

№ п/п	Паспорт хирургической службы	
1.	Название ЛПУ	
2.	Категория: А – без выделенных детских хирургических коек; В - детские хирургические койки в составе общехирургических отделений; С – детские хирургические отделения	
3.	Количество хирургических отделений	
3.1		
3.2		
4.	Коечный фонд	
4.1		
4.1.1	Из них детских	
4.2		
4.2.1	Из них детских	
5.	Заведующий отделением	
5.1	ФИО	
5.2	стаж работы	
5.3	категория	
5.4	сертификат по детской хирургии, база, год (при наличии) перечень специализаций, усовершенствований название за последние 5 лет, цикла, база, год:	
5.5	Тел. служебный:	
5.6	Тел. мобильный:	
6.	Ответственное лицо, утвержденное приказом главного врача по ЦРБ за оказание хирургической помощи детям в стационаре:	
6.1	ФИО	
6.2	стаж работы	
6.3	категория	
6.4	сертификат по детской хирургии, база, год (при наличии) перечень специализаций, усовершенствований название за последние 5 лет, цикла, база, год:	
6.5	Тел. служебный:	
6.6	Тел. мобильный:	
7.	Наличие в штате больницы анестезиолога-реаниматолога, имеющего опыт работы с детьми (обучение на рабочем месте)	
7.1	ФИО	
7.2	стаж работы	

7.3	категория	
7.4	перечень специализаций, усовершенствований за последние 5 лет, название цикла, база, год	
7.5	Тел. служебный:	
7.6	Тел. мобильный:	
8.	Материально-техническая база:	
8.1	Наркозно – дыхательная аппаратура	Количество
8.1.1		
8.1.2		
8.1.3		
8.1.4		
8.1.5		
8.1.6		
8.1.7		
8.1.8		
8.2	Мониторы (перечень)	Количество
8.2.1		
8.2.2		
8.2.3		
8.2.4		
8.2.5		
8.2.6		
8.3	Эндоскопическое оборудование (перечень, указать диаметр, фирму - производитель)	
8.3.1	Фиброгастроскопы	Количество
8.3.2	Фиброколоноскопы	Количество
8.3.3	Фибробронхоскопы	Количество
8.4	Эндохирургическая стойка	есть/нет
8.4.1	Фирма производитель	Количество
9.	Главный хирург района	

9.1	ФИО	
9.2	стаж работы	
9.3	категория	
9.4	сертификат по детской хирургии, база, год (при наличии) перечень специализаций, усовершенствований название за последние 5 лет, цикла, база, год:	
9.5	Обучение на рабочем месте в КЦДХ	есть/нет
9.6	Тел. служебный:	
9.7	Тел. мобильный:	
10.	Ваше мнение о целесообразности выделения детских хирургических коек в составе общехирургических отделений	
11.	Ваше видение совместной работы с краевым центром детской хирургии г. Краснодара, пути ее улучшения	

Главный врач

(подпись)

ФИО

Заведующий
отделением

(подпись)

ФИО

Исполнитель

(подпись)

ФИО