
	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 1 из 14


Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
Названия документа:	СОП «Управление несоответствующими услугами, корректирующие и предупреждающие действия»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
Согласовано:	Врач эксперт		
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » _____ 2024г
 Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » _____ 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

1. Содержание.

Содержание	2
Сокращения	3
Пользователи	3
Определения	3
Цель	4
Алгоритм стандартных действий и/или операций	4
Индикаторы эффективности выполнения	13
Документирование процедуры	13
Организационные аспекты разработки	13
Лист регистрации изменений и дополнений	15
Лист ознакомления	16
Лист учета периодических проверок	17

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

2. Сокращения

В настоящем стандарте операционной процедуры используются следующие сокращения:

- 1) МЗ РК - министерство здравоохранения Республики Казахстан;
- 2) СМК - система менеджмента качества;
- 3) СОП - стандартные операционные процедуры;

3. Пользователи

Настоящие Правила управления несоответствиями (далее - Правила) распространяются на весь персонал и все структурные подразделения и должностные лица Городской поликлиники.

4. Определения

В настоящих Правилах используются термины и определения:


- 1) Инцидент (неблагоприятное событие) - это событие, не являющееся частью нормального функционирования деятельности предприятия и при этом влияющее или способное оказать влияние на снижение качества оказываемых услуг или полное прекращение его предоставления.
- 2) Несоответствие - невыполнение требований системы менеджмента качества, регламентированных внутренней нормативной документацией
Корректирующее действие - действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации, в том числе и для предотвращения повторного возникновения нежелательного события. У несоответствия может быть несколько причин.
- 3) Коррекция - действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия. Коррекция может осуществляться в сочетании с корректирующим действием. Коррекция может включать, например, переделку.
- 4) Предупреждающее действие - действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации, то есть для предотвращения возникновения нежелательного события. У потенциального несоответствия может быть несколько причин.

5. Цель


Целью Правил управления несоответствиями является выявление несоответствий и управление ими во всех аспектах системы менеджмента качества.

6. Алгоритм стандартных действий и/или операций

6.2 Основные положения

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1


1. Администрация несет ответственность за создание условий для эффективной и бесперебойной работы Городской поликлиники.
2. Департамент менеджмента качества несет ответственность:
 - 1) координацию процесса сбора информации по потенциальным несоответствиям в деятельности ГП;
 - 2) за принятие решений в отношении выявленных несоответствий с высоким уровнем риска;
 - 3) своевременное реагирование на потенциальные несоответствия, выявленные в деятельности ГП;
 - 4) своевременное принятие управленческих решений по вопросам назначения предупреждающих действий.
3. Руководитель ГП несет ответственность за:
 - 1) утверждение, в рамках своей компетенции, корректирующих и предупреждающих действий по результатам анализа несоответствий;
 - 2) определение степени результативности назначенных действий по предупреждению несоответствий;
 - 3) координацию работы за проведением анализа информации по выявленным несоответствиям и потенциальным рискам;
 - 4) координацию работы по управлению предупреждающими действиями в ГП
4. СППВЭ несет ответственность за:
 - 1) за выявление и своевременное реагирование на несоответствия, выявленные в деятельности ГП;
 - 2) анализ информации по выявленным несоответствиям;
 - 3) внесение предложений по проведению корректирующих и предупреждающих действий.
5. Заведующие подразделениями несут ответственность за:
 - 1) выявление и своевременное реагирование в рамках своей компетенции на несоответствия, выявленные в деятельности ГП;
 - 2) корректировку выявленных несоответствий;
 - 3) систематизацию зарегистрированной информации по несоответствиям и результатам расследования несоответствий;
 - 4) участие в проведении анализа несоответствий и внесение приложений по корректирующим и предупреждающим действиям;
 - 5) реализацию комплекса мероприятий по недопущению несоответствий;
 - 6) контроль исполнения корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам анализа несоответствий.
6. Сотрудники ЛГП несут ответственность за:
 - 1) регистрацию и корректировку несоответствий, в рамках своих служебных полномочий;
 - 2) внесение предложений по проведению корректирующих и предупреждающих

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1


- действий;
- 3) обеспечение исполнения корректирующих и предупреждающих действий;
 - 4) реализацию комплекса мероприятий по недопущению несоответствий;
 - 5) систематизацию зарегистрированной информации по несоответствиям и результатам расследования несоответствий;
 - 6) участие в проведении анализа несоответствий.

6.3 Общие сведения

1. Городская поликлиника стремится к выявлению, документированию, исправлению и предупреждению случаев несоответствия во всех аспектах системы менеджмента качеством.
2. Ежегодно, в конце текущего года ответственный сотрудник СППВЭ обновляет перечень несоответствий на следующий календарный год (Приложение 1 настоящих Правил), который утверждает руководитель ГП.
3. Перечень несоответствий доводится до сведения персонала.
4. Несоответствия могут быть выявлены во время работы, во время аудитов, при обращении граждан, лицо выявившее несоответствие документирует его путем внесения информации в Журнал несоответствий (Приложение 2 настоящих Правил).
5. Управление несоответствиями в ГП состоит из следующих элементов:
 - 1) установление факта несоответствия/ выявление несоответствия;
 - 2) определение риска, ассоциированного с несоответствием;
 - 3) разработка и реализация корректировок;
 - 4) определение корневых причин несоответствий;
 - 5) разработка и применение корректирующих действий;
 - 6) оценка необходимости в корректирующих действиях;
 - 7) реализация необходимых корректирующих действий;
 - 8) анализ эффективности предпринятых корректирующих действий;
 - 9) разработка предупреждающих действий;
 - 10) контроль за мероприятиями по управлению несоответствиями, проведением корректирующих предупреждающих действий.
6. Установление факта несоответствия / выявление несоответствия:
 - 1) При выявлении несоответствия. лицо выявившее несоответствие документирует его путем внесения информации в Журнал несоответствий (Приложение 2 настоящих Правил).
 - 2) специалист после получения информации о выявленном несоответствии докладывает о случившемся и предпринятых мерах по корректировке несоответствия заведующему подразделением и после обсуждения с последним, вносит информацию о корректирующих мероприятиях, сроках проведения и ответственном лице за их проведение.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 3) При возникновении несоответствия, которое потенциально приводит к несоответствию специалист незамедлительно докладывает об этом заведующему подразделением.
 - 4) В случае, если имел место факт выдачи несоответствующих результатов (в том числе и по информации от клинициста/пациента) исполнитель информирует врача сектора /заведующего подразделением.
 - 5) Если несоответствие попадает в категорию «Инцидента», выявившее лицо, согласно Правилам управления инцидентами, не позднее 24 ч с момента возникновения инцидента передает отчет об инциденте в СППВЭ.
 - 6) Несоответствие, приведшее к возникновению претензии, нештатной ситуации, несчастному случаю, разбираются путем проведения горизонтального аудита, результаты которого фиксируются в виде протокола совещания по рассмотрению несоответствия (Приложение 3 настоящих Правил).
 - 7) Обо всех несоответствиях, попавших в категорию «Инцидент» и/или приведшим к остановке проведения исследования или отзыву результатов исследований заведующие отделением сообщают руководителю СППВЭ.
 - 8) Заведующие лабораториями вне зависимости от получения информации по возникшим несоответствиям проводят ежедневный контроль записей в журнале несоответствий.
 - 9) Руководитель лабораторией вне зависимости от получения информации по возникшим несоответствиям проводит еженедельный контроль записей в журнале несоответствий.
7. Определение риска, ассоциированного с несоответствием
- 1) Для определения степени риска, ассоциированного с выявленным несоответствием должностным лицам (в зависимости от сложности проблемы) необходимо выполнить следующие действия:
 - определение потенциального вреда, которое может быть нанесено жизни и здоровью пациента, и сотрудникам;
 - определение вероятности того, что произойдет событие, которое вызовет оцененный выше вред.
 - 2) В зависимости от степени потенциального вреда и вероятности его возникновения принимается решение о скорости реагирования на выявленное несоответствие и определение коррекций. В общем виде, чем выше степень вреда и чем выше вероятность его возникновения, тем быстрее должны быть осуществлены коррекции.
 - 3) Заведующий лабораторией имеет полномочия по принятию решений в экстренных случаях, когда есть прямая угроза жизни и здоровью пациенту или сотруднику.
8. Разработка и реализация коррекций (реагирование на несоответствия)
- 1) Коррекции должны быть по возможности осуществлены незамедлительно при обнаружении несоответствия.
 - 2) Коррекции, в том числе и при приостановке исследований, в обязательном порядке проводятся незамедлительно, если присутствуют высокие ассоциированные риски.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 3) Приостановка исследований проводится в случае невыполнения программы ВКК или параметров, характеризующих соответствие качеству выполняемых исследований СОПам.
- 4) Коррекционные мероприятия по возможности проводятся лицом, выявившим несоответствие в рамках своей компетенции, руководствуясь должностной инструкцией и привилегиями или доложить о необходимости проведения коррекции лицу, в компетенции которого находится проведение коррекции несоответствия.
- 5) Работники структурных подразделений в случае выявления несоответствия незамедлительно в рамках своей компетенции предпринимают все действия, необходимые для смягчения его последствий.
- 6) Данные о предпринятых коррекциях фиксируются в журнале несоответствий (Приложение 2 настоящих Правил).
9. Несоответствия и коррекции с ними связанные могут быть двух видов: рутинные и не рутинные:


1) Рутинные. Под рутинными понимают несоответствия и ассоциированные с ними коррекции, которые присущи специфике деятельности ГП и периодически возникают. В этом случае работы с данным видом несоответствий стандартизированы в СОПах и ведутся соответствующие рутинные записи.

2) Не рутинные. Под не рутинными несоответствиями понимаются те виды сбоев, которые не являются типичными, возникают впервые или очень редко. Работа с такими несоответствиями не стандартизирована.

В случае возникновения не рутинного несоответствия информация обо всех предпринятых действиях фиксируется в виде служебной записки на имя руководителя СПВВЭ. Анализ такой информации проводится руководителем подразделения, который должен выявлять новые виды рутинных несоответствий и обеспечить стандартизацию работ, связанных с их устранением в виде организации работ по разработке или пересмотру соответствующего СОПа. Результаты анализа рассматриваются на производственных собраниях и протоколируются.

10. Определение причин несоответствий

- 1) При обнаружении несоответствий должна быть определена корневая причина произошедшего несоответствия. Информация о проведенном анализе корневых причин должна занесена в Журнал регистрации несоответствий (Приложение 2 настоящего стандарта).
- 2) Если несоответствия выявляются, то основному вниманию подвергаются следующие аспекты работы:
 - сроки годности и условия хранения реагентов, калибраторов, контрольных материалов;
 - техническое обслуживание оборудования и средств измерений; состояние производственной среды.
- 3) Если несоответствия связаны с человеческим фактором, проводится анализ: наличия СОПа для данного вида работ;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- указание в СОПе на критически важные элементы выполнения работ, особенно те, которые, по экспертному мнению, сотрудников, могли служить причиной допущенной ошибки;
 - знание и понимания сотрудником СОПа;
 - доступность необходимых для правильного выполнения работы ресурсов.
- 4) В случае необходимости для определения причины не рутинного несоответствия применяется методика визуализации информации (диаграмма Исикавы).


6.4 Разработка корректирующих действий

Оценка необходимости в корректирующих действиях

- 1) По факту установления причины несоответствия определяется необходимость в корректирующих действиях.
- 2) Оценка необходимости принятия корректирующего действия должна производиться, исходя из следующих принципов:
 - повторяемости несоответствия;
 - степени влияния несоответствия на деятельность организации в целом и ОЛМ в частности;
 - определения значимости последствий;
 - определения необходимых ресурсов для осуществления намеченных действий;
 - сравнительного анализа затрат на устранение несоответствия по альтернативным вариантам;
 - рассмотрения корректирующего действия как средства для улучшения;
 - исключения повторения несоответствия;
 - предупреждения потерь;
 - наличия и доступности необходимых ресурсов;
 - определения ответственности и полномочий за разработку и внедрение корректирующих действий;
 - определения результативности предпринятых действий.
- 3) Подобный подход применяется на всех уровнях принятия решения о потребности в корректирующих действиях.
- 4) При необходимости, принятое решение документируется любым приемлемым способом (приказ, распоряжение, протокол и т.п.). Данные документы в последующем управляются в соответствии с требованиями Правил управления записями.

Реализация необходимых корректирующих действий


- 1) Корректирующие действия могут проводиться как по единичной информации о несоответствии, так и по результатам имеющихся повторений и устойчивой динамике проявлений, установленных при проведении анализа.
- 2) Система разработки и выполнения корректирующих мероприятий функционирует по принципу «Снизу-вверх».

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 3) При этом ответственность за выполнение мероприятий распределяется на весь персонал, который обязан предпринимать все необходимые действия в соответствии с уровнем своей компетенции.
- 4) Работник, в чью компетенцию входит принятие решения в каждом конкретном случае, на основании информации о выявленном несоответствии, его причинах и возможных действиях производит оценку и выбор коррелирующего действия с учетом критичности несоответствия, затрат на его устранение и имеющихся ресурсов.
- 5) При этом, чем значительнее несоответствие, тем выше управленческий уровень принятия решения.
- 6) Если реализация корректирующего действия требует значительных ресурсов или принятия важных управленческих решений, решение вопроса по оцениванию и выбору необходимого и адекватного корректирующего действия выносится руководителем подразделения на обсуждение вышестоящим руководителем в зависимости от сложности проблемы и объема необходимого финансирования, в виде служебной записки.
- 7) Корректирующие мероприятия по своему содержанию должны соответствовать значимости проблемы и степени воздействия выявленного несоответствия на деятельность организации в целом и подразделения в частности и разрабатываться с точки зрения экономической целесообразности.
- 8) Исключения составляют корректирующие мероприятия, связанные с инцидентами (несоответствиями) в области безопасности пациентов (персонала), которые должны исполняться в полном объеме вне зависимости от объемов финансирования.
- 9) Если реализация корректирующих мероприятий не возможна в текущем финансовом году, разработанные планы в обязательном порядке должны учитываться на следующий период планирования и формирования бюджета.

Анализ эффективности предпринятых корректирующих действий


- 1) Анализ предпринятых корректирующих действий проводится с целью оценки их результативности (эффективности). Анализ может проводиться как непосредственно лицом, предпринявшим корректирующее действие, так и вышестоящим руководителем.
- 2) Основным результатом деятельности является завершённое корректирующее действие (комплекс действий) и документированная информация о проведенных мероприятиях и их результативности.
- 3) Врачи секторов ежемесячно до 30 числа подают заведующему лаборатории информацию о характере и количестве выявленных несоответствий.
- 4) Заведующие лабораториями до 5 числа следующего за отчетным месяцем систематизируют представленную информацию, анализируют и предоставляют отчет по несоответствиям.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 5) Данная информация используется в качестве входных данных при проведении анализа СМК со стороны.

Разработка предупреждающих действий

- 1) Разработка и реализация предупреждающих действий является основным средством ликвидации предпосылок к возникновению несоответствий, появлению ошибок при проведении лабораторных исследований и возникновения риска нанесения вреда здоровью пациента.
- 2) При сложности предупреждающих действий (или их большом объеме) иногда требуется целый ряд мероприятий. В таком случае составляется план предупреждающих действий.
- 3) Предупреждающие действия предпринимаются на базе выявления потенциальных проблем и принятием мер до возникновения связанных с ними несоответствий.
- 4) Потенциальные несоответствия могут быть вызваны: уровнем квалификации и подготовки персонала; изменением требований к лабораторной деятельности; изменениями в ожидании заинтересованных сторон; изменениями в законодательстве Республики Казахстан; организационными и структурными изменениями и т.п.
- 5) Выявление потенциальных проблем осуществляется при:
 - ✓ планировании деятельности организации;
 - ✓ осуществлении лабораторных исследований и деятельности организации; оценке финансовых результатов деятельности ГП ;
 - ✓ проведении внутреннего аудита;
 - ✓ оценке готовности персонала к действиям в нештатных ситуациях;
 - ✓ анализе СМК со стороны руководства;
 - ✓ анализе предложений работников: других мероприятиях.
- 6) При обнаружении потенциальной проблемы в отношении деятельности работник доводит эту информацию до сведения руководителя и заведующих отделениями любым приемлемым способом.
- 7) При определении первопричин потенциальных несоответствий могут применяться метод «анализ корневых причин».
- 8) На основании анализа и оценки исходной информации сотрудники принимают решение о проведении предупреждающих действий в отношении функционирования подразделения в рамках своей компетенции.
- 9) Для каждого потенциального несоответствия проводится оценка риска его последствия в соответствии с требованиями.
- 10) Предупреждающие действия должны быть адекватны последствиям потенциальных проблем.
- 11) Потенциальные несоответствия, имеющие высокие уровни риска, устраняются в кратчайшие сроки. Если уровень риска признан низким, то предупреждающее действие может не проводиться.


	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 12) Чем выше уровень риска, тем выше уровень принятия управленческого решения (в соответствии с организационной структурой).
- 13) Решение о проведении (или отказе от проведения) предупреждающих действий, требующих финансовых затрат, принимает НС.
- 14) Исключения составляют предупреждающие действия, направленные на обеспечение безопасности пациентов (персонала), предотвращения аварийных ситуаций. Такие действия выполняются в полном объеме.
- 15) В случае если предупреждающие действия разрабатываются заведующий отделением, он определяет необходимые мероприятия и сроки их реализации, а также временной интервал, допустимый для сдерживания риска. Данная информация доводится до сведения руководителя подразделения в любой приемлемой форме
- 16) Анализ предпринятых предупреждающих действий проводится с целью оценки их результативности (эффективности). Анализ может проводиться как непосредственно лицом, предпринявшим корректирующее действие, так и вышестоящим руководителем
- 17) Если предупреждающие действия признаны нерезультативными (при возникновении несоответствия), то разрабатываются корректирующие мероприятия в соответствии с требованиями Правил проведения корректирующих действий.
- 18) Критерием результативности предупреждающих действий является отсутствие перехода несоответствий из категории потенциальных в категорию фактических.
- 19) Качественными показателями процесса организации и проведения предупреждающих действий являются:
 - ✓ готовность к работе в меняющихся условиях;
 - ✓ обеспечение безопасности пациентов и персонала;
 - ✓ отсутствие несчастных случаев;
 - ✓ отсутствие аварий;
 - ✓ отсутствие незапланированных финансовых потерь;
 - ✓ производственная устойчивость.

Вся информация по предупреждающим действиям используется в качестве входных данных при проведении анализа СМК со стороны руководства.

Контроль

- 1) Контроль за управлением несоответствиями, реализацию предпринятых корректирующих и предупреждающих действий и документирование всех процессов, связанных с данными мероприятиями ежедневно проводят заведующие подразделениями, с предоставлением ежемесячных отчетов о несоответствиях руководителю подразделения и сектору контроля качества.
- 2) При контроле проверяют достоверность зарегистрированного факта несоответствия, разработку и реализацию корректировок, определение корневых

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

причин несоответствия, разработку и выполнение корректирующих и предупреждающих действий.

- 3) Особое внимание данным мероприятиям уделяется во время проведения внутренних аудитов. Нарушения фиксируются в актах внутренних аудитов.

6.5 Документирование процедуры.

В настоящей процедуре использованы ссылки на следующие формы записей:

Таблица 1. Формы записей настоящего стандарта:

п/н	Наименование документа	Код	Ответственный
1	Перечень несоответствий		
2	Журнал регистрации несоответствий		
3	Протокол совещания по рассмотрению несоответствия		
4	Отчет об инциденте		

6.6 Индикатор эффективности выполнения СОП:

Название индикатора «Полнота исполнения СОП».

Расчет индикатора:

Полнота исполнения СОП = число выполненных требований * 100/общее число требований.

Целевое значение стремится к 100.

1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

2. Нормативные ссылки:

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № ҚР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90;



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

1

Страница:

13 из 14

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения



ГКП на ПХВ
"Ленгерская городская поликлиника"
УЗ Туркестанской области

Тип документа:
СОП

Система менеджмента качества

Версия:

Страница:

1

10 из 10

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Шокибаев Г	Мед. с	04.01.2024	Шокибаев Г
2	Абдиева З.С	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева З.С
3	Тотайбева А	мед. сестра	04.01.2024	Тотайбева А
4	Халипханкулов В	медсестра	04.01.2024	Халипханкулов В
5	Ирматов А	анушер	04.01.2024	Ирматов А
6	Абдувапикова О.К	врач	04.01.2024	Абдувапикова О.К
7	Вашурова А.В	уч. мед	04.01.2024	Вашурова А.В
8	Жаракеева Р.Т	ст. мед.	04.01.2024	Жаракеева Р.Т
9	Султамбетов С.А	Техник	04.01.2024	Султамбетов С.А
10	Абдиева Г. Э	стоматолог	04.01.2024	Абдиева Г. Э
11	Абдурашидова М	стол. мед	04.01.24	Абдурашидова М
12	Одинаева А.О	стоматолог	04.01.24	Одинаева А.О
13	Торшбаева С.И	стом. зуб врач	04.01.24	Торшбаева С.И
14	Жанпарова М	стол. мед	04.01.24	Жанпарова М
15	Арипов Ш.С	врач. мед	04.01.24	Арипов Ш.С
16	Самиева А.А	стом. ст. мед	04.01.2024	Самиева А.А
17	Сагдиев Ш.И	стоматолог	04.01.2024	Сагдиев Ш.И
18	Шокибаев М.К	КЗР мед	04.01.2024	Шокибаев М.К
19	Курбанов А.И	Мед. сестра	04.01.2024	Курбанов А.И
20	Ибрагимов Ш.И	Мед. сестра	04.01.2024	Ибрагимов Ш.И
21	Курбанов Б.Т	Терапевт	04.01.2024	Курбанов Б.Т
22	Ибраимова Р.В	Мед. сестра	04.01.2024	Ибраимова Р.В
23	Абдиева М.И	мед. сестра	04.01.2024	Абдиева М.И
24	Жапарова Ф	Мед. сестра	04.01.2024	Жапарова Ф
25	Ибрагимов И	Мед. сестра	04.01.2024	Ибрагимов И
26	Ибраимова С	мед. сестра	04.01.2024	Ибраимова С

