

Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Мордовия

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

с. Большие Березники

(место составления акта)

“ 30 ” сентября 20 19 г.

(дата составления акта)

14 ч. 00мин.

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ 147

По адресу/адресам:

юридический адрес:

- 431750, Республика Мордовия, Большеберезниковский район, с. Большие Березники, ул. Московская, д. 23;

адреса мест осуществления деятельности:

- 431750, Республика Мордовия, Большеберезниковский район, с. Большие Березники, ул. Московская, д. 23;

(место проведения проверки)

На основании: приказа Территориального органа Росздравнадзора по Республике Мордовия от 09.09.2019 № П13-191/19

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая выездная проверка в отношении:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения Республики Мордовия «Большеберезниковский психоневрологический интернат».

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

Дата и время проведения проверки:

“ ___ ” _____ 20__ г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность ___

“ ___ ” _____ 20__ г. с ___ час. ___ мин. до ___ час. ___ мин. Продолжительность ___

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

Общая продолжительность проверки: 12 рабочих дней.

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Мордовия.

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

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

Директор – Раздолькин С.Б. 09.09.2019г. 15.22

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:

Не требуется.

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лица, проводившие проверку :

- Ломаткина Ольга Борисовна (председатель) – начальник отдела организации контроля в сфере предоставления медицинских услуг;
- Любаева Елена Викторовна – начальник отдела организации контроля обращения лекарственных средств и медицинских изделий,
- Ульянкина Валентина Григорьевна – главный государственный инспектор отдела организации контроля обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- Финогеева Ольга Михайловна – государственный инспектор отдела организации контроля в сфере предоставления медицинских услуг.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: директор- Раздолькин С.Б., врач-психиатр Дудникова Л.В.

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____
(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов): _____

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

нарушений не выявлено:

В предписании № 23 от 05.04.2019 были указаны следующие нарушения:

1. П.8 приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" – врачебная комиссия (подкомиссия врачебной комиссии) состоит из председателя, одного или двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии
– созданная в учреждении врачебная комиссия состоит из врача-психиатра и врача-терапевта.

Нарушение устранено: приказом директора ГБСУ СОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат» № 2 от 09.01.2019г. внесены изменения в состав врачебной комиссии.

2. Нарушение п. 2. ст. 58. Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», п. 32. Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 августа 2010 г. N 706н "Об утверждении Правил хранения лекарственных средств", п. 47 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 августа 2016 г. N 646н "Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения".

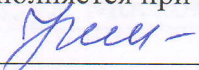
Нарушение устранено: хранение лекарственных препаратов для медицинского применения в процедурном кабинете ГБУ СОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат» осуществляется в соответствии с температурным режимом, указанным на вторичной упаковке лекарственных средств.

3. Нарушение п.21, 36, пп. а) п. 37 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 августа 2016 г. № 646н "Об утверждении Правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения".


В процедурном кабинете медицинского пункта отсутствует оборудование, оказывающее влияние на хранение (температурный режим и влажность) лекарственных препаратов (система кондиционирования).

Нарушение устранено: в процедурном кабинете ГБУ СОССЗН РМ «Большеберезниковский психоневрологический интернат» имеется система кондиционирования, обеспечивающая температурный режим и влажность при хранении лекарственных препаратов (Акт о приеме-передаче объектов нефинансовых активов № 29 от 02.09.2019).

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):




(подпись проверяющего)




(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):



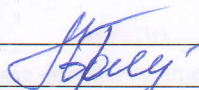
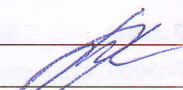
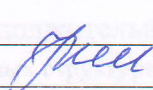
(подпись проверяющего)

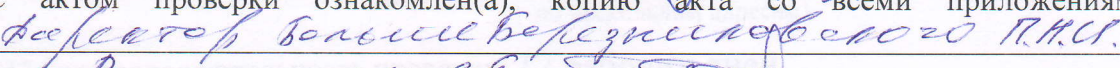


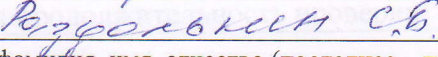
(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту документы:

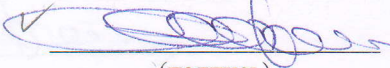
1. Копия Акта о приеме-передаче объектов нефинансовых активов № 29 от 02.09.2019 – 2 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:   

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




(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

“ 30 ” сентября 2019 г.


(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____
(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)