Приложение № 2

к распоряжению Департамента здравоохранения Томской области

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. № \_\_\_\_

**ОБРАЗЕЦ**

**Информация о наличии (отсутствии) резервных источников электроснабжения в [Полное наименование медицинской организации] (по состоянию на «*» \_\_* 2025 г.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование резервного источника питания** | **Тип (стационарный, передвижной)** | **Мощность (кВт)** | **Объем запаса топлива (л)** | **Время автономной работы при полной нагрузке (часы)** | **Перечень оборудования/систем, обеспечиваемых резервным питанием** | **Дата последней**  **проверки работоспособности** | **Ответственное лицо (ФИО, должность)** | **Примечания (дополнительная информация)** |
| 1 | Дизель-генератор | Стационарный | 100 | 500 л | 25 часов | Операционная, реанимация, палата интенсивной терапии с системами жизнеобеспечения. | 15.10.2025 | Иванов Иван Иванович, инженер. |  |
| 2 | Бензогене-ратор | Передвижной | 5 | 20 л | 10 часов | Медицинское оборудование для поддержания системы жизнеобеспечения | 10.10.2025 | Петров Петр Петрович, фельдшер. |  |
| 3 | Батареи аккумулятор-ные | Передвижной | 150Вт | … | 4 часа | Холодильное оборудование и другие устройства для жизнеобеспечения. | 10.10.2025 | Петров Петр Петрович, фельдшер. | … |
| 4 | Нет | Нет | … | … | … | … | … | … | Мероприятия, предпринятые для приобретения резервных источников. |

**Пояснения к таблице:**

* **Наименование резервного источника питания:** Уникальное название, идентифицирующее конкретный источник питания.
* **Тип:** Указывает, является ли источник стационарным (зафиксированным на месте) или передвижным (мобильным).
* **Мощность (кВт):** Максимальная мощность, которую может выдавать источник питания в киловаттах (кВт).
* **Объем запаса топлива (л, кг):** Количество топлива, доступного для работы источника питания. Единицы измерения: литры (л) для жидкого топлива.
* **Время автономной работы при полной нагрузке (часы):** Время в течение, которого источник питания может работать при потреблении максимальной мощности. Рассчитайте и укажите время работы источника питания при полной нагрузке, исходя из запаса топлива и расхода.
* **Перечень оборудования/систем, обеспечиваемых резервным питанием:** Список критически важного оборудования и систем, которые получают электроэнергию от данного источника питания в случае отключения основного электроснабжения. Укажите, какие конкретно оборудование и системы в медицинской организации обеспечиваются электроэнергией от данного резервного источника питания (например, операционные, реанимационные отделения, холодильное оборудование для хранения лекарств, включая аппараты искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ)) и кювезы (инкубаторы для новорождённых).
* **Дата последней проверки работоспособности:** Дата проведения последней проверки, подтверждающей исправность и готовность источника питания к работе.
* **Ответственное лицо:** ФИО полностью, должность, ответственного за обслуживание и эксплуатацию данного источника питания.
* **Примечания:** Укажите любую дополнительную информацию, которая может быть важна (например, планируемые сроки замены оборудования, особые условия эксплуатации, ограничения по нагрузке и по подключению и т.д.). Ведутся ли мероприятия, предпринятые для приобретения резервных источников.