

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ОГБУЗ «Шелеховская РБ»

(г.Шелехов)

_____ Т.Л. Турлаков

«___» _____ 2016 год

**ПАСПОРТ ДОСТУПНОСТИ
объекта социальной инфраструктуры (ОСИ)
№3**

1. Общие сведения об объекте

1.1. Наименование (вид) объекта: **Стационар**

1.2. Адрес объекта **Иркутская область, г.Шелехов, ул. Ленина, 24, Больничный городок**

1.3. Сведения о размещении объекта:

- отдельно стоящее здание 4 этажа **5508.9** кв.м

- часть здания _____ этажей (или на _____ этаже), _____ кв.м

- наличие прилегающего земельного участка (да, нет); **33119** кв.м

1.4. Год постройки здания **1960 г.**, последнего капитального ремонта **2012 год**

1.5. Дата предстоящих плановых ремонтных работ: **текущего 2014**, **капитального - 2032 год.**

сведения об организации, расположенной на объекте

1.6. Название организации (учреждения), (полное юридическое наименование – согласно Уставу, краткое наименование) **Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Шелеховская районная больница» ОГБУЗ «Шелеховская РБ» (г.Шелехов)**

1.7. Юридический адрес организации (учреждения) :666035, **Иркутская область, г.Шелехов, ул. Ленина, 24, Больничный городок**

1.8. Основание для пользования объектом (*оперативное управление, аренда, собственность*)

1.9. Форма собственности (*государственная, негосударственная*) **Областная**

1.10. Территориальная принадлежность (*федеральная, региональная, муниципальная*)

1.11. Вышестоящая организация (*наименование*) **Министерство здравоохранения Иркутской области**

1.12. Адрес вышестоящей организации, другие координаты: **г. Иркутск, ул. Карала Маркса, д.29**

Характеристика деятельности организации на объекте (по обслуживанию населения)

2.1 Сфера деятельности: **Здравоохранение**

2.2 Виды оказываемых услуг: при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, клинической

лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии

при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), кардиологии, клинической лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, операционному делу, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии хирургической, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, урологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности

2.3 Форма оказания услуг: **на объекте, с длительным пребыванием, в т.ч. проживанием**, на дому, дистанционно)

2.4 Категории обслуживаемого населения по возрасту: (дети, взрослые трудоспособного возраста, пожилые: **все возрастные категории**)

2.5 Категории обслуживаемых инвалидов: **инвалиды, передвигающиеся на коляске, инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата; нарушениями зрения, нарушениями слуха, нарушениями умственного развития**

2.6 Плановая мощность: посещаемость (обслуживаемых в день), вместимость, пропускная способность **Вместимость - 177 коек.**

2.7 Участие в исполнении ИПР инвалида, ребенка-инвалида (да, нет): **осуществляет координацию деятельности по исполнению ИПР.**

3. Состояние доступности объекта

3.1 Путь следования к объекту пассажирским транспортом
(описать маршрут движения с использованием пассажирского транспорта)

Автобус, маршрутное такси до остановки «Поликлиника»,
наличие адаптированного пассажирского транспорта к объекту: **нет**

3.2 Путь к объекту от ближайшей остановки пассажирского транспорта:

3.2.1 расстояние до объекта от остановки транспорта **70** м

3.2.2 время движения (пешком) **3** мин

3.2.3 наличие выделенного от проезжей части пешеходного пути (да, **нет**),

3.2.4 Перекрестки: **нет**

3.2.5 Информация на пути следования к объекту; **нет**

3.2.6 Перепады высоты на пути: **нет**

Их обустройство для инвалидов на коляске: **нет**

3.3 Организация доступности объекта для инвалидов – форма обслуживания*

| №№ п/п | Категория инвалидов (вид нарушения) | Вариант организации доступности объекта (формы обслуживания)* |
|-----------|---|---|
| 1. | Все категории инвалидов и МГН | |
| | <i>в том числе инвалиды:</i> | |
| 2 | передвигающиеся на креслах-колясках | ДУ |
| 3 | с нарушениями опорно-двигательного аппарата | ДУ |
| 4 | с нарушениями зрения | ДУ |
| 5 | с нарушениями слуха | А |
| 6 | с нарушениями умственного развития | А |

* - указывается один из вариантов: «А», «Б», «ДУ», «ВНД»

3.4 Состояние доступности основных структурно-функциональных зон

| № № п \п | Основные структурно-функциональные зоны | Состояние доступности, в том числе для основных категорий инвалидов** |
|-------------------|--|---|
| 1 | Территория, прилегающая к зданию (участок) | ДЧ-И |
| 2 | Вход (входы) в здание | ДЧ-И |
| 3 | Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации) | ДЧ-В |
| 4 | Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта) | ДЧ-В |
| 5 | Санитарно-гигиенические помещения | ДЧ-И (Г,С,У,О) |
| 6 | Система информации и связи (на всех зонах) | ДЧ |
| 7 | Пути движения к объекту (от остановки транспорта) | ДУ |

** Указывается: ДП-В - доступно полностью всем; ДП-И (К, О, С, Г, У) – доступно полностью избирательно (указать категории инвалидов); ДЧ-В - доступно частично всем; ДЧ-И (К, О, С, Г, У) – доступно частично избирательно (указать категории инвалидов); ДУ - доступно условно, ВНД – временно недоступно

3.5. ИТОГОВОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ о состоянии доступности ОСИ: Объект доступен частично избирательно для отдельных категорий инвалидов.

4. Управленческое решение

4.1. Рекомендации по адаптации основных структурных элементов объекта

| № № п \п | Основные структурно-функциональные зоны объекта | Рекомендации по адаптации объекта (вид работы)* |
|----------------|--|--|
| 1 | Территория, прилегающая к зданию (участок) | не нуждается |
| 2 | Вход (входы) в здание | текущий ремонт |
| 3 | Путь (пути) движения внутри здания (в т.ч. пути эвакуации) | Индивидуальное решение с ТСР |
| 4 | Зона целевого назначения здания (целевого посещения объекта) | не нуждается |
| 5 | Санитарно-гигиенические помещения | текущий ремонт |
| 6 | Система информации на объекте (на всех зонах) | Индивидуальное решение с |

| | | |
|---|---|-----|
| | | ТСР |
| 7 | Пути движения к объекту (от остановки транспорта) | - |
| 8 | Все зоны и участки | |

*- указывается один из вариантов (видов работ): не нуждается; ремонт (текущий, капитальный); индивидуальное решение с ТСР; технические решения невозможны – организация альтернативной формы обслуживания

4.2. Период проведения работ: в рамках переходного периода, с учетом подготовки ПДС и получения финансирования

в рамках исполнения: согласно плана мероприятий

(указывается наименование документа: программы, плана)

4.3 Ожидаемый результат (по состоянию доступности) после выполнения работ по адаптации
доступно полностью всем

Оценка результата исполнения программы, плана (по состоянию доступности) _____

4.4. Для принятия решения требуется, **не требуется** (нужное подчеркнуть):

Согласование _____

Имеется заключение уполномоченной организации о состоянии доступности объекта
(наименование документа и выдавшей его организации, дата), прилагается

4.5. Информация размещена (обновлена) на Карте доступности субъекта РФ дата _____

(наименование сайта, портала)

Подписи членов комиссии: