**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
|  |

****