



высшим профессиональным образованием (приложение 6).

1.7. Общие требования к аттестационному делу, схему отчета о работе (приложение 7).

1.8. Согласие на обработку персональных данных (приложение 8).

1.9. Порядок тестирования специалистов (приложение 9).

1.10. Номенклатуру дел аттестационной комиссии (приложение 10).

1.11. Форму отчета о работе аттестационной комиссии за год (приложение 11).

1.12. Форму журнала регистрации аттестационных удостоверений (приложение 12).

1.13. Квалификационные тесты по вопросам онкологии (приложение 13) и вопросам ВИЧ/инфекции (приложение 14).

2. Начальнику отдела по вопросам государственной гражданской службы, кадров и правовой работы (Смирнова Г.Г.) информацию о графике работы аттестационных подкомиссий и ЦАК, местонахождении размещать на интернет-сайте департамента здравоохранения ежегодно в декабре месяце.

3. Директору ГУЗ ВО «Медицинский информационно - аналитический центр» (Зарубин В.Т.) создать необходимые условия для проведения тестирования.

4. Начальникам органов управления здравоохранением, руководителям учреждений здравоохранения:

4.1. Довести до сведения специалистов порядок проведения получения (подтверждения) квалификационных категорий.

4.2. Рекомендовать включать в коллективные договоры пункт о возмещении командировочных расходов специалистам, направляемым на тестирование и для получения и подтверждения квалификационных категорий, за счет бюджетных и внебюджетных средств лечебно-профилактических учреждений, фармацевтических организаций.

5. Для работы в ЦАК и аттестационных подкомиссиях привлекать при необходимости главных внештатных специалистов департамента здравоохранения, не входящих в состав аттестационных подкомиссий.

6. Получение квалификационных категорий специалистами санаторно-курортных учреждений, амбулатории ГУ Центробанка по Вологодской области, НУЗ «Отделенческая больница «РЖД», ФГУ «Бюро медико-социальной экспертизы» и частнопрактикующих врачей, провизоров проводить в ЦАК и соответствующих аттестационных подкомиссиях по согласованию с департаментом здравоохранения.

7. Приказ департамента здравоохранения от 24.01.2003г. № 9 л/с «О порядке получения квалификационных категорий специалистами с высшим образованием» считать утратившими силу.

8. Приказ считать вступившим в силу с 1 июля 2010 года.

9. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Попугаева А.И.

Начальник департамента

А.А. Колинко

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о порядке получения (подтверждения, снятия)**  
**квалификационных категорий специалистами с высшим**  
**образованием, работающими в системе здравоохранения**  
**Вологодской области**

**1. Общие положения**

1.1. Положение о порядке получения квалификационных категорий определяет порядок получения (подтверждения, снятия) квалификационных категорий специалистами с высшим медицинским, фармацевтическим образованием, преподавателями клинических дисциплин медицинских образовательных учреждений, работающими в системе здравоохранения Вологодской области.

1.2. Получение квалификационной категории является одним из механизмов государственного контроля за качеством подготовки специалистов, уровнем оказания медицинской помощи населению. При ее получении оцениваются профессиональная квалификация специалиста, способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью, а также соответствие уровня его профессиональной компетентности той или иной квалификационной категории по соответствующей специальности.

Аттестация осуществляется на добровольной основе.

1.3. К получению (подтверждению) квалификационной категории не допускаются специалисты, не прошедшие повышение квалификации по специальности в образовательных учреждениях в течение последних пяти лет.

1.4. Квалификация специалиста определяется по трём квалификационным категориям: вторая, первая и высшая.

1.5. Специалист может получить квалификационную категорию по специальностям, соответствующим как по основной, так и по совмещаемой должностям.

1.6. Квалификационная категория действительна в течение пяти лет со дня издания приказа об её присвоении.

1.7. Получение (подтверждение, снятие) квалификационных категорий специалистами по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», врачей всех специальностей, провизоров, преподавателей клинических дисциплин, медицинских сестер с высшим образованием на высшую квалификационную категорию, снятие категории, рассмотрение конфликтных случаев проводится в Центральной аттестационной комиссии департамента здравоохранения области.

## **II. Порядок получения квалификационных категорий**

2.1. Специалистам, работающим в системе здравоохранения области, квалификационные категории присваиваются в соответствии с номенклатурой специальностей, утвержденной приказом Минздрава России от 23.04.2009 г.

№ 210-н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

2.2. Специалисты, изъявившие желание получить квалификационную категорию или подтвердить имеющуюся, представляют секретарю аттестационной комиссии следующие документы:

- заявление;
- заполненный аттестационный лист;
- отчет о работе за последние три календарных года, утвержденный руководителем учреждения, в котором работает специалист;
- копию удостоверения об усовершенствовании по аттестуемой специальности за последние 5 лет;
- копию действующего сертификата;
- при получении высшей квалификационной категории - ходатайство руководителя учреждения, правления научного общества или результаты обсуждения на врачебной конференции учреждения;
- при получении более высокой категории или подтверждении имеющейся - подлинник аттестационного удостоверения;
- согласие на обработку персональных данных.

2.3. Документы в аттестационную комиссию представляются не позднее, чем за 2 месяца до заседания аттестационной комиссии (на заседание, проводимое в 1 квартале – за один месяц). Не позднее, чем за месяц до проведения аттестации, специалисты-эксперты области дают заключения на представленные отчёты о работе и представляют на заседании аттестационных комиссий. При предоставлении некачественно оформленного аттестационного дела рецензент возвращает документы специалисту на доработку. В случае отсутствия на заседании комиссии рецензент обязан дать заверенную доверенность на право представления аттестуемого другому специалисту.

2.4. Первичное получение квалификационной категории, получение более высокой квалификационной категории, подтверждение высшей квалификационной категории проводятся с приглашением специалиста на заседание аттестационной комиссии. Подтверждение второй и первой квалификационной категории проводится заочно.

2.5. При присвоении квалификационной категории соблюдается последовательность присвоения квалификационных категорий:

- вторая - не менее трёх лет стажа работы по специальности;
- первая - не менее семи лет стажа работы по специальности;
- высшая - не менее десяти лет стажа работы по специальности.

2.6. Специалистам, имеющим учёную степень, Почетные звания

«Заслуженный врач Российской Федерации», «Заслуженный работник здравоохранения» и занятым лечебно-профилактической, фармацевтической работой, возможно заочно присваивать (подтверждать) квалификационные категории по представлении ими в аттестационную комиссию документов, за исключением организаторов здравоохранения.

2.7. При получении квалификационной категории врачами, провизорами, в том числе руководителями, другими специалистами с высшим профессиональным образованием в стаж работы по аттестуемой специальности засчитываются периоды работы:

- в организациях здравоохранения независимо от организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности;
- на выборных должностях в органах законодательной и исполнительной власти, профсоюзных органах, общественно-профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциациях;
- в государствах СНГ, бывших республиках СССР, по контракту за рубежом в медицинских учреждениях, фарморганизациях и организациях, независимо от форм собственности, по специальности;
- обучения в клинической ординатуре (с предоставлением в аттестационную комиссию соответствующего отчета), аспирантуре и докторантуре по аттестуемой специальности;
- профессиональной подготовки /переподготовки/ по направлению органов по труду и занятости.

2.8. Специалист имеет право:

- получить квалификационную категорию в аттестационной комиссии, созданной в соответствии с настоящим Положением;
- ознакомиться с представленными на него в аттестационную комиссию документами;
- получить от руководителя учреждения здравоохранения разъяснения в письменном виде в случае отказа руководителя подписать отчет о работе;
- пройти повышение квалификации по специальности (не реже 1 раза в 5 лет);
- в случае несогласия с решением аттестационной подкомиссии обратиться с заявлением в Центральную аттестационную комиссию департамента здравоохранения, отделении ЦАК Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе или Центральную аттестационную комиссию Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.9. Специалист обязан ознакомиться с квалификационными требованиями по специальности, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, и настоящим Положением.

### **III. Сроки действия квалификационных категорий**

3.1. Получение более высокой квалификационной категории проводится не ранее 5 лет с даты присвоения предыдущей квалификационной категории. В исключительных случаях, учитывая высокую теоретическую и практическую

подготовку специалиста, отличные результаты в работе по охране здоровья населения и диагностической работе, внедрение в работу современных технологий и личной инновационной деятельности, наличие соответствующего представления администрации учреждения, рекомендации аттестационной подкомиссии, возможно присвоение квалификационной категории досрочно (до истечения срока действия присвоенной ранее квалификационной категории).

3.2. При переходе специалистов с высшим образованием на должности руководителей органов и учреждений здравоохранения, фарморганизаций в течение первых трёх лет работы на руководящих должностях сохраняются имеющиеся у них квалификационные категории.

3.3. При переходе медицинских и фармацевтических работников на практическую работу в учреждения здравоохранения и фарморганизации из органов законодательной и исполнительной власти, с выборных должностей из профсоюзных органов, общественно-профессиональных медицинских ассоциаций за ними в течение года сохраняется ранее полученная квалификационная категория. Для её подтверждения указанные лица представляют отчёт о работе по специальности за последний календарный год работы на новом месте.

3.4. От очередного подтверждения квалификационной категории освобождаются беременные женщины и матери, имеющие детей в возрасте до трех лет и находящиеся в отпуске по уходу за ними. По истечении одного календарного года, в течение которого за ними сохраняется имеющаяся квалификационная категория, после выхода на работу они могут её подтвердить с предоставлением отчёта о работе по специальности за один календарный год.

3.5. При ликвидации учреждения здравоохранения, фарморганизации или сокращении численности, специалистам сохраняется квалификационная категория, срок действия которой истекает на момент их увольнения, в течение одного года со дня увольнения. Указанные специалисты, а также специалисты, прибывшие из государств СНГ, могут подтвердить (очно) имеющиеся у них квалификационные категории по представлению в аттестационную комиссию отчёта за один год работы на новом месте.

3.6. В случае уважительной причины (длительная временная нетрудоспособность, командировка и др.) по представлению руководителя учреждения здравоохранения, заявления аттестуемого и документа (копии), подтверждающего уважительную причину, срок подтверждения квалификационной категории специалиста переносится по решению аттестационной подкомиссии на более поздний срок.

#### **IV. Организация работы аттестационных комиссий.**

4.1. В целях реализации права специалистов с высшим образованием на получение квалификационной категории создаются Центральная аттестационная комиссия департамента здравоохранения области и подкомиссии.

4.2. Состав ЦАК и аттестационных подкомиссий утверждает начальник департамента здравоохранения области.

4.3. В состав аттестационных комиссий включаются государственные гражданские служащие департамента, специалисты органов и учреждений здравоохранения, фарморганизаций, главные внештатные специалисты департамента, руководители и специалисты медицинских образовательных учреждений, представители областных организаций профсоюза работников здравоохранения и регионального отделения Российской медицинской Ассоциации.

4.4. Аттестационные подкомиссии:

- рассматривают представленные документы в течение двух месяцев со дня их поступления (регистрации);
- принимают решение о присвоении, подтверждении, снятии или снижении квалификационных категорий;
- дают рекомендации по дальнейшей профессиональной подготовке и аттестации специалистов;
- ведут делопроизводство.

4.5. Решения подкомиссий и ЦАК принимаются голосованием при наличии не менее 2/3 числа членов утвержденного состава аттестационной комиссии. Результаты определяются большинством голосов от числа присутствующих членов.

При равенстве голосов решающим является голос председателя конкурсной комиссии.

При принятии решения о присвоении квалификационных категорий специалисту, являющемуся членом аттестационной комиссии (подкомиссии), последний не участвует в голосовании.

Специалисты, не сдавшие квалификационные тесты, не могут быть допущены до аттестации на присвоение (подтверждение) квалификационной категории.

Решение аттестационной подкомиссии и ЦАК оформляется протоколом, который подписывается председателем комиссии, секретарем и членами комиссии, принимавшими участие в заседании.

4.6. Департамент здравоохранения области по представлению оформленных материалов заседаний аттестационных подкомиссий и ЦАК в течение месяца издаёт приказ, оформляет удостоверения, которые доводятся до учреждения здравоохранения и специалиста.

4.7. В случае отказа специалиста от очередного подтверждения квалификационной категории присвоенная ранее квалификационная категория утрачивается по истечении пятилетнего срока с даты издания приказа департамента.

4.9. В случае обращения администрации учреждения о досрочном рассмотрении документов специалиста с целью понижения или снятия квалификационной категории, в комиссию направляются документы, содержащие обоснованность этого обращения. Рассмотрение материалов проводится с приглашением специалиста и руководителя на заседании аттестационной комиссии. Если специалист не является на комиссию без уважительной причины, комиссия выносит решение в его отсутствие.

## **V. Хранение документов**

5.1. Приказы департамента здравоохранения области, аттестационные дела (документы и протоколы) хранятся в архиве департамента здравоохранения области.

5.2. Информация (справка, выписка из протокола и др.) о специалистах, получивших квалификационную категорию, может быть выдана по письменному обращению самого специалиста или по запросу судов, правоохранительных органов и в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

## **VI. Решение спорных вопросов**

Спорные вопросы, связанные с порядком, процедурой и методами работы аттестационных комиссий, могут быть разрешены председателем аттестационной комиссии.

Спорные или конфликтные вопросы, возникшие при несогласии с решением аттестационной комиссии, могут быть разрешены в Центральной аттестационной комиссии департамента здравоохранения области при обязательном присутствии руководителя ЛПУ, в отделении ЦАК Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе или Центральной аттестационной комиссии Минздрава России в месячный срок ((127994 г. Москва, Рахмановский пер., 3. Минздрав России).



Приложение 2  
к приказу департамента  
от 31 мая 2010г. № 175 л/с

Председателю аттестационной  
подкомиссии (ЦАК)

от \_\_\_\_\_

(Фамилия, И. О.)

\_\_\_\_\_  
(место работы, должность)

### **З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу присвоить (подтвердить) мне \_\_\_\_\_

(вторую, первую, высшую)

квалификационную категорию по специальности « \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_».

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
подпись

## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. **Фамилия, имя, отчество** \_\_\_\_\_
2. **Год рождения** \_\_\_\_\_ 3. **Пол** \_\_\_\_\_
4. **Сведения об образовании** \_\_\_\_\_  
(учебное заведение, год окончания)
- \_\_\_\_\_ (специальность по образованию, № диплома, дата выдачи)

Сведения о послевузовском и дополнительном профессиональном образовании  
(интернатура, клиническая ординатура, аспирантура, повышении квалификации)

<b>Вид образования</b>	<b>Год обучения</b>	<b>Место обучения</b>	<b>Названия цикла, курса обучения</b>

5. **Работа по окончании вуза (по записям трудовой книжки и справкам о совместительстве) :**

- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
(должность, наименование учреждений, местонахождения)
- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_
- с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

6. **Стаж работы в учреждениях здравоохранения** \_\_\_\_\_ лет.
7. **Специальность** \_\_\_\_\_  
(по профилю аттестации)
8. **Стаж работы по данной специальности** \_\_\_\_\_ лет
9. **Другие специальности** \_\_\_\_\_ **Стаж работы** \_\_\_\_\_ лет
10. **Квалификационная категория по аттестуемой специальности**  
\_\_\_\_\_ (указать имеющуюся, год присвоения)
11. **Квалификационные категории по другим специальностям**  
\_\_\_\_\_ (указать имеющуюся, год присвоения)
12. **Учёная степень** \_\_\_\_\_  
(год присвоения, № диплома)
13. **Учёное звание** \_\_\_\_\_  
(год присвоения, № диплома)
14. **Научные труды (печатные)** \_\_\_\_\_  
(количество статей, монографии и т.д.)





**«СОСТАВЫ  
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ И  
АТТЕСТАЦИОННЫХ ПОДКОМИССИЙ**

***Центральная аттестационная комиссия:***

<b>Попугаев А.И.</b>	<b>председатель</b>
Смирнова Г.Г.	заместитель председателя комиссии
Асафова Л.А.	секретарь
Соколов Н.В.	
Быкова Т.П.	
Короленко Н.А.	
Вологдина Е.Л.	
Чертова З.В.	
Удалов А.П.	
Курганова Т.Ю.	
Гладышев Е.Н.	
Стренаков В.П.	
Гаврищук Т.А.	
Фалалеева О.И.	
Зеленцов С.Н.	
Касимов Р.А.	
Смирнов В.Н.	
Лазаренко В.И.	
Лисенков В.В.	
Карачевцев М.Д.	

***аттестационная подкомиссия по специальностям  
педиатрического профиля:***

<b>Вологдина Е.Л.</b>	<b>председатель</b>
Чертова З.В.	заместитель председателя
Асафова Л.А.	секретарь
Елкина Е.А.	
Кудинова А.Б.	
Козляков Е.С.	
Сметанина М.А.	
Белова Т.Ф.	

***аттестационная подкомиссия врачей акушеров-гинекологов:***

<b>Вологодина Е.Л.</b>	<b>председатель</b>
Удалов А.П.	заместитель председателя
Асафова Л.А.	секретарь
Анаховский А.А.	
Дрозд Е.В.	
Буренков Г.М.	
Руднева И.К.	
Ванюшкин С.С.	
Кузнецова О.И.	

***аттестационная подкомиссия по специальностям  
хирургического профиля:***

<b>Короленко Н.А.</b>	<b>председатель</b>
Стренаков В.П.	заместитель председателя
Асафова Л.А.	секретарь
Раздрогоин В.А.	
Осипова А.Н.	
Иванов Н.Н.	
Лазаренко В.И.	
Карачевцев М.Д.	
Николаев С.Ю.	
Балалаев Ю.К.	
Беляев В.М.	
Лебедев А.М.	
Зеленцов С.Н.	
Лисенков В.В.	
Росляков В.А.	

***аттестационная подкомиссия по специальностям  
терапевтического профиля:***

**№ 1**

**Короленко Н.А.** председатель  
Гладышев Е.Н. зам. председателя  
Асафова Л.А. секретарь  
Банщиков Г.Т.  
Овчарова М.Ю.  
Лапицкая – Бурцева С.М.  
Лазарева Т.Е.  
Фалалеева О.И.  
Архипов А.Б.  
Маров С.Н.  
Рыбаков Н.В.  
Разова Т.Г.

**№ 2**

**Короленко Н.А.** председатель  
Курганова Т.Ю. зам. председателя  
Асафова Л.А. секретарь  
Смирнов В.Н.  
Бурова О.А.  
Гаврищук Т.А.  
Румянцев С.А.  
Подгорочная Т.Н.  
Каргальцева Т.А.

***аттестационная подкомиссия провизоров:***

**Галкина Н.А.** председатель  
Аширова Г.Ю. заместитель председателя  
Асафова Л.А. секретарь  
Павлович Т.В.  
Гаммермайстер Ю.Г.  
Розина С.А.  
Соколова Г.Ф.

***аттестационная подкомиссия преподавателей медицинских училищ и  
медицинских сестер с высшим образованием:***

**Смирнова Г.Г.** председатель  
Таушева Е.В. заместитель председателя комиссии  
Асафова Л.А. секретарь  
Кашникова О.В.  
Глазкова Л.Б.  
Жаров М.А.

К участию в работе аттестационных подкомиссий и ЦАК приглашаются главные внештатные специалисты департамента здравоохранения области с правом совещательного голоса».

Приложение 5 к приказу  
 департамента здравоохранения  
 от 31 мая 2010 г. № 175 л/с

**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ,  
 предъявляемые к специалистам,  
 для получения второй, первой и высшей квалиф. категории**

Квалификационная категория	Выполнение квалификационных требований, установленных Минздравом России	Педагогическая деятельность, наставничество (документы, подтверждающие проведение занятий)	Выполнение новых технологий в работе (указать каких в отчете)	Участие в конференциях, заседаниях научных обществ и конкурсах на «Лучший по профессии» (доклады, занимаемые места)	Публикации в печати статей, монографий и проч.	Обучение по специальности не реже 1 раза в 5 лет
<b>Высшая</b>	+	+	+	+	+	+
<b>Первая</b>	+	+	+	+	-	+
<b>Вторая</b>	+	-	-	-	-	+



## **П Е Р Е Ч Е Н Ь**

### **документов, представляемых в аттестационную комиссию для получения (подтверждения) квалификационной категории специалистами с высшим образованием**

1. Заявление на имя председателя аттестационной подкомиссии или ЦАК.
2. Аттестационный лист, заверенный руководителем учреждения и печатью.
3. Отчет о работе за 3 последних календарных года, подписанный специалистом.

Отчет утверждается руководителем того учреждения здравоохранения, образования, фарморганизации (при его отсутствии – заместителем руководителя), в котором аттестуемый работал за отчетный период, ставится печать учреждения.

4. Копии сертификата, свидетельств и удостоверений о повышении квалификации за последние пять лет по аттестуемой специальности.
5. При получении высшей квалификационной категории – ходатайство или рекомендация врачебной ассоциации, научного общества, врачебной конференции; ксерокопии печатных работ в научных журналах, областных научных сборниках трудов, в СМИ и т.д.).
6. Подлинник аттестационного удостоверения.
7. Согласие на обработку персональных данных.
6. При получении (подтверждении) квалификационной категории специалистами учреждений частной формы собственности дополнительно в аттестационную комиссию предоставляются документы:
  - копия лицензии на право занятия медицинской деятельностью для физических или юридических лиц;
  - копия диплома об образовании.

## **ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К АТТЕСТАЦИОННОМУ ДЕЛУ, СХЕМА ОТЧЕТА О РАБОТЕ**

Аттестационное дело должно быть в отдельной папке, прошнуровано или скреплено через дырокол, титульный лист подписан с указанием Ф.И.О. полностью, занимаемой должности и места работы аттестуемого.

Последовательность размещения документов:

1. заявление,
2. аттестационный лист,
3. отчет о работе (в отпечатанном виде),
4. копии свидетельств и удостоверений и повышении квалификации за последние 5 лет, сертификата.

К отчету прилагаются разработки аттестуемого: фотодокументы, показатели работы в виде диаграмм, графиков, рисунков и т.д. (не исключается расположение их в самом тексте отчета).

Отчет о работе для получения и подтверждения квалификационной категории по объему должен быть не менее:

- на высшую категорию – 20 печатных листов,
- на первую – 15 печатных листов,
- на вторую – 10 печатных листов.

Тексты документов, указанных в пунктах 1 – 4, должны быть напечатаны на листах формата А4, шрифт 14, через одинарный интервал.

При подтверждении квалификационной категории подлинник аттестационного удостоверения вкладывается в дело.

Если удостоверение пришло в негодность или утрачено, то по заявлению обратившегося выдается дубликат удостоверения с пометкой «Дубликат».

### ***Основные разделы отчета:***

- краткая автобиографическая справка;
- сведения об образовании, в том числе о повышении квалификации за последние 5 лет, переподготовке, получению второй специальности и т.д.;
- профессиональный маршрут (кратко);
- занятие научной работой, защита кандидатской диссертации (дата, тема), опубликованные статьи в журналах, сборниках (дата, тема, название журнала);

- характеристика учреждения здравоохранения, организации;
- характеристика отделения, отдела, обслуживаемого контингента, в том числе демографические показатели;
- характеристика кадров (укомплектованность, повышение квалификации, сертификация, аттестация и т.д.), участие в подготовке среднего медицинского и фармацевтического персонала;
- организация рабочего процесса;
- внедрение новых технологий, методов диагностики, лечения, реабилитации, профилактики заболеваний, лекарственного обеспечения и др.;
- анализ производственных показателей аттестуемого за 3 последних календарных года в сравнении с показателями по области, городу, району, учреждению. Использование при анализе литературных данных.
- профилактическая и санпросветработа;
- организационно-методическая работа;
- профессиональные навыки, которыми владеет аттестуемый;
- выводы, предложения по совершенствованию работы на ближайшую перспективу.

Аттестуемый, кроме вопросов по специальности, должен ориентироваться в основных разделах:

- законодательство РФ по охране здоровья граждан, о здравоохранении;
- законы Вологодской области по охране здоровья граждан, системе здравоохранения;
- вопросы законодательства о труде;
- врачебная этика и деонтология;
- медицинская статистика;
- организация медицинской помощи населению;
- основы обязательного медицинского страхования;
- вопросы охраны труда и техники безопасности;
- вопросы временной, стойкой нетрудоспособности, организации врачебно-трудовой экспертизы.

Приложение 8  
К приказу департамента  
От 31 мая 2010 г. № 175 л/с

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
код подразделения \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

согласен на обработку приведенных в аттестационном деле моих персональных данных (Ф.И.О., контактная информация, фотографии, информация об образовании, информация о трудовой деятельности и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(далее - Операторы) и размещение их в базе данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я согласен, что мои персональные данные будут ограниченно доступны представителям \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

и использоваться для \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я проинформирован, что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона № 152 от 27.07.2006, конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения Операторами законодательства Российской Федерации.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(подпись, расшифровка подписи)

Приложение 9  
к приказу департамента  
от 31 мая 2010 г. № 175 л/с

**П О Р Я Д О К**  
**проведения компьютерного тестирования врачей**

Прием аттестационных дел и компьютерное тестирование проводятся в ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» по адресу: г.Вологда, ул.Чернышевского, д.14-а, 2-ой этаж, кааб.13 (проезд от вокзала троллейбусом 4 до остановки «Кинотеатр «Родина»), при предъявлении удостоверения личности (паспорт, военный билет, служебное удостоверение с фотографией),

с 9 до 16 часов - понедельник, вторник, среда, четверг  
с перерывом на обед с 12.30 до 13.00.

Заседания аттестационных подкомиссий и ЦАК проводятся в конференцзале ГУЗ «Областной центр медицинской профилактики» (ул.Мира, д.9).

Справки по тел.: 54-18-92 – специалист МИАЦ Молева Татьяна Александровна.

Приложение 10  
к приказу департамента  
от 31 мая 2010 г. № 175 л/с

## НОМЕНКЛАТУРА ДЕЛ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ

Индекс дела	Заголовок дела	Срок хранения	№№ статей	Примечание
4-1	Нормативные правовые документы (приказы Минздрава России, инструктивно-методические письма и др.)	ДЗН	ст.1	
4-21	Инструктивно-методические документы аттестационной комиссии, регламентирующие ее работу (структура и состав Центральной аттестационной комиссии и подкомиссий, порядок работы, процедуры и методы аттестации, график работы, отчет о работе и др.)	ДМН	ст.364, ст.365	
	Аттестационные дела (заявления, характеристики, отчеты, копии документов об образовании, аттестационные листы, рецензии экспертов - специалистов).	5 лет	ст.361	
4-59	Протоколы заседания Центральной аттестационной комиссии об утверждении порядка работы комиссий, процедур и методов рассмотрения спорных вопросов.	15 лет ЭПК	ст.339	
4-2	Приказы о получении (подтверждении) квалификационных категорий.	75 лет ЭПК	6(б)	

Сокращения: ДЗН – до замены новыми;

ДМН – до минования надобности.

Приложение 11  
к приказу департамента  
от 31 мая 2010 г. № 175 л/с

**ФОРМА ОТЧЕТА  
о РАБОТЕ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ**

Наименование специальности	Аттестовано на присвоение квалиф. категории			Аттестовано на подтверждение квалиф. категории			Снижены, сняты квалиф. категории		
	высшая	первая	вторая	высшая	пер- вая	вто- рая	высшая	пер- вая	вторая

с приложением аналитической записки.

Представляется с годовыми отчетами.

Приложение 12  
к приказу департамента  
от 31 мая 2010 г. № 175 л/с

**ФОРМА ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ  
АТТЕСТАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ**

Регистрационный номер	Фамилия, имя, отчество специалиста	Место работы	Занимаемая должность	Специальность по профилю аттестации	№ и дата приказа о квалиф. категории	Дата выдачи удостоверения

**КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕСТЫ по специальности  
«ОНКОЛОГИЯ»**

001. С воздействием вируса не связывают возникновение
- а) рака шейки матки
  - б) рака печени
  - в) рака желудка
  - г) рака носоглотки
  - д) лейкозов
002. Доброкачественным опухолям присущи
- а) инфильтративный рост
  - б) экспансивный рост
  - в) нарушение дифференцировки клеток
  - г) правильно б) и в)
  - д) все ответы правильны
003. Возникновению опухолей чаще всего способствует
- а) снижение показателей клеточного иммунитета
  - б) снижение показателей гуморального иммунитета
  - в) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
  - г) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно
  - д) все перечисленное
004. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует
- а) I стадии
  - б) II стадии
  - в) III стадии
  - г) III и IV стадиям
  - д) любой из перечисленных стадий
005. Термин "симптоматическая терапия" означает
- а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
  - б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
  - в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
  - г) ни одно из перечисленных
006. Термографический метод наиболее информативен



при обследовании больных с опухолями

- а) легких
- б) органов брюшной полости
- в) молочной железы
- г) щитовидной железы
- д) правильно в) и г)

007. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается

- а) гипокоагуляция
- б) нормокоагуляция
- в) гиперкоагуляция
- г) все варианты встречаются с одинаковой частотой

008. Для рака желудка характерна

- а) повышенная кислотность желудочного сока
- б) сниженная кислотность
- в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока
- г) правильного ответа нет

009. Для рака молочной железы I ст. характерны

- а) анемия
- б) лейкоцитоз
- в) повышенная СОЭ
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

010. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна

- а) при ультразвуковом исследовании
- б) при маммографии
- в) при термографии
- г) при использовании всех перечисленных методов
- д) ни при одном из перечисленных методов

011. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей

- а) поджелудочной железы
- б) желудка
- в) щитовидной железы
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного

012. К предраку шейки матки относится

- а) дисплазия
- б) лейкоплакия с атипией

- в) интраэпителиальный рак
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильны

013. Экзофитный тип роста опухоли характеризуется

- 1) ростом опухоли в виде узла
  - 2) ограниченной инфильтрации стенки органа
  - 3) ростом опухоли преимущественно в просвет органа
  - 4) относительно низкой частотой регионарного метастазирования
  - 5) обязательным изъязвлением опухоли
- а) правильно 1, 2, 3 и 4
  - б) правильно 1, 2, 3 и 5
  - в) правильно 2, 3, 4 и 5
  - г) правильно 1, 3, 4 и 5
  - д) правильно 1, 2, 4 и 5

014. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся

- а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
- б) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия
- в) фибroadенома
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы верны

015. Для папилломы мочевого пузыря характерно

- а) склонность к рецидивам
- б) множественность поражений
- в) частое озлокачествление
- г) правильны все ответы
- д) правильно а) и б)

016. Медулярный рак щитовидной железы развивается

- а) из А-клеток
- б) из В-клеток
- в) из С-клеток
- г) из любой вышеуказанной
- д) ни из одной из вышеуказанных

017. Чаще малигнизируются язвы

- а) выходного отдела желудка
- б) малой кривизны желудка
- в) большой кривизны желудка
- г) тела желудка
- д) кардиального отдела желудка

018. Наиболее труден для диагностики

- а) рак кардиального отдела желудка
- б) рак дна желудка
- в) рак тела желудка
- г) рак выходного отдела желудка
- д) диагностика рака желудка одинаково трудна при всех перечисленных локализациях

019. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте

- а) до 20 лет
- б) от 21 до 50 лет
- в) от 51 до 70 лет
- г) старше 70 лет
- д) рак желудка с одинаковой частотой развивается во всех возрастных группах

020. Под термином "метастаз Вирхова" подразумевается

- а) метастаз в клетчатке малого таза
- б) метастаз в яичники
- в) метастаз в пупок
- г) метастаз в надключичный лимфоузел
- д) метастаз в легкие

021. Определяющая роль в возрастании заболеваемости населения раком легких принадлежит

- а) генетическому фактору
- б) профессиональным вредностям
- в) курению
- г) загрязнению атмосферы
- д) хроническим воспалительным заболеваниями

022. К центральному раку легкого относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи

- 1) главные
- 2) долевыe
- 3) сегментарные
- 4) субсегментарные
- 5) V порядка
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 1, 2 и 3
- г) правильно 1, 2, 3 и 4
- д) все ответы правильны

023. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме
- кашля
  - кровохаркания
  - боли в груди
  - повышения температуры тела
024. Раком пищевода чаще болеют
- мужчины
  - женщины
  - в возрасте 40-50 лет
  - в возрасте 60-70 лет
  - правильно а) и г)
025. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на фоне рака пищевода относятся
- рубцовая стриктура
  - ахалазия
  - синдром Пламмера - Винсона
  - пищевод Барретта
  - кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
- все перечисленное
  - все перечисленное, кроме 1
  - все перечисленное, кроме 1 и 2
  - все перечисленное, кроме 1, 2 и 3
  - все перечисленное, кроме 1, 2, 3 и 4
026. Рак пищевода чаще всего поражает
- верхнюю треть
  - среднюю треть
  - нижнюю треть
  - правильно б) и в)
027. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является
- повышенное слюноотделение
  - тошнота
  - дисфагия
  - рвота
  - боли за грудиной
028. Дисфагия при раке пищевода может иметь
- рефлекторный характер
  - стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
  - смешанный-рефлекторный и механический характер

г) все ответы верны

029. Клиническими проявлениями рака пищевода могут быть

- а) охриплость голоса
- б) кашель
- в) эмпиема плевры
- г) медиастинит
- д) все перечисленное

030. К группам риска развития первичного рака печени из перечисленных следует относить

- а) носителей вируса гепатита В
- б) наличие цирроза печени
- в) употребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином
- г) поражение описторхозом
- д) все вышеперечисленное

031. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречаются

- а) бледность кожных покровов
- б) желтушность кожных покровов
- в) симптомы портальной гипертензии
- г) гепатомегалия
- д) симптом Курвуазье

032. Наиболее частым симптомом рака почки является

- а) боль
- б) пальпируемая опухоль
- в) гематурия
- г) слабость
- д) ускоренная СОЭ

033. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

- а) шейно-надключичных лимфоузлов
- б) медиастинальных лимфоузлов
- в) забрюшинных лимфоузлов
- г) паховых лимфоузлов
- д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

034. Основными методами диагностики рака пищевода являются:

- а) томография средостения и эзофагоскопия
- б) рентгенография и эзофагоскопия с биопсией
- в) пневмомедиастинография и УЗИ

- г) радионуклеидное исследование
- д) УЗИ средостения и рентгеновское исследование

035. При дистальном поражении желчных путей опухолью характерно:

- а) желтуха и обесцвеченный кал
- б) гепатомегалия
- в) симптом Курвуазье
- г) кожный зуд
- д) все верно

036. Токсикоанемическая форма характерна для рака толстой кишки:

- а) поперечно-ободочной
- б) левых отделов
- в) правых отделов
- г) прямой
- д) сигмовидной

037. Рак легкого следует дифференцировать:

- а) с затянувшейся пневмонией
- б) с туберкулезом легких
- в) с доброкачественной опухолью
- г) с метастазами других опухолей в легкие
- д) со всеми перечисленными

038. Для медиастенальной формы рака легкого характерно:

- а) акроцианоз
- б) осиплость голоса
- в) отек лица
- г) расширение подкожных вен передней поверхности грудной стенки
- д) все верно

039. Наиболее характерным для рака Пэнкоста является:

- а) кровохарканье
- б) боли за грудиной
- в) синдром Горнера
- г) осиплость голоса
- д) отек в области шеи и лица

040. «Ранним» симптомом рака щитовидной железы является:

- а) уплотнение и увеличение железы
- б) боль при глотании
- в) дисфагия
- г) осиплость голоса
- д) похудание

041. К факультативным предраковым заболеваниям нижней губы не относятся:

- а) эрозивная лейкоплакия
- б) папилломы
- в) стоматит
- г) кожный рог
- д) кератоакантома

## КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕСТЫ по вопросам ВИЧ-инфекции

№ п/п	Раздел	Ответ
<i>Организационные вопросы</i>		
<b>1.</b>	<p>Какие учреждения здравоохранения обязаны участвовать в реализации прав ВИЧ-инфицированных в соответствии с Федеральным законом от 30.03.95 № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Государственной системы здравоохранения</li> <li>2. Муниципальной системы здравоохранения</li> <li>3. Частной системы здравоохранения</li> <li>4. Государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения</li> </ol>	
<b>2.</b>	<p>В соответствии с приложением №2 приказа департамента здравоохранения области от 05.07.00 № 353 "О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ- инфицированным" подлежат госпитализации в базовые инфекционные стационары и инфекционные отделения ЦРБ больные:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. По клиническим показаниям</li> <li>2. По эпидемиологическим показаниям</li> <li>3. По социально-психологическим показаниям</li> <li>4. По клиническим, эпидемиологическим, социально-психологическим показаниям</li> </ol>	
<b>3.</b>	<p>В соответствии с временной инструкцией приказа департамента здравоохранения области от 05.07.00 № 353 "О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным" (приложение № 3) при плановой госпитализации или консультации узкими специалистами ЛПУ больного:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ОЦ СПИД предупреждает ответственное лицо ЛПУ телефонным звонком</li> <li>2. Больному выдается направление с указанием в тексте "Форма 50+" на консультацию или госпитализацию</li> <li>3. ВИЧ-инфицированному выдается направление на госпитализацию или консультацию с указанием "Форма 50+" и ответственное лицо ЛПУ предупреждается телефонным звонком ОЦ СПИД</li> </ol>	
<b>4.</b>	<p>Экстренная стационарная и поликлиническая помощь при получении информации от больного о наличии у него ВИЧ-инфекции осуществляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. По направлению специалистов ОЦ СПИД</li> <li>2. Без направления специалистов ОЦ СПИД</li> </ol>	
<b>5.</b>	<p>Где должна осуществляться специализированная медицинская помощь по жизненным показаниям ВИЧ-инфицированным больным?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом</li> <li>2. В специализированных ЛПУ</li> <li>3. В инфекционном стационаре</li> </ol>	
<b>6.</b>	<p>Вакцинопрофилактика детей ВИЧ-инфицированных и рожденных от ВИЧ-</p>	



	<p>инфицированных матерей осуществляется в соответствии с приказом ДЗО от 05.07.00 "О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным" (приложение № 4):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На общих основаниях</li> <li>2. В соответствии с индивидуальным графиком прививок</li> </ol>	
7.	<p>Выдача продуктов питания для ВИЧ-инфицированного ребенка и для рожденного от ВИЧ-инфицированной матери производится в соответствии с приказом ДЗО от 05.07.00 "О порядке оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным» (приложение № 4):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. На общих основаниях</li> <li>2. По специальному графику</li> </ol>	
8.	<p>Что является основным в первичной профилактике ВИЧ-инфекции?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выявление групп риска</li> <li>2. Массовое обследование на ВИЧ</li> <li>3. Гигиеническое образование и воспитание населения</li> </ol>	
9.	<p>При направлении для обследования на ВИЧ врач проводит обязательное дотестовое консультирование лицам:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Контактным</li> <li>2. Родственникам</li> <li>3. Медработника</li> <li>4. Всем</li> </ol>	
10.	<p>Определите порядок оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, установленный Федеральным законом от 30.03.95г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи</li> <li>2. ВИЧ-инфицированные подлежат обязательной изоляции в специализированные ЛПУ</li> <li>3. Вопрос об оказании либо не оказании мед. помощи решает врач (медсестра)</li> </ol>	
11.	<p>Предусмотрена ли уголовная ответственность медработника за заражение пациента ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения медработником своих профессиональных обязанностей:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нет, только дисциплинарная ответственность (выговор, увольнение)</li> <li>2. Нет, только административная ответственность (штраф)</li> <li>3. Да, ст. 122 Уголовного кодекса РФ</li> </ol>	
12.	<p>Добровольное медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. С предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции</li> <li>2. В общем порядке, установленном при обследовании на гепатиты, сифилис и другие заболевания</li> </ol>	
13.	<p>ВИЧ-инфицированные граждане РФ при оказании медицинской помощи, в соответствии с действующим законодательством РФ, имеют право на:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бесплатное предоставление всех видов медицинской помощи, бесплатное получение медикаментов</li> <li>2. Скидку в размере 50% на медикаменты и на медицинские услуги</li> <li>3. Получение медицинской помощи в обычном (не льготном) порядке</li> </ol>	

<i>Эпидемиология</i>		
<b>14.</b>	<p>Как правильно называется инфекционное заболевание?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Болезнь гомосексуалистов</li> <li>2. СПИД</li> <li>3. ВИЧ-инфекция</li> <li>4. Болезнь проституток</li> </ol>	
<b>15.</b>	<p>Возбудитель ВИЧ-инфекции?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бактерия</li> <li>2. Вирус</li> <li>3. Риккетсия</li> </ol>	
<b>16.</b>	<p>Кто является источником ВИЧ-инфекции?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обезьяны</li> <li>2. ВИЧ-инфицированный человек</li> <li>3. Птицы</li> </ol>	
<b>17.</b>	<p>Эпидемиологически опасные биологические жидкости ВИЧ-инфицированного?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сперма</li> <li>2. Слюна</li> <li>3. Вагинальная жидкость</li> <li>4. Кровь</li> <li>5. Грудное молоко</li> <li>6. Моча</li> </ol>	
<b>18.</b>	<p>К какому семейству вирусов относится вирус иммунодефицита человека?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Арбовирусы</li> <li>2. Риновирусы</li> <li>3. Ретровирусы</li> <li>4. Аденовирусы</li> </ol>	
<b>19.</b>	<p>Какие клетки наиболее чувствительны к ВИЧ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клетки печени</li> <li>2. Эпидермальные клетки</li> <li>3. Т - хелперы</li> <li>4. Клетки эпителия прямой кишки</li> </ol>	
<b>20.</b>	<p>Пути передачи ВИЧ?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вертикальный (от матери - плоду), половой, парентеральный</li> <li>2. Воздушно-капельный</li> <li>3. Половой</li> <li>4. Парентеральный</li> <li>5. Контактно-бытовой</li> <li>6. Через кровососущих насекомых</li> </ol>	
<b>21.</b>	<p>Наиболее опасные группы риска при ВИЧ-инфекции (поставить номера по степени убывания):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гомосексуалисты</li> <li>2. Проститутки</li> <li>3. Наркоманы инъекционные</li> </ol>	
<b>22.</b>	<p>Могут ли ВИЧ-инфицированные лица быть источником заражения в первые 1,5 месяца инкубации?</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Только как доноры</li> <li>2. Не могут</li> <li>3. Только при половом контакте</li> <li>4. Да</li> </ol>	
23.	<p>Наиболее оптимальные сроки для определения антител в крови ВИЧ-инфицированного от момента заражения.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 - 2 недели</li> <li>2. 2 - 3 месяца</li> <li>3. 5 месяцев</li> <li>4. 8 мес. - 1 год</li> </ol>	
24.	<p>Какие из перечисленных контингентов подлежит обязательному освидетельствованию на ВИЧ (приказ МЗ РФ от 30.10.95 г. № 295 "О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ»).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наркоманы</li> <li>2. Доноры крови, спермы и других биологических жидкостей</li> <li>3. мед. персонал центров по профилактике и борьбе со СПИД, специализированных отделений, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением ВИЧ-инфицированных</li> <li>4. Проститутки</li> </ol>	
25.	<p>Укажите предельные сроки доставки цельной крови в клиничко-иммунологическую лабораторию для исследования на ВИЧ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В течение 12 часов при комнатной температуре,</li> <li>2. В течение суток при температуре +4 - +8 градусов.</li> <li>3. В течение 3-х часов при комнатной температуре</li> </ol>	
26.	<p>Укажите допустимые сроки доставки сыворотки крови в лабораторию для проведения реакции иммуно - ферментного анализа (ИФА):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 14 суток</li> <li>2. правильный-7 суток (температура +6 градусов)</li> <li>3. 7 суток (комнатная температура)</li> </ol>	
27.	<p>Идентично ли понятие "серопозитивный" в ИФА и ВИЧ-инфицированный?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да</li> <li>2. Нет</li> </ol>	
28.	<p>Лабораторный диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положительной ИФА</li> <li>2. Положительного иммуноблота</li> <li>3. Изменений в иммунном статусе</li> </ol>	
29.	<p>Укажите необходимое количество крови для проведения реакции ИФА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 мл</li> <li>2. 0,5 мл</li> <li>3. 3-5 мл</li> </ol>	

<b>30.</b>	<p>Реакция ИФА при исследовании на ВИЧ - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метод определения антигенов ВИЧ</li> <li>2. Метод определения суммарных антител к белкам ВИЧ</li> </ol>	
<b>31.</b>	<p>Иммуноблот - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метод определения антигенов ВИЧ</li> <li>2. Метод определения антител к отдельным вирусным белкам</li> <li>3. Метод определения суммарных антител к белкам ВИЧ</li> </ol>	
<b>32.</b>	<p>Какова устойчивость вируса к факторам внешней среды?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Устойчив во внешней среде</li> <li>2. Малоустойчив во внешней среде</li> </ol>	
<b>33.</b>	<p>Действия медработника в случае загрязнения рук кровью:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кровь смыть под струёй проточной воды с последующим мытьём с мылом</li> <li>2. Кровь смыть под струёй проточной воды с последующей обработкой 70-процентным спиртом</li> <li>3. Обработать 70-процентным спиртом, вымыть руки дважды с мылом проточной водой, повторно обработать 70-процентным спиртом</li> </ol>	
<b>34.</b>	<p>Действия медработника в случае повреждения целостности кожных покровов при проведении инвазивных процедур пациентам (исключить неверные ответы):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обработать ранку йодом или зеленкой</li> <li>2. Если кровь идёт, не останавливать;</li> <li>3. если крови нет, то выдавить несколько капель крови, обработать ранку 70-процентным спиртом, вымыть руки под проточной водой с двукратным намыливанием, затем обработать</li> </ol>	
<b>35.</b>	<p>Действие медработника при попадании крови на слизистую оболочку глаз:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Промыть струёй проточной воды и закапать 1 % раствор борной кислоты</li> <li>2. Промыть 0,05% раствором марганцовокислого калия</li> <li>3. Промыть проточной водой</li> </ol>	
<b>36.</b>	<p>Исключить неверный вариант действий медработника при попадании крови на слизистую оболочку ротовой полости:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прополоскать раствором питьевой соды</li> <li>2. Прополоскать водой, затем 70° спиртом</li> <li>3. Прополоскать водой, затем 1% водным раствором борной кислоты</li> <li>4. Прополоскать водой, затем 0,05% раствором марганцовокислого калия</li> </ol>	
<b>37.</b>	<p>Действие медработника при попадании крови на слизистую оболочку глаз:</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Промыть струёй проточной воды и закапать 1 % раствор протаргола</li> <li>2. Промыть раствором питьевой соды</li> <li>3. Промыть струей воды и обработать 0,05% раствором марганцовокислого калия</li> </ol>	
<b>38.</b>	<p>Кратность обследования на ВИЧ медработника, получившего постманипуляционную травму при выполнении медицинских процедур ВИЧ-инфицированному</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один раз в квартал после ранения</li> <li>2. Сразу после травмы, в дальнейшем через 3,6,12 месяцев</li> <li>3. Через 2 месяца после травмы, в дальнейшем через год</li> </ol>	
<b>39.</b>	<p>Кратность обследования медицинских работников клинических отделений на ВИЧ-инфекцию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При приеме на работу, в дальнейшем 1 раз в год</li> <li>2. При приеме на работу, в дальнейшем 1 раз в 6 месяцев</li> <li>3. Медицинские работники, контактирующие с кровью и другими биологическими жидкостями человека, обследуются на носительство ВИЧ по эпидпоказаниям либо добровольно</li> </ol>	
<b><i>Клиника, диспансеризация, лечение</i></b>		
<b>40.</b>	<p>Укажите, какие документы должны быть у ВИЧ-инфицированного больного при обращении его за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Паспорт гражданина РФ</li> <li>1. Сведения о прописке именно в той административной территории (город, район, область), где находится ЛПУ.</li> <li>2. Страховой медицинский полис ОМС</li> <li>3. Документы, подтверждающие наличие ВИЧ-инфекции у больного (результаты лабораторных исследований, направление, выписка из истории болезни и т.д.)</li> <li>4. Наличие всех перечисленных документов.</li> </ol>	
<b>41.</b>	<p>Инкубационный период ВИЧ-инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. От 5 месяцев до 5 лет</li> <li>2. От 2-3 недель до 12 месяцев</li> <li>3. До 6 месяцев</li> </ol>	
<b>42.</b>	<p>Основные клинические синдромы острой ВИЧ-инфекции</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мононуклеозоподобный, гриппоподобный, экзантематозный синдромы, менингит</li> <li>2. Лимфаденопатия, кандидозный эзофагит</li> <li>3. Длительная лихорадка, диарея</li> </ol>	
<b>43.</b>	<p>Основные симптомы прогрессирования ВИЧ-инфекции, характеризующие переход болезни из стадии первичных проявлений в стадию вторичных проявлений:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Артралгии, миалгии, головная боль</li> <li>2. Кандидозный эзофагит, носовые, маточные кровотечения</li> <li>3. Потеря массы тела, ночные поты, волосатая лейкоплакия языка, себорейный дерматит, повторный опоясывающий лишай, диарея</li> </ol>	
<b>44.</b>	<p>Основные проявления СПИДа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Генерализованные оппортунистические инфекции, онкологические заболевания, поражение ЦНС, аутоиммунные заболевания</li> <li>2. Пневмоцистоз, инфекционный мононуклеоз</li> </ol>	

	3. Кандидозный эзофагит, криптококковый менингит	
45.	<p>Хирургические осложнения поражений желудочно-кишечного тракта при СПИДе являются, как правило, следствием:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Криптоспоридиоза, цитомегаловирусной инфекции, саркомы Капоши</li> <li>2. Саркомы Капоши, лимфомы органов брюшной полости, амебиоза</li> <li>3. Цитомегаловирусной инфекции, банальных инфекций, саркомы Капоши</li> </ol>	
46.	<p>Эпидемическая саркома Капоши:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возникает у гомосексуалистов престарелого возраста, поражается кожа, слизистые, лимфоузлы</li> <li>2. Возникает преимущественно у мужчин гомосексуалистов молодого возраста, поражается кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, лимфоузлы. Продолжительность жизни 2-3 года. Этиологический фактор герпесвирус VIII типа</li> <li>3. Характеризуется поражением кожи нижних конечностей, кончика носа</li> </ol>	
47.	<p>Герпетическая инфекция при СПИДе проявляется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рецидивирующими высыпаниями с очагами деструкции, достигающими 10 и &gt; см в диаметре, поражениями половых органов, органов дыхания, пищеварения, центральной нервной системы</li> <li>2. Значительными кожными высыпаниями без вовлечения внутренних органов и центральной нервной системы</li> <li>3. Высыпаниями на крыльях носа, губах, быстро заживающих очагов</li> </ol>	
48.	<p>Длительная диарея у ВИЧ инфицированных и больных СПИД обусловлена:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ВИЧ-энтеропатий, криптоспоридиозом, изоспорозом, атипичным микобактериозом, странгилоидозом, амебиозом, сальмонеллезом, кандидозом</li> <li>2. Лямблиозом, герпесом, кандидозом</li> <li>3. Криптококкозом, кандидозом, стронгилоидозом</li> </ol>	
49.	<p>Бронхолегочная система у больных СПИД страдает в результате:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Туберкулеза, саркомы Капоши, пневмоцистоза, кандидоза, гистоплазмоза</li> <li>2. Пневмоцистоза, туберкулеза, атипичного микобактериоза, герпетической инфекции, саркомы Капоши, кокцидиоидоза, криптококкоза</li> <li>3. Кандидоза, туберкулеза, легионеллеза</li> </ol>	
50.	<p>Основные клинические признаки пневмоцистной пневмонии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острое начало с кашлем, с большим количеством гнойной мокроты</li> <li>2. Проливные поты, гектическая лихорадка, влажный кашель с вязкой мокротой</li> <li>3. Сухой кашель с вязкой мокротой, лихорадкой, развивающейся в течение нескольких недель, месяцев, одышкой, острой дыхательной недостаточностью</li> </ol>	
51.	<p>Особенности туберкулеза у больных ВИЧ/СПИД:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возникает в поздние сроки стадии СПИД, часты образования полостей и плеврального выпота</li> <li>2. Возникает рано, часто это первый признак СПИДа, преобладают первичные формы, полости образуются редко, иногда - плевральный выпот</li> </ol>	

	3. Редко в стадии СПИДа, без клинических особенностей	
52.	<p>Диспансерное наблюдение ВИЧ/СПИД больных с целью раннего выявления туберкулеза включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При установлении диагноза ВИЧ и далее 2 раза в год рентгенография, проба Манту, люминисцентная микроскопия, посев мокроты и другого материала</li> <li>2. В стадии СПИДа 2 раза в год проба Манту, рентгенологическое обследование</li> <li>3. По показаниям бактериологическое исследование мокроты, проба Манту, рентгенологическое обследование</li> </ol>	
53.	<p>Особенности течения ВИЧ/СПИД у инъекционных наркоманов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сочетание вирусных гепатитов, цитомегаловирусной инфекции, пневмоцистная пневмония</li> <li>2. Повышенный риск пиогенных инфекций, туберкулеза, сочетание вирусных гепатитов укорочение длительности течения бессимптомной стадии заболевания</li> <li>3. Характерна саркома Капоши, туберкулез легких, быстрое прогрессирование инфекции</li> </ol>	
54.	<p>Грибковая инфекция, часто возникающая и определяющая клинику ВИЧ/СПИДа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Микроспория</li> <li>2. Кандидоз, пневмоцистоз, криптококкоз, гистоплазмоз, кокцидиоидоз</li> <li>3. Актиномикоз</li> </ol>	
55.	<p>Дети, с диагнозом "перинатальный контакт по ВИЧ" при обследовании методом ИФА состоят на диспансерном учете:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12 месяцев</li> <li>2. 18 месяцев</li> <li>3. 24 месяца</li> </ol>	
56.	<p>Дети, с диагнозом "перинатальный контакт по ВИЧ" могут быть сняты с учета при обследовании методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), отрицательных результатах:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В 12 месяцев-15 месяцев</li> <li>2. В 1 месяц-6 месяцев</li> <li>3. В 18 месяцев-24 месяца</li> </ol>	
57.	<p>Когда наиболее часто происходит ВИЧ инфицирование ребенка от матери:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Во время беременности</li> <li>2. Во время родов</li> <li>3. При кормлении грудью в первые 14 дней после родов (наивысшая концентрация вируса в грудном молоке).</li> </ol>	
58.	<p>Течение ВИЧ-инфекции у детей характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Более коротким латентным периодом, первые признаки болезни проявляются в 3-9 месяцев</li> <li>2. Ранним ретровирусным синдромом, гепатоспленомегалией</li> <li>3. Ранним диарейным синдромом, отставанием физического, психомоторного развития</li> </ol>	
59.	<p>Какие препараты для иммунопрофилактики инфекционных заболеваний ВИЧ позитивным детям рекомендуются:</p>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Живые вакцины</li> <li>2. Убитые вакцины и анатоксины</li> <li>3. Живые, убитые вакцины и анатоксины</li> </ol>	
<b>60.</b>	<p>При лечении ВИЧ позитивных больных не рекомендуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Иммуностимулирующая терапия, монотерапия (антиретровирусная)</li> <li>2. Тривалентная, заместительная иммуноориентированная терапия</li> <li>3. Первичная, вторичная профилактика оппортунистических инфекций</li> </ol>	
<b>61.</b>	<p>Наиболее эффективная схема профилактики вертикального пути передачи ВИЧ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трехэтапная противоретровирусная химиопрофилактика во время беременности и родов, с момента рождения ребенка до 1,5 мес. жизни, отказ от грудного вскармливания</li> <li>2. Применение противоретровирусных препаратов в родах</li> <li>3. Отказ от грудного вскармливания</li> </ol>	
<b>62.</b>	<p>Неотложными состояниями со стороны органов дыхания и брюшной полости у больных СПИДом могут быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острая дыхательная недостаточность, перфорация желудка, кишечника, желудочно-кишечное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, ОПН</li> <li>2. Лихорадочный синдром, дегидратация</li> <li>3. Мозговая кома, гипогликемическая кома</li> </ol>	
<b>63.</b>	<p>Укажите, больные с какими диагнозами, из числа перечисленных, должны обследоваться на ф50 (ВИЧ-инфекцию):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Язвенная болезнь желудка</li> <li>2. Вирусный гепатит</li> <li>3. Кандидоз пищевода</li> <li>4. Хроническая рецидивирующая герпесвирусная инфекция</li> <li>5. Гипертоническая болезнь</li> <li>6. Туберкулез почек</li> </ol>	
<b>64.</b>	<p>Укажите, какие больные по клиническим показаниям, из числа перечисленных, должны обследоваться на ВИЧ-инфекцию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лихорадящие более 1 месяца</li> <li>2. С необъяснимой потерей массы тела на 10 и более процентов</li> <li>3. С острыми болями в животе.</li> <li>4. С явлениями острой кишечной инфекции.</li> <li>5. С рецидивирующей пиодермией</li> <li>6. Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями репродуктивной системы неясной этиологии</li> </ol>	
<b>65.</b>	<p>Кратность диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных пациентов (бессимптомное носительство, персистирующая генерализованная лимфаденопатия)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 раз в год</li> <li>2. Не реже 1 раза в 6 месяцев и при обращении за медицинской помощью</li> </ol>	



	3. Ежемесячно	
66.	<p>Укажите, какая группа препаратов, из перечисленных, используется для профилактики пневмоцистной пневмонии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бификол, фуразолидон, фталазол</li> <li>2. Бисептол, септрин, дапсон</li> <li>3. Адельфан, трирезид, капотен</li> </ol>	
67.	<p>Укажите, каким препаратом, из перечисленных, осуществляется постконтактная химиопрофилактика ВИЧ-инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реаферон</li> <li>2. Ронколейкин</li> <li>3. Фосфазид</li> <li>4. Виферон</li> </ol>	
68.	<p>Укажите максимальный период времени с момента контакта с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного больного, при котором целесообразно назначить химиопрофилактику ВИЧ-инфекции:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 36 часов</li> <li>2. 72 часа</li> <li>3. Неделя</li> </ol>	
<b>Лаборатория</b>		
69.	<p>Какой материал исследуется на ВИЧ инфекцию методом ИФА?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Желудочный сок</li> <li>2. Кровь и ее сыворотка</li> <li>3. Моча</li> <li>4. Слизь из зева</li> <li>5. Сперма, влагалищный секрет</li> </ol>	
70.	<p>Каковы сроки доставки проб крови в иммунологическую лабораторию для определения показателей иммунного статуса?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В течение суток</li> <li>2. В течение 3-х суток</li> <li>3. В течение 2-х часов</li> </ol>	
71.	<p>Какие изменения клеточного иммунитета наблюдаются при ВИЧ-инфекции?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Снижение В-лимфоцитов</li> <li>2. Снижение Т-хелперов</li> <li>3. Снижение нейтрофилов</li> </ol>	
72.	<p>Кратность проведения ИФА диагностики, необходимая для установления положительного результата ВИЧ инфицированности:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Однократная постановка реакции с (+) результатом Двукратная постановка реакции с двумя (+) результатами</li> </ol>	
73.	Лабораторный диагноз "ВИЧ-инфекция" может быть поставлен на основании:	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положительных лабораторных анализов в ИФА и иммуноблоте</li> <li>2. Данных эпид. анамнеза</li> <li>3. Положительного результата в ИФА</li> </ol>	
<b>74.</b>	<p>Укажите основные методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции, используемые практическим здравоохранением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. РГА (реакция гемоглютинации), ПЦР (полимеразная цепная реакция)</li> <li>2. ИФА (иммуноферментный анализ), иммуноблот</li> </ol>	
<b>75.</b>	<p>Укажите наиболее чувствительный и достоверный метод лабораторной диагностики для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции, применяемый в настоящее время в практическом здравоохранении Вологодской области:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ИФА (иммуноферментный анализ)</li> <li>2. ПЦР (полимеразная цепная реакция)</li> <li>3. Иммуноблот</li> </ol>	
<b>76.</b>	<p>Не допускается к исследованию в реакции ИФА:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сыворотки гемолизированные, хилезные, высохшие, с бактериальным проростом, с остатками антибиотиков, с добавлением гепарина, многократно замороженные, просроченные</li> <li>2. Свежесобранная кровь</li> <li>3. Однократно замороженная кровь</li> </ol>	
<b>77.</b>	<p>Что определяют методом ПЦР:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Генетический материал ВИЧ.</li> <li>2. Антитела к ВИЧ.</li> <li>3. Антигены к ВИЧ.</li> </ol>	
<b>78.</b>	<p>Лабораторный диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Положительной ИФА</li> <li>2. Положительного иммуноблота</li> <li>3. Изменений в иммунном статусе</li> </ol>	
<b>79.</b>	<p>Для обработки рук медицинского персонала, загрязненных кровью больного ВИЧ-инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 60,0 %</li> <li>2. 70,0 %</li> <li>3. 80,0 %</li> <li>4. 96,0 %</li> </ol>	
<b>80.</b>	<p>Инфицирование медицинского персонала ВИЧ-инфекцией не возможно при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подготовке полости рта к протезированию.</li> <li>2. Удалении зубного камня.</li> <li>3. Проведении физиотерапевтических процедур.</li> <li>4. Случайном уколе во время операции с нарушением целостности кожных покровов рук хирурга.</li> <li>5. Проведении оперативных вмешательств и парентеральных процедур.</li> </ol>	
<b>81.</b>	<p>Журнал учета производственного травматизма медицинских работников при работе с</p>	

	<p>кровью и другими биологическими жидкостями ведется в ЛПУ для:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. регистрации случаев производственного травматизма ("аварийных случаев").</li><li>2. регистрации случаев производ. травм-ма и последующего анализа обстоятельств получения травм и причин, приведших к ним, для их последующего устранения.</li><li>3. оценки своевременности и полноты проведения профилактических мероприятий по экстренным показаниям при травме мед. работника.</li><li>4. получения необходимой инф-ции (п. п. 1-3), для принятия управленческих решений по дооснащению оборудованием, обеспечению изделиями мед. назначения, дезинфектантами, организации производственной учебы мед. работников</li></ol>	
--	---	--

