

Приложение 1
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

**Сертификат специалиста
без присвоения квалификационной категории
для допуска к клинической практике**

_____ (фамилия, имя, отчество)
действительно получил(-а) настоящий сертификат специалиста по
специальности _____.

_____ (специальность по номенклатуре)
Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его
выдаче от « ____ » _____ 20 ____ года № ____
Сертификат действителен до « ____ » _____ 20 ____ года

Регистрационный № _____

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ года



Приложение 2
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

**Сертификат специалиста
с присвоением соответствующей квалификационной категории**

_____ (фамилия, имя, отчество)
действительно получил(-а) настоящий сертификат специалиста с присвоением
_____ квалификационной категории по специальности

_____,
(специальность по номенклатуре)

Приказ руководителя государственного органа, вынесшего решение о его
выдаче от « ____ » _____ 20 ____ года № _____

Сертификат действителен на срок _____
(указать 5 лет или постоянно)

Регистрационный № _____

Дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ года



Приложение 3
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Руководителю _____
(наименование государственного органа)

от _____
(фамилия, имя, отчество, ИИН)

Место проживания

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить к обязательному квалификационному экзамену без
присвоения квалификационной категории для допуска к клинической практике
по специальности

(подпись претендента)

(дата заполнения)

* заявление претендента заполняется собственноручно

Приложение 4
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения
форма

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

Заявление на выдачу сертификата специалиста без присвоения
квалификационной категории, для допуска к клинической практике,
со сроком действия

Медицинское образование

1. Образование
2. Номер диплома
3. Серия диплома
4. Полное наименование организации образования
5. Год поступления
6. Год окончания
7. Специальность по диплому
8. Квалификация по диплому
9. Нострификация диплома (при необходимости)

Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры,
резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим
медицинским образованием)

10. Специальность интернатуры
11. Год поступления
12. Год окончания
13. Специальность клинической ординатуры
14. Год поступления
15. Год окончания
16. Специальность резидентуры
17. Год поступления
18. Год окончания

Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой
специальности

19. Номер удостоверения по переподготовке
20. Специальность переподготовки
21. Название обучающей организации
22. Объем обучения в часах
23. Начало обучения
24. Окончание обучения



Сведения о настоящем месте работы

25. Стаж работы по заявляемой специальности

26. Общий медицинский стаж

27. Место работы в настоящее время

28. Занимаемая должность

Трудовая деятельность по заявляемой специальности

Дата приема	Дата увольнения	Место работы	Занимаемая должность	№ приказа	Дата издания приказа

Сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности

29. Номер свидетельства о повышении квалификации

30. Наименование цикла

31. Название обучающей организации

32. Начало обучения

33. Окончание обучения

34. Объем обучения в часах

Handwritten signature

Приложение 5
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Результат тестирования

Фамилия, имя, отчество претендента: _____

Дата рождения: _____

Пол: _____

Образование: _____

Специальность: _____

Имеющаяся квалификационная категория: _____

Заявляемая категория: _____

Наименование государственного органа проводившего процедуру
тестирования: _____

Тестовый блок	Количество вопросов в блоке	Количество правильных ответов	Результат в процентах
Вопросы по специальности			

Результат: _____

Администратор тестирования: _____
(фамилия, имя, отчество, подпись)

М.П.

Претендент: _____
(фамилия, имя, отчество, подпись)

Дата тестирования: _____

Handwritten signature

Приложение 6
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Руководителю _____

(наименование территориального
департамента государственного
органа)

от _____

(фамилия, имя, отчество претендента)

Адрес проживания, контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить к квалификационному экзамену с присвоением
_____ квалификационной категории по специальности

(наименование специальности)

(подпись претендента)

(дата заполнения)

* заявление претендента заполняется собственноручно



Приложение 7
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

ФОРМА СВЕДЕНИЙ

Заявление на выдачу сертификата специалиста с присвоением соответствующей квалификационной категории, со сроком действия

Заключение о соответствии объема используемых претендентом в повседневной практике методов диагностики и лечения заявляемой категории для специалистов с медицинским образованием, за исключением специалистов санитарно-эпидемиологического профиля и по специальности «общественное здравоохранение/социальная гигиена и организация здравоохранения»

1. Соответствует заявляемой специальности: да ____, нет ____
2. Орган выдавший заключение
3. ФИО выдавшего заключение
4. Должность выдавшего заключение
5. Дата получения заключения

Образование

6. Образование
7. Номер диплома
8. Серия диплома
9. Полное наименование организации образования
10. Год поступления
11. Год окончания
12. Специальность по диплому
13. Квалификация по диплому
14. Нострификация диплома (при необходимости)

Сведения о специальности интернатуры, клинической ординатуры, резидентуры по заявляемой специальности (для специалистов с высшим медицинским образованием)

15. Специальность интернатуры
16. Год поступления
17. Год окончания
18. Специальность клинической ординатуры
19. Год поступления
20. Год окончания
21. Специальность резидентуры
22. Год поступления
23. Год окончания



Сведения об удостоверении по переподготовке по заявляемой специальности

24. Номер удостоверения по переподготовке
25. Специальность переподготовки
26. Название обучающей организации
27. Объем обучения в часах
28. Начало обучения
29. Окончание обучения

Сведения действующего сертификата специалиста с присвоением категории по заявляемой специальности

30. Дата выдачи
31. Номер НИКАД/регистрационный номер
32. Орган выдавший
33. Срок действия сертификата
34. Специальность
35. Квалификационная категория

Сведения действующего сертификата без присвоения категории по заявляемой специальности

36. Дата выдачи
37. Номер НИКАД/регистрационный номер
38. Орган выдавший
39. Срок действия сертификата
40. Специальность

Сведения о настоящем месте работы

41. Стаж работы по заявляемой специальности
42. Общий медицинский стаж
43. Место работы в настоящее время
44. Занимаемая должность

Трудовая деятельность по заявляемой специальности

Дата приема	Дата увольнения	Место работы	Занимаемая должность	№ приказа	Дата издания приказа

Информация об участии претендента в мероприятиях, способствующих непрерывному профессиональному развитию по заявляемой специальности

Handwritten signature and date: 11.04.2024

45. Общее количество зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет (основных и дополнительных зачетных единиц)

46. Количество основных зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет по заявляемой специальности:

1) сведения о свидетельстве повышения квалификации по заявляемой специальности

2) номер свидетельства о повышении квалификации

3) наименование цикла

4) название обучающей организации

5) начало обучения

6) окончание обучения

7) объем обучения в часах

47. Количество дополнительных зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет по специальности:

сведения о документе, свидетельствующего о прохождении мероприятий по заявляемой специальности в соответствии системой пересчета зачетных единиц при присвоении категории для специалистов с высшим и со средним медицинским образованием, утверждаемом Министерством (перечислить все мероприятия, наименование темы обучения, название обучающей организации, начало обучения, окончание обучения, объем обучения в часах или зачетных единицах)

Отчет претендента за последние 2 года по заявляемой специальности, согласно данным первичной учетной документации с указанием статистических показателей (показатели по усмотрению претендента, наиболее значимые для данной специальности, с кратким аналитическим обзором показателей. Текстовой отчет объемом не более 1 файла)

Статистические показатели

Показатели (объема, индикаторов качества и эффективности)	20__ год	20__ год

Сведения о дисциплинарных, административных взысканиях, поощрениях (за последние 5 лет)

48. Дисциплинарные взыскания

1) Замечание

2) Выговор

3) Строгий выговор

4) Расторжение трудового договора

49. Административные взыскания, предусмотренные Кодексом об административных правонарушениях Республики Казахстан:

Статья 85

Статья 85-1

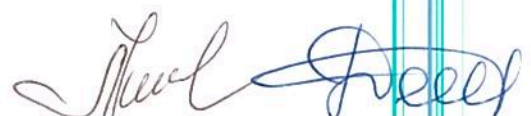
Статья 85-2

Статья 85-3

Статья 322

Статья 357-2

50. Поощрения



Приложение 8
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Оценочный лист претендента

Регистрационный номер _____
Ф.И.О. _____
Место работы _____
Занимаемая должность _____
Заявляемая квалификационная категория _____
по специальности _____
Дата прохождения оценки _____

Этапы Оценки	Решение комиссии (сдано/не сдано)	Примечание
Оценка практических навыков:		
1 станция		
2 станция		
3 станция		
4 станция		
Итоговое решение		

Председатель комиссии:

Секретарь комиссии:

Члены комиссии:

с оценкой ознакомлен (-а) _____
(подпись претендента и дата)

Мед *Девел*

Приложение 9
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Протокол заседания специализированной комиссии № ____
от «__» _____ 20__ года

Специализированная комиссия _____

(наименование органа или организации)

1. Фамилия, имя, отчество претендента _____

2. Специальность _____

3. Заключение о соответствии объема используемых в повседневной практике методов диагностики и лечения _____

4. Результаты тестирования _____

5. Результаты собеседования _____

6. Рекомендовано:
присвоить _____ квалификационную категорию
по специальности _____
(специальность по номенклатуре)

отказать в присвоении _____ квалификационной категории
по специальности _____
(специальность по номенклатуре)

присвоить квалификационную категорию ниже заявленной _____
по специальности _____
(специальность по номенклатуре)

7. Результаты голосования членов специализированной комиссии по принятию решения: «за» _____, «против» _____.

8. Замечания, рекомендации специализированной комиссии _____

Председатель комиссии _____

Секретарь комиссии _____

Члены комиссии: _____

с протоколом ознакомлен(-а) _____
(подпись претендента и дата)



Приложение 10
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

Система пересчета зачетных единиц при присвоении квалификационных
категорий для специалистов с высшим и средним медицинским образованием

№	Мероприятия	Количество зачетных единиц (ЗЕ) для специалис- тов с высшим медицинс- ким образован- ием	Количество зачетных единиц (ЗЕ) для специалисто- в со средним медицински- м образование- м
Основные зачетные единицы			
1	Повышение квалификации* по профилю заявляемой специальности: 1 неделя обучения - 54 часа (36 аудиторных часов +18 часов СРС) * - учитываются часы повышения квалификации по профилю заявляемой специальности, пройденные в научных организациях и организациях образования в области здравоохранения, в том числе и зарубежных организациях	54	54
Дополнительные зачетные единицы			
2	Подтвержденное сертификатом участие в работе съезда, конгресса, конференции, уровня (тема, место проведения, организатор проведения, дата): - областного, городов республиканского значения (участие / участие с докладом) - Республиканского (участие / участие с докладом) - международного (участие / участие с докладом)	3 / 6 5 / 10 7 / 14	3 / 6 5 / 10 7 / 14
3	Участие в обучающих семинарах, лекциях, проводимых медицинскими организациями образования и науки; вебинарах, проводимых специализированными сайтами организаций медицинского образования и науки, медицинских журналов, информационных порталов в области здравоохранения, в том числе, с применением дистанционных образовательных технологий (ТВ -; сетевых технологий, включая телемедицинские технологии) по профилю заявляемой	1 час = 1	1 час = 1

Мин. Здравоохранения

	специальности, (тема, продолжительность в час, место проведения, организатор проведения, дата):		
4	Публикация монографии по профилю заявляемой специальности, (тема, авторы, издательство, дата): Моноавторство / первый автор Соавторство	20 10	-
5	Публикация научной статьи по профилю заявляемой специальности, в изданиях по перечню ВАК (высшей аттестационной комиссии) (тема, авторы, наименование и № издания, дата): Моноавторство / первый автор Соавторство	7 5	-
6	Публикация научной статьи по профилю заявляемой специальности, в зарубежных изданиях (тема, авторы, наименование и № издания, дата): 1. Моноавторство / первый автор 2. Соавторство 3. В международных рецензируемых журналах, индексируемых в авторитетных международных базах данных (peer-reviewed): Моноавторство / первый автор Соавторство	10 8 20 15	-
7	Публикация научной статьи по профилю заявляемой специальности, в других специализированных (медицинских) изданиях, в том числе на специализированных сайтах организаций медицинского образования и науки, медицинских журналов, информационных порталов в области здравоохранения (тема, авторы, наименование, дата, № издания или ссылка на сайт) Моноавторство / первый автор Соавторство	5 3	10 8
8	Публикация тезисов доклада по профилю заявляемой специальности, в сборниках научно-практических конференций *(тема, авторы, наименование и № издания, дата): - Республиканского уровня - международного уровня * - учитывается для автора и первых 3-х соавторов	1 тезис = 3 1 тезис = 5	1 тезис = 3 1 тезис = 5
9	Публикация методических рекомендаций по профилю заявляемой специальности, для практического здравоохранения на основе принципов доказательной медицины (тема, авторы, издательство, дата): Моноавторство / первый автор Соавторство	7 5	7 5
10	Получение патента по профилю заявляемой специальности на изобретение (№ и дата выдачи свидетельства)	20	20
11	Получение свидетельства об интеллектуальной	15	15

	собственности по профилю заявляемой специальности, (№ и дата выдачи свидетельства)		
12	Стажировка за рубежом по профилю заявляемой специальности, (обучение на рабочем месте), подтвержденная выдачей документа о количестве рабочих часов (тема, продолжительность, место прохождения, дата):	1 день = 5	1 день = 5
13	Участие в мастер-классе, тренинге по заявляемой по специальности, в том числе с использованием дистанционных технологий (тема, продолжительность, место проведения, организатор проведения, дата): - в РК - 1 день - 6 часов*; - за рубежом - 1 день - 6 часов*	6 8	6 8
14	Работа со средствами массовой информации по профилю заявляемой специальности (тема, наименование телеканала и программа, дата): - участие в теле- и радио- передачах, посвященных вопросам здравоохранения	4	4
15	Внедрение в практическую деятельность новой методики диагностики (лечения, профилактики) заболевания по профилю заявляемой специальности, подтвержденное документально (акт внедрения с участием местного органа государственного управления здравоохранения)	10	-
16	Активное участие в проведении мероприятий республиканской/региональной профессиональной ассоциации по профилю заявляемой специальности, подтвержденной рекомендацией данной ассоциации	5	5
17	Номинация в профессиональных конкурсах на звание лучшего по специальности: Республиканского уровня: 1 место / 2 место / 3 место Областного, городов республиканского уровня: 1 место / 2 место / 3 место Городского уровня 1 место / 2 место / 3 место Районного уровня 1 место / 2 место / 3 место	30 / 25 / 20 20 / 15 / 10 15 / 12 / 8 12 / 8 / 6	30 / 25 / 20 20 / 15 / 10 15 / 12 / 8 12 / 8 / 6

~ Мил ~ Алев

Приложение 11
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

**Заключение о соответствии объема используемых в повседневной
практике методов диагностики и лечения заявляемой категории**

Фамилия, имя, отчество претендента

№	Критерии	Данные претендента
1	Заявляемая квалификационная категория по специальности	
2	Место работы	
3	Занимаемая должность	
4	Стаж по заявляемой специальности	
5	Образование	
6	Сертификат специалиста	Регистрационный номер № _____ Приказ № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г. Выдан _____ _____ по специальности _____ _____ без категории, с категорией _____
7	Повышение квалификации по заявляемой специальности, пройденном научных организациях и организациях образования в области здравоохранения, а также за рубежом (основные ЗЕ за последние 5 лет) в общем объеме	_____ час/ЗЕ.
8	Информация о накопленных дополнительных ЗЕ в общем объеме	_____ ЗЕ
9	Отчет претендента за последние 2 года по заявляемой специальности, согласно данным первичной учетной документации с указанием	

Михаил Федор

	статистических показателей (показатели по усмотрению претендента, наиболее значимые для данной специальности)	
--	--	--

Заключение:

_____ заявляемой _____ категории;
(соответствует, не соответствует) (высшая, первая или вторая)

Дата выдачи заключения «_____» _____ 20____ года

Должность и место работы специалиста

Ф.И.О. специалиста

(подпись)

Handwritten signature

Приложение 12
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения

форма

Руководителю _____

(наименование территориального
департамента государственного
органа)

от _____

(ИИН, фамилия, имя, отчество
специалиста)

Адрес проживания, контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать бессрочный сертификат специалиста с присвоением
(первой, высшей) квалификационной категории по специальности

_____ (наименование специальности)

- 1) Сертификат № _____, от «__» _____ . _____ Г. по
специальности _____
- 2) Сертификат № _____, от «__» _____ . _____ Г. по
специальности _____
- 3) Сертификат № _____, от «__» _____ . _____ Г. по
специальности _____

_____ (подпись специалиста)

_____ (дата заполнения)



ФОРМА СВЕДЕНИЙ

Сведения о трех ранее полученных сертификатах специалиста с присвоением категории

Сертификат №1

1. Дата выдачи
2. Номер НИКАД/регистрационный номер
3. Орган выдавший
4. Срок действия сертификата
5. Специальность
6. Квалификационная категория

Сертификат №2

7. Дата выдачи
8. Номер НИКАД/регистрационный номер
9. Орган выдавший
10. Срок действия сертификата
11. Специальность
12. Квалификационная категория

Сертификат №3


13. Дата выдачи
14. Номер НИКАД/регистрационный номер
15. Орган выдавший
16. Срок действия сертификата
17. Специальность
18. Квалификационная категория

Информация об участии претендента в мероприятиях, способствующих непрерывному профессиональному развитию

19. Общее количество зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет (основных и дополнительных зачетных единиц)

20. Количество основных зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет:

- 1) сведения о свидетельстве повышения квалификации
- 2) номер свидетельства о повышении квалификации по заявляемой специальности
- 3) наименование цикла
- 4) название обучающей организации



- 5) начало обучения
- 6) окончание обучения
- 7) объем обучения в часах

21. Количество дополнительных зачетных единиц, накопленных за последние 5 лет:

сведения о документе, свидетельствующего о прохождении мероприятий по заявляемой специальности в соответствии системой пересчета зачетных единиц при присвоении категории для специалистов с высшим и со средним медицинским образованием, утверждаемом Министерством (перечислить все мероприятия, наименование темы обучения, название обучающей организации, начало обучения, окончание обучения, объем обучения в часах или зачетных единицах)



Приложение 14
к Правилам проведения
квалификационных экзаменов
в области здравоохранения
форма

Протокол заседания апелляционной комиссии

«_____» дата _____ месяц _____ год
№ _____

1. Ф.И.О. претендента подавшего апелляционное заявление _____
 2. Должность _____
 3. Специальность: _____
 4. Квалификационная категория _____
 5. Заявляемая категория _____
 6. Дата прохождения квалификационного экзамена _____
 7. Результат тестирования _____
 8. Результат собеседования или оценки _____
 9. Принятие решения по результатам голосования членов апелляционной комиссии «да» _____ голосов, «нет» _____ голосов.
 10. Решение апелляционной комиссии _____
- _____

Подписи:

Председатель комиссии: _____

Заместитель председателя: _____

Секретарь комиссии _____

Члены комиссии: _____

