



**МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(МИНТРАНС ДНР)**

**П Р И К А З**

05 октября 2015 г.

Донецк

№ 511



**Об утверждении Санитарного паспорта  
медицинского учреждения (структурного подразделения  
медицинского учреждения), подведомственного  
Министерству транспорта Донецкой Народной Республики  
и Инструкции по заполнению Санитарного паспорта  
медицинского учреждения (структурного подразделения  
медицинского учреждения), подведомственного  
Министерству транспорта Донецкой Народной Республики**

В соответствии с п.п. 23) п. 3.1 Положения о Министерстве транспорта Донецкой Народной Республики, утвержденным постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 22.10.2014г. № 40-8, с целью оптимизации работы медицинских учреждений, подведомственных Министерству транспорта Донецкой Народной Республики, приказываю:

1. Утвердить:
  - 1) Санитарный паспорт медицинского учреждения (структурного подразделения медицинского учреждения), подведомственного Министерству транспорта Донецкой Народной Республики (далее – Санитарный паспорт) (прилагается).
  - 2) Инструкцию по заполнению Санитарного паспорта медицинского учреждения (структурного подразделения медицинского учреждения), подведомственного Министерству транспорта Донецкой Народной Республики (прилагается).

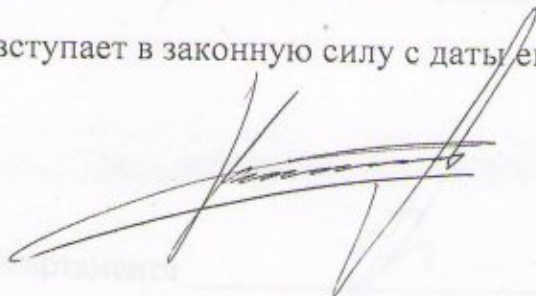
2. Начальнику отдела медицинской службы Административного Департамента А.В. Бурцеву обеспечить контроль оформления, хранения Санитарного паспорта в медицинских учреждениях, подведомственных Министерству транспорта Донецкой Народной Республики.

3. Директору Административного департамента В.И. Бормоткину в пятидневный срок, со дня подписания настоящего приказа, обеспечить его представление на государственную регистрацию в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением данного приказа возложить на заместителя Министра транспорта А.В. Дуброва.

5. Данный приказ вступает в законную силу с даты его подписания.

Министр транспорта



С.А. Кузьменко

Согласовано:

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



Утверждено  
Приказ Министерства транспорта  
Донецкой Народной Республики

от 05.10.2015 № 511

Утверждаю  
Главный врач  
медицинского учреждения

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**САНИТАРНЫЙ ПАСПОРТ**  
**медицинского учреждения**  
**(структурного подразделения медицинского учреждения)**

**I. Общие сведения.**

**1.1) Наименование медицинского учреждения**

\_\_\_\_\_  
(полное название медицинского учреждения,

\_\_\_\_\_  
согласно Свидетельства о государственной регистрации юридического лица)

**1.2) Адрес**

\_\_\_\_\_  
(индекс, юридический адрес)

**1.3) Ведомственная принадлежность**

**1.4) Фамилия, имя, отчество руководителя, контактные телефоны, факс, e-mail**

---



---

**1.5) Дата ввода в эксплуатацию**\_\_\_\_\_

**1.6) Структура медицинского учреждения**\_\_\_\_\_

**1.7) Размещено: в специально построенных зданиях, в приспособленных зданиях, (подчеркнуть), другое (дать расшифровку)**\_\_\_\_\_

**1.8) Количество штатных работников**\_\_\_\_\_

---

**1.9) Наличие разрешительных документов (лицензия на медицинскую практику, лицензия на работу с наркотическими веществами, прекурсорами и другое)**

Вид хозяйственной деятельности	Серия, №, дата выдачи лицензии, разрешительного документа	Срок действия лицензии, разрешительного документа	Орган, выдавший лицензию, разрешительный документ	Статус лицензии, разрешительного документа на момент заполнения паспорта (действующий, действие приостановлено, аннулировано, срок действия истек)
1	2	3	4	5

**1.10) Количество обслуживаемого населения по переписи (детского, взрослого)**

---

**1.11) Проектная мощность (количество коек):**

**1.11.1) По проекту**\_\_\_\_\_

**1.11.2) Фактически**\_\_\_\_\_

**Распределение коек по отделениям:**

№ п/п	Наименование отделения	Количество коек		Средняя площадь на 1 койку
		По проекту	Фактически	
1	2	3	4	5

**1.12) Обеспеченность койками на 10 тыс. населения:**

**1.12.1) Взрослых**\_\_\_\_\_

**1.12.2) Детских**\_\_\_\_\_

**1.13) Наличие в составе больницы:**

**1.13.1) Диагностического отделения**

\_\_\_\_\_  
(дать краткую характеристику отделения)

**1.13.2) Отделения интенсивной терапии (реанимации)**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дать краткую характеристику  
отделения, указать количество коек)

**1.13.3) Поликлинического отделения**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дать краткую характеристику отделения,  
указать проектную и фактическую мощности)

**1.14) Соответствие набора и размеров помещений санитарным нормам (указываются отделения, помещения, которые не отвечают нормативным требованиям по набору и площади):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **II. Требования к территории.**

**2.1) Медицинское учреждение расположено**\_\_\_\_\_  
(в какой зоне: селитебной, зеленой, пригородной)

**2.2) Размер земельного участка (кв. м)**\_\_\_\_\_

**2.3) Благоустройство территории, площадь зеленых насаждений и газонов (кв.м.)**

\_\_\_\_\_

**2.4) Наличие подъездных путей**\_\_\_\_\_

**2.5) Зонирование территории**\_\_\_\_\_  
(на какие зоны поделена территория: садово-парковая,

\_\_\_\_\_  
поликлиники, патологоанатомического отделения, хозяйственную и др.)

**2.6) Наличие уличного освещения**\_\_\_\_\_



2.7) Режим уборки территории \_\_\_\_\_  
(ежедневно, 2 раза в день, другое)

2.8) Сбор, хранение и удаление отходов:

2.8.1) Изделия медицинского назначения из пластмассы: условия сбора, временного хранения, утилизации (указать с кем заключен договор на вывоз и утилизацию, № и дата) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8.2) Твердых бытовых отходов: наличие площадки для сбора и временного хранения отходов, ее оборудование, график вывоза (указать с кем заключен договор на вывоз, № и дата) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8.3) Пищевых отходов: наличие площадки для сбора и временного хранения отходов, ее оборудование, график вывоза (указать с кем заключен договор на вывоз, № и дата) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8.4) Биологического материала: сбор, временное хранение, захоронение (указать с кем заключен договор на вывоз и захоронение, № и дата) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.8.5) Люминесцентных ламп: сбор, временное хранение, утилизация (указать с кем заключен договор на вывоз и утилизацию, № и дата) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. Инженерное обеспечение.

3.1) Водоснабжение:

3.1.1) Централизованное \_\_\_\_\_  
(указать договор и название предприятия, поставляющее воду)

3.1.2) От местного водисточника (указать вид источника, наличие паспорта) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.1.3) Подача холодной воды (бесперебойно, по графику с-по) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.1.4) Наличие резервного водоснабжения (объем) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.2) Горячее водоснабжение:****3.2.1) Централизованное** \_\_\_\_\_**3.2.2) Резервное водоснабжение (ТЭНы, электроводонагреватели непрерывного действия; емкостные и др.), на сколько часов работы отделений рассчитано**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3.3) Канализация:****3.3.1) Здания и сооружения подключены к городским сетям** \_\_\_\_\_  
(с каким предприятием

\_\_\_\_\_ заключен договор на водоотведение, № и дата)

**3.3.2) Канализованы на выгреб** \_\_\_\_\_  
(с каким предприятием заключен договор

\_\_\_\_\_ на вывоз жидких нечистот, № и дата)

**3.3.3) Наличие местных или локальных очистных сооружений** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3.4) Отопление:****3.4.1) Центральное** \_\_\_\_\_  
(от какой котельной, договор на поставку - № и дата)**3.4.2) Местное (чем обеспечивается)** \_\_\_\_\_  
(тип котельной, мощность)**3.5) Вентиляция:****3.5.1) Естественная** \_\_\_\_\_**3.5.2) Искусственная: виды, в каких помещениях, рабочее состояние, дата последней проверки эффективности работы (акт, дата)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**3.6) Кондиционирование воздуха (перечень помещений: операционные, послеоперационные палаты, палаты интенсивной терапии и другие)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.6.1) Какие установлены фильтры, частота очистки и (или) замены \_\_\_\_\_

3.6.2) Название предприятия, организации по обслуживанию и ремонту медицинского и инженерно-технического оборудования, договор (№ и дата) \_\_\_\_\_

3.7) Освещение:

3.7.1) Естественное (указать основные помещения, в каких отсутствует естественное освещение) \_\_\_\_\_

3.7.2) Искусственное: за счет каких ламп (люминесцентных, накаливания) \_\_\_\_\_

#### **IV. Санитарно-техническое, гигиеническое состояние, оборудование.**

4.1) Удовлетворительное (неудовлетворительное) \_\_\_\_\_

4.2) Требуется проведение текущего ремонта (указать в каких помещениях, отделениях, корпусах) \_\_\_\_\_

4.3) Требуется капитальный ремонт (указать в каких помещениях, отделениях, корпусах) \_\_\_\_\_

4.4) В каком году проведен последний капитальный ремонт \_\_\_\_\_

4.5) Соответствие внутренней отделки помещений требованиям санитарных норм

(краткое описание отделки основных, вспомогательных, подсобных помещений)

4.6) Количество санитарных приборов (унитазов) для больных в стационарных отделениях (из расчета - 1 прибор на 15 человек в мужских уборных и на 10 человек - в женских, но не менее 1 прибора) \_\_\_\_\_



4.7) Количество санитарных приборов (унитазов) для персонала (из расчета - не менее 2-х приборов на женщин и 1-го прибора для мужчин)\_\_\_\_\_

---



---

4.8) Количество душевых сеток (кабин) для пациентов стационарных отделений

---



---

4.9) Количество душевых кабин для персонала стационарных отделений (из расчета: 1 душевая кабина на 15 человек, работающих в наибольшей смене, среднего и младшего персонала. При меньшем числе персонала следует предусматривать 1 душевую кабину на отделение)\_\_\_\_\_

---



---

4.10) Обеспеченность отделений средствами малой механизации (каталки, кресла-каталки, тележки для транспортировки лекарств, белья, пищи и другие)\_\_\_\_\_

(указать общее количество и по видам, шт.)

4.11) Наличие комнат для персонала в стационарных отделениях, их площадь (не менее 12 кв.м), оборудование комнат (холодильник, электроводогрейное устройство, раковина)\_\_\_\_\_

---



---

4.12) Обеспеченность медицинского учреждения:

4.12.1) Бактерицидными облучателями:

№ п/п	Тип	Расчетное	В наличие		Примечание
			всего	из них в рабочем состоянии	
1	2	3	4	5	6

4.12.2) Средствами индивидуальной защиты:

№ п/п	Наименование	Расчетное	В наличие	% от расчетного	Примечание
1	2	3	4	5	6

**4.12.3) Медицинским инструментарием, в т.ч. одноразовым:**

№ п/п	Тип	Расчетное	В наличие	% от расчетного	Примечание
1	2	3	4	5	6

**4.12.4) Дезинфицирующими средствами в целом медицинского учреждения (на неделю, месяц, год):**

№ п/п	Название	Расчетное	В наличие	% от расчетного	Примечание
1	2	3	4	5	6

Дезинфицирующими средствами каждого отделения (на неделю, месяц, год), расчеты предоставляются каждым отделением и прикладываются к Паспорту медицинского учреждения:

№ п/п	Название	Расчетное	В наличие	% от расчетного	Примечание
1	2	3	4	5	6

**4.12.5) Моющими средствами (да, нет)\_\_\_\_\_****4.12.6) Средствами контроля стерилизации и предстерилизационной очистки мединструментария (да, нет)\_\_\_\_\_****4.12.7) Медицинской аппаратурой, оборудованием (каждого отделения отдельно, прикладывается к Паспорту медицинского учреждения):**

№ п/п	Наименование	Количество, всего	Из них в рабочем состоянии	Дата последней проверки	Примечание
1	2	3	4	5	6

**V. Соблюдение бельевого режима.****5.1) Обеспеченность бельем в соответствии с табелем оснащения**

№ п/п	Наименование	Оснащение, согласно табеля оснащения (расчетное)	Фактически	Примечание
1	Комплекты белья постельного			
2	Одеяла летние			
3	Одеяла зимние			
4	Полотенца для лица			

5	Полотенца для ног			
6	Подушки			
7	Матрасы			

5.2) Режим смены белья \_\_\_\_\_

5.3) Наличие кладовых для хранения белья в отделениях и их оборудование

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4) Наличие специальной плотной тары (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) для сбора и временного хранения грязного белья \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать общее количество специальной тары и по отделениям)

5.5) Наличие сменной санитарной одежды (халат, косынка, перчатки, маска) персонала для работы с грязным бельем (количество комплектов всего и по отделениям) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.6) Организация стирки постельного белья, личного белья пациентов:

5.6.1) На базе собственной прачечной (дать краткую характеристику прачечной, набор помещений, наличие машин, соблюдение технологического процесса, наличие моющих и дезинфицирующих средств, указать расчет на 1 комплект) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.6.1.1) Обеззараживание белья проводится в отделении, прачечной и другое (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

5.6.2) В прачечных других лечебных учреждений (наличие договора на стирку белья, № и дата) \_\_\_\_\_

5.7) Организация стирки санитарной одежды персонала (где проводится, график)

\_\_\_\_\_

## VI. Санитарный пропускник (приемное отделение).

6.1) Набор и площадь помещений \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.2) Оснащение твердым и мягким инвентарем, медицинским оборудованием**

---

---

**6.3) Наличие средств для санитарной обработки поступающих на лечение пациентов (перечислить, их количество)**

---

**6.4) Обеспеченность горячей, холодной проточной водой**

---

**6.5) Условия для осмотра поступающих больных на педикулез, чесотку**

---

**6.6) Наличие противопедикулезной укладки (да, нет)**

**6.7) Запас противопедикулезных средств (наименование, количество)**

---

**6.8) Обработка санитарного транспорта:**

**6.8.1) Проводится на территории медицинского учреждения (дать краткую характеристику условий для проведения обработки: наличие площадки, подводка горячей и холодной проточной воды, наличие гидропульта, дезинфицирующих средств, ветоши для обработки, спецодежды для персонала)**

---

---

**6.8.2) Проводится в специализированных предприятиях (с кем заключен договор, № и дата договора)**

---

**VII. Наличие в медицинском учреждении централизованного стерилизационного отделения, автоклавной.**

---

(указать название, дать краткую санитарно-техническую,

---

гигиеническую характеристику)

Наличие условий для соблюдения требований ОСТа 42-21-2-85 (дать краткое описание технологического процесса, соблюдение режимных моментов)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **VIII. Дезинфекционное отделение.**

8.1) Тип дезинфекционной камеры\_\_\_\_\_

8.2) Год приобретения, установки\_\_\_\_\_

8.3) Год ввода в эксплуатацию\_\_\_\_\_

8.4) Камерная обработка вещей проводится (по случаю выписки больного, смерти больного, другое)\_\_\_\_\_

8.5) Процент камерной обработки\_\_\_\_\_

### **IX. Лабораторная диагностика.**

9.1) Наличие клинико-диагностической, бактериологической лаборатории (дать краткую характеристику лаборатории: наличие разрешительных документов на работу, набор помещений, мощность лаборатории, технологический процесс, виды исследований)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.2) Обеспеченность лаборатории оборудованием, диагностическими средами, реактивами

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **X. Организация лечебного питания.**

10.1) Дать краткое описание пищеблока (где расположен, набор помещений, подключение к инженерным сетям и коммуникациям)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.2) Проектная мощность\_\_\_\_\_

фактически\_\_\_\_\_

10.3) Диетстолы\_\_\_\_\_

**10.4) Наличие холодильного, теплового, механического оборудования, разделочного инвентаря (краткая характеристика)**\_\_\_\_\_

**10.5) Обеспеченность кухонной посудой, инвентарем (указать наименование, количество)**\_\_\_\_\_

**10.6) Соблюдение санитарно-гигиенического, противоэпидемического и дезинфекционного режимов (дать краткую характеристику, указать количество моющих, дезинфицирующих средств)**

№ п/п	Название дезинфицирующего средства	Расчетное	В наличие	% от расчетного	Примечание
1	2	3	4	5	6

**10.7) Перечень буфетных отделений, количество посадочных мест в них**\_\_\_\_\_

**10.8) Краткая характеристика буфетных отделений (санитарно-техническое, гигиеническое состояние, обеспеченность холодильным, тепловым оборудованием, столовой посудой, столовыми приборами)**\_\_\_\_\_

**10.9) Наличие условий для соблюдения личной гигиены (краткое описание, наличие мыла, антисептика для обработки рук)**\_\_\_\_\_

**10.10) Штаты пищеблока**\_\_\_\_\_

Утверждено  
Приказ Министерства транспорта  
Донецкой Народной Республики

от 05.10.2015 № 511

**Инструкция  
по заполнению Санитарного паспорта  
медицинского учреждения  
(структурного подразделения медицинского учреждения),  
подведомственного Министерству транспорта  
Донецкой Народной Республики**

1. Приказом руководителя медицинского учреждения назначается ответственное лицо за оформление, ведение Санитарного паспорта медицинского учреждения (структурного подразделения медицинского учреждения) (далее – Санитарный паспорт).
2. В оформлении Санитарного паспорта принимают участие все структурные подразделения медицинского учреждения.
3. Структурные подразделения медицинского учреждения подают в электронном виде и на бумажном носителе необходимые для оформления Санитарного паспорта сведения в сроки, установленные руководителем медицинского учреждения.
4. Ответственное лицо формирует Санитарный паспорт в целом по медицинскому учреждению в электронном виде.
5. Требования к оформлению Санитарного паспорта.
  - 5.1. Санитарный паспорт оформляется 1 раз в 3 года.



5.2. Оформление Санитарного паспорта осуществляется на компьютере, формат листа А 4, шрифт - Times New Roman № 14.

6. Оформленный Санитарный паспорт подлежит комплексному рассмотрению и согласованию руководителями структурных подразделений медицинского учреждения (Приложение 1 к настоящей Инструкции).

7. После комплексного рассмотрения и согласования руководителями структурных подразделений медицинского учреждения Санитарный паспорт подается на утверждение Главному врачу медицинского учреждения.

8. Санитарный паспорт оформляется в 3-х экземплярах, которые хранятся:

1-ый экземпляр – у Главного врача или заместителя главного врача медицинского учреждения.

2-ой экземпляр – у лица, ответственного за оформление, ведение Санитарного паспорта.

3-ий экземпляр – у заместителя главного врача по сестринскому делу (главной медицинской сестры) медицинского учреждения.

9. Электронные варианты Санитарного паспорта могут выдаваться руководителям структурных подразделений медицинского учреждения.

10. По мере необходимости в Санитарный паспорт вносятся изменения и дополнения.

11. Изменения в Санитарный паспорт вносятся на основании письменного обращения руководителя (-ей) структурного (-ых) подразделения (-ий) медицинского учреждения на имя главного врача или его заместителя. Форма обращения произвольная.

12. Главный врач в течение 3-х рабочих дней с момента подачи обращения рассматривает поданные в обращении предложения о внесении изменений в Санитарный паспорт.

13. В случае принятия положительного решения, в течение пяти рабочих дней, ответственное лицо вносит соответствующие изменения в Санитарный паспорт в виде отдельного листа, в котором указывается в какие разделы, пункты Санитарного паспорта внесены изменения. Все изменения утверждаются главным врачом медицинского учреждения.

14. Санитарный паспорт предъявляется по требованию должностных лиц органов санитарно-эпидемиологической службы Донецкой Народной Республики при проведении ими плановых (внеплановых) мероприятий (проверки, обследования) в медицинском учреждении, а также по требованию других контролирующих органов в порядке, установленном действующим законодательством Донецкой Народной Республики.

подполковник Министрства  
транспорта Донецкой Народной  
Республики (п. 6)

ЛИСТ СЕРТИФИКАЦИИ

Санитарный паспорт

Административного департамента

Министерства транспорта

Донецкой Народной Республики

Начальник отдела медицинской службы  
Административного департамента  
Министерства транспорта  
Донецкой Народной Республики



А.В. Бурцев

Приложение 1  
к Инструкции по заполнению  
Санитарного паспорта  
медицинского учреждения  
(структурного подразделения  
медицинского учреждения),  
подведомственного Министерству  
транспорта Донецкой Народной  
Республики (п. 6)

### **ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**

Санитарного паспорта \_\_\_\_\_  
(структурного подразделения медицинского учреждения),  
подведомственного Министерству транспорта  
Донецкой Народной Республики»

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.