ТОО «ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКАЯ РАДИОЛОГИЧЕСКАЯ ИСПЫТАТЕЛЬНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ»

090000, Республика Казахстан, Западно-Казахстанская область, город Уральск, улица Циолковского, дом 37/3, офис 82

« УТВЕРЖДАЮ»

Директор ТОО «Западно-Казахстанская радиологическая испытательная лаборатория»

_____ Махмудова К. А.

« 24 » февраля 2025 г.

ПРОТОКОЛ № 003/2025-СИЗ
контроля средств индивидуальной защиты

Дата измерений: 19.02.2025 г.

1. Учреждение

Наименование организации: **ГКП на ПХВ "Городская поликлиника №5" управления здравоохранения города Шымкент**

Адрес: г. Шымкент, Енбекшинский район ул. Сайрамская, №192Б

Ответственное лицо за радиационную безопасность: Ким Ж.Н.

2. Организация, проводившая контроль

Название: **ТОО «Западно-Казахстанская радиологическая испытательная лаборатория»**

Номер государственной лицензии: **№ 20019665**

3. Используемые приборы

Наименование	Заводской сер. номер	Свидетельство о поверке	Срок действия
Универсальный дозиметр Piranha	СВ2-20010865	№ ВА.17-04-48263	до 01.12.2025 г.

4. Результаты измерений

№	Наименование	Год выпуска	Заводской номер	Кратность ослабления	Свинцовый эквивалент	Потертости/ заломы	Допустимое минимальное значение свинцового эквивалента, мм Pb
Фартук рентгенозащитный односторонний							
1	Kiran	2013	1200008132	22,47	0,39	нет/нет	0,35
2	Kelida	-	-	21,46	0,38	нет/нет	0,35
Воротник рентгенозащитный							
3	-	-	-	21,46	0,38	нет/нет	0,35
Фартук рентгенозащитный двухсторонний							

4	-	-	-	23,53/12,87	0,41/0,27	нет/нет	0,35/0,25
5	-	-	-	21,36/11,32	0,38/0,26	нет/нет	0,35/0,25
Пластина рентгенозащитная							
6	-	-	-	-	-	да/да	0,5
Перчатки рентгенозащитные Kelida							
7	Правая	-	010090347	19,45	0,36	нет/нет	0,35
8	Левая	-	010090347	20,22	0,37	нет/нет	0,35

Выводы:

Средства индивидуальной радиационной защиты соответствуют допустимым значениям. Наличие заломов и микротрещин не обнаружено.

Не соответсвуют допустимым значениям следующие средства индивидуальной радиационной защиты: ***Обнаружено наличие повреждений, заломов и микротрещин***

Пластина рентгенозащитная							
6	-	-	-	-	-	да/да	0,5

Подпись представителя медицинского учреждения	*Подпись представителя организации, проводившего контроль*