

«Согласовано»
Председатель ПК
МБОУДО ЦДОД
И.Ю. Малютина
от 11.01.2021 протокол № 1

«Утверждаю»
Директор
МБОУДО ЦДОД
О.А. Порошина
Приказ от 14.01. 2021г. № 9

Положение об организации предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано с учетом Федерального закона "О безопасности дорожного движения" и Методических рекомендаций "Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения.

Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств" и определяет порядок проведения обязательных предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения "Центральная районная больница" Мартыновского района Ростовской области (МБУЗ "ЦРБ" Мартыновского района Ростовской области)

(наименование организации)

1.2. Предрейсовые медицинские осмотры водителей автотранспортных средств проводятся медицинским работником организации, а в случае отсутствия такой единицы в штате, медицинскими работниками учреждения здравоохранения на договорной основе.

1.3. Целью предрейсовых медицинских осмотров водителей является выявление лиц, которые по медицинским показаниям не могут быть допущены к управлению автомобилем как с позиции обеспечения безопасности дорожного движения, так и охраны здоровья водителя и пассажиров.

1.4. Предрейсовые медицинские осмотры проводятся только медицинским работником, имеющим соответствующий сертификат, а медицинское учреждение - лицензию.

2. Организация проведения предрейсовых медицинских осмотров

2.1. При предрейсовом медицинском осмотре проводится:

- сбор анамнеза;
- определение артериального давления и пульса;
- определение наличия алкоголя и других психотропных веществ в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах одним из официально признанных методов;
- при наличии показаний - любые другие разрешенные медицинские исследования, необходимые для решения вопроса о допуске к работе.

2.2. Для водителей, больных гипертонической болезнью, определяется индивидуальная норма артериального давления по результатам замеров не менее чем десяти предрейсовых медицинских осмотров.

2.3. При решении вопроса о возможности допуска водителя к управлению автомобилем медицинский работник, проводящий предрейсовый медицинский осмотр, учитывает принадлежность водителя к одной из групп риска, возраст, стаж работы в профессии, условия работы и характер производственных факторов.

2.4. Водители не допускаются к управлению автомобилем в следующих случаях:

- при выявлении признаков временной нетрудоспособности;
- при положительной пробе на алкоголь, на другие психотропные вещества и наркотики в выдыхаемом воздухе или биологических субстратах;
- при выявлении признаков воздействия наркотических веществ;
- при выявлении признаков воздействия лекарственных или иных веществ, отрицательно влияющих на работоспособность водителя.

2.5. При допуске к рейсу на путевых листах ставится штамп "прошел предрейсовый медицинский осмотр" и подпись медицинского работника, проводившего осмотр.

2.6. По результатам предрейсового медицинского осмотра ведется полицейской учет отстраненных от работы водителей, для чего используются бланки карт амбулаторного больного (форма 25). В карту заносятся результаты освидетельствования (анамнез, объективные данные осмотра, причина отстранения).

3. Руководители лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих проведение предрейсовых медицинских осмотров, обязаны:

3.1. Обеспечить методическое руководство и контроль за деятельностью медицинских работников, осуществляющих предрейсовые медицинские осмотры.

3.2. Утвердить по согласованию с руководством МБУЗ "ЦРБ" Мартыновского района Ростовской области режим работы медицинского работника.

3.3. Организовать повышение квалификации специалистов по вопросам организации проведения предрейсовых медицинских осмотров.

3.4. Обеспечить бланками учетно-отчетной документации.

3.5. Представлять в установленном порядке отчеты по результатам проводимых предрейсовых медицинских осмотров.

4. Для проведения предрейсовых медицинских осмотров и медицинских освидетельствований необходимо иметь помещение, состоящее не менее чем из двух комнат: комнаты для проведения осмотров и комнаты для отбора биологических сред. Помещение должно быть оснащено следующими медицинскими приборами, оборудованием и мебелью (минимальное):

кушетка медицинская;

письменный стол, стулья, настольная лампа, шкаф для одежды, вешалка для верхней одежды, напольный коврик, сейф;

прибор для определения артериального давления - 2 шт., термометр - 3 шт., стетофонендоскоп - 2 шт.;

прибор для определения паров спирта в выдыхаемом воздухе - 2 шт.;

алкометр, экспресс-тесты на алкоголь и наркотики. Постоянный запас в количестве: алкометры - 2 шт., экспресс-тесты на наркотики - 10 шт.;

стол для медицинского оборудования - 1 шт.;

шпатели медицинские - 10 шт.;

сумка с набором медикаментов для оказания неотложной медицинской помощи - 1 шт.;

оборудованная комната для отбора биологических сред.

5. Помещение должно быть оборудовано средствами связи.

Протокол контроля трезвости водителя автотранспортного средства

1. Фамилия, имя и отчество

где и кем работает

кем и когда (точное время) направлен на обследование

2. Особенности поведения обследуемого: возбужден, раздражен, агрессивен, эйфоричен, болтлив, замкнут, сонлив и т.п.

3. Жалобы

4. Кожный покров:

а) окраска

б) наличие повреждений, расчесов, следов от инъекций, "дорожек" по ходу поверхности вен

5. Состояние слизистых глаз и склер

6. Зрачки: расширены, сужены, как реагируют на свет

7. Частота дыхательных движений

пульс _____ артериальное давление _____

8. Особенности походки (шаткая, разбрасывание ног при ходьбе)
Точность движения (пальценосовая проба)

Дрожание пальцев рук,
век _____

9. Наличие запаха алкоголя или другого вещества изо рта

10. Данные лабораторного исследования:

а) на алкоголь:

- выдыхаемый воздух (алкометр)

- экспресс-тест мочи

- б) на наркотические средства:
- экспресс-тесты мочи

11. Заключение

Подпись медицинского
работника _____

Форма для направления водителя в медицинское учреждение на установление факта употребления алкоголя или наркотических веществ

1. Фамилия, имя и отчество лица, направляемого на освидетельствование

2. Место работы, должность

3. Причина направления на освидетельствование

4. Дата и время выдачи направления

5. Должность лица, выдавшего направление

Приложение: протокол контроля трезвости № _____

Подпись должностного лица, выдавшего направление

М.П.