Для сведения специалистов кадровых служб и главных медицинских сестер

**учреждений здравоохранения Саратовской области.**

Специалисты со средним медицинским и фармацевтическим образованием, изъявившие желание пройти аттестацию для получения квалификационной категории, представляют в аттестационную комиссию документы ***В СТРОГОМ СООТВЕТСТВИИ*** с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от ***23 апреля 2013 г. N 240н***, а именно:

1. **заявление на имя председателя аттестационной комиссии по образцу:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателюаттестационной комиссииШувалову С.С.от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(фамилия, имя, отчество - полностью)работающего по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(место работы) |

# ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу Вас присвоить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную

(указать)

категорию по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать)

 Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

Квалификационная категория \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать, если имеется)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать)

Присвоена «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

согласен(а) на получение и обработку моих персональных данных с целью оценки квалификации.

"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

1. **заполненный в печатном виде аттестационный лист (составляется отделом кадров), по форме согласно рекомендуемому образцу:**

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ФИО\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_ 14.05.1987 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Сведения об образовании

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уровень имеющегося образования** | **Тематика курса** | **Наименование присвоенной специальности** | **Номер и дата выдачи документа об образовании** | **Наименование организации, выдавшей документ** |
| Среднее профессиональное образование |  | Лечебное дело | 64 ПО № 0000428 от 23.06.2008 г. | ГОУ СПО «Энгельсский медицинский колледж»  |
| Повышение квалификации | Сестринское дело в хирургии | Сестринское дело | № 2494 от 14.07.2012 г. | ГОУ СПО «Энгельсский медицинский колледж» |

4. Сведения о трудовой деятельности

С 03.08.2009 по наст. время медицинская сестра палатная название отделения; название больницы

Начальник отдела кадров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ФИО\_\_\_

 (подпись) ( фамилия, имя, отчество)

**МП**

5. Стаж работы в медицинских или фармацевтических организациях 4 года\_\_

6. Наименование специальности (должности), по которой проводится аттестация для получения квалификационной категории Сестринское дело \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Стаж работы по данной специальности (в данной должности) 4 года\_\_\_

8. Сведения об имеющейся квалификационной категории по специальности (должности), по которой проводится аттестация 2 категория по специальности сестринское дело, 24.04.2010 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Сведения об имеющихся квалификационных категориях по иным специальностям (должностям) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Сведения об имеющихся ученых степенях и ученых званиях \_\_\_\_\_\_ нет\_\_\_\_\_\_\_

11. Сведения об имеющихся научных трудах (печатных) \_\_\_\_\_\_ нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Сведения об имеющихся изобретениях, рационализаторских предложениях, патентах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Знание иностранного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Служебный адрес и рабочий телефон \_\_\_\_\_обязательно контактный телефон!!!!!!\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Почтовый адрес для осуществления переписки по вопросам аттестации с аттестационной комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Характеристика на специалиста:

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество)

**Место печати**

18. Заключение аттестационной комиссии:

Присвоить/Отказать в присвоении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ квалификационную (-ой)

 (высшая, первая, вторая)

категорию (-и) по специальности (должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование специальности (должности))

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

Ответственный секретарь

экспертной группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (И.О. Фамилия)

1. **отчет о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации**,
2. **копии документов об образовании** (диплом, удостоверения, свидетельства, сертификаты специалиста), трудовой книжки, заверенные в установленном порядке, в случае изменения фамилии, имени, отчества - копия документа, подтверждающего **факт изменения** фамилии, имени, отчества; копия документа о присвоении имеющейся квалификационной категории (при наличии).
3. **Подлинник справки о тестовом контроле знаний**
4. **Рецензия главного специалиста**

Документы принимаются заместителем ответственного секретаря областной аттестационной комиссии ***Феоктистовой Татьяной Викторовной*** (ГУЗ «Областная клиническая больница», г. Саратов, Смирновское ущелье, 1, кабинет начальника отдела кадровой и правовой работы, 2 этаж, тел. 49-14-00)

**Перед** подачей документов необходимо представить отчет о работе главным специалистам **для написания рецензии**.

**Список главных специалистов области**

**по специальностям среднего медицинского образования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО** | **Специальность** | **Должность, организация** |
| Лаврентьева Светлана Анатольевна | Сестринское дело в педиатрии | [Саратовская областная детская клиническая больница](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y30e898deb3b0463950d89cd454aa125c&url=http%3A%2F%2Fn.maps.yandex.ru%2F%3Fl%3Dwmap%26oid%3D2883745)Саратов, Вольская улица, 6Главная мед. сестра ГУЗ «Саратовская областная детская больница», ул. Вольская,6 |
| Ларичева Екатерина Александровна | Акушерское дело | Главная мед.сестра ГУЗ «Саратовский областной центр планирования семьи и репродукции», ул. Вавилова, 13 |
| Вешнева Татьяна Ивановна | Скорая и неотложная помощь | Заместитель главного врача МУЗ «Городская станция скорой мед.помощи», ул. Хользунова, 36 |
| Шкунова Юлия Леонидовна | Диетология | Врач диетолог ГУЗ «Областная клиническая больница, Смирновское ущелье, 1 |
| Саломадина Светлана Петровна | Лабораторная диагностика | Заведующий клинико-диагностической лабораторией ГУЗ «Областная клиническая больница, Смирновское ущелье, 1 |
| Махова Галина Евгеньевна | Физиотерапия, мед. массаж, ЛФК | Заведующий ФТО ГУЗ «Областная клиническая больница», Смирновское ущелье, 1 |
| Шилова Нина Ивановна | Организация сестринского дела, лечебное дело | Директор « Саратовского областного базового центра повышения квалификации работников здравоохранения», ул. Чернышевского, 141 |
| Михайлов Виктор Михайлович | Рентгенология  | Заведующий отделением лучевой диагностики ГУЗ «Областная клиническая больница», Смирновское ущелье, 1 |
| Крюкова Валентина Васильевна | Сестринское дело (анестезиология и реаниматология, операционное дело и т.д.) | Мед.сестра организационно-методического отдела ГУЗ «Областная клиническая больница», Смирновское ущелье, 1 |

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ ОТЧЕТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ**.

Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 23.04.2013г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» в аттестационную комиссию представляется отчет о профессиональной деятельности, лично подписанный специалистом, согласованный с руководителем и заверенный печатью организации. Отчет должен содержать анализ профессиональной деятельности за последний год работы, включая описание выполненных работ, выводы специалиста о своей профессиональной деятельности, предложения по ее совершенствованию.

**Внимание!** Отчет пишется от первого лица, с использованием делового стиля письма. Объем отчета не должен превышать 10-20 страниц текста. Используется редактор MS Word, шрифт «Times New Roman», размер шрифта (кегля)14, межстрочный интервал 1,5. Обязательно наличие содержания с нумерацией страниц. Страницы нумеруются по порядку. К отчету могут прилагать иллюстрации, методические рекомендации и т.д. в объеме до 10 листов.

Отчет должен содержать следующие разделы:

1. **Краткие биографические сведения** (фамилия, имя, отчество, сведения об образовании, трудовой деятельности, повышении квалификации, сертификат по специальности, сведения о наградах).
2. **Характеристика места работы**
	1. Краткая характеристика организации здравоохранения (особенности организации работы: коечный фонд, число посещений, виды предоставляемых медицинских услуг).
	2. Краткая характеристика подразделения (кабинета) , в ктором работает специалист, его материально-техническая и кадровая оснащенность с позиции достаточности обеспечения лечебно-диагностического процесса.
3. **Результаты профессиональной деятельности**

 а) отражаются количественные и качественные показатели в соответствии с функциональными обязанностями, проводится анализ работы за последний год в сравнении с предыдущим периодом, с данными по району, области, делаются выводы:

* Число посещений к среднему медперсоналу на ФАП;
* количество пациентов находящихся на диспансерном учете;
* число выполненных манипуляций, процедур, перевязок, инъекций и т. д.

 б) знания, умения по аттестуемой специальности:

* выполнение и подготовка пациента к проведению лечебно-диагностических процедур, манипуляций;
* наблюдение, уход за пациентом и их реабилитация;
* оказание помощи при неотложных состояниях;
* применение медикаментов, перевязочных средств, использование медицинского инструментария и оборудования;
* ведение медицинской документации;
* выписка, хранение и учет лекарственных средств;
* соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

в) качественные показатели работы:

* число осложнений при выполнении манипуляций и процедур;
* число осложнений при применении лекарственных средств;
* инфицирование пациентов в результате проведения медицинских процедур, манипуляций.
* Все цифровые показатели предоставляются в виде таблиц, диаграмм, графиков.

4. В текстовой части отчета рекомендуется:

* провести анализ основных показателей своей деятельности;
* проанализировать причины некоторых случаев возникших осложнений и определить пути их предупреждения;
* отразить особенности ухода за пациентами с различной патологией, преимущества использования новых фармацевтических препаратов, предметов ухода, внедрение новейшей медицинской техники и новых сестринских технологий.

5. Профилактическая деятельность и работа по укреплению здоровья населения (лекции, беседы, санбюллетени).

6.Преподавательская деятельность, деятельность по наставничеству, по организации практик студентов, наличие печатных работ. Участие в профессиональных конкурсах и смотрах, в работе Совета по сестринскому делу медицинской организации, научно-практических конференциях.

7.Выводы.

8. Цели и задачи дальнейшего профессионального развития.

Рецензию на отчет пишет специалист, назначенный аттестационной комиссией в соответствии с аттестуемой специальностью.

**ОБРАЗЕЦ**

**(ходатайство пропуск срока на аттестацию)**

Председателю областной аттестационной комиссии

министерства здравоохранения Саратовской области

Шувалову С.С.

# ХОДАТАЙСТВО

 Администрация ГУЗ "\_\_\_\_\_\_" ходатайствует о присвоении высшей квалификационной категории по специальности «сестринское дело» мед.сестре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО.

ФИО работает в ГУЗ "\_\_\_\_\_\_" с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Общий стаж работы по специальности «сестринское дело» –\_\_\_\_\_ лет.

Имела высшую квалификационную категорию по специальности «сестринское дело» от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года. Срок переаттестации был пропущен по семейным обстоятельствам (уход за тяжелобольным отцом).

За время работы показала себя грамотным, опытным, квалифицированным специалистом. Постоянно повышает свои теоретические знания. В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_годах проходила курсы усовершенствования. В работе организованна, дисциплинированна, способна принимать ответственные решения.

Администрация ГУЗ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" ходатайствует о присвоении мед.сестре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО высшей квалификационной категории по специальности «сестринское дело».

 Главный врач ГУЗ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ФИО, печать

**ОБРАЗЕЦ**

**(ходатайство мед.сестер не государственных медицинских учреждений)**

Председателю областной аттестационной комиссии

министерства здравоохранения Саратовской области

Шувалову С.С.

# ХОДАТАЙСТВО

 Администрация ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_» ходатайствует о проведении аттестации в областной аттестационной комиссии Министерства здравоохранения Саратовской области сотрудника ООО «\_\_\_\_» медицинской сестры палатной \_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения Ф.И.О.

ФИО работает в ООО "\_\_\_\_\_\_" с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Общий стаж работы по специальности «сестринское дело» –\_\_\_\_\_ лет.

За время работы показала себя грамотным, опытным, квалифицированным специалистом. В работе организованна, дисциплинированна, способна принимать ответственные решения.

Администрация ООО "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" ходатайствует о присвоении мед.сестре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО высшей квалификационной категории по специальности «сестринское дело».

 Главный врач ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ФИО, печать