



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

от 19 » 02 2014 года  
О внесении изменений в приказ  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от 06.08.2013 № 583/1к

№ 113к

В целях повышения качества работы аттестационных комиссий  
департамента здравоохранения Костромской области

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Внести в Порядок и сроки прохождения медицинскими  
работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения  
квалификационной категории (далее – Порядок), утвержденный приказом  
департамента здравоохранения Костромской области от 06 августа 2013 года №  
583/1 к «Об утверждении Порядка и сроков прохождения медицинскими  
работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения  
квалификационной категории и состава аттестационных комиссий  
департамента здравоохранения Костромской области» (в редакции приказов от  
27.08.2013 № 659к, от 27.08.2013 № 659/1к, от 13.12.2013 № 1048к, от  
17.02.2014 № 104к) (приложение №1) следующие изменения:

1.1. в подпункте 2 пункта 2.1. раздела II и далее по тексту Порядка слова  
«аттестационная комиссия Юго-Западного округа Костромской области»  
заменить словами «аттестационная комиссия №1»;

1.2. в подпункте 3 пункта 2.1. раздела 2 и далее по тексту Порядка слова  
«аттестационная комиссия Северо-Восточного округа Костромской области»  
заменить словами «аттестационная комиссия №2»;

1.3. изложить наименование экспертной группы аттестационной  
комиссии №2 специалистов с высшим сестринским и со средним медицинским  
образованием в новой редакции:

«-по аттестации специалистов по специальности «Лечебное дело»,  
«Скорая и неотложная медицинская помощь»»;

1.4. пункт 3.38 раздела III дополнить абзацем следующего содержания:

«Для специалистов со средним медицинским и фармацевтическим  
образованием (аттестационная комиссия №2) тестирование проводится на базе

ОГБОУ СПО «Шарьинский медицинский колледж» по адресу: Костромская область, г.Шарья, ул. Хирурга Крылова, д.9 при предъявлении удостоверения личности (паспорт, военный билет). Предварительная запись для прохождения тестирования по телефону: 8(449449) 5-82-26».

1.5. приложение № 5 к Порядку изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Директор департамента

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'С' followed by a horizontal line.

А.В.Князев

## Приложение №5

к приказу  
департамента здравоохранения  
Костромской области  
от «        »                      2014 г. № \_\_\_\_\_

**Для специалистов со средним профессиональным образованием**

### Образец

**УТВЕРЖДАЮ:**

Руководитель

\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

**М.П.** «        » 20    г.

**ОТЧЕТ О РАБОТЕ ЗА 20**      **год**

(Ф.И.О., указывается должность в соответствии с записью в трудовой книжке)

(полное название учреждения)

для присвоения (квалификационной категории по специальности

(указывается специальность в соответствии с действующей номенклатурой специальностей)

## 1. Краткие биографические сведения (1 - 2 страницы)

[illegible]

## 2. Характеристика места работы (не более 1-2 страниц)

---

---

---

---

---

- 3. Результаты профессиональной деятельности (качественные показатели работы, количественные показатели работы, описание места работы, характеристика подразделения, объем 5-7 страниц)**

---

---

- 4. Противозидемические мероприятия (работа по профилактике ВБИ, наличие после манипуляционных осложнений, контроль инфекционной безопасности, 3-5 страниц)**

---

---

---

- 5. Санитарно-просветительная работа (2-3 страницы)**

---

---

- 6. Распространение опыта (1-3 страницы)**

---

---

- 7. Повышение квалификации (участие в конференциях, конкурсах профессионального мастерства, печатные статьи в периодических изданиях, исследовательские работы, учебные модули, освоение новых технологий и др.):**

---

---

---

---

---

---

---

- 8. Общественная и социально - значимая деятельность (работа в профсоюзе, совете сестер, ассоциации медицинских работников и т.д.).**

---

---

---

---

## **9. Выводы**

- 7. Цели и задачи дальнейшего профессионального развития. Предложения по улучшению работы (на основании выводов данного отчета) реальные, в сфере компетенции работника:**

---

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

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(личная подпись)

СОГЛАСОВАНО:  
Руководитель структурного  
подразделения

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Старшая медицинская сестра

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_