

Перечень рекомендуемых мероприятий по улучшению условий труда

Наименование организации: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница»

Наименование структурного подразделения, рабочего места	Наименование мероприятия	Цель мероприятия	Срок выполнения	Структурные подразделения, привлекаемые для выполнения	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5	6
Специализированные выездные бригады					
<i>Бригада анестезиологии-реанимации</i>					
227-23А. Фельдшер скорой медицинской помощи	Уменьшить время воздействия вредного фактора	Снижение вредности			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха	Снижение времени воздействия фактора			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха. Автоматизация производственных процессов. Рационализация рабочих мест и рабочей позы. Установить средства механизации	Снижение тяжести трудового процесса.			
Общепрофильные выездные бригады					
<i>Врачебная выездная бригада</i>					
235-23А. Фельдшер скорой медицинской помощи	Уменьшить время воздействия вредного фактора	Снижение вредности			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха	Снижение времени воздействия фактора			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха. Автоматизация производственных процессов. Рационализация рабочих мест и рабочей позы. Установить средства механизации	Снижение тяжести трудового процесса.			
<i>Фельдшерская выездная бригада</i>					
237-23А. Фельдшер скорой медицинской помощи	Уменьшить время воздействия вредного фактора	Снижение вредности			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха	Снижение времени воздействия фактора			
	Организовать рациональные режимы труда и отдыха. Автоматизация производственных процессов. Рационализация рабочих мест и рабочей позы. Установить средства механизации	Снижение тяжести трудового процесса.			

Дата составления: 25.11.2025

Председатель комиссии по проведению специальной оценки условий труда

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

Члены комиссии по проведению специальной оценки условий труда:

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

_____	_____	_____	_____
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)

Эксперт (эксперты) организации, проводившей специальную оценку условий труда:

_____	_____	_____	_____
(№ в реестре экспертов)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))	(дата)