Условия размещения физиотерапевтического подразделения,
3. Оснащенность приборами и аппаратурой. Степень изношенности аппаратуры.
4. Анализ объема и структуры физиотерапевтических процедур по сравнению с предыдущим отчетным периодом. Причины изменений.
5. Внедрение новых методов,
6. Перспективы развития и предложения.
7. Организация оказания неотложной медицинской помощи.

Анализ и планирование

В соответствии с существующим в лечебно-профилактическом учреждении положением заведующий ФТО должен систематически проводить анализ работы ФТО, в котором отражает вопросы: основные показатели работы в динамике, полноценность курсового лечения и обеспеченность больных оптималь-

ным числом процедур на курсовое лечение, использование новых лечебных методик и эффективность их применения частоту и характер отрицательных и побочных реакций больных на физиотерапевтическое лечение, ошибки врачей в назначении лечебных физических факторов, частоту использования и охват больных физиотерапевтическими процедурами по группам заболеваний и соответствие применяемых методов физиотерапевтического лечения структуре лечившихся.

Результаты анализа работы ФТО и состояние использования в ЛУ лечебных физических факторов периодически должны доводиться до сведения врачебного состава ЛУ с целью их обсуждения и выработки более действенных мер по повышению эффективности комплексного лечения больных.

ГЛАВА 11. ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, РЕМОНТ И МЕТРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ

Техническое обслуживание

Техническое обслуживание физиотерапевтической аппаратуры должно осуществляться в соответствии с **требованиями Основ законодательства РФ по охране здоровья граждан от 27 мая 1998 года №76-ФЗ и Приказ МЗ РФ от 3 октября 1990 года №394.**

В процессе использования и хранения физиотерапевтической аппаратуры проводится ее техническое обслуживание и ремонт по единой системе в целях поддержания работоспособности и исправности, восстановления ее эксплуатационных характеристик, установленного ресурса (срока службы) посредством устранения неисправностей, повреждений и замены устаревших составных частей и комплектующих элементов.

Система технического обслуживания и ремонта аппаратуры включает контроль технического состояния, техническое обслуживание и ремонт.

Контроль технического состояния.

Основными видами контрольно-технического состояния МТ в подразделении являются контрольный осмотр (КО) и контрольно-технический осмотр (КТО); КО проводится с целью определения степени готовности медицинской техники к применению по назначению или к сохранности при хранении. КО проводится личным составом (персоналом), эксплуатирующим аппаратуру, ежедневно при использовании перед началом работы. Порядок и правила проведения КО, перед использованием аппаратуры, излагаются в документации по эксплуатации каждого аппарата. Для аппаратов, находящихся на хранении, КО проводится ежемесячно.

Контрольно-технический осмотр представляет собой совокупность операций, проводимых должностными лицами подразделений (функциональных подразделений) в целях определения технического состояния аппаратов, а также объемов технического обслуживания и ремонта по техническому состоянию. КТО проводится на месте эксплуатации (хранения) аппарата с привлечением инженерно-технического персонала и лица, ответственного за эксплуатацию. КТО предусматривает проверку технического состояния и комплектности аппарата, состояния составных частей и комплектующих элементов с ограниченными сроками хранения и установление необходимости проведения технического обслуживания объема и способов его выполнения.

Техническое обслуживание.

Основными видами технического обслуживания аппаратов являются: ежедневное техническое обслуживание (ЕТО); техническое обслуживание №1(ТО-1) и техническое обслуживание №2(ТО-2);

ЕТО проводится ежедневно при подготовке аппарата к использованию по назначению и совмещается с проведением КО. ЕТО проводится персоналом, эксплуатирующим аппарат, без его вскрытия. Если аппарат не используется по назначению, то его техническое обслуживание проводится не реже одного раза в месяц в объеме ЕТО.

Назначением ТО-1 является проведение минимально необходимого объема работ, обеспечивающего работоспособность аппарата, снижение интенсивности изнашивания деталей, выявление и предупреждение отказов и неисправностей до очередного технического обслуживания. ТО-1 проводится личным составом (персоналом), эксплуатирующим аппарат, без его вскрытия.

ТО-2 предназначен для проведения настроечно-регулирующих и планово-предупредительных работ, обеспечивающих безотказное функционирование аппаратов, предупреждение отказов и неисправностей в течение периода до следующего технического обслуживания или технического диагностирования. ТО-2 проводится силами и средствами инженерно-технического центра и сторонними организациями по договорам.

Перечень основных работ по техническому обслуживанию физиотерапевтической аппаратуры представлен в **Приложении 34**. Результаты проведения ТО-1, ТО-2 заносятся в эксплуатационный паспорт (формуляр) аппарата, с указанием даты их проведения и подписываются лицом, ответственным за проведение технического обслуживания. Установленные виды технического обслуживания являются обязательными при проведении технического обслуживания МТ.

При планировании контроля технического состояния, технического обслуживания и ремонта аппарата по техническому состоянию в отделении разрабатываются и ведутся следующие документы: формуляр (паспорт); эксплуатационный паспорт; журнал технического обслуживания и ремонта аппарата; заявка (рапорт) на техническое обслуживание и ремонт аппарата.

Эксплуатационный паспорт (формуляр), является основным документом, в котором производятся записи по использованию, техническому состоянию, ремонту и перемещению техники. Он входит в состав эксплуатационной документации.

В эксплуатационном паспорте на аппарат записываются: время включения в работу, вынужденные перерывы в работе и их причины, время окончания использования по назначению; время проведения ЕТО, ТО-1 и ТО-2, кто выполнял работы, выявленные неисправности и выполненные работы по их устранению; результаты контроля должностными лицами качества технического обслуживания; результаты периодического контроля должностными лицами.

Ремонт аппаратуры.

В зависимости от качественного состояния и характера требующегося ремонта средства аппараты подразделяются на 4 категории:

1-я категория - новые приборы и аппараты, не бывшие в работе и с неистекшими сроками гарантии;

2-я категория - исправные приборы и аппараты, но бывшие в работе или с истекшими сроками гарантии;

3-я категория - приборы и аппараты, требующие среднего ремонта или поверки;

4-я категория - приборы и аппараты, требующие капитального ремонта;

5-я категория - неисправные приборы и аппараты, ремонт которых технически невозможен, экономически нецелесообразен или требующие капитального ремонта.

Использоваться по назначению могут только приборы и аппараты 1-й и 2-й категорий. Категорированию подлежат все типы приборов и аппаратов с первоначальной стоимостью свыше 5 руб.

При наличии отказов приборов и аппаратов 1-й категории, возникших не по вине эксплуатирующего их персонала, средства измерений подлежат рекламации установленным порядком. Перевод аппаратов из 1-й категории во 2-ю категорию документированию не подлежит. Перевод в 3-й категорию, а также из 3-й во 2-ю категорию оформляется записью в эксплуатационных паспортах (формулярах) на приборы и аппараты о присвоенной категории.

Перевод приборов и аппаратов в 4-ю категорию производится внутри-проверочными комиссиями, по заключениям лаборатории измерительной техники. В состав комиссий, как правило, включаются штатные метрологи подразделений.

Комиссия обязана проверить правильность ведения эксплуатационных паспортов, составить акт технического состояния на списание средств измерений и дать заключение о наиболее целесообразном использовании средств измерений после их списания (перевод в учебные, разборка на запасные части и т.д.).

В зависимости от степени повреждений, износа и трудоемкости восстановления, ремонт аппаратов подразделяется на текущий (малый), средний и капитальный. Аппараты, выпускаемые из среднего и капитального ремонта подлежат внеочередной проверке независимо от времени проведения последней поверки.

Текущий ремонт аппаратов осуществляется в процессе их эксплуатации и состоит в замене или восстановлении отдельных частей (деталей) средств измерений без полной разборки, в последующей регулировке и инструментальном контроле основных параметров.

Средний и капитальный виды ремонта, выполняются в лаборатории измерительной техники, которая должна гарантировать безотказную работу средств измерений после ремонта в течение срока действия поверительного клейма (свидетельства о поверке) при условии соблюдения всех правил эксплуатации, транспортирования и хранения.

Истечение установленных сроков эксплуатации аппаратов не может служить основанием для их списания, если они по своему техническому состоянию пригодны для дальнейшего использования по прямому назначению.

Учет технического состояния, поверки и ремонта аппаратов, находящихся в эксплуатации, в подразделении, ведется в Журнале технического обслуживания (**Приложение 35**).

Для нормальной и длительной эксплуатации необходимо систематически ухаживать за аппаратурой. Поэтому ежедневно в начале и в конце рабочего дня медицинская сестра удаляет пыль с выключенных аппаратов слегка влажной тряпкой. Пыль из внутренних частей аппарата удаляет пылесосом техник при профилактических осмотрах. Для уменьшения запыленности аппараты в нерабочем состоянии покрывают простынями или специальным чехлом, располагают в сухом, светлом, вентилируемом помещении, где аппаратуру целесообразно размещать вдали от окон. При несении аппарата с морозной улицы его выдерживают в нерабочем состоянии при температуре помещения 24 часа. То время указывают, как правило в технической инструкции к аппарату.

Необходимо предохранять аппараты от ударов и сотрясений. Поэтому перемещать их следует лучше на колясках с хорошей амортизацией. Во избежание перегрева аппарата необходимо эксплуатировать его в прерывистом режиме, что продлит срок службы. Для проводов оборудуют специальную вешалку, где они висят по всей длине, что исключает перегибы и удлиняет срок их использования. Скручивание и сгибание проводов при хранении приводит к быстрому повреждению не только изоляции, но и самого провода. Металли-

ческие пластины электродов распрямляют специальным катком на столе, периодически удаляют с их поверхности окиси свинца наждачной бумагой.

Перед началом работы каждой смены медицинская сестра должна проверять исправность аппаратов и заземляющих проводов. При обнаружении каких-либо дефектов (неисправностей) при проверке, а также в ходе работы она должна немедленно сообщать об этом заведующему отделением и записать о выявленном дефекте в журнале технического обслуживания. До устранения дефекта проведение процедур на неисправном аппарате запрещается. Заведующий отделением или врач-физиотерапевт обязаны систематически контролировать состояние физиотерапевтической аппаратуры и принимать меры по устранению выявленных дефектов.

Метрологическое обеспечение

Метрологическое обеспечение работы физиотерапевтических аппаратов производится в соответствии с требованиями **Закона РФ от 27 апреля 1993 года №4871-1 «Об обеспечении единства измерений», Постановления Правительства РФ от 12 февраля 1994 года №100 «Об организации работ по стандартизации, обеспечению единства измерений, сертификации продукции и услуг»**. Ежегодно должна проводиться контрольная поверка измерительных приборов и аппаратуры, что обеспечивает правильность дозирования физиотерапевтических процедур.

Аппараты, применяемые для лечения пациентов в ФТО подлежат периодической поверке в метрологических органах. Периодичность, объем, и порядок проведения технического обслуживания приборов и аппаратов определяется эксплуатационной документацией завода-изготовителя (**Приложение 36**). Поверка средств измерений физиотерапевтических аппаратов производится лабораторией измерительной техники Госстандарта, МЗ РФ или других ведомств с оплатой стоимости поверочных работ.

На поверку представляются только работоспособные средства измерений, (прошедшие инструментальный контроль), очищенные от консервирующих средств, технически обслуженные, укомплектованные паспортами, описаниями, свидетельствами о предыдущей поверке и вспомогательными элементами.

Средства измерений физиотерапевтических аппаратов представляют на поверку по истечении межповерочного интервала, после регулировки и ремонта, при нарушении поверительного клейма или утрате свидетельства, подтверждающего факт проведения поверки, перед выпуском для ремонта или при переконсервации техники, на которой установлены измерительные приборы, перед вводом в эксплуатацию средств измерений, находившихся на хранении, если до истечения межповерочного интервала осталось менее 6 мес, во всех случаях, когда неизвестна последняя дата поверки или имеются сомнения в правильности работы приборов и аппаратов.

Измерительные приборы, используемые в системах, где применяется кислород, агрессивные жидкости и газы, должны предъявляться на поверку вместе со справкой, подтверждающей, что они обезжирены (нейтрализованы). Справка подписывается заведующим ФТО.

Импортные аппараты, поверка которых не освоена метрологическими органами, допускаются к применению только после инструментального контроля их параметров на соответствие данным технической документации.

Технические средства инструментального контроля (стандартные образцы веществ, контрольные фильтры, приборы, фантомы и т.д.) должны иметь действующие свидетельства на право их применения.

На средства измерений, принятые в поверку лабораторией измерительной техники, составляется приемо-сдаточная ведомость в двух экземплярах. Первый экземпляр вручается владельцу аппаратов и служит основанием для получения их из поверки, второй - остается в деле лаборатории.

Положительные результаты поверки оформляются в эксплуатационных паспортах (формулярах) на аппараты и приборы с подписью поверителя, заверенной оттиском поверительного клейма и указанием даты поверки. На приборы, не имеющие паспортов, оттиски поверительных клейм наносятся на лицевую сторону приборов. На средства измерений, применение которых требует учета поправок, полученных при поверке, выдаются установленной формы свидетельства.

Аппараты, признанные при поверке непригодными к применению возвращаются в ФТО их владельцам с извещением о непригодности, где указываются причины забракования. Данные средства измерений подлежат списанию установленным порядком.

Индикаторные средства измерений (средства измерений, применяемые без оценки измеряемых величин с нормируемой точностью) в процессе эксплуатации поверке не подлежат. Как правило, к индикаторным относятся приборы, встроенные и физиотерапевтические аппараты, термостаты, низко-температурные шкафы, вакуумные насосы и отсасыватели, а также термометры с ценой деления 0,2 °С и более, кислородные манометры низкого давления, установленные после рампы.

Поверка индикаторных приборов осуществляется после их ремонта, а также при среднем и капитальном ремонте аппаратов и установок на которых они установлены. На лицевую сторону индикаторных средств измерений наносится обозначение - «Т».

Заключительным этапом технического обслуживания медицинских приборов и аппаратов является инструментальный контроль их параметров (проверка настройки и градуировки), осуществляемый медицинскими и техническими специалистами согласно инструкциям на приборы и аппараты с записью результатов в эксплуатационных паспортах. Инструментальный контроль осуществляется также в ремонтных мастерских, перед представлением на поверку отремонтированных приборов и аппаратов. Инструментальный контроль средств измерения, осуществляемый в период между их поверками, позволяет исключить грубые ошибки при измерениях и своевременно принять меры по восстановлению работоспособности физиотерапевтических аппаратов.

Результаты поверки средств измерений аппаратов оформляются поверочным органом, в разделе эксплуатационного паспорта «Для особых отметок и записей» с подписью поверителя, заверенной оттиском каучукового клейма и указанием даты поверки. На средства измерений, забракованные при поверке, делается отметка «К эксплуатации не пригоден! Подлежит ремонту», указывается наименование поверочного органа, ставится подпись поверителя, делается запись об установленной категории и оформляется «Извещение о непригодности средства измерений».

При передаче средств измерений в другие учреждения, а также при отправке в ремонт эксплуатационные паспорта (формуляры) обязательно высылаются вместе с аппаратом (прибором, установкой). Средства измерений с незаполненной или неправильно оформленной документацией на поверку, в ремонт и на списание не принимаются.

Ответственность за своевременное и правильное ведение эксплуатационных паспортов и формуляров физиотерапевтических аппаратов возлагается на заведующего ФТО.

Обязательный минимум кабинетов ФТО в зависимости от коечной емкости ЛУ

Кабинеты	Количество коек			500 и более
	100	150	200	
Электролечения	1	2	3	4
Светолечения	1*	1*	1*	1
Ультразвуковой терапии	1*	1*	1*	1
Магнитотерапии	1*	1*	1*	1
Теплолечения (парафин, озокерит)	1	1	1	1
Ингаляционной терапии	1	1	1	1
Водолечебница			1	1
Грязелечебница				1**
Массажа	1	1	1	3-4

* -Допустимо совмещение с кабинетом электролечения. ** - При возможности доставки грязи.

Перечень и количество кабинетов ФТО в зависимости от коечной емкости ЛУ

№ п/п	Кабинеты	Коечная емкость ЛУ					
		100	200	300	400-500	600-1000	более 1000
		Коечная емкость санатория					
			400	500	600	700	более 700
1.	Электротерапии	1	2	3	4	4	5
2.	Фототерапии	1	1	1	1	1	1
3.	Ультразвуковой терапии	1	1	1	1	1	1
4.	Магнитотерапии	1	1	1	1	1	1
5.	Теплолечения	1	1	1	1	1	1
6.	Ингаляционной терапии	1	1	1	1	1	1
7.	Гидротерапии					1	1
8.	Пелоидотерапии					1	1
9.	Медицинского массажа	1	1	1	1-2	4	6

Перечень и количество должностей ФТО в зависимости от коечной емкости ЛУ

№ п.п.	Наименование должности	Коечная емкость ЛУ					
		100	200	300	400-500	600-1000	>1000
		Коечная емкость санатория					
			400	500	600	700	>700
1	Заведующий отделением	1	1	1	1	1	1
2	Врач-физиотерапевт					1-2	2-3
3	Старшая медицинская сестра	1	1	1	1	1	1
4	Медицинская сестра по физиотерапии	2	3	3	5	8	10
5	Медицинская сестра по массажу	1	1	1	2	4	6
6	Санитарка ФТО	2	2	2	3	3	5
7	Санитарка-грязевщица					2	3
8	Санитарка-ванщица					2	3
9	Техник по ремонту аппаратуры	1	1	1	1	1	1
	Итого	8	9	9	13	23	31

Приложение 3

Перечень и количество кабинетов поликлиники в зависимости от количество посещений в смену

№ п/п	Кабинеты	Количество посещений в смену				
		400	600	800	1000	более 1000
1.	Электротерапии	1	1	1	2	2
2.	Фототерапии	1*	1*	1	1	1
3.	Ультразвуковой терапии	1*	1*	1	1	1
4.	Магнитотерапии	1*	1*	1	1	1
5.	Теплолечения	1	1	1	1	1
6.	Ингаляционной терапии	1	1	1	2	2
7.	Медицинского массажа	1	1	2	3	4

Приложение 4

Перечень и количество должностей ФТО поликлиники в зависимости от количества посещений в смену

№ п/п	Наименование должности	Количество посещений в смену				
		400	600	800	1000	более 1000
1.	Заведущий отделением (кабинетом)	1	1	1	1	1
2.	Старшая медицинская сестра	1	1	1	1	1
3.	Медицинская сестра по физиотерапии	1	2	3	4	4
4.	Медицинская сестра по массажу	1	1	2	2	3
5.	Санитарка ФТО (ФТК)	1	1	2	3	3
Итого		5	6	9	11	12

Приложение 5

Квалификационная характеристика врача-физиотерапевта

Врач-физиотерапевт должен знать и уметь:

Общие знания:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации физиотерапевтической службы и курортного дела в стране;
- правила и требования к оборудованию физиотерапевтического отделения (кабинета) эксплуатации и технике безопасности при организации физиотерапевтического отделения (кабинета);
- требования к ведению учетно-отчетной документации в ФТО;
- механизм действия физических факторов, влияние физических факторов, на основные патологические процессы и функции разных органов и систем организма;

- принципы совместимости и последовательности назначения физических факторов и процедур;
- аппаратуру, применяемую в физиотерапии, ее технические возможности, технику проведения процедур и технику безопасности при работе с физиотерапевтической аппаратурой;
- принципы возникновения патологических процессов, механизмы их развития и клинического проявления;
- принципы оценки показателей общих и функциональных методов обследования больных направляемых на физиотерапию;
- основные клинические симптомы и синдромы заболеваний, при которых используют методы физиотерапии;
- принципы использования физических факторов для профилактики заболеваний и реабилитации больных, в т.ч. диспансерных групп;
- показания и противопоказания к применению физических факторов;
- правила оформления рецептов назначения физиотерапевтических процедур;
- основы санаторно-курортного лечения и отбора;
- формы и методы санитарного просвещения.

Общие умения:

- получить информацию о заболевании больного, применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки заболевания, оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях;
- определить целесообразные методы воздействия физическими факторами при тех или иных заболеваниях, выбрать оптимальный для больного физиотерапевтический комплекс;
- дать оценку течения заболевания и эффективности влияния физических факторов, оценить возможные осложнения заболевания и осложнения, связанные с воздействием физических факторов;
- оформить необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению в данной специальности;
- провести санитарно-просветительную работу среди населения, больных.

Специальные знания и умения

Врач-физиотерапевт должен уметь оформить назначение по форме 044/у и, при необходимости, выполнить физиотерапевтические и бальнеологические процедуры при следующих заболеваниях:

Терапевтический профиль:

- заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь и артериальная гипертония, гипотонические состояния, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, заболевания сосудов конечностей);
- заболевания органов дыхания (трахеобронхит, пневмонии, бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма, пневмосклероз);

- заболевания органов пищеварения (дискинезии, гастрит, язвенная болезнь желудка, холецистит и холангит, колит, панкреатит, болезнь Боткина, гепатиты и гепатозы, болезни оперированного желудка);
- заболевания почек и мочевыводящих путей (гломерулонефрит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, цистит, уретрит);
- заболевания суставов и позвоночника (деформирующий остеоартроз, ревматоидный артрит и болезнь Бехтерева, инфекционные специфические артриты, остеохондроз, остеохондропатии);
- заболевания эндокринной системы и обмена" веществ (сахарный Диабет, Базедова болезнь, ожирение);
- профессиональные заболевания;
- заболевания кожи (экзема, псориаз, нейродермит, зудящие дерматозы, алопеция, бородавки, гиперкератоз);
- психические заболевания (шизофрения, реактивные состояния);
- онкологические заболевания;
- туберкулез;
- заболевания центральной и периферической нервной системы (инфекционные, сосудистые, травматические, наследственные);
- с учетом особенностей лечения недоношенных детей;
- с учетом особенностей дозирования физических факторов у детей и подростков при заболеваниях органов кровообращения, дыхания, пищеварения, почек и мочевого выделения, суставов и позвоночника, нервной системы и др.

Акушерство и гинекология (патология беременности, послеродовые заболевания, нарушение менструальной функции, воспалительные заболевания половой системы).

Офтальмология (воспалительные, сосудистые и дегенеративные заболевания глаза, травма глаза и ее последствия, заболевания нервно-мышечного и аккомодационного аппарата).

Отоларингология (заболевания носа, придаточных пазух, глотки, гортани, уха).

Стоматология (заболевания зубов и парадонта, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, слюнных желез и височно-нижнечелюстного сустава).

Травматология и ортопедия (травмы связок и мышц, суставов, врожденные заболевания костно-мышечной системы).

Хирургия (облитерирующие заболевания сосудов конечностей, варикозные язвы, рожистые воспаления, ожоги и отморожения, воспалительные процессы в мягких тканях, железах и костном аппарате, послеоперационные состояния и осложнения).

Урология (заболевания предстательной железы, послеоперационные состояния и осложнения).

Врач-физиотерапевт должен диагностировать и оказать необходимую помощь при следующих неотложных состояниях:

- острая сердечно-сосудистая недостаточность, коллапс;

- острая дыхательная недостаточность, асфиксия;
- шок (болевого, токсический);
- острая кровопотеря;
- острая лучевая болезнь.

Манипуляции

Врач-физиотерапевт должен владеть следующими методами физиотерапии:

- электротерапия: гальванизация; лекарственный электрофорез; электросон; дидинамотерапия; амплипульстерапия; интерференцтерапия; флюктуоризация; электростимуляция; электродиагностика; дарсонвализация; надтональная терапия; индуктотермия; УВЧ-терапия; микроволновая терапия; магнитотерапия; франклинизация; аэроноотерапия;
- фототерапия: инфракрасное и видимое излучение; ультрафиолетовое излучение; когерентное излучение (лазеротерапия);
- вибротерапия;
- баротерапия;
- ультразвуковая терапия;
- массаж;
- водолечение: ванны (пресные, ароматические, лекарственные, скипидарные, вихревые, пенные, вибрационные и др.); души; бассейны и каскадные купания; кишечные промывания; бани;
- бальнеотерапия (лечение наружным и внутренним применением минеральных вод);
- грязелечение;
- озокерито-парафинолечение;
- аэро- и электроаэрозольтерапия;
- курортология (курортография, климатотерапия).

Врач-физиотерапевт должен владеть следующими методами помощи при неотложных состояниях:

- искусственное дыхание;
- непрямой массаж сердца;
- остановка кровотечений;
- иммобилизация конечностей при травме; —промывание желудка.

Специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием по специальности «Физиотерапия» должны знать и уметь:

Общие знания:

- профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность специалиста;
- основы законодательства и права в здравоохранении;
- основы медицинского страхования;
- организацию работы медицинского учреждения в новых экономических условиях;
- теоретические основы сестринского дела;
- философию и этику сестринского дела;
- психологию профессионального общения;
- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;
- организацию сестринского ухода за больными на основе этапов сестринского процесса;
- виды, формы и методы реабилитации, организацию и проведение мероприятий по реабилитации пациентов;
- показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств, нормативные документы, регламентирующие фармацевтический порядок в лечебно-профилактическом учреждении;
- основы валеологии и санологии; методы и средства гигиенического воспитания, роль сестринского персонала в глобальных, федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;
- основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала медицинского учреждения;
- учетно-отчетную деятельность структурного подразделения, основные виды медицинской документации;
- охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;
- функциональные обязанности. Права и ответственность младшего медицинского персонала;
- основы медицины катастроф.

Общие умения:

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- владеть коммуникативными навыками общения;

- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией и полномочиями;
- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса;
- владеть основными элементами массажа, использовать приемы психотерапии;
- владеть техникой основных сестринских манипуляций;
- оценить состояние и выделить ведущие синдромы и симптомы у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, оказать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- оценить действие лекарственных средств у конкретного пациента;
- соблюдать фармацевтический порядок получения, хранения и использования лекарственных средств;
- соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;
- вести утвержденную медицинскую документацию;
- выполнять требования инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- проводить мероприятия по защите населения, больных, пострадавших и персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны; оказывать доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

Специальные знания и умения

- вопросы организации физиотерапевтической службы и курортного дела Российской Федерации;
- правила и требования к оборудованию физиотерапевтического отделения, кабинета;
- аппаратуру, применяемую в физиотерапии, ее технические характеристики; назначения физических факторов и процедур;
- технику безопасности в физиотерапевтическом отделении и кабинете; нормативные документы по охране труда и технике безопасности;
- механизм действия физических факторов, влияние физических факторов на основные патологические процессы и функции разных органов и систем организма;
- принципы совместимости и последовательность назначения физических факторов и процедур;
- принципы использования физических факторов для профилактики заболеваний и реабилитации больных, в том числе диспансерных групп;
- показания и противопоказания к применению физических факторов; Возможные осложнения при проведении физиотерапевтических процедур, Меры по профилактике;
- принципы оказания неотложной помощи при поражениях электрическим током, световым излучением, электромагнитным полем и др.;

- особенности проведения физиолечения у детей;
- использовать технические средства защиты при выполнении иопродур;

Владеть техникой и методиками проведения физиопроцедур:

- электролечение: гальванизация; лекарственный электрофорез;
- трансцеребральная импульсная электротерапия (электросонтерапия, юкраниальная электроаналгезия, мезодиэнцефальная модуляция);
- диадинамотерапия;
- амплипульстерапия;
- интерференцтерапия;
- флюктуоризация, флюктуофорез;
- элетростимуляция;
- местная дарсонвализация;
- надтональная терапия;
- высокочастотная магнитотерапия;
- УВЧ-терапия (электрическое поле УВЧ, УВЧ-магнитотерапия);
- электромагнитное поле СВЧ-терапии дециметрового, сантиметрового и миллиметрового диапазонов;
- магнитотерапия;
- франклинизация;
- аэроионотерапия;
- светолечение;
- инфракрасное излучение;
- видимое излучение;
- ультрафиолетовое излучение;
- когерентное излучение (лазеротерапия);
- аэрозольтерапия, галотерапия;
- вибротерапия;
- баротерапия;
- ультразвуковая терапия, фонофорез;
- водолечение;
- бальнеотерапия;

- применение питьевых минеральных вод;
- грязелечение;
- лечение теплом и холодом;
- гипокситерапия.

Манипуляции

— все виды инъекций; искусственная вентиляция легких; непрямой массаж сердца, остановка кровотечений из поверхностно-расположенных сосудов; иммобилизация конечностей при травмах; промывание желудка; постановка клизм; измерение артериального давления; измерение пульса; определение числа дыхательных движений; измерение температуры.

Приложение 7

Квалификационная характеристика медицинской сестры по массажу

Общие знания

- профессиональное назначение, функциональные обязанности, права и ответственность специалиста;
- основы законодательства и права в здравоохранении;
- основы медицинского страхования;
- организацию работы медицинского учреждения в новых экономических условиях;
- теоретические основы сестринского дела;
- философию и этику сестринского дела;
- психологию профессионального общения;
- основные причины, клинические проявления, методы диагностики, осложнения, принципы лечения и профилактики заболеваний и травм;
- виды, формы и методы реабилитации, организацию и проведение мероприятий по реабилитации пациентов;
- показания и противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов, характер взаимодействия, осложнения применения лекарственных средств;
- основы валеологии и санологии; методы и средства гигиенического воспитания; роль сестринского персонала в глобальных, федеральных, территориальных программах охраны здоровья населения;
- основы диспансеризации, социальную значимость заболеваний;
- систему инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов медицинского персонала медицинского учреждения; систему взаимодействия лечебно-профилактического учреждения с учреждениями санитарно-эпидемиологического профиля;

- организацию делопроизводства и учетно-отчетной деятельности структурного подразделения; основные виды медицинской документации;
- охрану труда и технику безопасности в медицинском учреждении;
- функциональные обязанности, права и ответственность младшего медицинского персонала.

Общие умения

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- владеть коммуникативными навыками общения;
- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией и полномочиями;
- осуществлять и документировать основные этапы оказания истринского процесса при проведении процедур;
- владеть техникой основных сестринских манипуляций;
- оценить состояние и выделить ведущие синдромы и симптомы у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, оказать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- выполнять основные виды физиотерапевтических процедур, вводить занятия по лечебной гимнастике, контролировать выполнение жомендаций по трудотерапии, использовать элементы психотерапии, р&ценить эффективность проводимых мероприятий;
- планировать и выполнять программы профилактики, направленные воспитание и обучение отдельных лиц, семей, групп населения сохранению и укреплению здоровья;
- соблюдать правила техники безопасности и охраны труда;
- вести утвержденную медицинскую документацию;
- выполнять требования инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- проводить мероприятия по защите населения, больных, пострадавших и персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны; оказывать доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

Специальные знания и умения

- гигиенические основы массажа, оборудование кабинета массажа и рабочего места массажиста, требования к массажисту и к пациенту, нормы времени по массажу и другие нормативные документы;
- анатомо-топографические данные областей массажа: головы, лица, шеи, груди, спины, живота, верхних конечностей, нижних конечностей;
- физиологическое действие массажа, рефлекторные зоны массажа;

- виды и характеристика классического лечебного массажа, сегментарного, точечного, косметического, спортивного, гигиенического, самомассажа, аппаратного массажа, гидромассажа;
- приемы массажа, разновидности приемов поглаживания, растирания, разминания, вибрации;
- технику массажа, сочетание и последовательность приемов при различных видах массажа;
- показания и противопоказания к применению массажа;
- частные методики массажа при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, внутренних органов, болезнях обмена веществ, мочеполовых органов, кожи, в послеоперационном периоде при хирургическом лечении;
- особенности лечебного массажа при спастических и вялых параличах и парезах;
- особенности массажа у детей, массаж и физические упражнения в раннем детском возрасте;
- сочетание массажа с лечебной гимнастикой, физиотерапевтическими процедурами, вытяжением, мануальной терапией, методики гигиенической и лечебной гимнастики.

Манипуляции

- все виды инъекций;
- искусственная вентиляция легких;
- непрямой массаж сердца;
- остановка кровотечений из поверхностно-расположенных сосудов;
- иммобилизация конечностей при травмах;
- промывание желудка;
- постановка клизм;
- лечебный массаж (классический);
- сегментарный массаж;
- точечный массаж; спортивный массаж;
- гигиенический массаж;
- косметический массаж;
- подводный душ-массаж;
- аппаратный массаж;
- пассивные и активные физические упражнения.

Приложение 8

ПАСПОРТ физиотерапевтического отделения

Виды физиотерапии _____

Наименование лечебно-профилактического учреждения _____

Обслуживание _____

Порядок работы (односменная, полуторасменная, двухсменная) _____

Санитарно-гигиеническая характеристика помещения:

Количество комнат ____ Площадь ____ м² Освещение _____ Вентиляция _____

Наличие водопровода, канализации, обеспеченность холодной и горячей водой _____

Проводится ли водо-, грязе-, торфо-, парафино-, озокеритолечение, массаж _____

Перечень аппаратуры и других физиотерапевтических установок:

№ п/п	Аппаратура, оборудование, установки	Имеется в наличии, шт.		
		Всего	Действующей (с какого года)	Бездействующей (с какого года)
1	Аппарат гальванизации «Поток-1»	4	3 -1984	1 -1986

Особые замечания _____

Заведующий отделением (кабинетом)

« ____ » 200 __ г.

Приложение 9

Перечень аппаратуры и имущества для оснащения физиотерапевтических отделений (кабинетов) ЛУ

Наименование имущества	Без физиотерапевтов		С физиотерапевтами свыше 600 коек			
	300 коек	301-600 коек	1 врача физиотерапевта	2 врача физиотерапевта	3 врача физиотерапевта	4 врача физиотерапевта
Аппараты и приборы						
Аппарат для гальванизации			2	2	3	4
Аппарат для транскраниальной электротерапии			1	2	2	4
Аппарат для диадинамотерапии			2	2	3	4
Аппарат для амплипульстерапии			1	2	3	3
Аппарат для ультратонтерапии			1	2	2	2
Аппарат для местной дарсонвализации			1	2	3	3
Аппарат для СВЧ-терапии переносной типа «ЛУЧ-4»			1	2	2	2
Аппарат для СВЧ-терапии стационарный				1	2	3
Аппарат для интерференцтерапии				1	2	2
Аппарат для УВЧ-терапии переносной "Ундатерм 80"			1	2	3	4
Аппарат для низкочастотной магнитотерапии			1	2	2	3
Иглы для акупунктуры из нержавеющей стали				1	2	2
Электростимулятор для стимуляции мышц три парезах, параличах, сколиозах, плоскостопиях и др. типа				1	2	2
Аппарат для ультразвуковой терапии			2	2	3	3
Аппарат для ультразвуковой терапии оториноларингологический				1	2	4
Аппарат для ультразвуковой терапии стоматологический				1	2	2
Аппарат для ультразвуковой терапии урологический				1	2	2

Аппарат ультразвуковой терапии глазных заболеваний				1	1	1
Аппарат магнитолазерный типа «Рикта»			1	2	3	4
Лампа "Соллюкс" на штативе				1	2	2
Лампа "Соллюкс" настольная				1	2	2
Облучатель коротковолновый ультрафиолетовый для одиночных локализованных облучений переносной			1	2	3	3
Облучатель ртутно-кварцевый на штативе			1	2	2	3
Облучатель ртутно-кварцевый настольный			1	1	2	2
Облучатель ультрафиолетовый для групповых локализованных облучений стационарный					1	1
Очки защитные для глаз от ультрафиолетовых при лечебных облучениях			2	3	4	5
Парафинонагреватель с электрическим подогревом			1	2	3	3
Приставка к настольным ртутно-кварцевым облучателям			1	1	2	2
Аппарат для колоногидротерапии типа «АМОК-2»				1	1	1
Аппарат для насыщения воды углекислым газом типа «АНУ-9»				1	1	1
Ванна бальнеологическая				2	1	1
Ванна вихревая для ног					1	1
Ванна вихревая для рук					1	1
Ванна гальваническая для конечностей					1	1
Ванна для подводного массажа				1	1	1
Ванна сидячая					1	1
Ванна универсальная для подводного турбулентного массажа конечностей					1	1
Кафедра водолечебная с душами				1	1	1
Массажная решетка				2	3	3
Аппарат ультразвуковой аэрозольный для ингаляций			2	2	3	3
Галоингалятор типа «Галонерб»			2	2	3	3
Ингалятор аэрозолей переносной типа			1	1	2	2
Ингалятор индивидуальный для паровой ингаляции				1	2	2
Аппарат для ингаляционной терапии					1	1
Ванна для подводного вытяжения позвоночника					1	1
Парафинонагреватель электрический	1	1	1	1	2	2
Грелка термохимическая	1	2	4	6	6	6
Часы процедурные с электрическим звуковым сигналом	2	3	5	10	10	10
Аквадистиллятор			1	2	3	3
Шкаф сушильно-стерилизационный			1	2	3	3
Корцанг прямой Щ-20-1	2	4	6	10	10	10
Спирт этиловый (этанол), г/процедура	0,5	1	1	1,3	1,3	1,3
Эфир медицинский (эфир диэтиловый), г/процедура	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Ножницы для перевязочного материала, прямые, длиной 235 мм	3	5	10	15	15	15
Бинты резиновые, шт	6	15	20	30	30	30
Бинты марлевые медицинские нестерильные 7м*14см, шт	5	10	30	50	50	50
Бинты марлевые медицинские нестерильные 5м*7см, шт	5	10	20	20	20	20

Вата медицинская гигроскопическая хирургическая						
Марля медицинская гигроскопическая, м		10	20	50	70	70
Клеенка подкладная резинотканевая, м		10	20	30	50	50
Байка (фланель) белая, м		2	5	10	20	20
Лента сантиметровая, шт		1	1	1	2	2
Комплект электродов		5	10	30	50	50
Бумага фильтровальная, кг		1	1	2	5	5
Процедурная карта ф. 43/у, шт		1000	3000	5000	10000	10000

Приложение 10

Сроки эксплуатации и ремонта физиотерапевтической аппаратуры и оборудования

№ п/п	Виды медицинского, имущества	Срок эксплуатации (в годах)	Срок до очередного ремонта (в годах)		Примечания
			среднего	капитального	
Физиотерапевтическое имущество и аппаратура					
1	Аппараты УВЧ, гальванизации с комплектом ванн и другие стационарные портативные	6 5	2 2	3 3	Паспорт Паспорт
2	Аппараты для колоногидротермии	8	2	4	Паспорт
3	Аппараты для насыщения воды углекислотой	5	1,5	3	Паспорт
4	Аппарат для вибрационного массажа	3	1	2	
5	Ванны местные световые	6	2	4	
6	Горелки (лампы) «Соллюкс»	0,5			
7	Горелки ртутно-кварцевые	1,5			
8	Кафедра водолечебная	2	1	2	Паспорт
9	Лампы ртутно-кварцевые стационарные и для группового облучения	6	2	4	
10	Лампы ртутно-кварцевые холодные	5	2	3	
11	Лампы инфракрасные стационарные	4	2	3	
12	Лампы инфракрасные настольные	4	2	3	
13	Лампы «Соллюкс» стационарные	8	3	5	
14	Лампы «Соллюкс» настольные и портативные	6	2	4	
15	Лампы бактерицидные	3	1,5		
16	Лампы запасные к физиотерапевтическим аппаратам	1			
17	Рефлекторы Минина	7	3		
18	часы контрольные	5	3		
Лабораторное имущество					
19	Термостаты электрические и комбинированные	8	3	5	
20	Термометры контактные разные	2			
Врачебно-медицинские предметы и инструменты					
21	Ванны ножные и ручные	3	1		
22	Изделия из фарфора	3			
23	Изделия эмалированные	3			
24	Изделия из резины и прорезиненной ткани	2			
25	ингаляторы электрические	3	1		
26	Ингаляторы для масляных и тепловлажных ингаляций, установки ингаляционные	5	2	3	Паспорт завода
27	Ингаляторы кислородные	5	2		
28	стол для инструментов	10	3	5	
Санитарно-хозяйственное имущество					

29	Изделия из хлопчато-бумажной и льняной ткани	4			
30	изделия из шерстяных и шелковых тканей	4			

Приложение 11

Форма 44/у

УЧРЕЖДЕНИЕ _____

Процедурная карточка № _____

фамилия, имя, отчество

Подчеркнуть	М
	Ж

Возраст _____

отделение

Назначения

- 1.
- 2.
- 3.

Название процедуры				Название процедуры				Название процедуры			
№	дата	время	доза	№	дата	время	доза	№	дата	время	доза
1				1				1			
2				2				2			
3				3				3			
4				4				4			
5				5				5			
6				6				6			
7				7				7			
8				8				8			
9				9				9			
10				10				10			
11				11				11			

Оптимальные сроки начала применения физиотерапии у детей

Наименование физического метода	С какого возраста применяют	Повторный курс, через
Местная гальванизация и электрофорез	4-6 нед	1 мес
Общая гальванизация и электрофорез	5 лет	1 мес
Центральная электротерапия	2-3 года	2-3 мес
Диадинамотерапия (диадинамофорез)	2-3 года	10 дней
СМТ-терапия (амплипульстерапия)	3 мес	6 дней
Флюктуоризация	6 мес	6 дней
Электродиагностика	2 мес	
Электростимуляция	6 мес	1 мес
Короткоимпульсная электроанальгезия	2-3 года	2 мес
Дарсонвализация местная	2 года	1 мес
УВЧ-терапия	с первых дней жизни	2-3 мес
Высокочастотная магнитотерапия	5 лет	2-3 мес
Низкочастотная магнитотерапия	1-1,5 года	1-2 мес
франклинизация общая	14-15 лет	5 мес
Ингаляционная терапия	с первых дней жизни	1 мес
Инфракрасное и видимое облучение	с первых дней жизни	1 мес
Ультрафиолетовое облучение (общее)	с первых дней жизни	2-3 мес
Ультрафиолетовое облучение местное	с первых дней жизни	1 мес
Лазеротерапия	1,5-2 года	2-3 мес
Ультразвуковая терапия	2-3 года	2-3 мес
Массаж	с первых дней жизни	1 мес
Подводный душ-массаж	2 года	2-3 мес
Подводное вытяжение	14-15 лет	1-2 мес
Углекислые, кислородные, жемчужные ванны	2-3 года	2-3 мес
Сероводородные, скипидарные, радоновые ванны	5-7 лет	5-6 мес
Лекарственные и ароматические ванны	1-2 мес	1-2 мес
Оксигенотерапия	4-5 лет	1 мес
Парафино и озокеритолечение	6 мес	1-2 мес
Грязелечение местное	2-3 года	2-3 мес
Аэротерапия, гелиотерапия	2-3 мес	1-2 мес
Талассотерапия	2-3 года	1 мес

Приложение 13

Сроки повторного применения физиотерапевтических методов

Метод (фактор)	Сроки
Гальванизация общая и лекарственный электрофорез	1 мес
Гальванизация местная и лекарственный электрофорез	2-3 мес
Электросонтерапия	6-10 дней
Центральная электроанальгезия	6-10 дней

Диадинамотерапия	6-10 дней
Амплипульстерапия	10-14 дней
Флюктуоризация	По необходимости
Интерференцтерапия	1 мес
Электродиагностика	1-3 мес
Электростимуляция	1-2 мес
Короткоимпульсная электротерапия	1-2 мес
Дарсонвализация местная	2-3 мес
Ультратонотерапия	1-3 мес
Высокочастотная магнитотерапия	2-3 мес
УВЧ-терапия	1-2 мес
СВЧ-терапия	5 мес
Магнитотерапия	1-2 мес
Франклинизация общая	1 мес
Аэроионотерапия	1 мес
Ингаляционная терапия	2-3 мес
Инфракрасное и видимое излучение	1 мес
Ультрафиолетовое излучение (общее)	2-3 мес
Ультрафиолетовое излучение (местное)	2-3 мес
Лазеротерапия	2-3 мес
Вибротерапия	1 мес
Ультразвуковая терапия	1 мес
Массаж	2-3 мес
Гидротерапия	1-2 мес
Подводный душ-массаж	1 мес
Подводное вытяжение	5-6 мес
Гидрокинезотерапия	2-3 мес
Подводные кишечные промывания и орошения	5-6 мес
Ароматические и лекарственные ванны	5-6 мес
Скипидарные ванны	2-3 мес
Углекислые ванны	2-3 мес
Кислородные ванны	1 мес
Азотные ванны	1 мес
Жемчужные ванны	5-6 мес
Минеральные ванны (йодо-бромные, хлоридные, натриевые)	5-6 мес
Сероводородные ванны	3-6 мес
Радоновые ванны	1 мес
Внутренний прием минеральных вод	1-2 мес
Парафино- и озокеритотерапия	5-6 мес
Грязелечение общее	5-6 мес

Памятка, пользующемуся физиотерапевтическим лечением

При прохождении курса физиотерапевтического лечения для получения лучших результатов больному необходимо знать следующее:

1. Приходить на процедуры необходимо в установленные дни и часы. Обязательно перед процедурой сообщать медицинской сестре о всяком недомогании, общей слабости и повышенной температуре. Женщинам необходимо предупреждать о наличии у них менструаций.

2. Физиотерапевтические процедуры не рекомендуется проводить натощак или фазу после обильного приема пищи. Лучше это сделать после легкого завтрака или через 2—3 часа после еды.

3. Перед процедурой необходим небольшой отдых (10—15 минут) и обязательный отдых после проведения процедуры (от 20—130 до 45—60 минут) по указанию Врача, в зависимости от характера процедуры и самочувствия больного.

4. Во время проведения процедуры больной должен сидеть или лежать спокойно, отвлекаться, не двигаться, соблюдать тишину, не разговаривать и не читать. Спать время процедуры (кроме электросна) не разрешается.

5. О плохом самочувствии, болях, усталости, а также о неприятных ощущениях время процедуры, больной обязательно и немедленно сообщает медсестре. Строго запрещается двигаться или предпринимать самостоятельно какие-либо действия по выключению аппарата, снятию электродов и т. д.

6. Больному необходимо внимательно выслушивать, все указания медсестры, проводящей процедуры, и строго их выполнять во время и после процедуры.

7. Во время светолечебных процедур больному не разрешается самостоятельно снять положение тела, расстояние до лампы, уменьшать или увеличивать время облучения.

Ни в коем случае нельзя смотреть незащищенными глазами на источник светового излучения.

8. При проведении электросветовых процедур больному запрещается касаться руками и другими частями тела аппаратов, проводов, ламп, батарей отопительной системы и водопроводных труб.

В случаях появления после электросветовых процедур на теле в местах воздействия неприятных ощущений, изменений или высыпаний, больной об этом обязательно сообщает медсестре перед проведением очередной процедуры или врачу на приеме.

9. При лечении миндалин лампами ультрафиолетового облучения перед процедурой необходимо прополоскать горло теплой водой (лучше с добавлением питьевой соды).

10. Больным, которым проводятся тепловые процедуры (водо-, грязе-, парафино- и озокеритолечение) во время курса лечения необходимо избегать охлаждения летом и тепло одеваться в сырое и холодное время года.

11. Во время курса физиотерапевтического лечения необходимо избегать физического и умственного переутомления, достаточно отдыхать, нормально и своевременно питаться, следить за деятельностью кишечника и содержать в чистоте кожные покровы.

12. Перед процедурой массажа принять душ и вымыть с мылом и мочалкой места проведения массажа.

Условные единицы на выполнение физиотерапевтических процедур средним медперсоналом

№ п/п	Наименование физиотерапевтической процедуры	Количество условных физиотерапевтических единиц при выполнении процедуры	
		взрослым	детям
А	Электротерапия		
1	Гальванизация	1,0	1,5
2	Лекарственный электрофорез постоянным, диадинамическим, синусоидальным модулированным токами	1,5	2,0
3	Гальванизация, электрофорез полостные	2,0	-
4	Вакуум-электрофорез	1,5	-
5	Гидрогальванические камерные ванны	1,5	-
6	Электростимуляция мышц (с учетом проведения процедуры врачом)	2,0	3,0
7	Электросон (в том числе и церебральная электроаналгезия)	3,0	5,0
8	Диадинамотерапия	2,0	3,0
9	СМТ-терапия	2,0	3,0
10	Токи надтональной частоты	2,0	2,5
11	Дарсонвализация местная	2,0	2,5
12	Дарсонвализация полостная	1,5	-
13	Флюктуоризация	1,5	2,0
14	Франклинизация общая	0,5	1,0
15	Франклинизация местная	1,0	1,0
16	Высокочастотная магнитотерапия	1,5	2,5
17	Индуктотермоэлектрофорез	2,0	3,0
18	УВЧ-терапия	1,0	1,5
19	Дециметроволновая терапия	1,0	2,0
20	Сантиметроволновая терапия	1,0	2,0
21	Магнитотерапия низкочастотная	1,0	2,0
22	Аэроионотерапия групповая	0,5	1,0
23	Аэроионотерапия индивидуальная или местная	0,5	1,0
24	Электроаэрозольтерапия групповая	1,0	2,0
25	Электроаэрозольтерапия индивидуальная	1,5	2,0
Б	Светолечение		
1	Определение биодозы	2,0	3,0
2	УФ-облучение общее и местное	1,0	1,5
3	Облучение другими источниками света, включая лазер	1,0	1,5
4	Электросветовая ванна	1,0	1,5
В	Ультразвуковая терапия		
1	Ультразвуковая терапия	2,0	2,5
2	Фонофорез	2,0	2,5
Г	Ингаляции		
1	Ингаляции (различные)	0,5	1,0
2	Кислородотерапия в палатке	1,0	1,5

3	Баротерапия местная	2,5	
Д	Водо-тепло-грязелечение		
1	Ванны пресные, ароматические, минеральные, лекарственные	1,0	2,0
2	Ванны искусственные газовые, радоновые	2,0	2,5
3	Ванны суховоздушные (уклекислыс, радоновые)	2,0	
4	Вихревые ванны	1,5	
5	Контрастные ванны	1,5	2,5
6	Ванны по Гауффе	2,5	
7	Полуванны с растиранием	3,0	
8	Субаквальные кишечные ванны	5,0	
9	Кишечный душ	2,0	
10	Души (любые)	1,0	2,0
11	Подводный душ-массаж	4,0	5,0
12	Укутывания	3,0	4,0
13	Обтирания	3,0	4,0
14	Вытяжение горизонтальное в воде	3,0	
15	Вытяжение вертикальное в воде	3,0	
16	Парафиновые и озокеритовые аппликация	2,0	2,5
17	Аппликации грязи, торфа, глины	2,5	3,0
18	Грязелечение внутривполостное	2,0	
19	Грязелечение внутривполостное с аппликацией	3,0	
20	Электрогрязь	2,0	2,5
21	Нафталановые ванны	3,0	
22	Местная нафталановая процедура	2,0	3,0

Примечание:

1. За одну условную физиотерапевтическую единицу принята работа на выполнение и подготовку которой требуется 8 минут.

2. При проведении процедур одному больному на различных участках тела за одно посещение, каждая из них учитывается в условных единицах самостоятельно, если эти процедуры проводились не одновременно.

3. На проведение физиотерапевтических процедур, не предусмотренных настоящим приложением, руководители учреждений совместно с профсоюзными организациями устанавливают временные условные физиотерапевтические единицы на основании объективных данных о фактических затратах рабочего времени и материалы об этом направляются в органы здравоохранения по подчиненности для представления, при их обоснованности, в установленном порядке в МЗ СССР.

Приложение 16

Условные единицы на выполнение массажных процедур

№ п/п	Наименование массажной процедуры	Количество условных массажных единиц при выполнении процедуры взрослым и детям
1	Массаж головы (лобно-височной и затылочной теменной области)	1,0
2	Массаж лица (лобной, окологлазничной, верхне- и нижнечелюстной области)	1,0

3	Массаж шеи	1,0
4	Массаж воротниковой зоны (задней поверхности шеи, спины до уровня 4 грудного позвонка, передней поверхности грудной клетки до 2 ребра)	1,5
5	Массаж верхней конечности	1,5
6	Массаж верхней конечности, надплечья и области лопатки	2,0
7	Массаж плечевого сустава (верхней трети плеча, области плечевого сустава и надплечья одноименного)	1,0
8	Массаж локтевого сустава (передней трети предплечья области локтевого сустава и нижней трети плеча)	1,0
9	Массаж лучезапястного сустава (проксимального отдела кисти, области лучезапястного сустава и предплечья)	1,0
10	Массаж кисти и предплечья	1,0
11	Массаж области грудной клетки (области передней поверхности грудной клетки от передних границ надплечий до реберных дуг и области спины от VII шейного до 1 поясничного позвонка)	2,5
12	Массаж спины (от VII шейного до 1 поясничного позвонка и от левой до правой средней аксиллярной линии; у детей включая пояснично-крестцовую зону)	1,5
13	Массаж передней брюшной стенки	1,0
14	Массаж пояснично-крестцовой области (от I поясничного до нижних ягодичных складок)	1,0
15	Сегментарный массаж пояснично-крестцовой области массаж спины и поясницы (от VII шейного позвонка до крестца и от левой до правой средней аксиллярной линии)	1,5
16	Массаж спины и поясницы (от VII шейного позвонка до крестца и от левой до правой средней аксиллярной линии)	2,0
17	Массаж шейно-грудного отдела позвоночника (область задней поверхности шеи и области спины до I поясничного позвонка от левой до правой задней аксиллярной линии)	2,0
18	Сегментарный массаж шейно-грудного отдела позвоночника	3,0
19	Массаж области позвоночника (области задней поверхности шеи, спины и пояснично-крестцовой области от левой до правой задней аксиллярной линии)	2,5
20	Массаж нижней конечности	1,5
21	Массаж нижней конечности и поясницы (области стопы, голени бедра, ягодичной и пояснично-крестцовой области)	2,0
22	Массаж тазобедренного сустава (верхней трети бедра, области тазобедренного сустава и ягодичной области одноименной стороны)	1,0
23	Массаж коленного сустава (верхней трети голени, области коленного сустава и нижней трети бедра)	1,0
24	Массаж голеностопного сустава (проксимального отдела стопы, области голеностопного сустава и нижней трети голени)	1,0
25	Массаж стопы и голени	1,0
26	Общий массаж (у детей грудного и младшего дошкольного возраста)	3,0

Примечание:

1. За одну условную массажную единицу принята массажная процедура (непо-иггвенное проведение массажа) на выполнение которой требуется 10 минут.

2. Время перехода (переездов) для выполнения массажных процедур вне кабинета, учитывается в условных массажных единицах по фактическим затратам.

3. Указанные нормы не могут служить основанием для установления штатов и етов по заработной плате, кроме случаев специально оговоренных в действующих штатных нормативах и условиях оплаты труда медицинских сестер по массажу.

Приложение 17

Инструкция по охране труда для физиотерапевтического отделения (кабинета)

1. Перед началом работы медицинская сестра обязана проверить исправность всех физиотерапевтических аппаратов и заземляющих проводов. При обнаружении Дефектов она должна сообщить об этом врачу и сделать запись о выявленных неисправностях в контрольно-техническом журнале. До устранения дефекта производить процедуры на неисправном аппарате запрещается.

2. Металлические заземленные корпуса аппаратов при проведении процедур с контактным наложением электродов следует устанавливать вне досягаемости для больного.

3. Запрещается использовать в качестве заземления батареи отопительной системы, водопроводные и канализационные трубы. Они должны быть закрыты деревянными кожухами, окрашенными масляной краской.

4. Перед включением аппарата проверяют установку всех переключателей в исходное положение. Изменение параметров воздействия или выключение аппарата допустимо только при нулевом положении ручек амплитуды или интенсивности.

5. Категорически запрещается устранять неисправности, менять предохранители и протирать панели аппаратов, включенных в сеть. Нерабочие аппараты нельзя оставлять подсоединенными в сеть.

6. При проведении ультрафиолетовых и лазерных облучений необходимо защищать глаза больных и медицинского персонала очками с темной окраской стекол и боковой защитной (кожаной или резиновой) оправой. Нельзя смотреть навстречу первичному или отраженному лазерному излучению.

7. Ртутно-кварцевый облучатель и лампу «Соллюкс» необходимо устанавливать сбоку от больного, во избежание опасного падения горячих стеклянных осколков или деталей лампы (облучателя) при случайных поломках. Лампу «Соллюкс» необходимо снабжать предохранительными проволочными сетками с окном диаметром 4-5 мм в выходном отверстии рефлекторов.

8. Запрещается проводить УВЧ-терапию при суммарном зазоре между тканями и конденсаторными пластинами свыше 6 см.

9. Перед проведением ванны (душа) необходимо обязательно измерить его температуру при помощи термометра

10. При разогревании парафина (озокерита) и проведении процедур термотерапии необходимо исключить попадание в них воды, во избежание ожогов у больных.

11. При проведении газовых ванн необходимо сберегать газовые баллоны от ударов и падений. Запрещается прикасаться к кислородным баллонам предметами, содержащими жир и масло.

12. Сероводородные ванны необходимо производить в изолированных отсеках с приточно-вытяжной вентиляцией.
13. Запрещается проводить ингаляции в электро- и светолечебных кабинетах.
14. Во время проведения процедур медицинская сестра не имеет права отлучаться из физиотерапевтического кабинета. Она обязана постоянно следить за работой аппаратов и состоянием больных.
15. По окончании рабочего дня все рубильники, выключатели аппаратов, а также вилки штепсельных розеток должны быть отключены от сети.
16. Средний медицинский персонал, не имеющий специализации по физиотерапии, к проведению процедур не допускается.
17. Ремонт физиотерапевтической аппаратуры случайными лицами категорически запрещен.

Приложение 18

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ

При непосредственном контакте больного или сестры с токонесущими элементами аппаратов поражение электрическим током - электротравма. Она проявляется судорожными сокращениями мышц, болями резким побледнением видимых кожных покровов. В последующем в зависимости от силы проходящего через ткани пострадавшего тока развивается остановка дыхания, нарушения сердечного ритма и потеря сознания, которые могут привести к смерти больного.

При поражении электрическим током требуются немедленные реанимационные мероприятия. Прежде всего необходимо прекратить контакт пострадавшего с источником тока (разомкнуть электрическую цепь, выключить рубильник). В случае расстройств дыхания и сердечной деятельности пострадавшему в соответствии с правилом АВС: отсасывают секрет трахеобронхиального дерева, обеспечивают проходимость воздухоносных путей (Airway open), проводят искусственное дыхание методом "рот в рот" или "рот в нос" (Breath support) и поддерживают циркуляцию крови путем непрямого массажа сердца (Circulation support). После восстановления эффективной циркуляции крови, пораженному вводят внутривенно по показаниям 0,5 (0,3) мл 0,1% раствора адреналина, 0,5-1 мл 0,1% раствора атропина, 24 мл 2% раствора лидокаина, 5-8 мл 25% раствора магния сульфата в 50-100 мл раствора глюкозы, и 200 мл 2% раствора гидрокарбоната натрия (или трисамина). неотложные реанимационные мероприятия продолжают до полного восстановления сердечной и дыхательной деятельности.

Приложение 19

Опись аптечки первой помощи для физиотерапевтического отделения

Наименование имущества и медикаментов	Количество
Перчатки резиновые технические	1 пара
Кусачки технические с изолированными ручками	1 шт.

Воздуховод ротовой NN 2 и 3	2 шт.
Роторасширитель	1 шт.
Языкодержатель	1 шт.
Одноразовые шприцы емкостью 5 мл	5 шт.
Одноразовые шприцы емкостью 10 мл	5 шт.
Одноразовые иглы к шприцам	10 шт.
Система для переливания крови разового пользования	3 шт.
Раствор аммиака 10% (нашатырный спирт)	30 мл
Адреналина гидрохлорид 0,1%, 1 мл в амн.	6 амп.
Атропина сульфат 0,1% раствор по 1 мл в ВМП.	3 амп.
Глюкозы 40% раствор по 20 мл в амп.	10 амп.
Йода раствор спиртовой 5% по 1 мл в амп.	20 шт.
Кальция хлорид 10% раствор по 10 мл в амп.	10 шт.
Лидокаина 2% раствор по 2 мл в амп.	5 шт.
Магния сульфат 25% раствор по 10 мл в амп.	5 амп.
Натрия гидрокарбонат 8,4% раствор по 200 мл во флаконе	2 шт.
Натрия хлорид 0.9% раствор по 400 мл во флаконе	2 шт.
Новокаин 0,5% раствор по 20 мл в амп	10 шт.
Преднизолон по 30 мг в амп.	3 шт.
Полиглюкин по 400 мл во флак.	2 шт.
Спирт этиловый ректификат 70%	50 мл
Трисамин 3,66% раствор по 200 мл во флак.	1 шт.
Бинты, салфетки, вата гигроскопическая, палочки	

Приложение 20

Периодичность медицинских осмотров персонала, работа которого связана с воздействием вредных факторов

№ п/п	Факторы	Врачи-специалисты, участвующие в осмотрах	Необходимые лабораторные и диагностические исследования	Периодичность проведения медицинских осмотров
1	Ионизирующие излучения, радиоактивные вещества и источники ионизирующих излучений	Терапевт, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог	Гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоформула, СОЭ; ЭКГ, ФВД, флюорография	1 раз в 12 месяцев
2	Когерентное монохроматическое излучение (лазерное)	Терапевт, невропатолог, офтальмолог	Эритроциты, тромбоциты, лейкоформула; ЭКГ	1 раз в 12 месяцев
3	Постоянные и переменные магнитные поля и постоянные электромагнитные поля	Терапевт, невропатолог	Эритроциты, тромбоциты, лейкоциты; ЭКГ	1 раз в 12 месяцев
4	Электромагнитные излучения (сверхвысокочастотные (миллиметровые, сантиметровые, дециметровые) волны)	Терапевт, невропатолог, офтальмолог	Эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоформула; ЭКГ	1 раз в 12 месяцев
5	Электромагнитные излучения УВЧ, ВЧ, НЧ и СВЧ	Терапевт, невропатолог, офтальмолог	Эритроциты, тромбоциты, лейкоформула; ЭКГ	1 раз в 24 месяцев

б	Ультразвук	Терапевт, невропатолог	Холодовая проба, вибрационная чувствительность	1 раз в 12 месяцев
---	------------	------------------------	--	--------------------

Приложение 21

ПЕРЕЧЕНЬ ОПАСНЫХ И ВРЕДНЫХ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

а) физические опасные и вредные производственные факторы:

- повышенная температура воздуха рабочей зоны;
- повышенный уровень шума на рабочем месте;
- повышенный уровень вибрации;
- повышенный уровень ультразвука;
- повышенный уровень инфразвуковых колебаний;
- повышенная влажность воздуха;
- повышенная ионизация воздуха;
- повышенный уровень статического электричества;
- повышенный уровень электромагнитных излучений;
- повышенная напряженность электрического поля;
- повышенная напряженность магнитного поля;
- повышенный уровень ультрафиолетового излучения;
- повышенный уровень инфракрасного излучения;
- повышенный уровень лазерного излучения;

б) химические опасные и вредные производственные факторы;

- повышенное содержание сероводорода;
- повышенное содержание углекислого газа;
- повышенное содержание озона, окислов азота, йода, брома и др.;
- повышенное содержание хлора;

повышенное содержание радона и его дочерних продуктов распада.

Приложение 22

Перечень общих медицинских противопоказаний к допуску в контакте с вредными, опасными веществами и производственными факторами

1. Врожденные аномалии органов с выраженной недостаточностью их функций.
2. Органические заболевания центральной нервной системы со стойкими выраженными нарушениями функций.
3. Хронические психические заболевания и приравненные к ним состояния, подлежащие обязательному диспансерному динамическому наблюдению в неврологических диспансерах, эпилепсия с пароксизмальными расстройствами. В случаях выраженных форм пограничных психических заболеваний, вопрос о пригодности к соответствующим работам решается комиссией психоневрологического учреждения индивидуально.
4. Наркомании, токсикомании, хронический алкоголизм.
5. Болезни эндокринной системы с выраженными нарушениями функций.
6. Злокачественные новообразования (после проведенного лечения вопрос может решаться индивидуально при отсутствии абсолютных противопоказаний).
7. Все злокачественные заболевания системы крови;
8. Гипертоническая болезнь III стадии.
9. Болезни сердца с недостаточностью кровообращения.
10. Хронические болезни легких с выраженной легочно-сердечной недостаточностью.
11. Бронхиальная астма тяжелого течения с выраженными функциональными нарушениями дыхания и кровообращения.
12. Активные формы туберкулеза любой локализации.
13. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки с хроническим рецидивирующим течением и наклонностью к кровотечениям.
14. Цирроз печени и активные хронические гепатиты.
15. Хронические болезни почек с явлениями почечной недостаточности.
16. Болезни соединительной ткани.
17. Болезни нервно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата со стойкими нарушениями функций, мешающие выполнению обязанностей по профессии.
18. Беременность и период лактации.
19. Привычное невынашивание и аномалии плода в анамнезе у женщин, планирующих деторождение.
20. Нарушения менструальной функции, сопровождающиеся маточными кровотечениями (кроме работ, связанных с напряжением зрения).
21. Глаукома декомпенсированная.

Основание: Приказ Минздравмедпрома РФ от 14 марта 1996 г. № 90 "О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентах допуска к профессии".

Приложение 23

Журнал регистрации вводного инструктажа

Дата	Фамилия, инициалы инструктируемого	Профессия, должность инструктируемого	Подразделение, в которое направляется инструктируемый	Фамилия, инициалы инструктирующего	Подпись	
					Инструктирующего	Инструктируемого

Приложение 24

Журнал регистрации на рабочем месте

Дата	Фамилия, инициалы инструктируемого	Профессия, должность инструктируемого	Вид инструктажа (первичный, повторный, внеплановый, текущий)	Номер инструкции или ее название	Фамилия, инициалы инструктирующего	Подпись		Допуск к работе произвел (фамилия, инициалы, должность, подпись)
						Инструктирующего	Инструктируемого	

Приложение 25

Документы, регламентирующие размещение и организацию рабочих мест в ФТО

- ОСТ 42-21 -16-86 ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности - М.: Минздрав, 1987;
- Правила устройства электроустановок (ПУЭ). М.: Энергоатомиздат, 1987;
- Правила эксплуатации электроустановок потребителей - М.: Энергоатом издат, 1992;
- Правила техники безопасности при эксплуатации электроустановок потребителей. -М.: Энергоатомиздат, 1989;
- Инструкция по защитному заземлению электромедицинской аппаратуры в учреждениях Министерства здравоохранения. - М.: Минздрав, 1973;
- ГОСТ 12.1030-81 Электробезопасность. Защитное заземление, зануление;

- ГОСТ 12.2.007.0-75 Изделия электротехнические. Общие требования безопасности;
- ГОСТ Р 50267.0-92 Изделия медицинские электротехнические. Общие требования безопасности;
- ГОСТ 121.006-84 Электромагнитные поля радиочастот. Общие требования безопасности;
- Санитарные правила и нормы СанПин 2.2.4/2.1.8.055 - 96 Утверждены Госкомсанэпиднадзора Российской Федерации от 8 мая 1996 г. № 9;
- Санитарные нормы и правила при работе с источниками электромагнитных полей высоких, ультравысоких и сверхвысоких частот, утвержденных заместителем Главного санитарного врача в 1970 году. № 848-70;
- Инструкция по организации и проведению санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-фактических учреждениях (приказ МЗ СССР от 31 июля 1978г. № 720).
- ОСТ 42-21-1 6-86 ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности.- М.: Минздрав СССР, 1987;
- СНиП 2.08.02.-89 Общественные здания и сооружения;
- СанПин 5179-90 Санитарные правила устройства оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров;
- Нормы радиационной безопасности (НРБ-99). Санитарных правил СП 2.6.1.758-99;
- Правила техники безопасности при эксплуатации изделий медицинской в учреждениях здравоохранения. Общие требования.- М.: Минздрав, 1985;
- Инструкция по организации и проведению санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях (приказ Министра здравоохранения от 31 июля 1978 г. №720).
- Методические рекомендации «Гигиена труда при работе с лазерами» МЗ РФ, 1981г.
- ГОСТ Р-50723-94. Лазерная безопасность.

Приложение 26

Льготы работникам ФТО

№	Категории работников	Льгота	Нормативный акт
1	Врачи, медицинские сестры ФТО	6,5 часовой рабочий день (38.5 час в неделю) Не более 39 час в неделю	Приказ Минздрава СССР №1000. от 23.09.1981 г. Ст.350 ТК РФ
2	Медсестры работающие в течение рабочего дня на медицинских генераторах УКВ мощностью свыше 200 Вт	33-часовая рабочая неделя	Постановление Правительства РФ №101 от 14.02.2003 г.
3	Медсестры проводящие процедуры на аппаратах УВЧ любой мощности при проведении в месяц в среднем не менее 10 процедур за смену	15% надбавки к должностному окладу. Дополнительный отпуск 12 рабочих дней	Приказ МЗ РФ №377 от 15.10.99г. «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» Ст. 68 КЗОТ РФ

4	Медперсонал занятый в радоновых, сернистых сероводородных, углеводородных и озокерито-грязеторфолечебных кабинетах, для подогрева грязи, приготовление искусственных сероводородных ванн.	15% надбавки к должностному окладу 36-часовая рабочая неделя	Приказ МЗ РФ №337 от 15.10.99 г. Постановление Правительства РФ №101 от 14.02.2003
5	Врачи и медсестры, работающие на лазерных установках любого класса	15% надбавки к должностному окладу.	Пост. Мин. труда и соц. защиты РФ ' №17 от 8.06.92г. (раздел 2, п.24) Приказ МЗ №377 от 15.10.99г.
6	Медицинские сестры работающие со свинцом 0,01 мг/м3	Бесплатная выдача 0,5 л молока или других равноценных продуктов	Постановление Правительства РФ № 849 от 29.11.2002 г.
7	Работники радоновых лабораторий	Бесплатные обеды и выход на пенсию по достижении 50 лет (женщины 45 лет), при стаже работы не менее 20 лет (женщины - 15-ти лет), в том числе 10 лет (женщин - 7,5 лет) в контакте с профвредностями	Приказ МЗ СССР №06-14/7-14 от 17.02.1988г. «О бесплатной выдаче молока и других равноценных пищевых продуктов рабочим и служащим на работе с вредными условиями труда»

Приложение 27

Документы, определяющие противоэпидемический режим в ФТО

- Отраслевой стандарт «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения методы средства и режимы»;
- ОСТ 42-21-2-85 Москва, Приказа МЗ СССР N 408 от 12 июля 1989 года «О мерах по снижению заболеваемости гепатитами в стране»;
- Приказ N 720 МЗ СССР от 31 июля 1978 года «Об улучшении медицинской помощи с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»;
- Методические указания по применению "Виркона" для дезинфекции, утвержденных ГСЭУ МЗ СССР N 15-6716 14 июля 1991 года;
- Методические указания по применению препарата "Сайдекс" для, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, утвержденных ГСЭУ МЗ СССР N 15-6/45 10 декабря 1990;
- Методические указания по применению электрохимически активированного раствора хлорида натрия (нейтральный анолит) вырабатываемого в установке СТЭЛ-4Н-60-01 для целей дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизаций, утвержденных ГСЭН РФ, Москва 1993 N.01-19/49;
- Методические указания по применению для стерилизации изделий медицинского назначения средства "ЛизоФормин-3000" Фирмы "Лизоформ дезиифекцион АГ, утвержденных ГСЭУ N 01-19/73-11 ОТ 29.12.94Г;
- Пособие по организации дезинфекционного и стерилизационного режимов в кабинетах и отделениях амбулаторно-поликлинических учреждений. Москва 1992.

- Приказ МЗ и МП РФ от 16. 08. 94 г № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ инфекции в Российской Федерации»;
- Инструкция по использованию перекиси водорода с моющими средствами для целей дезинфекции, утвержденной ГСЭУ МЗ СССР N 858-70 ОТ .08.70 г.;
- Методические указания по применению "Лизетола АФ" для дезинфекции и протерилизационной очистки изделий медицинского назначения N 11-114/4056, Утвержденных ГСЭН РФ от 31.08.92г.;
- Методические указания по применению хлорамина 1 для дезинфекционных целей, утвержденной Начальником ГСЭУ №1359-75 от 21. 10. 75 г.;
- Методические указания по применению гибитана для дезинфекции J& 28-6/4 от 26СВ.81г.;
- Методические указания по применению дезинфицирующего Средства «Дезэфект» (ЗАО «Центр дезинфекции» Россия, М. 2001 г.) утвержденный руководителями Департамента Госсанэпиднадзора Минздрава России №11-3/277-09 ОГ 20 августа 2001 г.

Приложение 28

Обработка изделий медицинского назначения

Матерчатые гидрофильные прокладки	промыть под проточной водой в течение 5- 10 минут и кипятить в дистиллированной воде в течение 30 мин. Прокладки для каждого вида лекарств кипятить отдельно.
Матерчатые гидрофильные прокладки, используемые при процедурах на ранах	использованные марлевые салфетки погрузить в 3% раствор хлорамина на 60 минут, а затем утилизировать. Матерчатые прокладки замочить в другую емкость с 3% раствором хлорамина на 60 минут, затем промыть под проточной водой в течение 5-10 и прокипятить в дистиллированной воде в течение 30 минут. Прокладки для каждого вида лекарств кипятить отдельно.
Контактные кожные излучатели (электроды), неконтактные излучатели (электроды, индукторы), клеенки для изоляции электродов, резиновые бинты для фиксации	двукратно с интервалом 15 минут протирать 1% раствором хлорамина, или 3% раствором перекиси водорода с 0,5% моющим средством, или 0,5% раствором «лизоформина-3000», или 2% раствором "Виркона". Затем промыть водой до удаления запаха дезинфектанта и просушить. Перед каждым проведением процедуры протирать 70 % этиловым спиртом.
резиновые маски для процедур электросна, защитные очки для светолечения	двукратное протирание 70% этиловым спиртом с интервалом 2-5 минут
тубусы, аэрозольные наконечники, полостные электроды (ректальные), используемые без дополнительной защиты	дезинфицируют путем промывания в первой емкости с дез. раствором в течение 0,5 минут для удаления биологических загрязнений с помощью ватно-марлевого тампона в резиновых перчатках. Затем погрузить изделия во вторую емкость с дез. раствором. В качестве дезинфицирующих растворов применять 0,75% раствор «Лизоформина-3000» с экспозицией 60 минут, или 1,5% раствор "Лизоформина-3000" - 30 минут, или 2% раствор "Лизоформина3000"-15 минут, или 4% раствор "Лизетола АФ" - 15 минут, или 5% раствор "Лизетола АФ" - 5 минут, или 1% раствор "Виркона" — 10 минут, или 0,05% нейтральный полученный на установке СТЭЛ - 60 минут, или 3% раствор хлорамина - 60 минут или 6% раствор переки-

	<p>си водорода - 60 минут, изделия из стекла и металла, могут быть обеззаражены путем кипячения в дистиллированной воде в течение 30 минут или «Дезэфект» -2,3% - 60 мин. После дезинфекции изделия промыть в проточной воде до исчезновения запаха дезинфектанта.</p> <p><i>Предстерилизационная очистка:</i> тубусов проводится погружением в 0,5% раствор при 50°C на 15 минут. Приготовление раствора: 5,0 моющего средства "Прогресс", "Астра", "Лотос", 20 мл пергидроля, 975 мл водопроводной воды. Раствор можно подогревать до 50°C и использовать до 6 раз в сутки, если раствор не изменил своей окраски. Промывание каждого изделия в моющем растворе ватно-марлевым тампоном в течение 0,5 минуты. Ополаскивание проточной водой в течение 5 минут после применения СМС "Прогресс" и не менее 10 минут после применения других СМС. Ополаскивание в дистиллированной воде в течение 0,5 минуты. Просушивание до исчезновения влаги. При применении для целей дезинфекции "Лизетол АФ", 0,05% нейтрального анолита, полученного на установке СТЭЛ возможно совмещение дезинфекции и предстерилизационной обработки в одном растворе.</p> <p><i>Стерилизация:</i> все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, кровью, слизистыми, при возможности травмирования слизистой, должны подвергаться стерилизации. В этих случаях нетермостойкие пластмассовые и стеклянные тубусы и наконечники подлежат химической стерилизации путем погружения в стерильную тару с крышкой, наполненную 6% раствором перекиси водорода на 6 часов при комнатной температуре или на 3 часа при возможности подогрева раствора перекиси водорода до 50°C (в течение экспозиции температуру 50 град, не поддерживать). Для стерилизации используются также активированный раствор препарата "Сайдекс" с экспозицией 10 часов, 8% раствор "Лизоформина-3000" с экспозицией 1 час, а также 0,03% нейтральный анолит, полученный на установке СТЭЛ с экспозицией 2 часа при комнатной температуре. После окончания стерилизационной экспозиции каждое изделие промывается стерильной дистиллированной водой в двух стерильных емкостях по 5 минут в каждой емкости. После ополаскивания изделия просушивают стерильной салфеткой, хранят до использования завернутыми в стерильную простыню. Для проведения процедур во всех других случаях обработка тубусов и наконечников заканчивается двукратным протиранием 70% этиловым спиртом дважды с интервалом 2-5 минут и последующим размещением на чистой салфетке.</p>
<p>Полостные электроды, используемые с защитой в виде презерватива</p>	<p>Использованный презерватив замочить в 3% растворе хлорамина на 60 минут или в одном из дез. растворов, предложенном выше на указанную экспозицию. Излучатель (электрод) протереть таким же раствором двукратно с интервалом 15 минут, затем промыть проточной водой или протереть тампоном, смоченным водой, просушить. Перед использованием обработать излучатель 70% этиловым спиртом и надеть новый презерватив.</p>
<p>Полостные электроды, используемые с защитой в виде марлевой салфетки: десневые, эндоназальные и т.д.:</p>	<p>Без контакта с раневой поверхностью, кровью, травмированной слизистой - проведение только этапа дезинфекции. Использованную марлевую салфетку погрузить в 3% раствор хлорамина на 60 минут и выбросить. Сам электрод протереть двукратно с интервалом 15 минут протирать 1% раствором хлорамина, или 3% раствором перекиси водорода с 0,5% моющим средством, или 0,5% раствором "Лизоформина-3000", или 2% раствором "Виркона", затем промыть проточной водой до полного уничтожения запаха дезинфектанта. Резиновую часть десневого электрода и изолирующую клеенку погрузить в один из растворов дезинфек-</p>

	тантов, затем промыть под проточной водой, просушить, уложить на стерильную салфетку, прикрыть сверху. Перед использованием протереть электрод, резиновую часть и клеенку 70 % этиловым спиртом. В случаях травмированной слизистой перед использованием резиновую часть и клеенку подвергать всем этапам обработки: дезинфекции, пред-стерилизационной очистке и стерилизации (паровой при 120°С в течение 45 минут или химической).
Ванны.	<p>После процедуры стенки и дно ванны двукратно с интервалом 15 минут протереть или оросить 1% раствором хлорамина или 0,5% раствором "Лизоформина-3000", затем очистить с помощью чистящей пасты и промыть горячей проточной водой.</p> <p>После лечения больного с микозом боковые стенки ванны двукратно с интервалом 15 минут протереть, а дно ванны залить 1% активированным раствором хлорамина, или 5% раствором хлорамина на 60 минут, или 0,5% раствором препарата "Лизоформина-3000" на 90 минут (возможно также применение 0,25% раствора "Ли-Зоформина-3000" с экспозицией 240 минут), или 0,05% нейтральным анолитом, подученным на установке СТЭЛ с экспозицией 90 минут.</p> <p>Приготовление 1% активированного раствора хлорамина: хлорамин - 10г, аммонийная соль - 2,6г, аммиак- 0,324 г, вода водопроводная -до 1 литра. Активированные растворы хлорамина не подлежат хранению и готовятся непосредственно перед приготовлением.</p>
Резиновые подушечки.	<p>Протереть двукратно с интервалом 15 минут, ветошью, смоченной 1% раствором хлорамина, или 1,5% раствором "Лизоформина-3000", или (двукратно с интервалом 30 минут протереть ветошью, смоченной 0,05% нейтральным раствором, полученным на установке СТЭЛ. Промыть водой.</p> <p>Просушить.</p>
Резиновые коврики	В конце рабочего дня протереть или оросить двукратно с интервалом 15 минут одним из дезинфицирующих растворов, затем промыть водой и просушить
Щетки для чистки ванн	В конце рабочего дня погрузить щетки или ветошь в один из дезинфицирующих растворов.
Условия хранения дезинфицирующих растворов.	Растворы хлорамина используются однократно в течение 15 дней с момента явления. Растворы перекиси водорода используются однократно, рабочие растворы готовятся перед применением. 0,05% нейтральный анолит, полученный на установке типа СТЭЛ, применяется для дезинфекции в день приготовления и только однократно. Растворы препарата "Лизоформин-3000" применяются многократно в течение 14 суток с момента приготовления. Растворы "Виркона" применяются многократно в течение одних суток, при условии, если раствор не потерял своей розовой индикаторной окраски. Растворы препарат "Лизетол АФ" используются многократно в течение 7 суток, по мере необходимости при сильном загрязнении (хлопья, осветление раствора) его меняют раньше.

Приложение 29

СПИСОК врачей-физиотерапевтов

№	Фамилия,	Должность	Год оконча-	Клиническая	Стаж работы по	Где и когда специа-
---	----------	-----------	-------------	-------------	----------------	---------------------

п/п	имя, отчество		ния институ- та	специальность	физиотерапии	лизировался по фи- зиотерапии

Приложение 30

СПИСОК медицинских сестер

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должность	Год окончания среднего меди- цинского заве- дения	Стаж работы по физиотерапии	Где и когда спе- циализировался по физиотерапии

Приложение 31

Журнал учета больных и проведенных процедур в кабинете _____ ФТО

№ п/п	Фамилия, инициалы	Отделение	Размещение	Отметка о проведении процедуры, месяц		
				Дни месяца		
				1		31
Гальванизация и электрофорез						
1	Иванов А.П.	2	Кушетка 1	II	+++	

Приложение 32

Журнал

Учета работы физиотерапевтического отделения за _____ 200__ г.

3	1	Дни месяца			Светоечение
		37	Количество первичных больных в ФТО			
		2/44	«Соллюкс»			
		¼	УФО местные			
		4				

		3/10 14	Гальванизация	Электролечение
		4/12 24	Диадинамотерапия	
		5/12 24	Ультразвуковая терапия	
		2/10 10	Магнитотерапия	
		2/6 12	Парафино-озокеритолечение	Теплолечение
		2/8 20	Грязевые аппликации	
		4/12 18	Аэрозоли	Ингаляции
		2/10 15	Электроаэрозоли	
		2/8 8	Душ Шарко	Души лечебные
		4/9 9	Циркулярный	
		4/40 58		М

Приложение 33

Методика расчета основных показателей ФТО

Показатели	Методика расчета
Охват больных методами физиотерапии, %	Число больных, лечившихся в ФТОх100 Число больных, лечившихся в ЛУ
Число видов лечения, приходящихся на одного больного, абс.	Суммарное число первичных больных по всем процедурным кабинетам ФТО Число больных, лечившихся в ФТО
Среднее число процедур на курс лечения одного больного, абс.	Число проведенных процедур Число больных, лечившихся данными процедурами
Охват больных, видами и методами физиотерапии, %	Число больных, принимавших ванны (грязелечение, электролечение и т.п.)х100 Число больных, лечившихся в ЛУ
Структура физиотерапевтических процедур, %	Число проведенных водолечебных (грязелечебных, электролечебных и т.п) процедур x 100 Общее число процедур, проведенных в ФТО в течение года.

Среднее число посещений ФТО за день, абс.	Общее число процедур, проведенных в ФТО в течение года Число рабочих дней ФТО в году
---	---

Приложение 34

Перечень основных работ, технического обслуживания физиотерапевтической аппаратуры

Виды технического обслуживания	Выполняемая работа
Ежедневное техническое обслуживание (ЕТО)	Производится устранение выявленных при КО недостатков. Осуществляется очистка аппарата от пыли, грязи, экссудатов и т.п. (без разборки). Проводится очистка и смазка резьб, разъемов и другие операции, указанные эксплуатационной документации
Техническое обслуживание №1 (ТО-1)	<p>Проводятся работы в объеме ЕТО. Удаляются следы коррозии и окислов с наружных поверхностей аппарата. Производится смазка основных механизмов, узлов и блоков (в соответствии с таблицей смазки).</p> <p>Осуществляются работы по затяжке всех ослабленных крепежных элементов, уплотнений, сальников и т.п. Производится дозаправка медицинской техники расходными материалами, жидкостями, газами и т.п.</p> <p>Проводится замена отказавших предохранителей, индикаторных ламп и т.п. Выполняются текущие планово-предупредительные работы, специфические для данного аппарата, необходимость, состав и содержание которых отражено в эксплуатационной документации. Проверяется правильность ведения эксплуатационной документации. Проводятся работы по выявлению и предупреждению отказов. Проводится проверка общей работоспособности аппарата. Устраняются выявленные недостатки.</p>
Техническое обслуживание №2 (ТО-2)	<p>Проводятся работы в объеме ТО-1. Производится чистка, смазка и, при необходимости, переборка основных механизмов</p> <p>Производится замена смазки и рабочих жидкостей (в соответствии с плановыми сроками).</p> <p>Производится подкраска очищенных от коррозии оголенных мест на наружных и внутренних поверхностях корпусов, кожухов, панелей и т.п. Выполняются настроечные и регулировочные работы для обеспечения характеристик соответствующих требованиям эксплуатационной документации. Производятся поверка и регулировка средств измерения общего и медицинского назначения.</p> <p>Проводятся работы по консервации аппарата (выполняются при постановке аппарата на длительное хранение, если это предусмотрено документацией). Выполняются планово-предупредительные работы, специфические для данного образца аппарата, необходимость, объем и содержание которых отражено в эксплуатационной документации. Устраняются выявленные недостатки.</p>

ЖУРНАЛ

технического обслуживания

Дата	Аппарат, заводской паспорт, №	Отметка о замеченном дефекте	Подпись медицинской сестры	Что сделано, какие части заменены, в каком состоянии находится аппарат, разрешение специалиста, проводившего ремонт или осмотр на эксплуатацию аппарата	Подпись специалиста, проводившего ремонт (осмотр)	Подпись заведующего отделением (кабинетом)

Перечень рабочих средств измерений, подлежащих периодической поверке

№ п/п	Наименования средств измерения	Сроки периодической поверки в метрологической организации
1	Динамометры медицинские	1 раз в 3 года
2	Приборы для измерения давления крови (сфигмоманометры ртутные и мембранные)	1 раз в 2 года
3	Секундомеры механические	1 раз в 2 года
4	Секундомеры электроищеские	1 раз в 2 года
5	Электротермометры медицинские	1 раз в 2 года
6	Термометры лабораторные с ценой деления шкалы 0,1 и менее	1 раз в 4 года
7	Анемометры типов АСО-3. МС-13 и др.	1 раз в 2 года
8	Барометры-анероиды, барографы суточные и недельные	1 раз в 3 года
9	Дозиметры гамма-, рентгеновского и нейтронного излучений, радиометры, рентгенометры. микрорентгенометры	1 раз в 2 года
10	Индивидуальные дозиметры ДК-0,2, ДП-24, Дп-22В, КИПидр.	1 раз в год
11	Измеритель плотности потока мощности СВЧ-поля Ш-1.ПЗ-13ДГЗ-9	1 раз в 2 года
12	Измеритель мощности ультразвукового излучения ИМУ	1 раз в 2 года
13	Психрометры аспирационные и гигрографы ТИПОВ МИ-4М. М021Н. М-21С	1 раз в 3 года
14	Измеритель концентрации радона эманометры	1 раз в 2 года
15	Счетчики ионов, электрометры	1 раз в 2 года
16	Термографы типов М-16Н. М-16С и др.	1 раз в 2 года
17	Люксметры типов Ю-16, Ю-17 и др.	1 раз в 2 года
18	Шумомеры с анализаторами шума АШ-2М шумомеры инспекторские, измерители шума и вибрации ИШВ-1	1 раз в 2 года
19	Весы и наборы гирь всех типов	1 раз в 2 года

20	Электроизмерительные приборы, установленные на щитах гальванических ванн, выпрямительных и зарядных устройствах мастерских и физкабинетов физиотерапевтических аппаратах	1 раз в 2 года
21	Приборы для измерения сопротивления заземления	1 раз в 2 года
22	Манометры вакуумные, моновакуумные, установленные на: -барокамерах -кислородных ингаляторах типов КИ-3М, КИ-4 -кислородных и вакуумных насосах, редукторах -автоклавах -котлах пищеварных	1 раз в 2 года

Примечания:

1. Все средства измерений подлежат поверке в метрологической мастерской при выпуске из ремонта
2. Средства измерения, помеченные в графе 3 знаком подлежат поверке перед работой в соответствии с эксплуатационной документацией.
3. Перечень распространяется на аппараты, установки, комплекты и системы как отечественного производства, так и закупаемые по импорту.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Примерные должностные инструкции персонала лечебно-профилактических учреждений. (Т.1 -Персонал поликлиник: Т.2. Персонал городской больницы. М МЦФЭР, 1999.
2. Приказ МЗ СССР №817 от 1.09.1949 г. "Положение о физиотерапевтическом кабинете и отделении".
3. Приказ МЗ СССР №100 от 8.02.1968 г. "О мероприятиях по улучшению и дальнейшему развитию терапевтической помощи населению".
4. Приказ МЗ СССР №245 от 30.08.1991 г. "О нормативах потребления спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения".
5. Приказ МЗ СССР №1092 от 29.12.1972 г. "О техническом обслуживании и монтаже медицинской техники".
6. Приказ МЗ РФ №35 от 20.02.1995 г. "Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации".
7. Приказ МЗ РФ №33 от 16.02.1995г. "Об утверждении Положения об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения Российской Федерации".
8. Приказ МЗ СССР №1440 от 21.12.1984 г. "Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале".
10. ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности. ОСТ 42-21-1686 МЗ СССР, Москва, 1987.
11. Приказ МЗ СССР №850 от 4.07.1988 г. "О дополнительном отпуске медицинских и аптечных работников".

13. Приказ МЗ РФ №126 от 29.04.1997 г. "Об организации работы по охране труда в органах управления, учреждениях, организациях и на предприятиях системы Министерства здравоохранения Российской Федерации".
14. Приказ МЗ СССР №1000 от 23.09.1981 г. (Расчетные нормы обслуживания врачей амбулаторно-поликлинических учреждений),
15. Приказ МЗ и МП РФ №286 от 19.12.1994 г. Об утверждении Положения "О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности".
16. Приказ МЗ и МП РФ №318 от 17.11.1995 г. "О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста".
17. Общая физиотерапия: Учебник. М'.Медицина, 1999. - 326 С