

В центральную аккредитационную комиссию/
аккредитационную комиссию субъекта Российской
Федерации
(нужное подчеркнуть)

от

ИВАНОВА

ИВАНА ИВАНОВИЧА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

27 марта 1980 ГОДА

(дата рождения)

г. Клин, улица Мира, дом 15, квартира 77

(адрес регистрации)

+7(903)123-45-67

(контактный номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о допуске к аккредитации специалиста

Я,

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

информирую, что успешно завершил(а) освоение программ повышения квалификации, что подтверждается прилагаемыми копиями документов и портфолио.

Прошу допустить меня до прохождения процедуры периодической аккредитации специалиста по специальности: **терапия**.

Приложение:

1. Портфолио на **3** л.;

2. Копия документа, удостоверяющего личность: **Паспорт 12 34 567890**

(серия, номер,

28 марта 2006 года, ОУФМС России по Омской области ;

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

3. Копия сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии): **Сертификат специалиста №0177241283415, рег.номер № 1452;**

(серия, номер,

от 31 июля 2015 года, Омский государственный медицинский университет.

сведения о дате выдачи документа и месте проведения сертификационного экзамена/аккредитации специалиста)

4. Копии документов о высшем образовании и о квалификации или о среднем профессиональном образовании, или выписка из протокола заседания государственной экзаменационной комиссии: Диплом ПВ № 460774,

(серия, номер,

20 июля 2012 года, Омский государственный медицинский университет ;

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

5. Копии документов о квалификации, подтверждающих сведения об освоении программ повышения квалификации за отчетный период: Удостоверение № 0155241083431,

(серия, номер,

рег. номер № 1421 Б, от 31 июля 2019 года, Омский государственный медицинский университет

сведения о дате выдачи документа и выдавшей его организации)

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица:

123-456-789 77 ;

7. Копия трудовой книжки или сведения о трудовой деятельности (при наличии), или копии иных документов, подтверждающих наличие стажа медицинской или фармацевтической деятельности, предусмотренных законодательством Российской Федерации о военной и иной приравненной к ней службе (при наличии).

8. Копии иных документов (при наличии): Удостоверение № 22 о присвоении высшей квалификационной категории врача терапевта

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»* в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам центральной аккредитационной комиссии (аккредитационной комиссии, аккредитационной подкомиссии) на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Информацию о рассмотрении заявления и приложенных к нему документов прошу направить по адресу (адресам): ivanov@mail.ru

(адрес электронной почты)

или сообщить по номеру телефона: +7(903)123-45-67 .

(контактный номер телефона)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(подпись)

« 1 » августа 20 21 г.

* Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 31, ст. 3451; 2021, N 1, ст. 58.

Приложение № 2

к особенностям проведения аккредитации
специалистов в 2021 году, утвержденным
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 2 февраля 2021 г. № 40н

Рекомендуемый образец

ПОРТФОЛИО

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Иванов Иван Иванович

Дата получения последнего сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста 01.08.2016

Специальность, по которой проводится аккредитация терапия

Уровень образования (высшее / среднее профессиональное) высшее медицинское

Страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии) 0123456789

Полное наименование организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность
(при наличии) Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Клиническая городская
больница»

(указывается в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей)

Занимаемая должность (при наличии) врач-терапевт терапевтического отделения №1

Дата формирования портфолио 01.08.2021

1. Сведения об освоении программ повышения квалификации.

№	Наименование программы повышения квалификации	Трудоемкость, часы	Реквизиты документа о квалификации	Период обучения	Полное наименование организации, осуществляющей реализацию образовательной деятельности
1	ПК «Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней»	144	Удостоверение о повышении квалификации №123456987654 регистрационный номер 12345 Дата выдачи 1 сентября 2021 года	01.04.2021- 27.04.2021	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

2. Сведения об образовании, подтвержденные на интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии).

№	Наименование	Вид и реквизиты подтверждающего документа
1	VII Межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы клинической терапии» (44 зет)	Сертификат № 12345
2	ИОМ «Абдоминальный болевой синдром» (30 зет)	Сертификат № 53421

3. Отчет о профессиональной деятельности на 7 л.

Аккредитуемый _____ / Иванов Иван Иванович _____
 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

«Согласовано»

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя (уполномоченного заместителя
руководителя) организации), подпись, печать)

ОТЧЕТ
о профессиональной деятельности

Иванов Иван Иванович, врач-терапевт терапевтического отделения №1

(фамилия, имя, отчество (при наличии), занимаемая должность (при наличии))

1 августа 2016 по 1 августа 2021 года

с

(указывается период, за который подается отчет о профессиональной деятельности)

***Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области
«Клиническая городская больница»***

(полное наименование организации в соответствии с данными в едином государственном реестре юридических лиц / едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (при наличии))

для прохождения периодической аккредитации по специальности

Терапия

Иванов И.И.

(личная подпись аккредитуемого)

<p>Сведения об организации, в которой аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность (краткая характеристика организации, отражающая основные направления ее деятельности, ее структура)</p>	<p><i>Городская больница, многопрофильное стационарное учреждение, обслуживающее население города Клин Московской области. Круглосуточный стационар на 425 коек, 15 клинических отделений, 13 вспомогательных подразделений.</i></p>
<p>Наименование структурного подразделения, в котором аккредитуемый осуществляет профессиональную деятельность, основные задачи и функции указанного структурного подразделения</p>	<p><i>Терапевтическое отделение №1. Осуществление диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при заболеваниях терапевтического профиля; разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностического процесса, внедрение в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных терапевтического профиля; оказание консультативной помощи врачам других отделений стационара по вопросам диагностики, лечения и профилактики терапевтических заболеваний; осуществление экспертизы временной нетрудоспособности; ведение учетной и отчетной документации, сбор данных для ведения регистров больных.</i></p>
<p>Стаж работы по специальности</p>	<p><i>15 лет</i></p>
<p>Описание выполняемой работы в соответствии с трудовой функцией</p>	<ol style="list-style-type: none"> <i>1. Проведение обследования пациентов с целью установления диагноза.</i> <i>2. Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности</i> <i>3. Составление плана, реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность</i> <i>4. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</i> <i>5. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящего в распоряжении медицинского персонала</i> <i>6. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам.</i>

<p>Опыт работы, включая анализ профессиональной деятельности за отчетный период</p>	<p><i>Обследовано за отчетный период 2542 пациента. Из них сформулирован диагноз и составлен план проведения лабораторных и инструментальных исследований с болезнями: кровообращения – 152 человека, органов дыхания – 39 человек, заболеваниями системы пищеварения – 25 человек и т.д.</i></p> <p><i>Разработан план лечения для 2524 больных. Проведено 25 лечебных мероприятий, из них 25 плевральных пункций.</i></p> <p><i>Проведена экспертиза временной нетрудоспособности и работа в составе врачебной комиссии, осуществляющей ЭВН.</i></p> <p><i>Разработана программа формирования здорового образа жизни по борьбе с курением.</i></p> <p><i>Проведен анализ показателей заболеваемости и смертности в отделении.</i></p> <p><i>Ведение медицинской документации осуществляется в электронном виде.</i></p> <p><i>Проводилось оказание медицинской помощи в экстренной форме при остановке дыхания в 4 случаях.</i></p> <p><i>Участие в клинических и клинко-анатомических конференциях больницы.</i></p> <p><i>Выполнены мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации у 4 пациентов.</i></p>
<p>Повышение уровня знаний, умений, профессиональных навыков за отчетный период</p>	<p><i>ПК «Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней» - 144 часа.</i></p>
<p>Выполнение функции наставника (при наличии)</p>	<p><i>Выполняю функции наставника для 2 (двух) молодых специалистов</i></p>
<p>Квалификационная категория, ученая степень (при наличии)</p>	<p><i>Высшая квалификационная категория, ученой степени не имею</i></p>
<p>Предложения по совершенствованию своей профессиональной деятельности</p>	<p><i>Освоить навыки проведения парацентеза;</i></p> <p><i>Пройти обучение на цикле ПК по медицинской реабилитации соматических больных;</i></p> <p><i>Участвовать в научно-практических конференциях.</i></p>

».