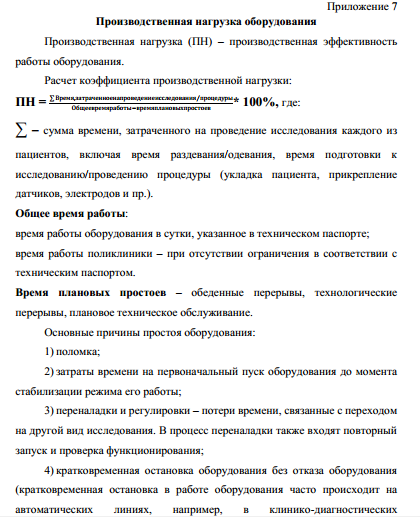
**Визуализация расположения оборудования и мебели. Указать наименование оборудования. По возможности указать движение пациента и сотрудника в кабинете.**

**ГБУЗ КО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» кабинет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |
| **Функционал, выполняемая деятельность на оборудовании**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **№** | **Действия** | **Время в мин, сек** | **Расстояние, м.** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | **Кол-во пациентов в день: от и до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кол-во пациентов в месяц: от и до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Кол-во часов работы оборудования в день фактически/ по паспорту: \_\_\_\_\_\_**  **Перерывы на обед (мин/сек)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Технологические перерывы (мин/сек)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Плановое тех. обслуживание(мин/сек)\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Шаг записи/фактического приема /мин/сек (время на 1 пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Кол-во поломок в год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время простоя в год\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  | |  |  |  |  | |
|  |

****