

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Навчально-науковий інститут архітектури, будівництва та землеустрою
Кафедра будівництва та цивільної інженерії

Пояснювальна записка

до кваліфікаційної роботи
магістра

«Реконструкція будівлі дитячого медичного закладу у м. Полтава»

Виконав студент групи 601-БП

Ткаченко Ігор Сергійович

№ 11394021

Керівник: к.т.н., доц. Зигун А.Ю.

Завідуючий кафедрою:

д.т.н., проф. Семко О. В.

Полтава-2025 року

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	6
1.1. ВИМОГИ ДО ПЛАНУВАЛЬНОЇ ОРГАЦІЗАЦІЇ ДІЛЯНКИ.....	8
1.2. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО БУДІВЕЛЬ.	14
1.2.1. ТИПИ ТА СТРУКТУРА МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ. СТРУКТУРА	
ВІДДІЛЕНЬ	14
1.2.2. РОЗМІЩЕННЯ ПІДРОЗДІЛІВ НА ПОВЕРХАХ. ВИСОТА ПОВЕРХІВ.....	17
1.2.3. ВИМОГИ ДО РОЗМІЩЕННЯ ТА ГАБАРИТІВ ПРИМІЩЕНЬ.....	19
1.2.4. ВИХІДНІ (ВЕСТИБЮЛЬНІ) ГРУПИ ПРИМІЩЕНЬ.....	22
1.2.5. ВИХІДНІ (ВЕСТИБЮЛЬНІ) ГРУПИ ПРИМІЩЕНЬ.....	23
1.2.6. ВНУТРІШНЄ ОЗДОБЛЕННЯ ПРИМІЩЕНЬ.....	24
РОЗДІЛ 2. АРХІТЕКТУРНО-БУДІВЕЛЬНІ РІШЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я	27
2.1. АМБУЛАТОРНІ ВІДДІЛЕННЯ ТА КАБІНЕТИ	28
2.2. ДЕННІ СТАЦІОНАРИ	32
2.3. ДІАГНОСТИЧНІ ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ).....	33
2.3.1. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ	
ДІАГНОСТИКИ	33
2.3.2. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) МЕДИЧНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ.....	33
2.3.3. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ.....	34
2.3.4. ВІДДІЛЕННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ.....	38
2.3.5. ЛІКУВАЛЬНО-ТРУДОВІ МАЙСТЕРНІ, КАБІНЕТИ ТЕРАПІЇ.	38
РОЗДІЛ 3. ПРОЕКТНІ РІШЕННЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ БУДІВЛІ ДИТЯЧОГО	
МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ У М.ПОЛТАВА	40
3.1. ВИХІДНІ ДАНІ І КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТА.....	41

					601-БП. 11394021.ПЗ			
Змн.	Арк.	№ докум.	Підпис	Дата				
Розроб.	Ткаченко				Реконструкція будівлі дитячого медичного закладу у м.Полтава	Стадія	Арк.	Аркців
Перевір.	Зигун						2	105
Н. Контр.	Семко					НУПП ім. Юрія Кондратюка Кафедра БтаЦІ		
Затверд.	Семко							

3.1.1. КОРОТКА КЛІМАТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ГЕОЛОГІЧНІ УМОВИ БУДІВНИЦТВА	41
3.1.2. КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТА , ЙОГО СКЛАД, ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ, ВІДОМОСТІ ПРО ПОТРЕБИ В ПАЛИВІ, ЕЛЕКТРИЧНІЙ ЕНЕРГІЇ, ВОДІ	41
3.1.3. ОСНОВНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЖЕЖ.....	44
3.1.4. ОЦІНКА ВПЛИВІВ НА ДОВКІЛЛЯ, ОЦІНКА ВПЛИВІВ НА НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ.....	45
3.1.5. ІНЖЕНЕРНИЙ ЗАХИСТ ТЕРИТОРІЇ ТА СПОРУД	46
3.1.6. ДОСТУПНІСТЬ ОБ'ЄКТА ДО МАЛОМОБІЛЬНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	46
3.1.7. ЗАХОДИ, ЩО ДО ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ	47
3.1.8. РОЗДІЛ НАДІЙНІСТЬ І БЕЗПЕКА.....	48
3.1.9. ЕНЕРГОЕФЕКТИВНІСТЬ	52
3.1.10. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА ТЕХНІКА БЕЗПЕКИ	53
3.2. ГЕНЕРАЛЬНИЙ ПЛАН	64
3.3. АРХІТЕКТУРНО-БУДІВЕЛЬНА ЧАСТИНА	66
3.4. ТЕХНОЛОГІЧНІ РІШЕННЯ.....	69
3.5. ОПАЛЕННЯ, ВЕНТИЛЯЦІЯ, КОНДИЦІОНУВАННЯ.....	80
3.6. ВОДОПОСТАЧАННЯ І КАНАЛІЗАЦІЯ	83
3.7. ЕЛЕКТРОТЕХНІЧНІ РІШЕННЯ ТА ЕЛЕКТРООСВІТЛЕННЯ	85
3.8. БЛИЗКАВКОЗАХИСТ.....	88
3.9. ЗАХОДИ, ЩО ДО ОРГАНІЗАЦІЇ БУДІВНИЦТВА.....	89
3.10. РОЗРАХУНОК КЛАСУ НАСЛІДКІВ.....	102
ЛІТЕРАТУРА	103
ДОДАТКИ	105

ВСТУП

У сфері організації охорони здоров'я відбуваються значні зміни, пов'язані з розвитком медичних технологій, системи страхової медицини, запровадженням стандартів та положень про надання медичної допомоги та санаторно-курортного лікування, тобто модернізацією охорони здоров'я в усіх напрямках. Модернізація потребує відновлення та реконструкції матеріальної бази охорони здоров'я.

Гуманізація сучасної лікарні, в якій центральне місце займає пацієнт, навколо потреб та безпеки якого має бути організований складний та ефективний механізм лікувального закладу. Вона передбачає відкритість лікарень для відвідувачів, можливість спільного перебування з дітьми та пацієнтами, які потребують догляду, забезпечення готельного комфорту, створення пансіонатів при регіональних та зональних об'єктах охорони здоров'я тощо.

Застосування високих медичних технологій, виражене у розвитку зон для діагностики та лікування (відділення медичної візуалізації, функціональної, ендоскопічної, лабораторної діагностики, променевої терапії, операційні блоки) та появі нових типів об'єктів охорони здоров'я з відповідними планувальними рішеннями.

Розподіл лікарень та відділень за ступенем інтенсивності надання медичної допомоги: спеціалізованого інтенсивного, постінтенсивного лікування, догляду, денні стаціонари, стаціонари вдома та ін.

Нові підходи до забезпечення епідеміологічної безпеки, що ґрунтуються на результатах доказової медицини та епідеміології. В результаті відбувається відмова від традиційних і найчастіше неефективних способів боротьби з внутрішньолікарняними інфекціями, віддаючи перевагу експериментально доведеним та статистично підтвердженим методам. У планувальних рішеннях сучасних лікарень як за кордоном, так і в нашій країні це виявляється у відмові від септичних та асептичних оперблоків, фізіологічних та обсерваційних акушерських відділень за рахунок максимальної ізоляції пацієнтів в одно- та дволійкові палати з наближеними санвузлами, проектування палатних відділень, принципу максимального надання допомоги та обслуговування хворого безпосередньо у палаті,

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		4

забезпечення протиепідемічних заходів за рахунок створення та обладнання приміщень для належної обробки медичного інструментарію та предметів догляду, раціонального розміщення приміщень з метою максимального скорочення протяжності потоків.

Раціональний устрій робочих місць персоналу, приміщень для його відпочинку та гігієни.

Створення сучасних систем інженерного забезпечення лікарні – безпечного та надійного електропостачання, водопостачання, автоматики, вентиляції та кондиціонування повітря з урахуванням вимог до чистоти приміщень, у т.ч. використання систем «чистих» приміщень та інших.

Актуальність роботи обумовлена організаційними і технологічними змінами, що відбуваються в охороні здоров'я та супутніх галузях, а також масовим будівництвом нових та реконструкцією старих об'єктів охорони здоров'я у зв'язку з прийняттям низки цільових програм і національного проекту.

Обсяг та структура роботи. Робота складається з 10 аркушів креслень, пояснювальної записки на 105 сторінках, списку з 31 використаних літературних джерел. Основний текст роботи містить вступ, 3 розділи.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
						5
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		6

В основу проектування, капітального ремонту та реконструкції будівель охорони здоров'я покладено принципи будівель медичних організацій з комплексним обліком усіх систем безпеки: конструктивної, пожежної, санітарно-епідеміологічної, електробезпеки та ін.

Розміщення, профіль, потужність та структура медичних організацій мають визначатися регіональними схемами (стандартами) розвитку матеріальної бази галузі.

Розрахункові показники потужності об'єктів охорони здоров'я та їх підрозділів приймаються за Таблицею 1.1

Таблиця 1.1

Розрахункові показники потужності медичних організацій
(їх підрозділів)

Найменування установи (приміщення)	Розрахункові одиниці потужності
Установи	
Стационари	Ліжка
Стационари організацій пологової допомоги	Ліжка (без урахування ліжок новонароджених післяпологового відділення)
Диспансери зі стаціонаром	Відвідування в зміну та ліжка
Амбулаторно-поліклінічні установи Диспансери без стаціонару	Відвідування за зміну*
Установи швидкої та медичної допомоги	Виїзди на рік
Відділення переливання крові	Заготовлювана (перероблена) кров (літри на рік)
Патолого-анатомічні відділення	Кількість лікарських посад
Лікарняні аптеки (склади)	Ліжка, що обслуговуються
Санаторно-курортні організації	Місця
Їдальня для персоналу	Посадочні місця
Харчовий блок для хворих	Ліжка, що обслуговуються
Відділення відновного лікування	Кількість процедур

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		7

При будівництві на території діючих стаціонарів нових лікувальних корпусів, що призводять до збільшення потужності лікарні, допускається зменшувати питомі показники земельної ділянки (кв.м, на 1 ліжко), але не більше ніж на 20%.

При розрахунку площі ділянки слід додавати площу на стоянки автомашин відповідно до Таблиці 1.3

Таблиця 1.3

Рекомендована кількість автомашин на стоянках лікувально-профілактичних установ

Найменування лікувально-профілактичних установ	Потужність	Число автомашин
Обласні, крайові, республіканські зональні, міжрайонні лікарні, лікарні швидкої допомоги	На 100 ліжок	100 машин
Лікарні, диспансери, пологові будинки	На 100 ліжок	50 машин
Поліклініки	На 100 відвідувань за зміну	10 машин

Парковки для службового автотранспорту, співробітників медичних організацій, відвідувачів слід передбачати на території ділянки у зручній доступності. Парковки не повинні перешкоджати під'їзду пожежних машин до будівель.

Поліклінічний прийом повинен бути наближеним до межі ділянки, і мати самостійний вхід, зручний та доступний для пацієнтів.

На території медичних організацій та у підвалах будівель допускається влаштування підземних автомобільних стоянок для автомобілів персоналу, відвідувачів та автомобілів спеціального призначення (швидкої медичної допомоги та ін.) за умови дотримання правил пожежної безпеки.

Перед головними входами до лікарень, амбулаторно-поліклінічних організацій, диспансерів та пологових будинків рекомендується передбачати упорядковані майданчики.

На території ділянки мають бути передбачені під'їзди до головного входу, приймального відділення, господарський під'їзд для матеріального постачання та

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			9

видалення використаних матеріалів та відходів. Можуть бути передбачені окремі входи для персоналу. Пішохідні та транспортні шляхи на території ділянки рекомендується проектувати такими, що не перетинаються.

З метою безпеки на ділянці має бути зовнішнє освітлення, у тому числі біля входів до будівлі, зовнішніх сходів та люків пожежних гідрантів, вздовж пішохідних та транспортних маршрутів, а також на автостоянках.

На території лікарень, крім інфекційних та туберкульозних, за завданням проектування допускається розміщення пансіонатів.

В умовах реконструкції діючих лікарень, що супроводжується будівництвом нових корпусів, та новому будівництві на ділянках у затиснених умовах міської забудови допускається розміщення нових корпусів без відступу від червоних ліній.

Бажано проектувати лікарняний комплекс єдиним моноблоком. При розміщенні підрозділів в окремих корпусах вони повинні бути з'єднані переходами. Відстань між корпусами організацій охорони здоров'я та іншими об'єктами, а також до червоних ліній необхідно приймати відповідно до діючих будівельних норм та правил.

Не допускається проектування дахових, вбудованих та прибудованих котельнь до лікувальних та спальних корпусів лікарень, поліклінік, санаторіїв та закладів відпочинку. За протипожежними нормами відстань від лікувально-діагностичних будівель до котельних, трансформаторних підстанцій та інших споруд, що окремо стоять. Мінімальні відстані від трансформаторних підстанцій закритого типу, потужністю 2МВ з урахуванням ЕМІ становлять 15м. Відстань від трансформаторних підстанцій закритого типу напругою 10 кВ і нижче не нормується.

Площа озеленення ділянок, вільних від забудови, залежно від ступеня інтенсивності лікування в лікувальному закладі, повинна прийматися відповідно до Таблиці 1.4

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		10

Таблиця 1.4

№.№пп	Тип лікувального	Площа озеленення
1	Лікарні інтенсивного	Не нормується
2	Лікарні тривалого лікування (психіатричні, туберкульозні, геріатричні та ін.)	40%
3	Лікарні відновного лікування та долікування, санаторії (комплекси санаторіїв)	50% (за винятком районів Крайньої Півночі)

Обмежені можливості озеленення в умовах щільної забудови можуть компенсуватися створенням садів на дахах, інтегрованих у будівлі медичних організацій, що благотворно діє на психологічний стан пацієнтів. Такі сади влаштовуються при різновисокому рішенні лікарняного комплексу на тих дахах, які знаходяться на нижніх рівнях щодо вище наведених, забезпечуючи зорову доступність пацієнтам на рівні вікон. Вони можуть бути двох типів: Тип А – сад, призначений для рекреації з доріжками та майданчиками різного призначення, та різними елементами озеленення (дерева, чагарники, газони, квітники тощо). Тип Б - озеленений дах із газонним покриттям без можливості рекреації

При озелененні ділянки, особливо дитячих медичних організацій, перевага повинна надаватися рослинам, які не є алергенами, отруйними, колючими або несуть будь-яку іншу небезпеку для пацієнтів.

По вільному від забудови периметру ділянок медичних організацій висаджуються смуги зелених насаджень. На ділянці дерева висаджують на відстані не ближче 15 м, а чагарники не ближче 5 м від світлоносних отворів, за якими знаходяться приміщення пацієнтів або робочі приміщення персоналу з метою попередження зниження природного освітлення та інсоляції.

Ділянки медичних організацій зі стаціонарами, зокрема санаторіїв, мають бути огорожені. Висота огорожі для організацій зі стаціонарами - 1,6 м, для психіатричних лікарень - не менше 2,5 м. На в'їзді-виїзді з території організацій охорони здоров'я передбачається влаштування шлагбауму, що автоматично відкривається з пункту відеоспостереження. За завданням проектування може бути передбачена прохідна з відповідним оснащенням. При виїзді з території інфекційних

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		11

лікарень та підстанцій швидкої допомоги слід встановлювати пристрої для дезінфекційної обробки машин.

На території ділянки мають бути передбачені під'їзди до головного входу, приймального відділення, господарський під'їзд для матеріального постачання та вивезення використаних матеріалів та відходів. Під'їзд до патолого-анатомічного відділення може бути поєднаний із господарським.

Для збору твердих побутових, харчових і медичних відходів на території господарської зони повинні бути встановлені роздільні контейнери, з кришками, що щільно закриваються, на майданчиках з водонепроникним твердим покриттям, розміри яких перевищують площу основи контейнерів на 1,0 м з усіх боків.

Установка централізованих пунктів зберігання та розподілу лікувальних газів проводиться: за умови зберігання 12 балонів і меншою сумарною ємністю не більше 10 т - біля глухої стіни будівлі під вогнем, що не згорає, або в металевій шафі.

За завданням на проектування ділянки медичної організації створюється вертолітна майданчик однією чи кількома місцями стоянок вертольотів. Мінімальні розміри вертолітного майданчика 15x15 м, максимальне значення ухилу майданчика має перевищувати 3-х градусів. За межами майданчика на відстані до 20 м не повинно бути перешкод висотою більше 1 м.

Лікувальні пляжі санаторіїв і смуга узбережжя (до 100 м до рівня води), що примикає до них, відносяться до I зони санітарної охорони курорту і на них забороняється будівництво об'єктів, не пов'язаних з експлуатацією пляжів і обслуговуванням хворих. При виборі місця для організації лікувальних пляжів необхідно враховувати: гідрологічний режим (відсутність вир, течій понад 0,5 м/сек, різких коливань рівня води); рельєф дна та ґрунту (відсутність ям, конструкцій тощо), негативний вплив шуму автошляхів, залізниць, підприємств, а також безпека берегової лінії (відсутність сильних вітрів, можливості зсувів берега).

При влаштуванні лікувального пляжу слід виходити з одночасного перебування пацієнтів на пляжі 100% від ліжкової місткості санаторіїв та мінімально допустимої норми на 1 місце: для хворих з порушеннями опорно-рухового апарату) - 8-12 м²; для решти пацієнтів – 5 м². При цьому довжина берегової смуги на 1 особу на пляжі при ширині пляжної смуги 25 метрів і більше повинна становити не

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		12

менше 0,2 м, площа водної поверхні на морі та річці - не менше 5 м², у прісноводних непроточних та малопроточних водоймах (озера, водосховища) – не менше 10 м². Лікувальні пляжі повинні розміщуватися в зоні пішохідної доступності (до 1,2 км) від спальних корпусів, мати зручні під'їзні шляхи, підходи та спуски до них (доріжки, сходи, ліфти, фунікулери та ін.), доступні в т.ч. інвалідам-візочникам.

На території лікувального пляжу виділяються три кліматотерапевтичні зони: зона суцільної тіні (близько 20%), зона розсіяної сонячної радіації (близько 40%) та зона активної сонячної радіації (близько 40%). Пляжі дитячих санаторіїв діляться на сектори за кількістю груп, у кожному з яких мають бути три кліматотерапевтичні зони. На території пляжу виділяються майданчики для лікувальної фізкультури. Ділянка акваторії, виділена для купання, має бути позначена. Максимальна глибина акваторії – для дорослих – 3-4 метри, для батьків з дітьми – 2,0-2,5 м, для дітей – 1,5м. У зоні купання максимальна відстань від берегової лінії до буйків не повинна перевищувати: для дорослих – 75 м, для батьків з дітьми – 40 м, для дітей – 30 м. У разі дефіциту площі берега, придатної для пляжу, допускається будівництво надводних аеросоляріїв.

Зона обслуговування пляжу є продовженням лікувальної зони. У її складі мають бути передбачені служби, які забезпечують безпечну роботу пляжу: медичний пункт, радіовузол, рятувальний пункт, кімната персоналу, душові з прісною водою та вбиральні персоналу, вбиральні пацієнтів (один унітаз на 50 осіб). Крім цього, в зоні обслуговування розміщують кабінки для перевдягання, душі з прісною водою (1 кабіна на 75 осіб), питні фонтанчики (1 на 10 осіб), мийки для ніг (1 на 50 осіб) та ін

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			13

1.2. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО БУДІВЕЛЬ.

1.2.1. ТИПИ ТА СТРУКТУРА МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ. СТРУКТУРА ВІДДІЛЕНЬ

Структура та склад підрозділів медичних організацій визначається завданням на проектування з урахуванням профілю, потужності та централізації діагностичних та допоміжних служб для забезпечення можливості їх використання як пацієнтами та персоналом лікарняного комплексу, так і іншими організаціями. При передачі ряду допоміжних та діагностичних функцій іншим організаціям (централізований діагностичний центр, центральне стерилізаційне відділення, діагностична лабораторія, пральня, харчоблок, клінінгова служба, патологоанатомічне відділення тощо) частина підрозділів у структурі медичної організації може бути відсутнім.

Потужність та структура лікарні визначаються потребою населення зони, що обслуговується, в основних видах стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної, консультативно - діагностичної та відновлювальної допомоги. Залежно від району обслуговування багатопрофільні лікарні поділяються на:

- дільничні лікарні;
- районні лікарні;
- центральні районні лікарні;
- зональні (міжрайонні) лікарні,
- міські лікарні;
- обласні (крайові) лікарні;
- республіканські лікарні;
- відомчі лікарні.

Самостійними типами лікарень є лікарні швидкої допомоги, лікарні відновного лікування, дитячі.

Спеціалізовані лікарні (інфекційна, туберкульозна, психіатрична тощо) призначені для надання стаціонарної допомоги певного профілю.

Організації пологової допомоги - спеціалізовані установи, які надають стаціонарну та консультативно-діагностичну допомогу вагітним, породіллям, новонародженим, гінекологічним хворим.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		14

У складі медичних організацій зі стаціонаром можуть бути такі структурні підрозділи:

Стаціонарні відділення

- приймальні відділення з приміщеннями виписки,
- палатні відділення;
- операційні відділення (блоки);
- відділення реанімації та інтенсивної терапії;
- відділення анестезіології та реанімації;
- родові відділення (блоки);
- денний стаціонар.

Консультативно-діагностичні відділення:

- відділення консультативного прийому;
- відділення (кабінети) функціональної діагностики;
- відділення (кабінети) ендоскопічної діагностики;
- відділення (кабінети) медичної візуалізації;
- лабораторії радіонуклідної (радіоізотопної) діагностики;

Лікувальні відділення:

- відділення еферентної терапії (в т.ч. гемодіалізу);
- відділення гіпербаричної оксигенації;
- відділення (кабінети) відновного лікування;
- відділення (кабінети) трудотерапії;
- відділення променевої терапії;

Допоміжні підрозділи

- клініко-діагностичні лабораторії;
- відділення переливання крові;
- центральні стерилізаційні відділення;
- внутрішньолікарняні аптеки;
- відділення швидкої медичної допомоги;
- патологоанатомічні відділення;

Господарські підрозділи

- служби приготування їжі;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		15

- відділення (кабінети) відновного лікування;
- відділення (кабінети) трудотерапії;

Допоміжні підрозділи

- клініко-діагностичні лабораторії;
- центральні стерилізаційні відділення;
- відділення допомоги вдома;

Господарські підрозділи

- службові та побутові приміщення;
- служби постачання зі складськими приміщеннями;
- служби тимчасового зберігання та переробки медичних відходів.
- інженерні служби з життєзабезпечення медичних будівель.

Самостійними типами медичних організацій без стаціонару є станції переливання крові, аптеки, діагностичні лабораторії та ін.

1.2.2. РОЗМІЩЕННЯ ПІДРОЗДІЛІВ НА ПОВЕРХАХ. ВИСОТА ПОВЕРХІВ

Поверховість будівель визначається можливостями ділянки, медико-технологічними та містобудівними вимогами. Для забезпечення безпеки пацієнтів та функціонально-технологічних вимог будівлі повинні бути, як правило, не вище 9-ти надземних поверхів. Перевищення поверховості допускається за містобудівного обґрунтування за погодженням з органами Держпожнадзора. Допускається передбачати більше одного підземного поверху, при цьому позначка підлоги найнижчого поверху не повинна бути нижчою за 10 метрів.

При розташуванні палат, операційних блоків, палат відділень реанімації чи пологових відділень на останніх поверхах будівель над ними передбачається горище чи технічний поверх.

Палатні відділення дитячих стаціонарів необхідно розміщувати не вище п'ятого поверху будівлі, палати для дітей віком до семи років без матерів та дитячі психіатричні відділення (палати) – не вищі за другий поверх. Допускається розміщувати палати для дітей віком до семи років без матерів не вище п'ятого поверху за умови влаштування безпечних зон із розрахунку на 100 % чисельність

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			17

дітей без матерів. Наметові секції для дошкільнят в санаторіях розміщуються не вище 2-го поверху.

Палатні геріатричні відділення та житлові групи інтернатів для людей похилого віку повинні розміщуватися не вище 4-го поверху.

Палатні відділення лежачих пацієнтів (хоспіси, відділення для догляду) повинні розміщуватися не вище 2-го поверху

Приміщення, розміщення яких допускається на цокольних та підвальних поверхах приймаються за Таблицею 1.5.

У цокольних поверхах можуть розміщуватись всі приміщення, розміщення яких допускається у підвалі.

Таблиця 1.5

Приміщення, що розміщуються в цокольних та підвальних поверхах

№№пп	Найменування поверху та позначка підлоги щодо позначки землі	Найменування приміщень
1	- 0,5м,	Усі приміщення, крім палат
2	- 1,2м	Вестибюль, вбиральні при вестибюлі.
	У цокольних поверхах можуть розміщуватись	Зали ЛФК, лікувальні басейни, приміщення водолікування, масажні кабінети
	У підвальних поверхах можуть розміщуватися	а) технічні та інженерні приміщення (теплові пункти, насосні, компресорні, вентиляційні камери, дистиляційні, майстерні з експлуатації будівель, серверні); б) приміщення персоналу (приміщення для занять персоналу, конференц-зали, актові зали, лекційні аудиторії кафедр, приміщення відпочинку, прийому їжі, виїзних бригад, вбиральні, душові, вбиральні); в) приміщення допоміжних служб (експедиції, завантажувальні, архіви, комори та сховища всіх видів, термостатна, кімната приготування середовищ, центральні білизняні, приміщення приготування робочих дезінфекційних розчинів, мийні, столові, у тому числі для пацієнтів, приміщення харчоблоків, пралень, центральних стерилізаційних, дезінфекційних відділень, приміщення зберігання та одягання трупів, траурний зал, приміщення обробки

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			18

		медичних відходів, санітарні пропускники, санітарні кімнати, приміщення зберігання речей хворих, приміщення ремонту обладнання, торгові зали, аптеки) г) процедурні променевої терапії та променевої діагностики (рентгенівської, магнітно-резонансної), кімнати управління при них та інші приміщення, що становлять з ними єдиний функціональний процес.
--	--	---

1.2.3. ВИМОГИ ДО РОЗМІЩЕННЯ ТА ГАБАРИТІВ ПРИМІЩЕНЬ

Набір та площі приміщень кожного функціонального підрозділу визначаються на основі медичного завдання та відображається у Програмі на проектування конкретного об'єкта, яка має узгоджуватись із Замовником.

Планувальна структура будівлі повинна забезпечувати потоковість (послідовність) технологічних процесів, оптимізувати шляхи основних потоків персоналу, хворих, лікарняних вантажів з метою мінімізації їхньої протяжності та зручності використання для персоналу, хворих та відвідувачів. Планувальні рішення та обладнання (закриті візки, герметичні контейнери для відходів, прохідні стерилізатори та мийні машини, бар'єрні пральні машини та ін.) повинні максимально ізолювати потоки матеріалів з високим ступенем епідеміологічної небезпеки від інших потоків, при цьому упаковані вантажі можна транспортувати загальнолікарняними ліфтами.

Основними методами захисту від поширення внутрішньолікарняних інфекцій є: дотримання персоналом стандартних запобіжних заходів, дотримання посадових інструкцій, належне поводження з потенційно інфікованими матеріалами та інструментами, на належному рівні організована та забезпечена їх дезінфекція та стерилізація. Крім того, для забезпечення захисту пацієнтів та персоналу планувальними методами можуть використовуватись різні форми просторової ізоляції: приймальні діагностичні бокси; індивідуальні родові бокси при приймальному відділенні; виділення в ВРІТ декількох палат інтенсивної терапії; індивідуальні родові палати; одномісні боксовані палати (ізолятори); переважне розгортання палат на 1-2 ліжка, зокрема. спільного перебування матері та дитини;

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			19

просторова ізоляція частини палат усередині відділення; зменшення потужності відділень.

Для створення ізольованого повітряного режиму вертикальні комунікації (сходи та ліфти), що виходять у палатні секції, оперблоки, відділення реанімації та зону для дослідження лабораторій, слід обладнати шлюзами.

Для захисту показань діагностичної апаратури від спотворень рекомендується не розміщувати суміжно (по горизонталі та по вертикалі) кабінети функціональної діагностики з кабінетами фізіотерапії (електро-світлолікування).

Для природного освітлення приміщень планувальними рішеннями можуть передбачатися замкнені або напівзамкнуті перекриті світлові двори та атріуми.

Для запобігання надмірній інсоляції та захисту від різкого світла у приміщеннях постійного перебування пацієнтів та персоналу, особливо у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, необхідно передбачати сонцезахист (козирки, жалюзі та ін.).

У підрозділах з кабінетами прийому пацієнтів (консультативного, діагностичного, відновного лікування) передбачаються приміщення для очікування з розрахунку 5 кв.м на кожний кабінет, кожне місце в кабінеті (стоматологічне крісло, кушетка тощо), в яких ведеться прийом хворих .

Приміщення, в яких проводяться роботи з джерелами іонізуючого випромінювання, не допускається розміщувати суміжно (по горизонталі та вертикалі) з палатами для вагітних та дітей.

Приміщення сірководневих та радонових ванн не повинні розміщуватись суміжно з палатами. Не рекомендується розміщувати кабінети з рентгенівською та іншою складною апаратурою під приміщеннями з "мокрими" процесами (душові, вбиральні, мийні та ін.). У разі неможливості іншого планувального рішення повинні бути вжиті заходи щодо гідроізоляції для виключення протікання.

Розміри палат, діагностичних кабінетів та кабінетів відновного лікування необхідно визначати виходячи з того, що до функціонального ліжка, кушетки або апарату, на яких знаходиться пацієнт, має бути забезпечений підхід з трьох сторін. У санаторних житлових кімнатах та до ліжок супроводжуючих хворого осіб (матерів у палатах спільного перебування матері та дитини та ін.) не потрібно тристороннього обходу навколо ліжка. Відстань між торцями ліжок та між торцями ліжок та стіною

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		20

палати нейрохірургічних, ортопедо-травматологічних, опікових, медико-соціальних відділень та палат для хворих, що пересуваються за допомогою крісел-візочків має бути не менше 1,6 м, а в палатах інших відділень – не менше 1,2 м; відстань між довгими сторонами ліжок, що стоять поруч, повинна бути не менше 0,8 м, а в палатах відновного лікування, нейрохірургічних, ортопедо-травматологічних, опікових, медико-соціальних і палат для хворих, що пересуваються за допомогою крісел-візочок і палатах для дітей - не менше 1,2 м-коду.

Високотехнологічні підрозділи (родблоки, оперблоки, відділення реанімації та інтенсивної терапії та ін.), що вимагають особливої системи вентиляції та насичені інженерним обладнанням, доцільно розміщувати централізовано у виділеній зоні зі створенням технічного поверху. Таке розміщення забезпечує можливість створення спільної чергової служби для цих підрозділів (експрес-лабораторії, екстреної стерилізаційної служби служби зберігання крові тощо).

Санпропускники з трьох приміщень (приміщення роздягання з душем та вбиральні, приміщення одягання стерильного одягу, приміщення збору використаного одягу) повинні передбачатися при оперблоках, пологових блоках, стерильних блоках онкогематологічних та інших відділень з пересадки органів та тканин; з двох приміщень (приміщення зберігання загальнолікарняного одягу з душем та вбиральні та роздягальні - одівальні) у хірургічній реанімації, секції реанімації для новонароджених та недоношених. В інших відділеннях з високими вимогами до санітарно-епідеміологічного режиму (терапевтична реанімація, палатна секція виходжування новонароджених тощо) передбачається шлюз для одягання спецодягу.

У структурі лікарні може бути передбачене приміщення для проведення релігійних обрядів, площею не менше ніж 12 кв.м.

У діагностичних відділеннях та відділеннях відновного лікування для пацієнтів передбачаються приміщення відпочинку після процедур по 2 кв.м, на крісло та 4 кв.м, на кушетку. Для відпочинку хворих на кріслах у відділеннях відновного лікування допускається використовувати світлові кишені коридорів. Кількість місць у кімнаті відпочинку для хворих слід приймати з розрахунку 40% процедурних місць для поліклініки та 20% – для стаціонару.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		21

У лікувальних, діагностичних та допоміжних приміщеннях медичних організацій ширина дверного отвору (у світлі) приймається по Таблиці 1.6.

Таблиця 1.6.

Мінімальна ширина дверного отвору

№п п	Назва приміщення	Ширина дверного отвору (м)
1	Палати, процедурні, перев'язувальні, ізолятори, тамбури, шлюзи, бокси, напівбокси, родові, операційні, реанімаційні, наркозні, ванні кімнати, процедурні променевої діагностики,	1,2
2	Кабінети лікарів, вбиральні та душі при палатах, лабораторні та інші приміщення, куди	0,9
3	Барозали	1,4 (двопольна або розсувна)

1.2.4. ВИХІДНІ (ВЕСТИБЮЛЬНІ) ГРУПИ ПРИМІЩЕНЬ

Вестибюльна група приміщень входить як до складу поліклінічних, так і стаціонарних медичних організацій та є центром інформації та орієнтації пацієнтів та відвідувачів.

У багатопрофільних лікарняних центрах, куди входять стаціонар, консультативна поліклініка, діагностичний центр та відновлювальний центр лікування, рекомендується проектувати загальну вхідну групу. Вхідна група об'єднує ряд приміщень (приміщення (простору) для зустрічей відвідувачів з лікарями, торговельного та обслуговуючого сервісу та ін.), призначених для забезпечення комфорту пацієнтів, відвідувачів та персоналу. Основним приміщенням вхідної групи є вестибюль. Для об'єднання в ньому функцій транспортно-комунікаційного ядра та обслуговуючих функцій вестибюль може бути виконаний як багатосвітний атриум.

Вхід до стаціонару, поліклініки, консультативно діагностичного та реабілітаційного відділення для дорослих та дітей може бути організований спільним або роздільним, залежно від планувального рішення об'єкта охорони здоров'я.

За наявності в консультативно-діагностичному або відновному центрі неінфекційного профілю (поліклініки відновного лікування, лікарсько- фізкультурні,

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		22

психоневрологічні, кардіологічні, наркологічні, ендокринологічні, онкологічні та ін.) дитячого амбулаторного прийому рекомендується наявність загальної вестибюльної групи для дітей), а також спільне використання діагностичних відділень та відділень відновного лікування.

Приймально-вестибюльні групи приміщень санаторіїв призначені для прийому та розміщення гостей, надання їм за необхідності медичної допомоги, отримання побутових послуг, організації дозвілля дітей, придбання предметів побуту, друкованих видань, їди в кафетерії, ресторани. При реєстрації санаторію може розміщуватись кабінет чергового лікаря. Камеру зберігання особистих речей слід розміщувати поруч із ліфтовим холлом. У камері схову має бути передбачене місце для столів, де відпочиваючі могли б розібрати свої речі.

У зоні вхідної групи дитячого поліклінічного відділення необхідно передбачати приміщення для дитячих колясок із розрахунку 10м² на 100 відвідувань за зміну, але не більше 20м.кв.

1.2.5. ВИХІДНІ (ВЕСТИБЮЛЬНІ) ГРУПИ ПРИМІЩЕНЬ

При палаті передбачається санвузол для пацієнтів з унітазом, умивальником та душем. Габарити припалатного санвузла мають бути не менше 2.20x1,8 кв.м, що забезпечить користування санвузлом інваліда-візочника. Для безперешкодного доступу колясочникам душ повинен мати піддон на рівні підлоги. Санвузол повинен бути обладнаний пристроями (поручнями, стійками, відкидними сидіннями). При реконструкції необхідно передбачати щонайменше одного санвузла для інвалідів відділення стаціонару. При розміщенні блоку палат на одному шлюзі одна вбиральня може передбачатися не більше ніж на 4 ліжка. При кількості ліжок у палаті або блоці палат більше двох доцільно розташовувати окремо душеву та вбиральню. У душовій передбачається душ на гнучкому шланзі. Двері санвузлів та вбиралень для пацієнтів повинні відчинятися назовні.

Розміри кабін вбиралень для відвідувачів мають бути не менше 1.1x1,6м. Не менше однієї вбиральні в медичній організації без стаціонару має передбачатися для інвалідів-візочників. Вбиральні для персоналу повинні бути окремими від вбиралень для пацієнтів. Габарити душових кабін та вбиралень для персоналу приймаються за

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		23

нормами для адміністративних будівель. Для персоналу має передбачатися не менше однієї вбиральні з габаритами, що дозволяють в'їзд на інвалідному візку.

Установка умивальників передбачається у палатах, шлюзах при палатах, а також у лікарських кабінетах, кімнатах та кабінетах персоналу, у санвузлах, процедурних, перев'язувальних та допоміжних приміщеннях, що потребують миття рук персоналу. Умивальники встановлюються з підведенням гарячої та холодної води та обладнуються змішувачами. Температура гарячої води в точках аналізу дитячих і психіатричних палат і душових для пацієнтів не повинна перевищувати 37°C. Допускається в палатах та шлюзах при палатах замість умивальників передбачати роздавачі для дезінфікуючих засобів.

1.2.6. ВНУТРІШНЄ ОЗДОБЛЕННЯ ПРИМІЩЕНЬ

Поверхня стін та перегородок приміщень, пов'язаних з медико-технологічним процесом, передбачається гладкою, що допускає вологе прибирання та дезінфекцію.

У приміщеннях, де працюють лазерні установки, стіни та стеля повинні мати матове покриття. Оздоблення стін, перегородок та підлог кабінетів електросвітлолікування керамічними плитками не допускається. Стіни та стеля темних кабін при кабінетах офтальмології покриваються чорною матовою фарбою.

Оздоблення стін та перегородок у місцях встановлення санітарних приладів та обладнання, експлуатація якого пов'язана з можливістю зволоження стін та перегородок, має бути виконана вологостійкими матеріалами.

Стіни та стелі лікувальних та діагностичних приміщень із сухим режимом (палат, кабінетів лікарів, фізіотерапії та ін.) обробляються акриловими або силікатними водорозчинними фарбами або іншими матеріалами, що дозволяють вологе прибирання та дезінфекцію.

Стіни в приміщеннях з вологим режимом роботи та піддаються вологій частій дезінфекції (операційні, перев'язувальні, родові, передопераційні, наркозні, процедурні та ін. аналогічні приміщення, а також ванні, процедурні водогрязелікування, душові, санітарні вузли, клізмові, приміщення для зберігання розбирання брудної білизни та ін.) слід облицьовувати глазурованою плиткою.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		24

При обробці стін, перегородок, підлог, стель застосування нітрофарб категорично забороняється.

Підлоги в будинках медичних організацій (крім адміністративних приміщень) покриваються водонепроникним матеріалом, зручним для транспортування хворих і різних вантажів, що легко очищається і допускає часте миття дезінфікуючим розчином. Покриття підлоги має щільно прилягати до основи. Поєднання стін і підлог повинно мати закруглений переріз, стики повинні бути герметичними. При використанні лінолеумних покриттів краю лінолеуму у стінок мають бути зведені на стінки. Шви листів лінолеуму, що примикають один до одного, повинні бути пропаяні.

У вестибюлях та загальних холах підлоги повинні бути стійкими до механічного впливу.

У всіх приміщеннях для покриття підлоги слід застосовувати неслизькі покриття.

Підлоги в барозалах, комор легкозаймистих, горючих рідин та інших вибухонебезпечних приміщень повинні бути антистатичними і безіскровими із заземленням по всьому контуру стін.

Підлоги рентгенпроцедурних (крім рентгеноопераційних) кабінетів фізіотерапії повинні бути виконані з антистатичних матеріалів. Підлоги процедурного приміщення прискорювача повинні бути покриті слабо сорбуючими матеріалами. У приміщеннях для робіт II класу з відкритими радіонуклідними джерелами підлоги повинні бути покриті слабо сорбуючими матеріалами, стійкими до засобів дезактивації. Кількість стиків між окремими листами покриття має бути мінімальною; допускається безстикове покриття на основі дезактивованих затвердуювальних складів.

У палатних відділеннях має бути підлога, що адсорбує ударний шум і з високими теплоізоляційними властивостями.

Підлоги в приміщеннях водо - грязелікування виконуються неслизькою керамічною плиткою або аналогічними матеріалами.

Підлога у вентиляційних камерах повинна мати непилеобразующее покриття.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		25

Допускається застосування підвісних, натяжних, підшивних та інших видів стель. У приміщеннях з вологим режимом матеріал стелі повинен забезпечувати можливість проведення його вологого очищення та дезінфекції.

Для обробки операційних рекомендується використовувати матеріали з такими властивостями:

покриття, що використовуються для підлог, повинні мати струмопровідну основу, що забезпечує необхідні струмовідвідні властивості. Під основу покриття передбачається укладання мідної стрічки по периметру приміщень, що з'єднана з шиною заземлення.

Стеля має бути герметичним і дозволяти доступ до міжполоткового простору для обслуговування інженерних систем. Вбудовані світильники повинні монтуватися врівень зі стелею.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
						26
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		

**РОЗДІЛ 2. АРХІТЕКТУРНО-БУДІВЕЛЬНІ РІШЕННЯ
ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		27

2.1. АМБУЛАТОРНІ ВІДДІЛЕННЯ ТА КАБІНЕТИ

Амбулаторно-поліклінічні організації (АПО) призначені для надання медичної допомоги хворим і хворим на дому, а також для здійснення комплексу лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на попередження захворювань.

За зонами обслуговування, контингентом населення, яке обслуговується, і функціям (профілю), що виконуються, амбулаторно-поліклінічні організації поділяються на:

- фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), сільські лікарські амбулаторії (СЛА), офіси лікаря загальної практики, територіальні районні, міські, міжрайонні, обласні, республіканські;
- клініки для дорослих, дитячі, змішаного типу.
- спеціалізовані (жіночі консультації, стоматологічні, відновлювальні лікування, травмапункти та ін.)

До змішаного типу належать зазвичай невеликі амбулаторно-поліклінічні організації і спеціалізовані консультативні центри, незалежно від потужності. У них для контингентів, що обслуговуються, рекомендуються загальні вхідні групи, консультативні, діагностичні кабінети та кабінети відновного лікування.

ФАП або СЛА може розташовуватися в окремій будівлі або при створенні окремого входу займати частину житлової або громадської (за винятком шкільних та дошкільних освітніх організацій) будівлі. За таких офісів може передбачатися квартира фельдшера або лікаря. Місце розміщення офісу має бути наближене до максимальної кількості населення, що обслуговується.

ФАП організується в умовах, коли до 1200 осіб проживає (компактно або в радіусі до 15 км.) віддалено (більше години транспортної доступності) від лікарських лікувально-профілактичних організацій. Для виконання функцій ФАП (експрес-діагностика, ЕКГ, внутрішньовенні та внутрішньом'язові ін'єкції, внутрішньовенні вливання, щеплення, профілактичні огляди жінок, екстрена акушерська допомога, допомога при нещасних випадках та гострих захворюваннях, збирання біоматеріалу для клінічних та бактеріологічних досліджень, заходи щодо реабілітації лікувально-діагностичні процедури та маніпуляції) у його складі слід передбачати необхідний

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		28

набір приміщень. Склад приміщень ФАП, необхідний виконання його функцій, залежить від чисельності населення.

За наявності лікарського персоналу для 1 тисячі осіб населення та більше організуються Сільські лікарські амбулаторії (СЛІА). Набір приміщень в амбулаторіях на 1 лікаря аналогічний до набору приміщень ФАП, що обслуговує 1000 населення

Офіси лікаря загальної практики обслуговують населення міських поселень у радіусі не більше 5-7 хвилин пішохідної доступності, тобто 300-500 м. Залежно від густини та поверховості забудови в цьому радіусі може проживати різна кількість осіб.

Робота територіальної поліклініки будується за принципом дільничного обслуговування дитячого та дорослого населення, яке проживає у прикріпленому районі. До структури поліклініки можуть входити жіночі консультації, дитячі відділення, стоматологічні відділення, денні стаціонари та ін. Ці відділення планувально виділяються у непрохідні ізолювані зони.

Вхід дітей до територіальної дитячої поліклініки організується через приймально оглядові бокси. Приймально-оглядові бокси розміщуються при вестибюлі та повинні мати вуличний вихід, який забезпечує ізолюваний вихід дітей, які мають симптоми інфекційних захворювань.

Площа кабінетів лікарів-фахівців, процедурних, перев'язувальних, малих операційних, і навіть спеціалізованих лікувально-діагностичних приміщень, які можуть розміщуватися як і поліклініці, і у стаціонарі, приймає по нормах. Кількість кабінетів визначається завданням на проектування залежно від чисельності населення, що обслуговується, і потужності організації.

Орієнтовна кількість відвідувачів, що одночасно перебувають у приміщеннях поліклініки, визначається з розрахунку 5 осіб на 1 кабінет, призначений для консультативно-лікарського прийому, діагностичного або відновного лікування дорослих та 8 осіб на 1 кабінет, призначений для консультативно-лікарського прийому, діагностичного або відновного лікування. Орієнтовна площа вестибюля визначається з розрахунку 1,2 кв.м, на кожну особу, що одночасно перебуває в поліклініці (але не менше 18 кв.м.). Гардероб відвідувачів приймається з розрахунку 0,1 кв.м, на кожну особу, яка одночасно перебуває в поліклініці. Орієнтовна площа

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		29

очікувана визначається з розрахунку 1 кв.м. на людину, що одночасно перебуває в поліклініці, відділенні (відсіку), але не менше 10.

Гардероб верхнього одягу персоналу 0,08 кв.м, на особу.

Алергологічні кабінети не рекомендується розміщувати суміжно із аптеками, процедурними, лабораторіями, буфетами.

Рекомендується передбачати злив при процедурних дерматовенерологах, інфекціоністах, урологах, проктологах, наркологах.

Рекомендується передбачати картотеку, площею 4-6 кв.м, при кабінетах, що мають диспансерний прийом (підлітковий, онкологічний, геріатричний, психіатричний та ін.).

При перинатальних центрах організуються консультативно-діагностичні відділення для сімей, які мають проблеми з дітонародженням, а також центри динамічного спостереження дітей, які виписані з відділення другого етапу виходжування. До складу відділень (кабінетів) діагностики дітей раннього віку рекомендується включати: кабінет ЕКГ, кабінет УЗД, кабінет ЕЕГ. До складу відділень реабілітації дітей входять кабінети водолікування з навчанням дітей плаванню.

При жіночих консультаціях із кількістю лікарських посад 5 і більше організуються соціально-правові кабінети. Для штучного переривання вагітності та діагностичних процедур передбачається мала операційна, при якій може бути організований денний стаціонар. Кабінет для дітей та підлітків організується окремо від інших кабінетів спеціалізованого акушерсько-гінекологічного прийому в ізольованій непрохідній зоні.

При жіночих консультаціях, перинатальних центрах та самостійно можуть організуватись Відділення допоміжних репродуктивних технологій (ЕКЗ). Воно складається з двох груп приміщень: консультативного прийому та лабораторії екстракорпорального запліднення (ЕКО) з денним стаціонаром, лабораторія екстракорпорального запліднення повинна мати малу операційну для забору яйцеклітини, лаборантську з криосховищем і маніпуляційну для маніпуляційну. ційна можуть бути поєднані в одному приміщенні. Ембріологічна лаборантська повинна бути з'єднана передавальним вікном з маніпуляційною, крім того, має бути

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
						30
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		

передбачена кімната для збирання аналізів. У донорській кімнаті (для отримання матеріалу) мають бути передбачені пісуар та раковина.

До структури територіальної поліклініки можуть бути включені стоматологічні відділення та травматологічні пункти. До складу стоматологічної поліклініки можуть входити відділення терапевтичної та хірургічної стоматології, ортопедії, діагностичне відділення (кабінети) та зуботехнічна лабораторія. Зуботехнічну лабораторію слід передбачати відокремлено від інших приміщень у непрохідній для пацієнтів зоні. Травматологічний пункт повинен розміщуватись на першому поверсі будівлі з окремим входом.

До спеціалізованих амбулаторно-поліклінічних організаціям належать диспансери. Якщо до структури шкірно-венерологічного або туберкульозного диспансеру входять відділення для дорослих та дітей, вони повинні мати окремі входи та окремі зони лікарського прийому.

Кабінет анонімного обстеження та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом, алкогольної та наркотичної залежності, що розміщується в поліклініках та шкірно-венерологічних диспансерах, повинні бути ізольовані від інших приміщень лікувально-профілактичних організацій та мати самостійні виходи назовні.

Основу санаторних поліклінік представляють кабінети лікарів відновного лікування, які ведуть прийом за профілем санаторію та призначають пацієнту певні види діагностики та відновного лікування. На кожного лікаря у санаторіях для дорослих повинно припадати не більше 50 ліжок, у дитячих санаторіях та у санаторіях з пацієнтами з обтяженим складом хворих не більше 40 ліжок, у санаторіях для спинальних пацієнтів не більше 30 ліжок. Крім цього, рекомендується передбачати стандартний набір лікарів вузьких фахівців-консультантів – невропатолога, дерматолога, гінеколога, дієтолога, кабінету стоматолога, центру естетичної медицини. У сімейних та дитячих санаторіях ведуть прийом педіатри, що спеціалізуються на відновлювальному лікуванні дітей. Розміри кабінетів приймаються за розмірами однойменних кабінетів територіальних та спеціалізованих поліклінік.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		31

2.2. ДЕННІ СТАЦІОНАРИ

При амбулаторно-поліклінічних закладах та стаціонарах для надання пацієнтам психіатричної, гінекологічної, неврологічної, оториноларингологічної, пульмонологічної та інших видів допомоги організуються денні стаціонари. Вони призначені для перебування протягом декількох годин хворих, яким проводиться низка діагностичних досліджень та лікувальних процедур. У його складі необхідно організувати: палати з постом чергової медсестри, кабінет лікаря, процедурну, санітарно-гігієнічні приміщення, приміщення денного перебування хворих та прийому їжі, приміщення підігріву їжі, комори для чистої та брудної білизни. Для лікування та діагностики хворих, які перебувають у денному стаціонарі, використовуються лікувально-діагностичні служби медичної організації.

Денний стаціонар обслуговує населення міста та інших населених пунктів, що знаходяться у 2-х годинній зоні доступності.

Денний стаціонар рекомендується розміщувати приблизно до малих операційних або до його складу рекомендується включати малі операційні відповідного профілю.

При значному розмірі денного стаціонару (понад 15 ліжок) може ділитися на секції різного профілю. І тут може розглядатися як самостійне структурне підрозділ зі своїм набором загальних приміщень.

Психіатричний та геріатричний денний стаціонар повинен мати близько 10% від числа місць у стаціонарі в одну, двомісних палатах. Інші приміщення повинні складатися з кабінетів лікарів спеціалістів та приміщень групової та індивідуальної психосоціальної реабілітації.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		32

2.3. ДІАГНОСТИЧНІ ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ)

2.3.1. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ.

Кабінети, в яких проводяться дослідження з використанням високочутливої електронної апаратури, бажано розташовувати поза зоною впливу електромагнітних полів, на відстані від рентгендіагностичних кабінетів, кабінетів електросвітлолікування, а також від джерел вібрації.

До кушетки, де проводиться дослідження, необхідно передбачити підхід з трьох сторін. Усі апарати, а також кушетки у відділенні мають бути заземлені. У кабінетах ультрависокочастотної терапії кушетки повинні бути з струмоізоляційних матеріалів (дерева та ін.)

2.3.2. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) МЕДИЧНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ.

До складу відділення входять процедурні магніто-резонансної томографії, рентгенівської діагностики (для загальних досліджень, ангиографічної, рентгеномографічної, мамографічної та ін.) та ультразвукової діагностики. Набір кабінетів визначається профілем та потужністю медичних організацій. Додатково передбачається рентгенологічний кабінет при прийомальному відділенні. У територіальних поліклініках – один кабінет на 400 відвідувань за зміну (без урахування рентгенофлюорографічного кабінету), у консультативно-діагностичних центрах – один кабінет на 250 відвідувань за зміну.

В об'єднаних лікувально-профілактичних організаціях (стаціонар з амбулаторно- поліклінічним відділенням, або консультативно-діагностичним центром) діагностичні відділення повинні бути централізованими і обслуговувати як стаціонарних, так і амбулаторно-поліклінічних хворих, за винятком хворих на інфекційні та туберкульозні відділення, а також ліжок більше 100. Розміщувати відділення необхідно у зручному зв'язку зі стаціонаром та поліклінікою.

Огороджувальні конструкції процедурних рентгендіагностичних кабінетів, комп'ютерної томографії та рентгеноопераційних повинні мати стаціонарний захист від іонізуючого випромінювання згідно з розрахунком.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		33

Площу приміщень рентгенівських відділень (кабінетів) приймати за відповідними санітарними правилами та рекомендаціями виробника апаратури.

У процедурній рентгенологічному кабінеті для загальних досліджень допускається додатково встановлювати малогабаритний рентгенівський апарат з напругою до 60 кВт для знімків зубів та мамографії.

Приміщення друку знімків може бути спільним для кількох кабінетів.

Архів в залежності від типу носія інформації в архіві матеріалів променевої діагностики виділяються приміщення для зберігання плівкових матеріалів, магнітних матеріалів, паперових носіїв. Архів ділиться на частини: оперативний – 6кв.м. (Знімки хворих, обстежених протягом року), основний – 12кв.м. (3 терміном зберігання рентгенограм більше року). Основний архів може знаходитися поза відділенням променевої діагностики в будівлях лікувального та допоміжного призначення. Приміщення архіву повинно мати вікон.

Кабінет ультразвукової діагностики (УЗД) повинен розміщуватись далеко від кабінетів з електроприладами, які можуть викликати перешкоди в роботі ультразвукової апаратури. При цьому, кожна установка повинна розміщуватися в окремому приміщенні. Перед кабінетом має бути дві кабіни для роздягання по 2 кв. Дозволяється розміщення кабінетів УЗД у підвальних приміщеннях.

2.3.3. ВІДДІЛЕННЯ (КАБІНЕТИ) ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ.

Відділення відновного лікування є основним структурним підрозділом санаторіїв та лікарень (поліклінік) відновного лікування. Крім того, вони організуються у багатопрофільних та спеціалізованих лікарнях, диспансерах, поліклініках.

Відділення відновного лікування має передбачатися загальним для хворих стаціонару та відвідувачів поліклініки. При цьому доцільно організувати окремі очікувані для амбулаторних та стаціонарних пацієнтів або розділяти їх потоки у часі.

Набір кабінетів відновного лікування має визначатися з урахуванням потужності, профілю відділень лікувальної організації та розроблених стандартів надання медичної та санаторно-курортної допомоги.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		34

У великих санаторіях та центрах відновного лікування виділяється кілька відділень (груп приміщень).

Відділення (група кабінетів) фізіотерапії. У відділення фізіотерапії входять кабінети, де використовуються прилади, лікувальна дія яких ґрунтується на тих чи інших фізичних лікувальних факторах – електросвітлолікування, теплолікування. Апарати УВЧ потужністю понад 100 Вт або кілька апаратів меншою потужністю розміщуються в окремому приміщенні. Довжина кабін 2,2 м. У кожній кабіні має встановлюватись лише один стаціонарний фізіотерапевтичний апарат.

При кабінеті фізіотерапії необхідно виділити спеціальне приміщення (8 кв.м.) для робіт з підготовки до проведення лікувальних процедур, зберігання та обробки прокладок, приготування лікарських розчинів, стерилізації тубусів тощо, обладнаний сушильно-витяжною шафою, мийною раковиною з двома відділеннями. та поворотним краном з подачею холодної та гарячої води.

Для парафіно- та озокеритолікування має виділитися ізольоване приміщення зі спеціально виділеною кімнатою для підігріву парафіну та озокериту (кухнею – не менше 8 кв. м).

Апарати електросну повинні розміщуватись у віддалених від шуму приміщеннях з урахуванням звуку та світлоізоляції (шлюз біля входу, можлива відсутність природного освітлення).

Відділення (група кабінетів) пасивної та активної кінезотерапії. До активної кінезотерапії належать зали лікувальної фізкультури (ЛФК), тренажерні зали, зали механотерапії. До пасивної терапії відносяться кабінети ручного та апаратного масажу, мануальної терапії, витягування хребта тракційними та апаратними методами. Для проведення масажу виділяються окремі кімнати (кабінети) із розрахунку 8 кв. м на робоче місце, але не менше 12. Після витягування хребта пацієнт повинен мати можливість відпочинку у горизонтальному положенні у кімнаті відпочинку.

Відділення психологічної релаксації можуть включати гіпнотарії, кабінети групової та індивідуальної психотерапії, комп'ютерного тестування та біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), психо-емоційного розвантаження («сенсорна кімната») та ін.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		35

Відділення (кабінети) кліматолікування можуть включати кабінети спелеотерапії, гіпокситерапії, ароматерапії, озонотерапії, сауни, кріосауни та інші.

Відділення (кабінети) водо - грязелікування, у т. ч. лікувальні басейни виділяються у вологу зону. Грязелікувальний зал і зал водолікування повинні складатися з процедурних кабін (на кожен ванну 6 кв.м, без площі робочого коридору) з двома кабінами для роздягання та одягання пацієнта, що примикають до них (площа однієї кабіни - 2 кв.м.) У залі грязелікування та радонолекарні при цих кабінах передбачається духова. Всі кабінки відкриті у бік робочого коридору, шириною не менше 1 м, призначеного для персоналу, що наповнює ванни розчином і слідкує за станом пацієнтів. Підлога повинна мати ухил не менше 1 см на 1 м у бік трапу. Трапи обладнуються у кутках зали. У дитячих та психіатричних лікувально-профілактичних закладах ванни повинні розміщуватися тільки в залі. Ванни встановлюються так, щоб денне світло падало на обличчя хворого. Для прання та сушіння простирадлом, полотен, брезентів та клейонок виділяють окреме приміщення площею не менше 18 кв. м

Душеву кафедру рекомендується встановлювати так, щоб при проведенні струменевого душу (душ Шарко) хворий знаходився від нього на відстані 3,5 - 4 м і пряме денне світло при цьому падало на хворого. На висоті 1-1,5 м від підлоги до стіни прикріплюють металевий поручень, за який повинен триматися хворий під час прийому душу.

Окремі душові установки та сидячу ванну поділяють перегородки з товстого непрозорого скла або бетону, облицьованого білою плиткою, висотою 2 м, перегородки не повинні доходити до підлоги на 10 – 15 см. Площа окремих кабін для душових установок має бути не менше 1 – 1,5 кв. м.

При душовому залі передбачають роздягальню для хворих, площа якої 2 кв.м, на одного хворого.

Оптимальний розмір лікувального басейну для занять гімнастикою становить 60 кв. м для групи у 12 осіб. Площа поверхні води на 1 особу - 5 кв. м. Глибина басейну для дорослих – 1,5 – 1,8 м, для дітей – 0,5 – 1 м з рівномірним або ступінчастим зниженням. При басейнах передбачаються душові кабінки із розрахунку 1 душових на 3-х осіб. Перед входом у басейн повинна бути ножна ванна з

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		36

дезрозчином. Роздягальня для відвідувачів проектується із розрахунку 1,2 кв. м на 1 особу. Площа кімнати відпочинку розраховують, виходячи з 2 кв. м на 1 відвідувача. Лікувальні басейни мають 1-2 вбиральні, підсобні приміщення, призначені для зберігання миючих та дезінфікуючих засобів, а також приміщення для персоналу.

Відділення грязелікування. При загальній кількості процедурних місць 7 і більше процес транспортування та підігріву бруду має бути механізованим. При меншій кількості бруд подається в суміжну із залом грязелікування «грязеву кухню», де підігрівається в спеціальних нагрівачах і пристроях, що транспортують.

Бруд зберігають у брудосховищах, обладнаних спеціальними цементованими басейнами - заготівельними та регенераційними. Мінеральні грязі мулу, поміщені в такі басейни, заливають 5%

розчином кухонної солі шаром, що покриває бруд на 15-20 см, а сапропелеві - прісною водою. Для зручності доставки бруду, брудосховище має бути розташоване по сусідству з грязелікарнею. Приміщення брудосховища має бути світлим, опалювальним і мати вентиляцію з 3-кратним обміном повітря.

У південних регіонах басейни для зберігання та регенерації бруду можна проектувати відкритими, але захищеними від можливого потрапляння в них забруднень та атмосферних опадів. Торф також зберігається під навісом, що застерігає його від дії атмосферних опадів (вимивання) та забруднення.

Лікування сірководневими ваннами повинно проводитися в окремому приміщенні або тупиковому відсіку водолікарні, ізольованому від інших лікувально-процедурних кімнат. У його складі, крім ванної зали, передбачаються лабораторія для приготування розчинів та приміщення для зберігання розчинів, приміщення для зберігання балонів з вуглекислотою. Роздягальні пацієнтів повідомляються з ванною залом через шлюзи.

Розрахункова кількість процедур, необхідна для визначення площі приміщень у відділенні відновного лікування, рекомендується приймати:

а) для фізіотерапевтичних процедур (електросвітлікування, теплолікування, водогрязелікування - виключаючи басейни та ванни для лікування рухом у воді) - 0,7 процедури на 1 ліжко стаціонару, для поліклініки (поліклінічного відділення) - 0,5 процедур на I відвідування кабінету лікаря;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		37

б) для процедур кінезотерапії: масажу, лікувальної фізкультури (у тому числі басейни та ванни для лікування рухом у воді), праця про- та механотерапія - 0,5 процедури на 1 ліжко стаціонару, 0,3 процедури на 1 відвідування кабінету лікаря поліклінічного відділення .

Кількість процедур у кожному санаторії передбачається залежно від місцевих природно-кліматичних умов з урахуванням завдання на проектування.

2.3.4. ВІДДІЛЕННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ.

Включення відділень гіпербаричної оксигенації до складу лікарень, поліклінік та диспансерів визначається завданням на проектування.

Відділення гіпербаричної оксигенації необхідно організувати не менше ніж на дві одномісні барокамери і не більше ніж на 8. Максимальна кількість барозалів у відділенні -чотири.

Допускається часткова децентралізація відділення із включенням приміщень щодо гіпербаричної оксигенації до складу відділень анестезіології та реанімації, і навіть дитячих, акушерських, інфекційних відділень. При цьому необхідно передбачати лише барозали (заходи щодо підготовки хворих до сеансу проводяться в палатах).

Необхідно забезпечувати зручний зв'язок відділення з палатними відділеннями, операційним блоком, відділенням анестезіології та реанімації.

В одному барозалі необхідно встановлювати не більше двох одномісних барокамер для дорослих. У барозалах для дітей допускається розміщення 4 барокамер.

2.3.5. ЛІКУВАЛЬНО-ТРУДОВІ МАЙСТЕРНІ, КАБІНЕТИ ТЕРАПІЇ.

Включення лікувально-трудова майстерень до складу лікарень та диспансерів та їх спеціалізація визначається завданням на проектування.

Лікувально-трудова майстерні переважно організуються за туберкульозних, психіатричних, наркологічних стаціонарів.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		38

Залежно від профілю майстерень, можливе їхнє децентралізоване розміщення в структурі палатного корпусу, а також централізоване розміщення майстерень в окремому корпусі. Необхідно забезпечувати зручний зв'язок майстерень із палатними відділеннями. Майстерні можуть організовуватись для жінок, для чоловіків, а також загальними для осіб обох статей.

Для жінок рекомендується організація наступних майстерень, необхідні потреб лікувального закладу: пошиття виробів, виготовлення п'ясткових квітів; плетінкові (лозоплетіння, соломоплетіння та ін.); художньо-прикладні (рукоділья, художня вишивка та ін.), секретарські послуги, сільськогосподарські та садівничі роботи; навчання роботі немедичним та молодшим медичним персоналом.

Для чоловіків рекомендується організація наступних майстерень, необхідних потреб лікувального закладу: плетенкові (лозоплетіння, соломоплетіння та інших.); художньо прикладні (випилювання лобзиками, випалювання, різьблення по дереву та ін.), сільськогосподарські та садівничі роботи; навчання роботі немедичним та молодшим медичним персоналом. Крім того, для чоловіків можуть бути організовані столярні та слюсарні майстерні;

Приміщення, призначені для комп'ютерних (в т.ч. і програмування та WEB-послуг) та копіювальних робіт можуть бути спільними для чоловіків та жінок.

За завданням на проектування можуть бути передбачені інші майстерні, класи та кружкові кімнати, що сприяють адаптації пацієнтів до нормального життя в суспільстві.

Площа на 1 робоче місце у майстерні визначається на основі чинних нормативних документів відповідного профілю.

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			39

**РОЗДІЛ 3. ПРОЕКТНІ РІШЕННЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ
БУДІВЛІ ДИТЯЧОГО МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ У
М.ПОЛТАВА**

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		40

3.1. ВИХІДНІ ДАНІ І КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТА

3.1.1. КОРОТКА КЛІМАТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ГЕОЛОГІЧНІ УМОВИ БУДІВНИЦТВА

В районі будівництва: середня за рік (+8,4°C); середня за саму холодну п'ятиденку (-25°C) і самої холодної доби (-29°C). Абсолютна мінімальна температура (-32,9°C) і максимальна температура (+39,4°C).

Середньорічна тривалість періоду з температурою повітря нижче (0°C) – 147 діб.

Зона вологості району будівництва – помірна, середня відносна вологість повітря:

- найбільш жаркого місяця 71 %;
- найбільш холодного місяця 83 %.

Кількість опадів за рік – 642 мм.

Нормативна глибина сезонного промерзання ґрунтів – 1,1 м.

За погодно-кліматичними факторами та ґрунтово - гідрологічними умовами територія відноситься до південно-східної кліматичної зони II.

3.1.2. КОРОТКА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБ'ЄКТА , ЙОГО СКЛАД, ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ, ВІДОМОСТІ ПРО ПОТРЕБИ В ПАЛИВІ, ЕЛЕКТРИЧНІЙ ЕНЕРГІЇ, ВОДІ

Реконструкцію будівлі передбачається перепланування існуючих приміщень дитячої лікарні та добудова реабілітаційного корпусу. Також проектом передбачено нове опорядження стелі та стін, заміна вікон та дверей на нові сучасні, заміна підлоги на сучасні матеріали, встановлення додаткових санвузлів та душових сіток розрахункової кількості, ремонт сходової клітини. Заходи щодо інклюзивності будівлі передбачають безпороговий доступ, можливість безперешкодного пересування всередині будівлі, влаштування санвузлів, душових кабін, ліфтів, поручнів, тощо.

Структура лікарні визначена медичним завданням і подана такими основними приміщеннями:

1. Палатний корпус (реконструкція існуючої лікарні):

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		41

- палата на 4 ліжка (2 ліжка для дітей+2 ліжка для матерів);
- 10 палат на 2 ліжка (дитина+мати) ;
- ізолятор (дитина+мати) ;
- кабінет завідуючого;
- ординаторська;
- їдальня для пацієнтів та персоналу з підсобними приміщеннями;
- кімната сестри-господині;
- кімната завгоспу;
- кімната персоналу з роздягальною та душовою;
- матеріальна та інвентарна кімнати для зберігання розхідних матеріалів та обладнання;
- кімната прибирального інвентарю;
- санкімната;
- щитова та тепловий вузол;
- приміщення для ерготерапії та водних бігових доріжок;
- приміщення для симуляції облаштування жилого приміщення та кухні;
- кабінет психолога;
- вбиральні ;
- хол з розміщенням посту чергової сестри та тренажерів;
- додаткові санітарно-побутові приміщення відповідно до нормативних документів.

2. Реабілітаційний корпус (добудова):

- вестибюль з ресстратурою, ліфтовим холлом та роздягальною для пацієнтів;
- оглядова;
- клас для інклюзивного навчання ;
- кабінет для логотерапевта;
- приміщення для проприорецептивної корекції;
- зала для кінетотерапії;
- хол.

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			42

Окрім того проектом реконструкції передбачається заміна всіх інженерних мереж на сучасні системи опалення, вентиляції, водопостачання, водовідведення, освітлення, систем протипожежної безпеки та інформаційних технологій.

Техніко – економічні показники

Таблиця 3.1.

Найменування	Показники
Найменування будинку, місце його розташування	Реконструкція будівлі дитячого медичного закладу у м.Полтава
Характер будівництва	Реконструкція
Кошторисна вартість будівництва, тис. грн.	82947,534
в т.ч. монтажно-будівельних робіт, тис. грн.	19100,223
в т.ч. устаткування, тис. грн.	51524,391
в т.ч. інші витрати, тис. грн	12322,920
Площа ділянки, га	0,3127
Поверховість	2 поверхи
Ступень вогнестійкості будинку	II
Площа забудови, м ²	867,9
Місткість, ліжко-місце	24
Загальна площа реконструкції, м ²	1272,1
в т.ч. площа добудови	287,7
Корисна площа, м ²	1227,7
Будівельний об'єм, м ³	6048,8
в т.ч. будівельний об'єм добудови, м ³	1592,8
Кількість змін	цілодобово
Кількість медичного персоналу, осіб	20
Кількість персоналу всього, осіб	24
Показники енергоефективності в рік:	
- витрати електроенергії, тис. кВт год	220,0
- витрати тепла, Гкал	121,2
- витрати води тис. м ³	1,91
Тривалість будівництва, місяців	9

3.1.3. ОСНОВНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЖЕЖ

При розробці проекту враховувались вимоги ДБН В.1.1.-7-2016 "Пожежна безпека об'єктів будівництва". Ступінь вогнестійкості будинку – II.

Зовнішнє пожежогасіння передбачається від існуючих пожежних гідрантів розташованих по вул. Європейська у радіусі доступності 200 м. Кількість гідрантів, які можуть бути використані – 2шт. Діаметр – 100мм.

Будівля має під'їзд для пожежних машин по твердому покриттю з розворотним майданчиком.

Будівля має 4 розосереджених евакуаційних виходів, 2 сходові клітини закритого типу, 2 ліфта з можливістю перевезення МГН.

Двері евакуаційних виходів відчиняються у напрямку виходу людей з будівлі. В будівлі мають бути розроблені і вивішені на видних місцях плани (схеми) евакуації людей на випадок пожежі.

Противопожежні двері з межею вогнетривкості відповідно EI-60 повинні мати пристрої для самозачинення та ущільнення в притулах.

Будівлі, споруди, приміщення мають бути забезпечені відповідними знаками .

При перетинанні протипожежних перешкод (протипожежних стін, перегородок, перекриттів), інших конструкцій з нормованими межами вогнестійкості - різними комунікаціями - зазори (отвори), що утворилися між цими конструкціями та комунікаціями, наглухо зашпаровані негорючим матеріалами, які забезпечує межу вогнестійкості та димогазонепроникнення, що вимагається будівельними нормами для цих перешкод.

Для зазначення місця знаходження первинних засобів пожежогасіння слід установлювати вказівні знаки. Знаки повинні бути розміщені на видних місцях на висоті 2-2,5 м від рівня підлоги як усередині, так і поза приміщеннями (за потреби).

Пожежні щити (стенди) та засоби пожежогасіння пофарбовані у відповідні кольори згідно ДСТУ EN ISO 7010:2019

На об'єкті, що проектується вогнегасники повинні розміщуватися згідно з урахуванням вимог експлуатаційної документації на них. Самі вогнегасники повинні відповідати вимогам ДСТУ 3675-98 і ДСТУ 3734-98 відповідно та сертифіковані в Україні.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		44

Вогнегасники встановлюються у легкодоступних та помітних місцях (коридорах, біля входів або виходів з приміщень тощо), а також у пожежонебезпечних місцях, де найбільш вірогідна поява осередків пожежі

Головними критеріями захисту від пожежі, які передбачені проектом є: виявлення пожежі на ранній стадії її розвитку з використанням сповіщувачів раннього виявлення осередків займання;

- подачі звукового та світлового сигналів про виникнення пожежі;
- видачі сигналів про несправності в контрольованих шлейфах;
- видачі сигналів на управління системами вентиляції, системою оповіщення про пожежу та управління евакуюванням людей, керування ліфтами в режимі «Пожежа» та відображення їх стану здійснюється на дисплеї ППКП та на моніторі персонального комп'ютера.

- контроль та індикація стану систем протипожежного захисту;
- передача сигналу на пульт пожежного спостереження;
- видача сигналів до системи системи оповіщення про пожежу та управління евакуюванням людей, на керування ліфтами в режимі «Пожежа», відключення інженерних систем;

- інтеграція з іншими системами протипожежного захисту об'єкту, що захищається.

3.1.4. ОЦІНКА ВПЛИВІВ НА ДОВКІЛЛЯ, ОЦІНКА ВПЛИВІВ НА НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ

У зв'язку з набуттям чинності Закону України "Про оцінку впливу на довкілля" від 23.05.2017 № 2059-VIII постає питання щодо проведення оцінки впливу на довкілля об'єкту. Згідно статті 3 закону об'єкт не входить в перелік сфери застосування оцінки впливу на довкілля і не має джерел викидів такими, як очисні споруди, котельні, водні свердловини, використання при капітальному ремонті важкої будівельної техніки, дизелів тощо. Висновок: згідно статті 3 ЗУ від 23.05.2017 № 2059-VIII ОВД не проводиться.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		45

Окрім того об'єкт не становить підвищену екологічну небезпеку і немає джерел викидів згідно п. 1.7 ДБН А.2.2-1-2003 за дорученням замовника та враховуючи проведення тільки внутрішніх робіт ОВНС не проводився.

3.1.5. ІНЖЕНЕРНИЙ ЗАХИСТ ТЕРИТОРІЇ ТА СПОРУД

Територія має нормальний водовідвід, який зберігається проектом. Забудова не створює умов, які б викликали необхідність виконання спеціальних заходів по захисту території від підтоплення.

3.1.6. ДОСТУПНІСТЬ ОБ'ЄКТА ДО МАЛОМОБІЛЬНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Заходи щодо інклюзивності будівлі передбачають безпороговий доступ, можливість безперешкодного пересування всередині будівлі, влаштування санвузлів, душових кабін, ліфтів, поручнів, тощо.

Будівля центру облаштована входами зі сходами, які обладнані поручнями і пандусами. Пандуси відповідають вимогам ДБН – виконані у співвідношенні 1:12, шириною 1.2м, уздовж обох боків обладнані поручнями з плавню заокругленими закінченнями.

Ширина дверних і відкритих прорізів у стінах, а також із приміщень і коридорів у сходові клітини становлять не менше 0,9 м, дверні прорізи мають пороги і перепади висот підлоги не більше 2.5 см.

Установа обладнана санвузлами, пристосованими для маломобільних груп населення. Двері кабін санвузлів для відвідувачів на кріслі-колясці відчиняються назовні. Усі елементи стаціонарного обладнання, призначеного для використання особами з інвалідністю, міцно та надійно закріплені у місцях їх розміщення.

Ручки, важелі, крани, кнопки електричних вимикачів і різних апаратів, електричні розетки та інші пристрої, призначені для обслуговування дітей з інвалідністю, розміщено на висоті більше 1 м від рівня підлоги, на відстані не менше 0,4 м від бокової стіни приміщення.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		46

Сходи, пандуси, санітарно-гігієнічні приміщення та душові кімнати для дітей з інвалідністю обладнані поручнями, які відповідають вимогам будівельних та архітектурних норм України

Ділянки підлоги на шляхах руху МГН на відстані 0,4 м перед дверними прорізами і входами на сходи і пандуси, а також перед поворотом комунікаційних шляхів повинні мати попереджувальну рифлену і (або) контрастно забарвлену поверхню, або світлові маячки.

Для підйому пацієнтів використовуються ліфти в середині будівлі.

3.1.7. ЗАХОДИ, ЩО ДО ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ НАСЕЛЕННЯ

Виконання заходів цивільного захисту забезпечується такими рішеннями:

1. Захист працюючих, зменшення матеріальних втрат та шкідливого впливу на довкілля здійснюється відповідно до плану реагування на надзвичайні ситуації шляхом:

- дотримання техногенної безпеки, протиепідемічного режиму; забезпечення відповідно до законодавства працівників засобами колективного та індивідуального захисту;

- своєчасного оповіщення працівників про загрозу або виникнення надзвичайних ситуацій;

- організації та здійснення під час виникнення надзвичайних ситуацій евакуаційних заходів щодо працівників та майна.

2. Організацію навчання працівників діям у надзвичайних ситуаціях необхідно здійснювати відповідно до Постанови КМУ від 26 червня 2013 р. № 444. „Про затвердження Порядку здійснення навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях”.

При прийнятті на роботу особа за місцем роботи повинна пройти інструктаж з питань цивільного захисту, пожежної безпеки та дій у надзвичайних ситуаціях.

Для отримання працівниками відомостей про конкретні дії у надзвичайних ситуаціях обладнується інформаційно-довідковий куточок з питань цивільного захисту.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		47

3. Практичну підготовку працівників до дій у надзвичайних ситуаціях необхідно здійснювати шляхом проведення спеціальних об'єктових навчань, тренувань відповідно до вимог наказу Міністерства внутрішніх справ України від 11 вересня 2014 року N 934 „Про затвердження Порядку організації та проведення спеціальних об'єктових навчань і тренувань з питань цивільного захисту».

3.1.8. РОЗДІЛ НАДІЙНІСТЬ І БЕЗПЕКА

Надійність будівельного об'єкта, є його:

- відповідність призначенню й здатність зберігати необхідні експлуатаційні якості протягом встановленого терміну експлуатації. Проектом передбачені основні критерії надійності:

- гарантія безпеки для здоров'я і життя людей, майна та довкілля;

- збереження цілісності об'єкта та його основних частин і виконання інших вимог, які гарантують можливість використання об'єкта за призначенням і нормального функціонування технологічного процесу, включаючи вимоги до жорсткості будівельних конструкцій і основ, тепло- і звукоізоляційних властивостей огорожень, їх герметичності, акустичних характеристик тощо;

- забезпечення можливості розвитку об'єкта (наприклад, добудови без підсилення наявних конструкцій або збільшення обсягів виробництва для промислової будівлі) та його пристосування до технічних, економічних або соціальних умов, що змінюються;

- створення необхідного рівня зручностей і комфорту для користувачів та експлуатаційного персоналу, включаючи вимоги до кліматичного режиму в приміщеннях (повітрообмін, температура, вологість, рівень освітленості тощо), а також доступність для оглядів і ремонтів, можливість заміни і модернізації окремих елементів тощо;

- обмеження ступеня ризику шляхом виконання вимог до вогнестійкості, безвідмовності роботи захисних пристроїв, надійності.

Конструктивні та інженерні рішення відповідають наступним вимогам:

- сприймають без руйнувань і недопустимих деформацій впливи, що виникають під час їх зведення і протягом встановленого терміну експлуатації;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		48

- мають достатню роботоздатність в умовах нормальної експлуатації протягом усього встановленого терміну експлуатації, а саме: їх експлуатаційні параметри (переміщення, вібрації тощо) із заданою імовірністю не повинні виходити за встановлені нормативною або проектною документацією межі, а їх довговічність повинна бути такою, щоб погіршення властивостей матеріалів і конструкцій внаслідок гниття, корозії, стирання та інших форм фізичного зношування не призводило до недопустимо високої ймовірності відмови;

- мають достатню живучість по відношенню до локальних руйнувань і передбачених нормами аварійних впливів (пожеж, вибухів, наїздів транспортних засобів тощо), виключаючи при цьому явища прогресуючого руйнування, коли загальні пошкодження виявляються значно більшими ніж первісне збурення, що їх викликало.

Термін експлуатації будівлі згідно таблиці 2 ДБН В.1.2-14:2018 складає 100 років.

Для запобігання небезпеки проектом рекомендується передбачити наступні заходи:

- встановлення санітарно-захисної зони і зони спостереження навколо об'єкта, забезпечення протипожежних розривів тощо;

- розроблення проекту на підставі уточнених даних про можливість виникнення і характер проявлення катастрофічних впливів;

- використання спеціальних систем безпеки;

- забезпечення потрібної якості матеріалів, конструкцій, виробів і якості проведення робіт шляхом організації вхідного, поопераційного і приймального контролю;

- експлуатація об'єкта у відповідності з експлуатаційною документацією, яка спеціально розробляється у складі проекту;

- підтримання у належному стані важливих для безпеки об'єкта елементів, пристроїв і систем шляхом проведення необхідних профілактичних робіт;

- своєчасне діагностування, оцінювання технічного стану і вжиття необхідних заходів, щодо усунення виявлених дефектів і пошкоджень;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		49

- заходи із запобігання можливим причинам аварій, а при виникненні аварій – локалізації шкідливих наслідків;

- підготовка і реалізація (за необхідності) планів аварійних заходів на об'єкті і за його межами, в тому числі і за участю населення;

- забезпечення необхідного рівня підготовки персоналу.

Згідно ДБН В.1.2-14:2018 – залежно від наслідків, які можуть бути викликані відмовою, розрізняють три категорії відповідальності конструкцій та їх елементів:

А – конструкції та елементи, відмова яких може призвести до повної непридатності будівлі (споруди) до експлуатації або значної її частини.

Б - конструкції та елементи, відмова яких може призвести до ускладнення нормальної експлуатації будівлі (споруди) або до відмови інших конструкцій, які не належать до категорії А.

В – конструкції, відмови яких не призводять до порушення функціонування інших конструкцій або їх елементів.

Згідно п. 7.6.4 ДБН Коефіцієнт надійності за відповідальністю (коефіцієнт відповідальності) γ_n визначається залежно від класу наслідків (відповідальності) об'єкта і типу розрахункової ситуації згідно з таблицею 5. У розрахунках, де не використовується розрахункове значення навантаження

F_d (наприклад, при оцінці даних випробувань), коефіцієнт відповідальності приймається за одиницю.

Таблиця 3.2.

Клас наслідків (відповідальності)	Категорія відповідальності конструкції	Значення γ_n , які використовуються в розрахункових				
		усталених		перехідних		аварійних
		Перша група граничних станів	Друга група граничних станів	Перша група граничних станів	Друга група граничних станів	Перша група граничних станів
СС 3	А	1,250		1,050		
	Б	1,200		1,000		

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			50

	В	1,150	1,000	0,950	0,975	1,050
СС 2	А	1,100	0,975	0,975	0,950	0,975
	Б	1,050		0,950		
	В	1,000		0,925		
СС 1	А	1,000	0,950	0,950	0,925	0,950
	Б	0,975		0,925		
	В	0,950		0,900		

Примітка 1. Якщо у нормах проектування певних типів будівель або споруд не наведено конкретних рекомендацій щодо розподілу конструкцій за категоріями відповідальності відповідно класів наслідків (відповідальності), дозволяється їх відносити до категорії Б.

Примітка 2. Для тимчасових будівель і споруд із встановленим терміном експлуатації до трьох років значення приймаються як для об'єктів класу 4В незалежно від класу наслідків (відповідальності) конструкції.

Для конструкцій масового застосування встановлюється, як правило, одне значення коефіцієнта γ_n , з яким ця конструкція повинна використовуватися незалежно від класу наслідків (відповідальності) об'єкта, де вона фактично застосована.

Коефіцієнт надійності за відповідальністю (коефіцієнт відповідальності)

Таблиця 3.3.

Клас наслідків відповідальності	Категорія відповідальності конструкції	Значення γ_n , які використовуються в розрахункових ситуаціях	
		усталених	
		Перша група граничних станів	Друга група граничних станів
СС 2	А	1,100	0,975
	Б	1,050	
	В	1,000	

Надійність, у тому числі довговічність і живучість, забезпечуються одночасним виконанням вимог, які висуваються до вибору матеріалів, конструктивних і об'ємно-

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			51

планувальних рішень, а також дотримання правил технічної експлуатації, нагляду і догляду за конструкціями, що зазначено в архітектурно-будівельних рішеннях.

Забезпечення живучості основних несучих елементів каркасу (категорія А) відбувається за рахунок просторової роботи каркасу з включенням до роботи в'язей покрівлі, фахверку зі стінами. Велике значення для живучості конструкції у продовж строку експлуатації має стан антикорозійного захисту, своєчасне відновлювання лакофарбового покриття та догляд за підсиленням конструкцій, які отримали дефекти під час експлуатації.

3.1.9. ЕНЕРГОЕФЕКТИВНІСТЬ

Покращення теплотехнічних характеристик огорожувальних конструкцій виробничих будівель, крім економії паливно-енергетичних ресурсів при їх експлуатації, сприяє поліпшенню формування мікроклімату приміщень і підвищенню продуктивності виробничих процесів. Для досягнення ефективності стіни та покрівля комплексу виконуються з сучасних матеріалів з використанням ефективних теплоізоляційних матеріалів, термін ефективної експлуатації яких складає не менше ніж 25 років. Проміжки у місцях прилягання коробок вікон і балконних дверей до конструкцій зовнішніх стін заповнити синтетичними матеріалами, що спінюються. Усі стулки вікон укомплектувати ущільнювальними прокладками (не менше двох), виконаними з морозостійких матеріалів.

З метою зменшення витрат енергоресурсів по опаленню, вентиляції та теплопостачанню проектом передбачається:

- автоматичне регулювання температури припливного повітря;
- застосування змішувальних вузлів з циркуляційними насосами в системі теплопостачання калориферів припливних систем вентиляції;
- регулювання температури повітря в приміщеннях системою опалення за допомогою термостатичних вентилів, що розміщені на опалювальних приладах;
- В-лаштування автоматичного регулювання потужності системи опалення залежно від температури зовнішнього повітря ;
- влаштування ефективної теплоізоляції трубопроводів систем опалення та теплопостачання.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		52

Системи припливної вентиляції оснащені утепленими вентиляційними жалюзійними клапанами з підпружиненими сервоприводами, які не дозволяють проникненню в повітроводи холодних потоків повітря в неробочий час.

У частині енергозбереження електротехнічних рішень проектом передбачені:

- Раціональне управління освітленням, тобто установка в усіх робочих кімнатах декількох вимикачів для можливості порядного включення в залежності від ступеня освітленості;

- Застосування освітлювальних приладів з енергоекономічних джерелами світла (люмінесцентними і світлодіодними лампами).

- Вибір кабельно-провідникової продукції з параметрами, що зводять до мінімуму втрати електричної енергії в кабельних лініях.

3.1.10. ОХОРОНА ПРАЦІ ТА ТЕХНІКА БЕЗПЕКИ

Заходи щодо забезпечення безпеки в медичних закладах

Проектування медичних закладів, визначення складу приміщень і їх площі мають прийматись відповідно до вимог паспортних даних обладнання, яка має бути встановлене відповідно медичного завдання даної споруди та з урахуванням вимог охорони праці і пожежної безпеки.

Медичне обладнання та устаткування закордонного виробництва, повинні бути допущені в експлуатацію лише за умови відповідності їх до нормативних актів про охорону праці, пожежну безпеку та охорону навколишнього природного середовища, які діють в Україні.

Передбачене проектом медичне обладнання та устаткування повинні мати сертифікати, що засвідчують безпеку їх використання, видані у встановленому порядку.

Вносити зміни в конструкцію устаткування та в технічні параметри, наведені в паспорті, без узгодження з заводом-виробником, спеціалістами з охорони праці медичного закладу, а по устаткуванню з підвищеною небезпекою також з органами Держпраці, не дозволяється.

Після введення в експлуатацію медичного корпусу невідкладних станів адміністрація лікарні має організувати нагляд за технічним станом і експлуатацією

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		53

будівлі відповідно до Інструкції з технічної експлуатації і ремонту будівель і приміщень медичної галузі.

Адміністрація лікарні зобов'язана:

- створити на робочих місцях медичного персоналу умови праці відповідно до вимог нормативних актів, а також забезпечити додержання прав працівників, гарантованих законодавством про охорону праці;

- розробити на нове медичне обладнання відповідно до інструкцій по експлуатації та затвердити, інструкції з охорони праці, а також встановити правила виконання робіт і поведінки медичних працівників;

- здійснювати постійний контроль за медичним персоналом під час застосування медичного обладнання і використанням при цьому засобів колективного та індивідуального захисту, виконанням робіт у відповідності до вимог щодо охорони праці.

Характеристика умов праці працівників медичних закладів

Умови праці — це сукупність взаємопов'язаних виробничих, санітарно-гігієнічних, психофізіологічних, соціальних та естетичних чинників конкретної роботи, зумовлених рівнем розвитку продуктивних сил суспільства, які визначають стан виробничого середовища та впливають на здоров'я і працездатність людини. Отже, виконання будь-якої роботи на території медичного закладу із застосуванням обладнання в інтересах закладу має проводитись згідно з вимогами статті 13 Закону України "Про охорону праці".

Під час експлуатації медичного обладнання і техніки персонал і пацієнти можуть піддаватися небезпечним і шкідливим впливам, які за своєю природою дії поділяються на такі групи:

- ураження електричним струмом;
- механічні пошкодження;
- іонізуюче випромінювання;
- електромагнітне випромінювання;
- інфрачервоне випромінювання;
- ультрафіолетове випромінювання;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		54

знань, пройти медичний огляд і бути придатним до виконання такої роботи. Працівники проходять вступний, первинний та через кожні 3 місяці повторний інструктаж. Не допускається до роботи з електрообладнанням персонал віком до 18 років.

На кожному робочому місці має бути інструкція з безпечної роботи, а також заходи з надання медичної допомоги при ураженні електрострумом.

Перед включенням електроприладу необхідно візуально перевірити електрошнур на наявність механічних порушень. Забороняється працювати з електроприладами вологими руками, залишати електроприлад без нагляду тривалий час. Після роботи потрібно перевірити, чи всі електроприлади вимкнені. У разі виявлення або виникнення несправності в електроприладі слід негайно викликати електрика, що обслуговує прилад. Категорично заборонено виконувати будь-які ремонтні роботи самостійно. Не допускати використання подовжувачів та перехідників, тому в приміщеннях необхідно передбачити достатню кількість штепсельних розеток в відповідних місцях.

Механічні пошкодження.

Механічні пошкодження виникають в наслідок падіння при пересуванні по слизькій поверхні, внаслідок падіння з висоти, в наслідок удару предметами, які розлітаються, в наслідок здавлювання предметами, що обвалюються, в наслідок падіння медичної техніки або обладнання та інш. Щоб правильно надати невідкладну допомогу при виникненні механічних травм, потрібно розуміти, які види травм існують. Закриті види травм м'яких тканин опорно-рухового апарату:

- розтягування;
- удари;
- розриви;
- вивихи;
- синдром тривалого здавлювання.

Закриті травми внутрішніх органів:

- удари;
- струсу;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		56

- здавлювання;
- розриви.

Іонізуюче випромінювання

Іонізуюче випромінювання, або іонізуюча радіація — потоки електромагнітних хвиль або частинок речовини, що здатні при взаємодії з речовиною утворювати в ній іони. До іонізаційного випромінювання відносять альфа-, бета-, гамма-промені, рентгенівське випромінювання, а також інші високоенергетичні заряджені частинки на кшталт протонів та іонів, отриманих у прискорювачах.

Серед фізичних факторів, які можуть істотно вплинути на стан здоров'я медичного персоналу, одне з перших місць посідає іонізуюче випромінювання. В Україні десятки тисяч медичних працівників професійно пов'язані з впливом цього чинника. У діагностичних і лікувальних маніпуляціях під контролем рентгенівського випромінювання поряд з рентгенологами беруть участь хірурги, анестезіологи, травматологи, реаніматологи та середній медичний персонал. Рівні опромінення на робочих місцях цих фахівців, а також дози рентгенівського випромінювання, які вони отримують, в окремих випадках перевищують дози, одержувані рентгенологами і лаборантами.

Електромагнітне випромінювання. Інфрачервоне випромінювання.

Ультрафіолетове випромінювання. Ультразвукове випромінювання.

Фізіотерапевтичні медичні апарати – це пристрої, які являються штучними джерелами випромінювання.

Сучасні апарати для фізіотерапії є джерелами електричного струму та електромагнітних полів, які за необережного та невмілого їх використання можуть викликати пошкодження тканин організму і небажані зміни здоров'я пацієнтів та обслуговуючого персоналу.

Недбале відношення до дотримання правил експлуатації фізіотерапевтичних приладів може призвести до ураження організму фізичними та хімічними шкідливими чинниками і виникнення електротравм, відморожень, опіків, баротравм, отруєнь хімічними речовинами (сірководень), опромінення радіоактивними речовинами (радон). Для проведення фізіотерапевтичних процедур

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			57

(електролікування, ультразвукове лікування, магніто-, аерозоль та електроаерозольтерапія, тепло- і водолікування тощо) у відділеннях та кабінетах даного призначення зосереджують значну кількість різноманітної електромедичної апаратури і, в першу чергу, електронного, газового, електричного, водяного та іншого обладнання, балонів зі стислими газами, приладів, які працюють під тиском.

Таке забезпечення і наявність різних видів органічних і неорганічних речовин у процесі експлуатації відділень та кабінетів фізіотерапії створюють передумови передбачуваного впливу на персонал шкідливих виробничих чинників, що вимагає створення безпечних та найбільш сприятливих умов для медичного персоналу та пацієнтів через неухильне дотримання правил техніки безпеки під час роботи.

Шкідливими фізичними чинниками є: підвищення температури в робочій зоні, підвищений рівень шуму та вібрації, зростання вологості та йонізації повітря, збільшення напруги магнітного та електричного полів, зміна рівня ультрафіолетового, інфрачервоного та зовнішнього гамма-випромінювання. З метою уникнення статичних електричних зарядів підлога повинна бути дерев'яною або вкритою лінолеумом. Стіни приміщень потрібно фарбувати олійною фарбою світлих тонів на висоті до 2 м, інші частини стін та стелі — водоемульсійною фарбою. Заборонено облицьовувати стіни керамічною плиткою.

Приміщення має бути обладнане сушильно-втяжною шафою, раковиною з двома відділеннями та поворотним краном з подачею холодної та гарячої води, трьома електрокип'ятильниками, медичною шафою, робочим столом та пральною машиною, груповим щитом із пускачем, який має позначення положення "ввк.—вимк." із вмонтованим сітковим вольтметром для перемикання фаз.

Лазерне випромінювання

Дія лазерів на організм залежить від параметрів випромінювання (потужності) і енергії опромінення на одиницю поверхні, довжини хвилі, тривалості імпульсу, частоти імпульсів, часу опромінення, площини поверхні, що опромінюється, локалізації впливу і анатомо-фізіологічних особливостей об'єкта, що опромінюється.

Залежно від специфіки технологічного процесу робота з лазерним обладнанням може супроводжуватися дією на персонал головним чином відбитого і розсіяного випромінювання.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		58

Потужний потік лазерної енергії, що потрапляє на біологічні тканини, може спричинити серйозні ураження. Лазерне випромінювання впливає на живий організм шляхом теплової механічної та електричної дії. Опромінення лазерними променями може викликати функціональні порушення у діяльності ЦНС, серцево-судинної системи, ендокринних залоз. Опромінення може призвести до згортання або розпаду крові, пошкодження очей, шкіри, спричинити генетичні зміни, головний біль, розлади сну, слабкість і т. ін.

Біологічна дія лазерного випромінювання виникає внаслідок поглинання організмом його енергії, що спричиняє тепловий ефект. Термічний ефект лазерного випромінювання залежить від фізичної характеристики променів спектральної характеристики відкритих ділянок шкіри, стану кровообігу і т. ін.

Здатність організму поглинати енергію залежить від характеру тканин. Жирова тканина організму взагалі не поглинає енергію. Тепловіддача внутрішніх частин тіла дуже незначна, що спричиняє локальне нагрівання а також концентрацію поглинутої енергії в невеликому об'ємі. Цим пояснюється ураження головного мозку, внутрішніх органів і т. ін.

Під дією лазерного опромінення рідина, що оточує біологічні структури, миттєво випаровується, призводячи до різкого підвищення тиску, виникнення, внаслідок цього, ударної хвилі та механічної травми. Відбувається не тільки опік, але й розрив тканин, що становить велику небезпеку для зорового аналізатора.

Найбільшу частину лазерного випромінювання сприймає шкіряний покрив, що являє собою природний екран для захисту внутрішніх органів. Унаслідок опромінення виникають опіки і набряки шкіри різних ступенів - від почервоніння до некрозу (омертвіння шкіри). Глибина проникнення променів залежить від пігментації шкіри. Чим шкіра темніша тим меншою є глибина проникнення променів.

Небезпека вибуху і пожежі.

Лабораторні та операційні приміщення, приміщення для лікувальних барокамер та зберігання рентгенівських плівок і інші відносяться до вибухо- і пожежонебезпечних приміщень робота персоналу в яких повинна відповідати вимогам пожежної та вибухобезпеки. Також можливі вибухи при застосуванні

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		59

медичного кисню під час стикання його з забрудненим мастилом одягом, руками, а також кремами на обличчі та помадою.

Хімічні впливи.

Хімічні речовини посідають одне з перших місць серед факторів, які можуть істотно негативно вплинути на стан здоров'я медичного персоналу. До них належать дезінфікуючі засоби, антисептики, детергенти, окисники, медикаментозні препарати.

Причини такого впливу криються у недотриманні основних правил безпеки медичного персоналу, недостатньому вивченню інструкцій із їх застосування та неналежному використанню захисного одягу. Тривалий професійний контакт з різними лікарськими речовинами, мийними і дезінфікуючими засобами, частіше за все з антибіотиками та цитостатиками, може призвести до певних захворювань.

Біологічні впливи.

До біологічних чинників впливу на медичний персонал належать: мікроорганізми; віруси; найпростіші; гриби; гельмінти; паразити.

Біологічні чинники професійної шкідливості у медичного персоналу різного профілю хоч і менш різноманітні, зате вагоміші і значущі, оскільки їх дія настає значно швидше і більш виражена.

Заходи щодо захисту медичного персоналу від травмувань та профзахворювань.

У приміщеннях в яких експлуатується електромедична апаратура та обладнання радіатори і металеві труби опалення водопровідної каналізаційної і газової систем повинні бути закриті дерев'яними ґратами а підлоги повинні бути неструмопровідними.

Для захисту від ураження електричним струмом всі доступні для дотику металеві частини електромедичної апаратури класу I повинні бути занулені при живленні від мережі з глухозаземленою нейтраллю / або з'єднані пристроєм захисного заземлення перед подачею на апаратуру електроживлення при живленні їх мережі з ізолюваною нейтраллю.

Медичному персоналу забороняється використовувати електричне обладнання не ознайомившись попередньо з принципом його роботи і небезпеками які можуть виникнути при експлуатації.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		60

В процесі експлуатації медичної техніки і обладнання повинна бути виключена можливість їх падіння /перекидання/ медичний персонал повинен періодично перевіряти надійність кріплення вузлів і деталей медичної техніки та обладнання, функціонування захисних пристроїв, контролювати періодичність технічного обслуговування медтехніки і при необхідності консультуватися у інженерно-технічних працівників про те як забезпечити достатній рівень безпеки.

Огороджувальні конструкції процедурних рентгенодіагностичних кабінетів, комп'ютерної томографії і рентгеноопераційних повинні мати стаціонарний захист (захисні екрани) від іонізуючого випромінювання. Розрахунок захисту необхідно виконувати у відповідності з діючими нормами.

Не допускати перевищення допустимої величини поля ультрависокої і надвисокої частоти інтенсивність якої систематично впливає на обслуговуючий персонал викликаючи порушення функціонального стану нервової і серцево-судинної системи людини.

Не допускати безпосереднього контакту рук медичного персоналу з середовищем в якому порушено ультразвукові коливання.

При проведенні ультразвукових процедур персонал зобов'язаний працювати в рукавичках з бавовняної тканини.

Медичному персоналу забороняється при включеному апараті торкатися робочої частини ультразвукового випромінювача.

Повинні бути розроблені заходи безпеки при роботі з біологічними об'єктами для забезпечення попередження виникнення у працюючих захворювань стану носія інтоксикації викликаних патогенними мікроорганізмами і мікроорганізмами а також культурами клітин до тканин.

З метою забезпечення пожежної безпеки в приміщеннях медичного закладу забороняється спільне зберігання легкозаймистих вогне- та вибухонебезпечних речовин з кислотами і лугами.

Відпрацьовані горючі рідини збирають в спеціальну тару, яка герметично закривається і передають для регенерації або знищення. Спуск їх в каналізацію забороняється.

У приміщеннях забороняється:

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		61

а) залишати без нагляду запалені пальники та інші нагрівальні прилади поміщати поблизу пальників вату, марлю, спирт до інші легкозаймисті речовини;

б) прибирати пролиті вогнебезпечні рідини при запалених пальниках і включених електронагрівальних приладах;

в) запалювати вогонь і включати електрообладнання якщо в лабораторії пахне газом;

г) наливати спирт в палаючий спиртовий пальник, користування спиртівкою без металевої трубки і шайби для гніту;

д) курити;

е) сушити що-небудь на опалювальних приладах.

Забезпечення пожежної безпеки в медичних закладах є одним із важливих напрямків їх ефективної діяльності. Дотримання основних вимог пожежної безпеки сприяє збереженню життя та здоров'я медичних працівників, пацієнтів, а також матеріальних цінностей.

Вимоги до освітлення приміщень.

В збереженні здоров'я і роботоздатності медичного персоналу, а також пацієнтів важливу роль грає світло. Освітлення виробничих приміщень влаштовується в відповідності з вимогами ДБН В.2.5-28 – 2006 «Природне і штучне освітлення» в залежності від: характеристики зорової роботи (найменшого розміру об'єкта розрізнення, світлості фону, величини контрасту об'єкту з фоном); розряду і підрозряду зорової роботи; виду і системи освітлення (для штучного освітлення).

Суттєву роль в зниженні виробничого травматизму медичних працівників та лікуванні пацієнтів грає правильно влаштоване освітлення. На медичному закладі невідкладних станів, який проектується в світлий час доби буде використовуватись природне бокове освітлення, яке характеризується коефіцієнтом освітленості K_0 (відношення площі вікон до площі підлоги), який зависить від найменшого приміщення. Так, для коридорів $K_0=1:12$, для цеху $K_0=1:10$ або $1:6$.

При недостатньому природному освітленні в приміщеннях операційних і в темну пору доби передбачено застосування штучного освітлення, створюваного люмінесцентними лампами. Для люмінесцентних ламп застосовуються багатолампові світильники, які забезпечують необхідний напрямок світлового

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		62

поток на робочу поверхню, захист органів зору від засліплюючої дії ламп, їх обертання від забруднення, механічних ушкоджень і несприятливого впливу зовнішнього середовища.

Проектом передбачено використання світильників с люмінесцентними лампами типу ПВЛМ і ЛСП02 з двома лампами, потужністю по 40 Вт, а також світильники типу ЛСП18 з однією лампою, потужністю по 40 Вт. В приміщеннях операційних передбачені хірургічні операційні безтіньові світильники L-751-II та світильники 5-ти рефлекторні стельові L-735-II. В споруді невідкладних станів передбачається аварійне освітлення в проходах, коридорах, на сходах, та в операційних.

Вібрація, шум и заходи боротьби з їх впливом

В проектуємих приміщеннях споруди невідкладних станів можливий вплив на медичних працівників фізичних виробничих факторів – шуму і вібрації, що утворюються під час роботи медичного обладнання. Шум на робочому місці вважається допустимим, якщо виміряні рівні звукового тиску не перевищують гранично допустимих значень.

Допустимі рівні еквівалентного шуму в виробничих приміщеннях згідно з вимогами ДСН 3.3.6.039-99 не повинні перевищувати 80 дБ, а допустимі рівні вібрації повинні відповідати вимогам ДСТУ 12.1.012:2008.

Впровадження в медицину нового потужного в енергетичному плані обладнання часто призводить до істотного зростання рівнів шуму. В проектуємії споруді невідкладних станів перевищення допустимих значень вібрації і шуму не спостерігається.

Наявність санітарно-побутових приміщень. Медобслуговування.

Проектом передбачено наступні санітарно-побутові приміщення:

- гардеробні з умивальниками і душовими;
- приміщення для прийому їжі й відпочинку;

Санітарно-побутові приміщення відповідають мінімально-допустимим площам і розраховані на штатну чисельність працюючих в закладі невідкладних станів.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		63

3.2. ГЕНЕРАЛЬНИЙ ПЛАН

Загальні відомості.

Проектом реконструкції будівлі передбачається :

- реконструкція існуючого корпусу з утепленням та ремонтом даху;
- добудову нового корпусу з влаштування ліфтів та пандусу з врахуванням потреб МГН;
- благоустрій ділянки, під'їзд та підхід.

Земельна ділянка, на якій передбачається реконструкція знаходиться в центральній частині м. Полтави.

Площа земельної ділянки складає 0.3127 га. Цільове призначення земельної ділянки - для будівництва та обслуговування будівель закладів охорони здоров'я та соціальної допомоги для експлуатації та обслуговування будівлі лікарні.

Характеристика існуючого стану земельної ділянки:

На ділянці розташовані : будівля педіатричного відділення Комунального підприємства "Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня Полтавської обласної ради", зелені насадження, інженерні комунікації водопроводу, каналізації, електропостачання, газопостачання, теплопостачання, проїзд, майданчики та відмостка з асфальтобетону, ділянка огорожена металевою сітчастою огорожею.

Генеральний план, організація рельєфу, благоустрій та озеленення.

Генеральний план розроблено згідно завдання замовника на проектування і у відповідності з технологічними, протипожежними і санітарними нормами та вимогами по виконанню умов для нормального функціонування лікарні. Система проїздів, що проектується, ув'язана з існуючими проїздами та забезпечує під'їзд пожежних машин та машин швидкої допомоги.

При проектуванні враховані такі положення:

- забезпечення підходу та під'їзду до запроєктованої будівлі;
- ув'язування з існуючим рельєфом;
- влаштування нормального водовідводу від будівлі.

При розробці проекту була використана топографічна підоснова масштабу 1:500. За позначку 0.000 прийнято абсолютну позначку 157,30 - позначка чистої

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		64

підлоги першого поверху. Родючий шар ґрунту відсутній, зняття родючого шару не передбачається.

Організація рельєфу ділянки – існуюча, вирішена з урахуванням висотної прив'язки навколишніх будівель та споруд і забезпечення безперешкодного відводу дощових вод від майданчиків. Рішення організації рельєфу передбачають безперешкодний стік дощових і поталих вод з ділянки на прилеглу територію (вимощення, проїзну частину, газони). Відмітки на планах дані по верху покриття. Підготовка майданчика вирішена в комплексі з прилеглою територією і вирішує оптимальну висотну посадку споруди.

Благоустроєм території передбачене улаштування проїздів, вимощення та тротуарів із асфальтобетону, улаштування газонів, встановлення урни для сміття, посадка дерев на заміну викорчуванням.

Для підтримки санітарного стану території передбачається очищення від твердих відходів і знезаражування їх поза межами населеного пункту. Для збору твердих відходів передбачено використання існуючих герметичних контейнерів біля території лікарні.

Система очищення прийнята вивізна. Тверді відходи і сміття вивозяться автомашинами на полігони відходів у відповідності до договорів.

Інженерний захист території.

Територія має нормальний водовідвід, який зберігається проектом. Забудова не створює умов, які б викликали необхідність виконання спеціальних заходів по захисту території від підтоплення. Проектом передбачається відведення поверхневих вод із скиданням у мережу дощової каналізації.

Основні показники по генплану.

Площа земельної ділянки	- 3127,00 м ²
Площа забудови	- 867,9 м ²
Площа твердого покриття	- 1326,0 м ²
Площа озеленення:	- 933,1 м ²

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		65

3.3. АРХІТЕКТУРНО-БУДІВЕЛЬНА ЧАСТИНА

Будівля дитячої лікарні розташована в центральній частині м. Полтава Будівля двоповерхова прямокутної конфігурації у плані. Рік забудови - 1960. Після реконструкції з добудовою будівля матиме Т-подібну конфігурацію у плані.

Несучими елементами є поперечні несучі стіни, конструктивна схема – жорстка стінового типу.

Фундаменти - стрічкові залізобетонні.

Стіни – керамічна цегла.

Колони та балки – монолітні залізобетонні

Плити перекриття – збірні залізобетонні.

Крівля – шатрова з дерев'яними кроквами.

Основні техніко-економічні показники будівлі:

Таблиця 3.4.

№п\п	найменування	од.вим.	кількість	прим.
1	Загальна площа	м ²	1272,1	
	в т.ч. площа добудови	м ²	287,7	
2	Корисна площа	м ²	1227,7	
3	Будівельний об'єм	м ³	6048,8	
	в т.ч. будівельний об'єм добудови	м ³	1592,8	
4	Кількість поверхів:	поверх	2	

Реконструкцією будівлі передбачається перепланування існуючих приміщень дитячої лікарні та добудова реабілітаційного корпусу. Також проектом передбачено нове опорядження стелі та стін, заміна вікон та дверей на нові сучасні, заміна підлоги на сучасні матеріали, встановлення додаткових санвузлів та душових сіток розрахункової кількості, ремонт сходової клітини. Заходи щодо інклюзивності будівлі передбачають безпороговий доступ, можливість безперешкодного

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		66

пересування всередині будівлі, влаштування санвузлів, душових кабін, ліфтів, поручнів, тощо.

Демонтажні роботи

В процесі реконструкції необхідно демонтувати частину перегородок. Виконати демонтаж існуючих вікон та дверей. Влаштувати нові отвори в стінах та перегородках. З існуючих стін збити існуюче штукатурення, демонтувати існуючу підвісну стелю. Демонтувати існуючий шар чистової підлоги в приміщеннях з оздобленням керамічною плиткою та лінолеумом. Виконати уточнюючі обміри віконних та дверних отворів.

Ремонтні роботи.

Палатний корпус (реконструкція існуючої лікарні):

- палата на 4 ліжка (2 ліжка для дітей+2 ліжка для матерів);
- 10 палат на 2 ліжка (дитина+мати) ;
- ізолятор (дитина+мати) ;
- кабінет завідуючого;
- ординаторська;
- їдальня для пацієнтів та персоналу з підсобними приміщеннями;
- кімната сестри-господині;
- кімната завгоспу;
- кімната персоналу з роздягальною та душовою;
- матеріальна та інвентарна кімнати для зберігання розхідних матеріалів та обладнання;
- кімната прибирального інвентарю;
- санкімната;
- щитова та тепловий вузол;
- приміщення для ерготерапії та водних бігових доріжок;
- приміщення для симуляції облаштування жилого приміщення та кухні;
- кабінет психолога;
- вбиральні ;
- хол з розміщенням посту чергової сестри та тренажерів;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		67

- додаткові санітарно-побутові приміщення відповідно до нормативних документів.

Реабілітаційний корпус (добудова):

- вестибюль з реєстратурою, ліфтовим холлом та роздягальною для пацієнтів;
- оглядова;
- клас для інклюзивного навчання ;
- кабінет для логотерапевта;
- приміщення для пропріорецептивної корекції;
- зала для кінетотерапії;
- хол.

Встановити нові вікна. Вікна – металопластикові, двокамерні.

Стіни оглянути, в місцях виникнення плісняви обробити відповідні ділянки протигрибковим засобом типу СТ-99 Ceresit.

Нові стіни – цегляні товщиною 380 мм з повнотілої цегли М100 на розчині М75.

Оштукатурити та виконати оздоблення згідно характеристики приміщень. В приміщеннях з вологими процесами – керамічна плитка. В інших – пофарбування вододисперсними фарбами для приміщень з високим експлуатаційним навантаженням. В коридорах на стінах виконати захисні відбійники типу АРФЕН, у палатах та кабінетах панелі з МДФ.

Стеля – у коридорах підвісна типу Армстронг в інших приміщеннях гіпсокартон по металевому каркасу, в вологих приміщеннях – безшовний пластик по металевому каркасу.

Відновити підлогу. Виконати підлогу з лінолеуму. При виконанні підлоги врахувати вимоги щодо МНГ та інформаційно-комунікаційну складову. В приміщеннях з вологими процесами виконати підлогу з керамічної плитки.

Встановити нові двері. Зовнішні головні – з алюмінієвого профілю, що відповідають ДБН В.2.6-31:2021 «Теплова ізоляція будівель», другорядні – металеві утеплені. Внутрішні – алюмінієві та металопластикові. В технічних приміщеннях та кладових – металеві протипожежні.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		68

Усі матеріали, що використовуються повинні відповідати призначенню приміщень та мати сертифікати відповідності санітарним та пожежним нормам.

Ступень вогнестійкості – II.

3.4. ТЕХНОЛОГІЧНІ РІШЕННЯ

Призначення та склад об'єкту

В результаті реконструкції планується розміщення на першому та другому поверхах будівлі центру комплексної реабілітації для дітей та осіб з ураженнями центральної нервової системи, основним критерієм є реабілітація хворих на ДЦП.

Проектом передбачається функціональний поділ приміщень для облаштування відділення "Матері та дитини" цілодобового перебування для дітей з інвалідністю, які потребують постійного стороннього нагляду.

Центр призначений для здійснення комплексних заходів з реабілітації дітей з інвалідністю.

Перелік базових реабілітаційних заходів призначається індивідуально залежно від потреб дитини та включає:

- консультації лікарів, заняття з профільними лікарями і спеціалістами з реабілітації (лікар-невролог дитячий, логопед, лікар-психолог, лікар-педіатр, педагог соціальний, лікар-фізіотерапевт);
- реабілітаційні послуги (комплекс процедур), у тому числі фізичну терапію, лікувальну фізкультуру, масаж загальний, метод динамічної пропріоцептивної корекції, ерготерапію, кінезотерапію, логопедичну корекцію, психологічну корекцію, педагогічну корекцію, соціальну адаптацію тощо.

Загальна потужність реабілітаційного центру становить – 26 ліжок (додатково 2 ліжка ізолятора) за системою «дитина + мати».

На поверхах даного закладу відповідно розміщуються:

На 1-ому поверсі:

- Вестибюль з реєстратурою та гардеробом для відвідувачів.
- Оглядова
- Кабінет завідуючого
- Ізолятор

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		69

- Ордinatorська
- Кабінет психолога
- Приміщення ерготерапії
- Приміщення для занять на водній біговій доріжці
- Кімнати завгоспу та сестри-господарки
- Приміщення для тимчасового зберігання брудної білизни
- Кімната молодшого медперсоналу з роздягальною та душовою
- Роздягальня середнього медперсоналу з душовою
- Санвузли, кімната прибирального інвентарю
- Приміщення їдальні.

На 2-ому поверсі:

- 10 двомісних палат (мати+дитина), з них в трьох палатах передбачені вбиральня з душовою;

- Одна чотиримісна палата (2 дитини+2 матері)
- Клас для інклюзивного навчання
- Кабінет логотерапевта
- Приміщення пропріоцептивної корекції
- Зал кінезотерапії
- Хол з зоною для фізичної реабілітації
- Кухня для відновлення участі у інструментальній активності

повсякденного життя

- Кімната для симуляції облаштування житлового приміщення
- Санітарна кімната з ванною та душовою; санвузли для пацієнтів та персоналу.

Технологічний процес їдальні

Зал їдальні розрахований на 12 посадочних місць (звичайних та місць, що забезпечують доступність для осіб з інвалідністю). Пропускна спроможність обіднього залу їдальні запроектована з розрахунку забезпечення харчуванням пацієнтів в дві зміни.

В їдальні здійснюється приготування та реалізація відповідного асортименту страв: комплексних сніданків, обідів та вечерь.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		70

Їдальня працює на напівфабрикатах високого ступеню готовності та на готових привізних продуктах промислового виробництва. Технологічне обладнання їдальні прийнято на електричному живленні.

Для організації роботи їдальні запроєктовано необхідний мінімум допоміжних приміщень:

- кладова продуктів;
- приміщення кухні з роздавальною;
- мийна столового посуду;
- санвузол для персоналу.

Передбачено відокремлені входи для відвідувачів до кімнати прийому їжі та персоналу до виробничих приміщень, а також службовий вхід для завантаження продуктів.

Об'ємно-планувальні рішення приміщень їдальні передбачають поточність технологічних процесів, виключають зустрічні потоки сировини та готової продукції, використаного та чистого посуду. Розміри приміщень відповідають вимогам розміщення технологічного обладнання і організації робочих місць.

Виробнича програма їдальні медичного закладу визначена розрахунком і характеризується кількістю умовних страв, які реалізуються.

При розрахунку умовної кількості страв враховано:

- кількість пацієнтів становить – 26 люд. (13 матерів+13 дітей);
- умовна кількість працівників мед закладу, що можуть користуватися послугами їдальні, приймається – 15 люд.

Розрахункова добова кількість страв, що споживається пацієнтами становить:

$$U_{\text{доб.}} = U_1 + U_2 = 33 + 130 = 163 \text{ стр./добу};$$

де: $U_1 = 2,2 \text{ стр.} \times 15 = 33 \text{ стр./добу}$ (добова кількість умовних страв, що споживається персоналом);

$U_2 = 5 \text{ стр.} \times 26 = 130 \text{ стр./добу}$ (добова кількість страв, що споживається пацієнтами);

Розрахункова годинна продуктивність їдальні:

$$U_{\text{год.}} = (K \times U_{\text{доб.}}) / T = (1,5 \times 163) / 10 = 25 \text{ стр./год.},$$

де: T – час роботи підприємства;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		71

К – коефіцієнт годинної нерівномірності.

Організація технологічного процесу приготування страв в їдальні.

Завантаження продуктів до закладу харчування здійснюється через відокремлений службовий вхід.

Зберігання необхідного запасу продуктів передбачається в коморі в відповідності з їх фізичними властивостями.

Всі технологічні процеси відбуваються в приміщенні кухні, яка оснащена сучасним спеціалізованим технологічним обладнанням, що працює на електричному живленні.

В приміщенні кухні за допомогою перегородки та зонального розміщення обладнання виділені такі функціональні зони:

- Ділянка обробки напівфабрикатів.
- Ділянка для холодної обробки продуктів - приготування салатів, холодних закусок.
- Ділянка для гарячої обробки продуктів, де відбувається приготування гарячих перших та других страв.
- Ділянка для миття кухонного інвентарю та посуду, оснащена двосекційною мийкою і стелажем для зберігання кухонного посуду.

Миття столового посуду передбачається в приміщенні мийної, розміщеному в безпосередньому зв'язку з обіднім залом та роздавальною. Наявність дверей для доставки використаного посуду із обіднього залу до мийної та вікна для передачі чистого посуду до роздавальної забезпечують розділення потоків надходження брудного та чистого посуду. Зберігання чистого столового посуду здійснюється на стелажі в приміщенні мийної.

Видача готових страв споживачам передбачається через пересувний роздавальний прилавок.

Для забезпечення прибирання приміщень їдальні проектом передбачено: водорозбірний кран на висоті 500 мм від підлоги та шафа для зберігання дез. засобів і маркірованого прибирального інвентарю – у вбиральні для персоналу.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		72

В виробничому приміщенні їдальні запроектовано раковину для миття рук. Унітаз і раковини для миття рук персоналу харчоблоку рекомендується обладнувати педальними пусками і зливами.

Персонал повинен мати спецодяг, і допускається до роботи після проходження попередніх і періодичних медичних оглядів.

Санітарно-гігієнічні умови праці робітників.

В проєкті забезпечені необхідні умови для праці персоналу реабілітаційного центру в відповідності з нормативними вимогами:

- На кожному поверсі передбачені вбиральні для персоналу. Кількість санітарних приладів прийнята відповідно нормативних вимог в залежності від кількості людей, які користуються вбиральнями в найбільшу зміну і є достатньою.

- На 1-ому поверсі розміщуються:

- ординаторська для лікарів;

- кімната молодшого медперсоналу з гардеробом; передбачається розміщення шаф для переодягання персоналу їдальні;

- роздягальня для середнього медичного персоналу.

Приміщення обладнані двосекційними шафами, які вентилуються та зачиняються, з забезпеченням роздільного зберігання особистого (домашнього) і робочого (санітарного) одягу. В кімнаті персоналу виділені місця для приймання їжі та відпочинку. Суміжно з побутовими приміщеннями розміщуються душові.

- Кількість шаф у гардеробних для домашнього та робочого одягу медичного персоналу прийнято рівною 100% списочного складу персоналу.

- В кожному медичному кабінеті знаходиться шафа для домашнього та спец. одягу лікарів.

- Для забезпечення прибирання приміщень мед. закладу передбачено:

- на 1-ому поверсі закладу приміщення для прибирального інвентарю з шафами для зберігання дез. засобів та прибирального інвентарю роздільно за призначенням, а також розміщення піддону з водорозбірним краном;

- на 2-ому поверсі в санітарній кімнаті розміщено шафи для зберігання дез. засобів та прибирального інвентарю та водорозбірний кран.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		73

Зберігання побутового сміття та інших відходів до їх утилізації передбачено в контейнерах для сміття, встановлених комунальними службами міста на нормативній відстані від будівлі. Виробничі та побутові відходи утилізуються у загальному порядку - регулярно вивозяться відповідно існуючої схеми санітарного очищення даного населеного пункту.

Забезпечення доступності осіб з інвалідністю і інших маломобільних груп населення до об'єктів фізичного оточення реабілітаційного центру

Будівля центру облаштована входами з сходами, які обладнані поручнями і пандусами.

Пандуси відповідають вимогам ДБН – виконані у співвідношенні 1:12, шириною 1.2м, уздовж обох боків обладнані поручнями з плавню заокругленими закінченнями.

Ширина дверних і відкритих прорізів у стінах, а також із приміщень і коридорів у сходові клітини становлять 0,9 м, дверні прорізи мають пороги і перепади висот підлоги не більше 2.5 см.

Установа обладнана санвузлами, пристосованими для маломобільних груп населення.

Розміри кабін санвузлів для відвідувачів на кріслі-колясці мають ширину не менше 1,65 м, глибину – 1,8 м.

Двері кабін санвузлів для відвідувачів на кріслі-колясці відчиняються назовні. Усі елементи стаціонарного обладнання, призначеного для використання особами з інвалідністю, міцно та надійно закріплені у місцях їх розміщення.

Ручки, важелі, крани, кнопки електричних вимикачів і різних апаратів, електричні розетки та інші пристрої, призначені для обслуговування дітей з інвалідністю, розміщено на висоті більше 1 м від рівня підлоги, на відстані не менше 0,4 м від бокової стіни приміщення.

Сходи, пандуси, санітарно-гігієнічні приміщення та душові кімнати для дітей з інвалідністю обладнані поручнями, які відповідають вимогам будівельних та архітектурних норм України.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		74

Режим праці, чисельність працюючих

Режим роботи та чисельність працюючих в реабілітаційному центрі встановлюється завданням на проектування.

Режим роботи медичного закладу – цілодобовий.

Тривалість роботи адміністративно-господарського персоналу – однозмінний (8 год./за добу).

Режим роботи їдальні – півтора змінний (12 год./за добу).

Розрахункова кількість робітників мед. закладу відповідно становить:

- лікарів (лікар-невролог, логопед, психолог, педіатр, фізичний терапевт) – 5 люд.;

- середнього мед.персоналу – 9 люд.

- молодшого медперсоналу – 4 люд.

- адміністративного та господарського персоналу (завідуючий мед. закладом, завгосп, охоронець) – 3 люд.

- робітників їдальні (кухар, мийник посуду-роздавальник) – 2 люд.

Загальна кількість робітників закладу в найбільшу зміну становить – 23 люд.

Обладнання.

Проектом передбачено застосування вітчизняного та імпортного медичного і технологічного обладнання, що виготовляється серійно, за технічними параметрами відповідає умовам технологічного процесу та має комплексні сертифікати відповідності, які дозволяють його експлуатацію в Україні органами “Держнаглядохоронпраці” та Міністерством охорони здоров’я України.

Прийнято для розміщення медичне обладнання, яке рекомендоване замовником.

Сертифікати відповідності надаються замовнику фірмою-постачальником при придбанні обладнання.

При встановленні технологічного обладнання необхідно керуватися рекомендаціями, наведеними в технічних документах заводу виготовлювача.

Перелік технологічного обладнання див. специфікації обладнання.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		75

Заходи з охорони праці, техніки безпеки.

Робочий проект виконано з врахуванням вимог санітарно-гігієнічних норм, норм по охороні праці, техніки безпеки.

Основні заходи техніки безпеки і охорони праці передбачені в проекті:

- Медичне обладнання та меблі в кабінетах розміщено з забезпеченням раціональної організації виробничого процесу, дотриманням вимог техніки безпеки, виробничої санітарії і протипожежного нагляду.

- Освітлення на робочих місцях прийнято відповідно з вимогами галузевих санітарних норм.

- Робочі місця, на яких передбачаються процеси з виділенням тепла - на кухні їдальні

обладнані місцевою витяжкою.

- Об'ємно-планувальні рішення приміщень їдальні передбачають поточність технологічних процесів, виключають зустрічні потоки сировини та готової продукції, використаного та чистого посуду, а також шляхів руху відвідувачів та персоналу; розміри приміщень відповідають вимогам розміщення технологічного обладнання і організації робочих місць.

- Технологічне обладнання їдальні розміщено з забезпеченням раціональної організації виробничого процесу, дотриманням вимог техніки безпеки, виробничої санітарії і протипожежного нагляду; забезпечена ширина проходів в виробничих приміщеннях достатня для безперешкодного транспортування продукції та переміщення персоналу.

- Улаштування і експлуатація технологічного обладнання повинні відповідати вимогам "Правил технічної експлуатації електроустановок споживачів", санітарним нормам і правилам організації технологічних процесів і гігієнічним вимогам до виробничого обладнання, нормативно-технічній документації заводів-виготовлювачів. Проектом передбачено заземлення та захист технологічного обладнання від статичної електрики згідно із нормативними вимогами.

- Приміщення оснащені інженерними системами і устаткуванням, які забезпечують постійне електропостачання, гаряче і холодне водопостачання, каналізацію, опалення, вентиляцію та інше.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		76

- Підприємство оснащено необхідними засобами санітарно-гігієнічного обслуговування в відповідності з санітарними вимогами.

- Передбачені побутові приміщення та обладнання в санітарно-технічних приміщеннях для працівників в відповідності з вимогами чинних нормативних документів..

- Для транспортування пацієнтів та персоналу, медичних інструментів, матеріалів, білизни на поверхи реабілітаційного центру застосовується два лікарняних ліфта.

Протипожежні заходи.

Приміщення обладнуються автоматичною пожежною сигналізацією, а також оснащуються первинними засобами пожежогасіння.

Розрахунок необхідної кількості та типу вогнегасників для оснащення приміщень в медичному закладі виконано з врахуванням фізико-хімічних та пожежонебезпечних властивостей горючих речовин, площі приміщень, категорії приміщень за пожежною безпекою, класу пожежі горючих речовин відповідно з рекомендаціями нормативних документів:

- НАПБ А.01.001-2014 – "Правила пожежної безпеки в Україні"
- НАПБ Б.03.001-2018 – "Типові норми належності вогнегасників"

Проектом передбачається розміщення первинних засобів пожежогасіння для громадських будинків та споруд відповідно таблиці:

Таблиця 3.1.

№ на плані	Найменування приміщення	Площа, м ²	Кат. прим.	Клас пожежі	Тип вогнегасника	Кільк.
1-й поверх						
108	Серверна	4,0	Д	ПЕОМ	Вуглекислотн ВВК-3,5	1
121	Електроштова	11,3	Д	Е	Вуглекислотн	1

							Арк.
							77
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата	601-БП.11394021.ПЗ		

					ВВК-3,5	
131	Теплопункт	18,0	Д	-	Порошковий ВП-5	1
	Приміщення з ПЕОМ		-	ПЕОМ	Вуглекислотн - ВВК-1,4	4
	Приміщення з декількома ПЕОМ та іншим обладнанням		-	ПЕОМ	Вуглекислотн - ВВК-3,5	4
-	Всі інші приміщення поверху	∑592,7	-	А	Порошковий ВП-5	2
2-й поверх						
-	Всі приміщення поверху	∑611,1	-	А	Порошковий ВП-5	2
Всього - ∑14 шт. (в т.ч. - ВВК-1,4 – 4 шт.; ВВК-3,5 -6 шт.; ВП -5 – 4 шт.)						

Розміщені в установі вогнегасники повинні бути заряджені, справні і готові до дії.

Дії в разі виникнення пожежі:

- при виникненні пожежі першочерговим обов'язком кожного працівника відділення є врятування життя людей;
- медичний і обслуговуючий персонал у разі виникнення пожежі або його ознак (дим, запах горіння або тління різних матеріалів і тому подібне) повинен:
 - негайно повідомити про це в пожежну охорону, чітко назвавши адресу установи, по можливості місце виникнення пожежі, що горить і чому пожежа загрожує (в першу чергу мається на увазі, яка загроза створюється людям), а також повідомити свою посаду, прізвище, номер телефону;
 - дати сигнал тривоги місцевій добровільній пожежній дружині, повідомити чергового по медичному центру або керівникові (у робочий час);

Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата

601-БП.11394021.ПЗ

Арк.

78

3.5. ОПАЛЕННЯ, ВЕНТИЛЯЦІЯ, КОНДИЦІОНУВАННЯ

Проект опалення, вентиляції та кондиціонування розроблений на підставі:

- архітектурно-будівельного та технологічного завдань на проектування;
- завдання суміжних спеціальностей.

Проектування виконано у відповідності з діючими нормативними документами:

- ДБН В.2.5-67:2013 «Опалення, вентиляція та кондиціонування»
- ДБН В.2.2-10-2001 «Заклади охорони здоров'я»
- ДСТУ-Н Б В.1.1-27-2010 «Будівельна кліматологія»;
- ДБН В1.1-31:2013 «Захист територій, будинків і споруд від шуму»;
- ДСТУ-Н Б В.2.5-73:2013 «Настанова з монтажу внутрішніх санітарно-технічних систем»;
- ДБН В.2.6-31:2016 «Теплова ізоляція будівель».

Кліматологічні дані.

Для проектування систем опалення та вентиляції повітря параметри зовнішнього повітря прийняті згідно ДСТУ-Н Б В.1.1-27-2010 :

- Розрахункова температура в холодний період -23° С
- Тривалість опалювального періоду для медичних закладів 178 діб
- Середня температура опалювального періоду для медичних закладів 0,8° С
- Розрахункова температура для кондиціонування влітку +29,5° С

Опалення

Проектом передбачається улаштування системи опалення будівлі педіатричного відділення згідно технічного завдання.

Система опалення - двотрубна, тупикова, з верхнім розведенням. Передбачено окремі теплові контури з по фасадним розподілом. Теплоносії системи опалення - вода з параметрами 80/60С, яка подається з теплової мережі.

Опалювальні прилади - радіатори біметалеві Grandini з боковим підключенням. Під'єднання радіатора до трубопроводів системи опалення здійснюється за допомогою крана радіаторного з термостатичною голівкою та крана радіаторного з

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		80

попереднім налаштуванням виробництва Danfoss. Видалення повітря здійснюється за допомогою кранів Масвського, які встановлені в верхній пробці опалювального приладу.

Для системи опалення застосовуються трубопроводи композитні виготовлені з базальтового волокна і поліпропілену Basalttherm (PN20) виробництва Pilsa.

Вентиляція.

Вентиляція приміщень будівлі педіатричного відділення передбачається припливно-витяжна з механічним та природнім спонуканням.

Для вентиляції приміщень кухні передбачена механічна витяжна вентиляція - місцева через місцеві відсмоктувачі (зонти) і загальнообмінна з верхньої зони через щільні решітки. У якості витяжного вентилятора для місцевих відсмоктувачів використовується радіальний відцентровий вентилятор виробництва Вентс, який розташовується на горіщі будівлі. Вентилятор встановлюється на металеву раму на віброізолюючих опорах.

Для вентиляції приміщень мийної посуду та водних бігових доріжок передбачено окремі витяжні системи через щільні решітки. Вентилятори каналні виробництва Вентс.

Приплив повітря природній - поступає через віконні квартирки та може частково подаватися із суміжних приміщень.

Передбачається улаштування витяжної вентиляції з приміщень санвузлів та палат обладнаних рукомийниками за допомогою настінних вентиляторів виробництва Вентс через існуючі цегляні канали в конструкції будівлі та приставні з оцинкованої сталі. Повітроводи виводяться зовні вище покрівлі.

Вентиляція решти приміщень передбачається природня через квартирки вікон. Повітроводи та фасонні деталі виконуються класу "В" з тонколистової оцинкованої сталі згідно ДБН В.2.5-67:2013.

Монтаж обладнання здійснювати дотримуючись вимог заводів-виробників.

Усе венгобладнання потрібно заземлити згідно з ПУЕ.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		81

Кондиціонування.

Проектом передбачається охолодження повітря до допустимої температури в приміщеннях: палат та кабінетів різного призначення. Запроектовано окремі мультіспліт-системи та спліт-системи інверторного типу виробництва Naier з внутрішніми блоками настінного та касетного типів.

Дренаж від внутрішніх блоків передбачається в систему каналізації через гідрозатвор з розривом струменя.

Заходи по зниженню шуму.

Для зниження шуму від обладнання передбачаються наступні заходи:

- влаштування вентиляційних агрегатів на віброізолюючих основах і відокремлення від повітроводів гнучкими вставками;
- підбір повітроводів по оптимальним швидкостям.

Заходи по вибуховій та пожежній безпеці.

Для приміщень, обладнаних автоматичною пожежною сигналізацією, при виникненні пожежі передбачається відключення систем вентиляції та кондиціонування.

Заходи по тепловому і антикорозійному захисту.

- Всі повітроводи виконуються з оцинкованої сталі;
- Трубопроводи опалення поліпропіленові в теплоізоляції;
- Трубопроводи кондиціонування мідні в теплоізоляції;

Автоматичне регулювання, блокування та сигналізація.

Проектом передбачається:

всі трубопроводи, повітроводи та вентилятори присднюються до контуру заземлення через кожні 40-50 м, але не менше, ніж в двох точках;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		82

Енергозбереження.

З метою зменшення витрат енергоресурсів проектом передбачається:

- опалювальні прилади обладнанні радіаторними кранами з термоголівками;
- влаштування ефективної теплоізоляції трубопроводів систем опалення, холодопостачання та повітроводів систем вентиляції;

Основні показники по розділу «Опалення, вентиляція та кондиціонування»

Таблиця 3.5.

Найменування споруди	Витрати тепла, кВт					Витрати холоду, кВт
	Опалення	Вентиляція	Завіси	ГВП	Загальні	
Педіатричний корпус	71,96	-	-	-	71,96	74,70

3.6. ВОДОПОСТАЧАННЯ І КАНАЛІЗАЦІЯ

Даним робочим проектом передбачається реконструкція систем внутрішнього господарсько-питного водопроводу та господарчо-побутової каналізації, влаштування протипожежного водопроводу.

Розрахункові витрати води та вимоги до її якості питної води

Персонал 25чол x 16л/доб=400л/доб, 0,4м³/доб, 0,1м³/год, 0,01л/сек.

Пацієнти 24ліж. x 120л/доб=2880л/доб, 2,9м³/доб, 0,36м³/год, 0,08л/сек.

Виробничі витрати 163стр. x 12л/доб=1956,0л/доб, 1,9м³/доб, 0,3м³/год, 0,06л/сек.

Загальні витрати води : 5236,0л/доб, 5,2м³/доб, 0,76м³/год, 0,87л/сек.

Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата

601-БП.11394021.ПЗ

Арк.

83

Системи водопостачання

Джерелом водопостачання є існуючий водопровід.

Робочим проектом передбачається заміна всіх трубопроводів, арматури та сантехніки та влаштування нових трубопроводів та сантехприладів в новому корпусі.

Всі пожежні крани розміщуються в пожежних шафах. Кожна пожежна шафа комплектується кран-комплектom Ду25.

Трубопроводи господарча-питного водопроводу і підводки до сантехнічних приладів виконати із поліпропіленових труб «Wavin Ekoplastik».

Мережі внутрішнього гарячого водопроводу підлягають теплоізоляції типу «Thermaflex» FRZ товщиною 13 мм.

Проведення робіт слід виконувати згідно вимог ДСТУ-Н Б В.2.5-73:2013 «Настанова з монтажу внутрішніх санітарно-технічних систем».

Системи внутрішнього каналізації

Господарчо-побутова каналізація запроектована самопливною, окрім ділянки між новим корпусом та існуючим – розташовується каналізаційна насосна установка типу "Сололіфт".

Вентиляція мережі господарчо-побутової каналізації здійснюється через існуючі витяжні стояки, які виводяться вище покрівлі на 0.5м. На мережі влаштовуються прочистки, що допускають чистку і промивку труб при засмічення.

Трубопроводи внутрішньої каналізації та стояки передбачити із полівінілхлоридних труб Optima «Wavin».

Приєднання сантехнічних приладів до мережі передбачено через гідравлічні затвори (сифони).

Проведення робіт слід виконувати згідно вимог ДСТУ-Н Б В.2.5-73:2013 «Настанова з монтажу внутрішніх санітарно-технічних систем».

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		84

3.7. ЕЛЕКТРОТЕХНІЧНІ РІШЕННЯ ТА ЕЛЕКТРООСВІТЛЕННЯ

Проектом передбачаються рішення, необхідні для виконання робіт по по силовому електрообладнанню, електричному освітленню, забезпеченню безпечної експлуатації електроустановок приміщень, що підлягають капітальному ремонту, проєктованого об'єкту .

Електропостачання проєктованого електроустаткування передбачається згідно завдання замовника окремим проєктом з заведенням живильної мережі у проєктовану електрощитову, що розташована на 1-му поверсі будівлі лікарні.

За ступенем надійності електропостачання електроприймачі відділення відносяться до I і II категорії. Резервне живлення електроприймачів I категорії (аварійного освітлення, пристроїв протипожежної автоматики) передбачається від автономних джерел безперебійного живлення і вбудованих акумуляторів. Схемами виключена можливість паралельної роботи з енергосистемою.

Проект зовнішніх мереж електропостачання виконується відповідно до технічних умов енергопостачальною організацією.

Загальна максимальна розрахункова потужність проєктованих споживачів електроенергії складає 107 кВт.

Річна витрата електроенергії складає 220 МВт · год.

Комерційний облік електроенергії передбачається в проєктованому ввідно-обліковому пристрої ВОІП.

Для захисту проєктованих живильних мереж передбачена установка в силових панелях головної електрощитової лікарні автоматичних вимикачів.

В розподільних щитах і щитах освітлення встановлюються автоматичні вимикачі з комбінованими розчіплювачами та диференційні автоматичні вимикачі з комбінованими розчіплювачами та пристроями захисного відключення (ПЗВ) з уставкою по диференційному струму не вище 30 мА на розподільних лініях розеток.

Всі проєктовані штепсельні розетки передбачені з заземлювальним контактом.

Проектом передбачається робоче, аварійне (резервне і евакуаційне), чергове і нічне електроосвітлення напругою ~220 В.

Для чергового освітлення коридорів використовуються світильники евакуаційного освітлення.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		85

В кожній палаті передбачається установка в ніші біля дверей світильника нічного освітлення. Управління цим освітленням виконується одним загальним вимикачем встановленим на посту чергової медичної сестри і вимикачами, які встановлені за місцем біля входів в палати.

Освітленість приміщень прийнята згідно ДБН В.2.5-28-2018.

Розміщення і потужність освітлювальних приладів у відповідності з нормованою освітленістю приміщень виконані за допомогою програми DIALux, рекомендованої провідними компаніями по виробництву світлотехнічної продукції ДП "ІЕК Україна", ТОВ "ОСП Корпорація ВАТРА", «MAXUS» і "Світлові технології" Україна.

Типи світильників вибрані з урахуванням призначення приміщень і умов навколишнього середовища; передбачені енергозберігаючі світлодіодні лампи.

Живлення електроенергією світильників робочого освітлення передбачається від щитів робочого освітлення. Живлення електроенергією світильників аварійного і евакуаційного освітлення передбачається від щитів аварійного освітлення.

Управління світильниками евакуаційного освітлення прийнято дистанційним і виконується за допомогою вимикачів, які встановлені в щитах аварійного освітлення. Управління світильниками робочого освітлення і аварійного освітлення для продовження роботи передбачається вимикачами, які встановлені за місцем.

Прийняті марки і переріз провідників перевірені по допустимим навантаженням, умовам надійного спрацьовування захисних апаратів, умовам надійного пуску електродвигунів, розраховані по допустимим втратам напруги у електроприймачів.

Всі мережі виконуються кабелями і проводами, які не поширюють горіння, з помірною димоутворювальною здатністю, мало небезпечними за токсичністю продуктів горіння і відповідають вимогам розділу 4 ДБН В.2.5- 23:2010, ДБН В.1.1.7-2016, ДБН В.1.2-7-2008 .

Елементи трубопроводів, що прокладені на шляхах евакуації (об'ємах сходових кліток, коридорів тощо) відповідають вимогам розділу 4 ДБН В.2.5- 23:2010, ДБН В.1.1.7-2016.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		86

Захист від ураження електричним струмом забезпечується поєднанням заходів захисту від прямого і непрямого дотику. Як заходи захисту від прямого дотику в проекті передбачається основна ізоляція струмопровідних частин і оболонки, що передбачають ступінь захисту не нижче IP2X.

Як заходи захисту у разі непрямого дотику застосовується захисне уземлення системи TN-C-S, автоматичне відключення живлення, захисне зрівнювання потенціалів.

Для захисного автоматичного відключення живлення використовуються автоматичні вимикачі, які реагують на надструми, які викликані перевантаженням і від струмів КЗ.

Проектом прийняті автоматичні вимикачі, час вимикання яких є не більшим, ніж нормовано в пункті 1.7.82 ПУЕ-2017, в разі пошкодження ізоляції і виникнення струму замикання на землю.

Проектом передбачена основна система зрівнювання потенціалів з метою з'єднання між собою РЕ (PEN) - провідників електроустановок, уземлюючих провідників повторного уземлення на ввіді в електроустановку, сторонніх провідних частин (будівельних конструкцій, стаціонарно прокладених трубопроводів всіх призначень, металевих частин систем вентиляції (виконуються монтажними організаціями, які монтують ці системи, за допомогою електротехнічного персоналу), металевих лотків, трубопроводів медичних газів, металеві каркаси підвісних стель, радіатори опалення, РЕ- провідники розеток, оболонки телекомунікаційних кабелів. Для з'єднання з основною системою зрівнювання потенціалів всі вказані частини слід приєднувати до шин зрівнювання потенціалів операційних блоків реанімаційних палат, палат анестезіології та інтенсивної терапії за допомогою провідників основної системи зрівнювання потенціалів.

В місцях з'єднань повітроводів повинна бути забезпечена безперервність електричного ланцюга.

В ванних кімнатах передбачено улаштування додаткової системи зрівнювання потенціалів, яка об'єднує провідники додаткової системи зрівнювання потенціалів і металевих ванн, або металевих підставок ванн, які виготовлені із полімерів.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		87

Необхідно виконати приєднання медичної апаратури до глибинного функціонального (робочого) заземлювача, з опором не більше ніж 2 Ом.

3.8. БЛИЗКАВКОЗАХИСТ

Влаштування блискавкозахисту запроектовано методом захисної сітки. Розмір чарунка для III рівня блискавкозахисту становить 15x15 м, дотриманням вимог пункту пп .5.2.2 ДСТУ EN 62305-3:2012.

На покрівлі даху провідник прокладається за допомогою тримачів дроту NІro , по коньку -на кутовий гребінь даху

Проектом передбачено приєднання сітки до струмовідводів та системи заземлення. Струмоводи розташовуються на відстані не більше 20м один від одного, по фасаду прокладаються за допомогою тримачів дроту NІro. З'єднання дроту між собою виконується універсальним з'єднувачем Varіo.

Рекомендується, розміщувати доземні провідники таким чином, щоб між ними і будь-якими вікнами та дверима забезпечувалась розподільна відстань відповідно до п. 6.3 ДСТУ EN 62305-3:2012.

На відстані 0,5-0,7 м від рівня землі зробити контрольне з'єднання алюмінієвого провідника діаметром 8 із заземлючою половою 25x3 через з'єднувач Contra.

Влаштування системи блискавкозахисту запроектовано згідно вимог п. 5.4.2.2, ДСТУ з використанням вертикальних оцинкованих стержневих заземлювачів 2 шт з'єднаних між собою сталевюю половою 25x 3 по периметру.

Для організації відводу струму від блискавкоприймачів запроектовано заземлення будівлі, прокладається наглибині 0,5-0,8м L1500 та на відстані 2 м від будівлі. Величина опору в будь який період року не повинна перевищувати 10 Ом. Всі болтові з'єднання захистити від впливу корозії гідроізоляційною стрічкою.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		88

3.9. ЗАХОДИ, ЩО ДО ОРГАНІЗАЦІЇ БУДІВНИЦТВА

Організаційно-технологічна схема проведення робіт.

В якості основної організаційно-технологічної схеми прийнято послідовно-паралельну схему виконання робіт без розділення фронту робіт на захватки.

Для перенесення проектних параметрів споруд в натуру, виконання детальних розбивочних робіт створюється зовнішня розбивочна мережа будівлі, пункти якої закріплюють на місцевості (основні розбивочні осі).

До початку виконання земляних робіт в місцях знаходження діючих підземних комунікацій необхідно позначити їх на місцевості відповідними знаками чи написами. Виконання робіт в зоні діючих підземних комунікацій необхідно виконувати під керівництвом виконроба чи майстра, а в охоронній зоні кабелів, крім того, під наглядом робітників електрогосподарства.

При визначенні методів виробництва в проекті прийняті основні положення:

- застосування комплексної механізації при виконанні трудомістких робіт;
- своєчасна комплексна доставка конструкцій, матеріалів;
- електробезпека на робочих місцях згідно вимог ДБН А.3.2-2-2009, ДСТУ

Б.А.3.2-13:2011 Будівництво. Електробезпека. Загальні вимоги; ДСТУ Б.А.2-15:2011 Норми освітлення будівельних майданчиків.

Методи інструментального контролю за якістю будівництва.

Геодезична розбивочна основа виконується замовником у відповідності з генеральним планом. Геодезичні розбивочні роботи в процесі будівельно-монтажних робіт виконує підрядна будівельна організація, забезпечуючи цілісність знаків геодезичної розбивочної основи.

Роботи по геодезичному розбиванню на будівельному майданчику виконувати згідно ДБН В.1.3-2:2010 Геодезичні роботи у будівництві.

В процесі будівництва необхідно виконувати контроль точності виконання будівельно-монтажних робіт, який містить в собі:

- геодезичну перевірку фактичного положення конструкцій в процесі їх монтажу (укладки);

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		89

- геодезичний контроль фактичного положення закріплених постійно конструкцій.

Всі виміри інструментальної перевірки наносяться на виконавчу схему геодезичної зйомки, яка додається до актів на приховані роботи.

Для вказаних вище робіт застосовувати геодезичні та контрольно-вимірювальні прилади: теодоліт, нівелір, оптичний висок, рулетки, будівельний рівень та ін.

Потреба в основних машинах й механізмах

Таблиця 3.6.

Найменування	Марка	Кількість
Екскаватор	Э0-3332А	1
Бульдозер	ДЗ-42	1
Автокран	К-162	1
Зварювальний трансформатор	ТД-500	2
Зварювальний генератор	ПСУ500-2	2
Автосамосвал	КАМаЗ-5511	3

Обґрунтування потреби в будівельних кадрах.

Виходячи з будівництва аналогічних об'єктів приймаємо кількість працюючих 11 чол.

Нормативні коефіцієнти категорій робітників

Таблиця 3.7.

Вид будівництва	Робочі	ІТП	Службовці	МОП і охорона
Цивільне	0,85	0,11	0,03	0,01

Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата

601-БП.11394021.ПЗ

Арк.

90

Підрахунки зводимо у таблицю

Таблиця 3.8.

Найменування	Нормативний коефіцієнт категорій робітників	Кількість
Робітники	0,85	9
ІТР	0,11	3
Службовці, МОП та охорона	0,04	1

Розміщення тимчасових будівель виробничого та санітарно-побутового призначення

Потреба визначена з урахуванням кількості працюючих у найбільш багаточисельну зміну.

Таблиця 3.9.

№ з/п	Найменування приміщень та майданчиків складування.	Нормативний показник.	Необхідна площа (м ²)
1	2	3	4
	Санітарно-побутового призначення.		
1	Гардеробна	7м ² /10 чол.	13,0
2	Приміщення для обігріву робітників	1м ² /10 чол.	1,0
3	Вбиральня	1м ² /10 чол.	1,0
	Адміністративного призначення		
4	Контора	4м ² / чол.	4,0

Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата

601-БП.11394021.ПЗ

Арк.

91

Влаштування складських майданчиків

Доставка матеріалів, виробів та деталей на об'єкт здійснюється безпосередньо в день виконання робіт, що позбавляє необхідності у складських приміщеннях та площадках для зберігання матеріалів.

Забезпечення будівельного майданчика електроенергією та тимчасове освітлення зон ведення робіт

Штучне освітлення місць виробництва будівельних і монтажних робіт повинне відповідати вимогам ДСТУ Б А.3.2-15:2011, ДБН В.2.5-28:2018, ДБН А.3.2-2-2009, ДСТУ Б А.3.2-13:2011, правил пожежної безпеки при виробництві будівельно-монтажних робіт.

Для електричного освітлення робочих місць слід застосовувати типові пересувні та стаціонарні інвентарні освітлювальні установки.

Забезпечення будівельного майданчика водою

Джерелом постачання води для потреб будівництва являється існуюча водопровідна мережа. Передбачається прокладання тимчасового водогону із застосуванням гнучких рукавів.

В даному випадку, витрати води на пожежогасіння буде виконуватись за рахунок існуючих пожежних гідрантів.

Відповідно до таб. 4 ДБН В.2.5-74:2013 витрати води на зовнішнє пожежогасіння даного будинку складають 10,0 л/с.

Забезпечення будівельного майданчика засобами пожежогасіння

При здійсненні будівництва дотримуватись «Правил пожежної безпеки в Україні» (розділ 8.4. «Будівельно-монтажні роботи»). При виконанні робіт не використовувати легкозаймісті матеріали. Виконання робіт ведеться по технології з дотриманням всіх протипожежних норм.

Пожежу в час її виникнення можливо погасити первинними засобами пожежогасіння, до яких відносяться вогнегасники, відра, багри, діжка з водою, ящики

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		92

з піском, кошма (покривало з негорючого теплоізоляційного полотна, грубововняної тканини або повсті), лопати, сокири і т. ін.

Покривало (кошма) призначене для гасіння пожеж на початковому етапі, коли пожежа ще не набула великих розмірів та інтенсивність теплового випромінювання невелика. Гасіння пожежі відбувається шляхом накривання осередку пожежі. Працює принцип припинення горіння – ізоляція реагуючих речовин від зони горіння.

Кошма має один або декілька шарів однотипного матеріалу. Не повинна мати швів та зістрочуватись з окремих кусків. Виключення складають торцева обробка матеріалу та кріплення пристроїв для утримання руками.

Кошма повинна мати розмір не менш як 1х1 м. У місцях застосування та зберігання ЛЗР та ГР розміри покривал можуть бути збільшені до величин: 2х1,5 м, 2х2 м.

Покривало слід застосовувати для гасіння пожеж класів «А», «В», «D», (Е).

Під час експлуатації покривала передбачається скручування його в рулон. Під час гасіння пожежі можна виконувати наступні види робіт:

гасіння осередку пожежі в початковій стадії розвитку пожежі;

гасіння одягу, яка горить на потерпілому.

Гасіння пожеж невеликої площі повинно проводитись шляхом накривання полотнищем поверхні горючого матеріалу (рідини), ізолюючи її від доступу повітря.

При гасінні розливів легкозаймистих рідин (далі ЛЗР) або горючих рідин (далі ГР) повинно проводитись двома особами. Кошму заводять з навітряного боку. Накривання повинно проводитись одночасно. Необхідно вжити заходи щодо недопущення потрапляння повітря під кошму. Для цього ущільнюють прилягання кошми до ґрунту. За необхідності можна здійснювати прибивання кошми від краю до її середини. Покривало утримується не менш 20 секунд.

Пожежні щити (стенди) встановлюються на території об'єкта з розрахунку один щит (стенд) на площу 5000 м².

До комплекту засобів пожежогасіння, які розміщуються на ньому, слід включати: вогнегасники – 3 шт., ящик з піском – 1 шт., покривало з негорючого теплоізоляційного матеріалу або повсті розміром 2х2м – 1 шт., гаки – 3 шт., лопати – 2 шт., лопати – 2 шт., сокири – 2 шт.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		93

Ящики для піску повинні мати місткість 0,5; 1,0 або 3,0 м³ та бути укомплектованими совковою лопатою.

Вмістилища для піску, що є елементом конструкції пожежного стенду, повинні бути місткістю не менше 0.1 м³. Конструкція ящика (вмістилища) повинна забезпечувати зручність діставання піску та виключати попадання опадів.

Керівним документом, який визначає порядок комплектування пожежних щитів первинними засобами пожежогасіння, є «Правил пожежної безпеки в Україні».

Забезпечення пожежної безпеки при виконанні будівельно-монтажних робіт

Виконання робіт всередині будівлі з використанням горючих речовин та матеріалів з іншими будівельно-монтажними роботами, пов'язаними з використанням відкритого вогню (зварювальні роботи та ін.), не допускається.

Роботи повинні виконуватись відповідно до «Правил пожежної безпеки в Україні» (п.4 Розділу VII).

Кожен працівник на будівельному майданчику в разі виникнення пожежі зобов'язаний:

- невідкладно повідомити про пожежу в пожежну службу;
- прийняти міри по евакуації людей збереженням матеріальних цінностей;
- одночасно з вищезазначеними діями приступити до гасіння пожежі власними силами з допомогою засобів пожежогасіння, які знаходяться на будівельному майданчику;
- зустріти пожежні підрозділи, проінформувати їх про місце пожежі і наявності в приміщеннях людей та пожежонебезпечних речовин та матеріалів.

Транспортування матеріально-технічних ресурсів

Транспортування матеріально-технічних ресурсів повинно виконуватись відповідно до «Правил пожежної безпеки в Україні».

Перед плануванням проведення вантажно-розвантажувальних робіт слід потурбуватись про дотримання допустимої нижньої межі температури, при якій ці

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		94

роботи будуть здійснюватися. Ця межа дорівнює п'ять градусів за Цельсієм з позначкою «плюс». Дотримання цієї межі низьких температур рекомендується і під час перевезення металопластикових дверей та вітражів.

На кожен партію, що відвантажується, – матеріалів, виробів та конструкцій підприємство-виробник повинен видавати паспорт, в якому вказується:

- найменування виробу – (матеріалу, конструкції) відповідно до діючих державних стандартів або ТУ;
- марка або індекс;
- кількість (обсяг кожного матеріалу у партії);
- дата виготовлення і приймання відділом технічного контролю;
- результати випробувань контрольних зразків та дата оформлення паспорта.

Доставку матеріалів, виробів і конструкцій на будівельні майданчики рекомендується організувати за однією із наступних технологічних схем:

- постачальник-транспорт-база комплектації-транспорт-об'єкт;
- постачальник-транспорт-об'єкт.

За першою схемою об'єкти забезпечуються матеріалами для виконання загальнобудівельних та спеціальних робіт, за другою – стіновими та деякими іншими матеріалами.

Для приймання матеріалів та виробів, що надходять від постачальників, їх зберігання, технологічної переробки матеріалів в напівфабрикати та вироби, підвищення заводської готовності виробів, комплектування та відвантаження за призначенням в системі спеціалізованих будівельних організацій потрібно створювати бази комплектації.

До баз комплектації будівельних організацій повинні належати:

- склади будівельних матеріалів та виробів;
- виробничо-технологічні дільниці з переробки та комплектування;
- дільниці механізації робіт.

Склади будівельних матеріалів і виробів поділяються на базові, перевантажувальні і приоб'єктні.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		95

Базові склади призначаються для приймання та зберігання матеріальних ресурсів, які надходять в розпорядження будівельних організацій. Вони розміщуються поблизу залізничних та автотранспортних під'їзних колій або водних магістралей.

Перевантажувальні склади потрібно організувати для приймання та контрольньо-строкового зберігання окремих видів матеріалів, виробів та конструкцій, які надходять від постачальників залізничним або водним транспортом, а на об'єкти перевозяться автомобільним транспортом.

Приоб'єктні склади слід організувати безпосередньо на будівельному майданчику і використовувати для приймання і розміщення конструкцій та короткочасного зберігання матеріалів, які необхідні для будівництва об'єкта.

Склади для зберігання будівельних матеріалів повинні відповідати таким вимогам:

- мати достатню місткість, бути зручними для роботи та забезпечені надійними пристроями для складування та зберігання матеріалів та виробів;
- бути забезпеченими вантажно-розвантажувальними засобами, які дозволяють швидко, з мінімальними трудовитратами вивантажувати матеріали та вироби, що надходять до складу, а також виконувати в середині сховища транспортні операції;
- територія складів повинна бути огорожена і мати достатнє зовнішнє освітлення відповідно до діючих норм.

У складах будівельних матеріалів та виробів необхідно виконувати такі вимоги протипожежної безпеки:

- не допускати складування горючих будівельних матеріалів в межах протипожежних розривів між спорудами, складування негорючих матеріалів допускається з залишенням вільних смуг навколо будівель, достатніх для маневрування пожежного транспорту, але не менше ніж 5 м;
- дороги та під'їзди потрібно утримувати в хорошому стані і не захаращувати;

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		96

- склади потрібно забезпечувати необхідними засобами гасіння пожеж (вогнегасниками, ящиками з піском, смкостями з водою, відрами, лопатами і т.п.) – приміщення, в яких зберігаються легкозаймісті матеріали, всередині та зовні повинні обладнуватись написами «Увага! Вогнебезпечно».

Основний період:

Демонтаж конструкцій

При виконанні будівельно-монтажних робіт дотримуватися ДБН А.3.2-2-2009 «ССБП. Промислова безпека у будівництві. Основні положення». Виконання монтажних і налагоджувальних робіт, експлуатація обладнання повинні виконуватись у відповідності з діючими «Правилами безпечної експлуатації електроустановок споживачів» (НПАОП 40.1-1.21-98).

Демонтаж елементів виконувати використовуючи ручний електроінструмент. Видалення будівельного сміття у кузов автомобілю самоскиду із вивезенням на спеціально відведені місця. Роботи виконувати із обов'язковим дотриманням вимог ДБН А.3.2-2-2009.

Добудова

Виконання будівельно-монтажних робіт розділяється на три технологічні стадії:

I стадія – земляні роботи, влаштування фундаментів, зведення підземної частини, зворотня засипка з ущільненням.

У період робіт нульового циклу котлован слід розробляти одноківшовим екскаватором «зворотна лопата» з місткістю ковша 0,5 м³. Зрізання недобору ґрунту на 0,1 м ведеться вручну з допомогою штикових лопат.

Зворотня засипка ведеться пошарово тим самим бульдозером що і зрізання рослинного шару (Д-259 на тракторі Т100). Ущільнення ґрунту виконується ручними пневматичними трамбівками.

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			97

II стадія – зведення надземної частини. Роботи мають бути розпочаті лише по закінченні зворотної засипки і ущільнення пазух. Для виконання будівельно-монтажних робіт використовувати автокран типу К-162.

Роботи по влаштуванню монолітних конструкцій складаються з: опалубочні роботи, арматурні та бетонні роботи. Стіни та перегородки виконуються із цегли на цементно-піщаному розчині.

Процес кладки стін рекомендується організувати поточно - конвеєрним (кільцевим) методом. При цьому ланка «шістка» переміщається по захватці уздовж стіни, яка зводиться, і кожна ланка веде кладку одного ряду. У кожній ланці «шістки» працюють «двійками», які рухаються по периметру захватки. При веденні робіт контрольні-вимірні операції виконувати за допомогою рулетки, шнура і причілки, рівня, виска.

Роботи вести з використанням шарнірно - панельних риштування з відкидними опорами.

III стадія – II стадія – влаштування покрівлі. Роботи виконувати із застосуванням підйомника або крану.

Послідовність зведення даху:

- влаштування пароізоляції;
- влаштування обрешітки;
- влаштування покрівлі;
- встановлення пристроїв, що забезпечують обслуговування покрівлі в процесі експлуатації.

IV стадія – роботи, що виконуються після завершення монтажних-будівельних робіт: монтаж заповнення віконних та дверних прорізів; влаштування підлог; відмостки; штукатурні роботи; малярні роботи; монтаж слабострумних та електромереж.

Після виконання скритих робіт необхідно скласти акти на закриття прихованих робіт.

Технологічні методи ведення будівництва, які прийняті в даному проекті мають бути враховані та доповнені при розробці проекту виконання робіт.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		98

Реконструкція

Монтаж повинен виконуватися у відповідності до проектних рішень та відповідно до типових технологічних карт.

До початку реконструкції слід виконати наступні організаційно-підготовчі заходи і роботи:

- виконати й прийняти попередні роботи із розбирання елементів;
- підготувати інструмент, пристосування, інвентар;
- доставити на робоче місце матеріали та вироби;
- ознайомити виконавців з технологією і організацією робіт.

Відповідно до ДБН А.3.1-5:2016 для забезпечення технологічної послідовності та термінів виконання будівельних робіт на об'єкті будівництва необхідно:

- створити розрахунковий запас будівельних конструкцій, матеріалів і готових виробів;
- облаштувати майданчики і стенди укрупнювального складання конструкцій;
- організувати своєчасну поставку або перебазування на робоче місце будівельних машин та пересувних механізованих установок;
- забезпечити бригади необхідними засобами малої механізації, засобами вимірювання і контролю, засобами огороження і монтажною оснасткою, засобами індивідуального захисту у складі і кількості, які передбачені у проекті виконання робіт, організувати інструментальне господарство;
- забезпечити транспортування, складування та зберігання матеріально-технічних ресурсів відповідно до вимог стандартів та «Правил пожежної безпеки України» з виключенням можливості їх пошкодження, псування та втрат.

У процесі виконання робіт здійснюється виробничий контроль якості, який включає: вхідний контроль конструкцій, матеріалів; операційний контроль виконання будівельно-монтажних робіт, а також приймальний контроль виконаних робіт. На всіх етапах робіт проводиться інспекційний контроль представниками технічного нагляду замовника.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		99

Конструкції, вироби, деталі і матеріали, які застосовуються в процесі реставрації, повинні відповідати вимогам діючих стандартів, технічних умов та робочих креслень. При виконанні монтажних робіт та при прийнятті в експлуатацію необхідно користуватися вимогами технічних описів та інструкцій на прилади. Перед початком робіт прибрати все горюче сміття та непотрібні речі.

Для забезпечення охорони праці і техніки безпеки проектом передбачається:

- використання технічно досконалого устаткування;
- розташування устаткування, що забезпечує його вільне обслуговування;
- використання при виконанні будівельно-монтажних робіт машин і механізмів, в конструкції яких закладені принципи охорони праці;
- високий рівень механізації будівельно-монтажних робіт.

Виконувати будівельно-монтажні роботи згідно з типовими технологічними картами. Технологічна послідовність виробничих операцій повинна бути такою, щоб попередня операція не була джерелом виробничої небезпеки при виконанні наступних.

Оздоблювальні роботи

Перед початком робіт по фарбуванню, поверхню штукатурки очищають від пилу, бруду, жирних плям, бризок і потьоків розчину. Шорсткість поверхні слід загладити, а дрібні щілини розрізати і підмазати їх розчином на глибину не менше, як 2 мм.

Підготовлені внутрішні поверхні фарбують, додержуючись таких вимог:

- температура повітря в приміщенні не нижче за 10⁰С.
- відносна вологість повітря – не більш – 60%.
- вологість підготовлених обштукатурених і бетонних поверхонь не повинна перевищувати 8%, а при фарбуванні цементними і полімерними фарбами – 12%.

Робоча в'язкість водних фарбувальних сумішей залежно від їхніх видів має бути в межах 15-50 С за візкометром ВЗ-4.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		100

Витрата фарби (покривність) в одному шарі не повинна перевищувати 425 г/м². Час висихання водних фарбувальних плівок при t=18...200С має бути не більше 12 год.

При фарбуванні безводними складами якість підготовлених підстав повинне відповідати таким вимогам:

- поверхні повинні бути згладженими, без шорсткості;
- поверхневі тріщини розкриті, заґрунтовані, заповнені шпаклівкою на глибину не менше 2 мм і відшліфовані;
- раковини і нерівності заґрунтовані, прошпакльовані і згладжені;
- відшарування, потьоки розчину, сліди обробки затирочними машинами видалені.

Шпаклівку з малоусадочних складів полімерними добавками необхідно розрівнювати відразу ж після нанесення зі шліфуванням окремих ділянок; при нанесенні інших видів шпаклювальних складів поверхню шпаклівки слід відшліфувати після її висихання.

Тріщини на укосах необхідно спочатку розширити, а потім підмазати відповідним складом. Підмазку виробляють шпателем, закладаючи при цьому не тільки розширені тріщини, але і раковини і западини, які є на поверхні. Після висихання підмазані місця шліфують і підґрунтовують.

Розрахунок тривалості будівництва

Відповідно до п. 4.1.3 ДСТУ Б А.3.1-22:2013 «Визначення тривалості будівництва об'єктів», у складі робочого проекту тривалість будівництва визначається певним часовим періодом виходячи з трудових витрат та обсягів будівельних робіт, що розраховані у кошторисній документації та календарним планом проекту організації будівництва. Кількість робітників визначити відповідно до витрат праці що наведені в кошторисній документації. Коефіцієнт нерівномірності використання трудових ресурсів 1,0. Орієнтовна тривалість робіт за календарним планом – 9 місяців.

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			101

3.10. РОЗРАХУНОК КЛАСУ НАСЛІДКІВ

Визначення класу наслідків розраховуємо згідно ДСТУ 8855:2019 визначення класу наслідків (відповідальності) табл. 1 п. 4.5 ДСТУ 8855:2019.

Згідно ЗУ «Про регулювання містобудівної діяльності» ст. 32 п. 5 об'єкт відноситься до класу наслідків СС1 т. як рівень можливої небезпеки для здоров'я і життя людей, які постійно перебуватимуть на об'єкті становить менше 50 чол.

1. Кількість людей, які постійно перебувають на території об'єкту, де проводиться реконструкція є постійний обслуговуючий персонал лікарів та кількість ліжок - місць в лікарні - $N1 = 24 + 23 = 47$ чол. – СС1

2. Кількість людей, які періодично перебувають на території об'єкту, це сума осіб, які постійно перебувають на об'єкті та кількість викладачів з інтернами $N2=47+30=77$ чол.. – СС1

3. Кількість людей (персонал, хворі), які знаходяться поза зоною об'єкту становить кількість людей, які перебувають в будинку лікарні $N3=77$ чол. – СС1.

4. Розрахунок обсягу економічного збитку складається в разі пошкодження майна основних фондів на протязі до 100 років.

Збитки при відмові системи розраховуються в залежності від вартості об'єкту та нормативного терміну експлуатації за формулою:

$$\Phi = c \sum_{k=0}^n P \left(1 - \frac{1}{2} T e f \times K a, i\right) = 0,225 \sum_{i=1}^n P_i$$

$P = 82947,534$ тис. грн. – вартість основних фондів

Таким чином, $\Phi = 0,225 \times 82947,534 = 18663,20$ тис. грн.

Таким чином збитки складають $\Phi = 18663,20$ тис. грн.

Обсяг можливого економічного збитку у мінімальних зарплатах складає:

$18663,20/6,000=3110,53$ м.р.з.п. – СС2

5. Проведення реконструкції відбувається в зоні відсутності об'єктів культурної спадщини.

6. Загроза комунікаціям транспорту, зв'язку, енергетики, іншим інженерним мережам відсутня.

Висновок. За критеріями ДСТУ 8855:2019, згідно з яким об'єкту присвоюється найвищий клас наслідків, реконструкція будівлі дитячого медичного закладу у м.Полтава відноситься до класу наслідків СС1, як незначні наслідки.

					601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		102

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України Про пожежну безпеку
2. Закон України Про охорону праці
3. Закон України Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання
4. Кодекс законів про працю України
5. Перелік чинних в Україні нормативних документів у галузі будівництва
6. Державний реєстр нормативних актів з питань пожежної безпеки (реєстр НАПБ)
7. ДБН А.2.2-3-2014 Склад та зміст проектної документації на будівництво
8. ДБН А.3.2-2-2009 Система стандартів безпеки праці. Промислова безпека у будівництві. Основні положення
9. ДБН В.2.2-10-2001 Будинки і споруди. Заклади охорони здоров'я
10. ДБН В.1.1.-7-2016 Пожежна безпека об'єктів будівництва
11. ДБН В.2.2-9-2018 Громадські будинки та споруди
12. ДБН В.2.5-28-2006 Природне і штучне освітлення
13. ДБН В.2.5-56:2014 Системи протипожежного захисту
14. ДБН В.1.2-14:2018 Загальні принципи забезпечення надійності та конструктивної безпеки будівель і споруд
15. Закон України Про охорону праці, введений в дію постановою Верховної Ради України від 14.10.1992 р. № 2695-ХІІ зі змінами та доповненнями станом на 01.04.2017 року.
16. Закон України Про пожежну безпеку, введений в дію постановою Верховної Ради України від 17.12.1993 р. № 3747-ХІІ зі змінами і доповненнями станом на 01.04.2017 року.
17. Наказ МОЗ України "Про затвердження порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій" № 246 від 21.05.2007 р.
18. Основи законодавства України про охорону здоров'я (ЗУ № 2801-ХІІ) 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ.
19. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (ЗУ №5081- VI) 05 липня 2012 року № 5081-VI.
20. НПА ОП 40.1-1.21-98 "Правила безпечної експлуатації електроустановок споживачів". Затверджено наказом Держнаглядохоронпраці від 09.01.1998 р. № 4.

					601-БП. 11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата		103

21. "Правила технічної експлуатації електроустановок споживачів". Затверджено наказом Міністерства палива та енергетики України від 25.07.2006 р. № 258.
22. "Правила улаштування електроустановок". Затверджено наказами Міністерства енергетики та вугільної промисловості України від 22.08.2014 р. № 596, від 22.08.2014 р. № 597, від 22.08.2014 р. № 598.
23. НАПБ А.01-001-2014 "Правила пожежної безпеки в Україні". Затверджені наказом Міністерства внутрішніх справ України № 1417 від 30.12.2014 р.
24. "Правила техногенної безпеки у сфері цивільного захисту на підприємствах, в організаціях, установах та на небезпечних територіях". Затверджено наказом Міністерства надзвичайних ситуацій від 15.08.2007 р. № 557.
25. ДБН В.2.5-28-2006 «Природне і штучне освітлення». Затверджені наказом Міністерства будівництва, архітектури та житлово-комунального господарства України від 15.05.2006 року № 168.
26. Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур. Затверджено МОЗ України наказ № 294 від 04.06. 2007 року.
27. НПАОП 0.00-4.12-05 Типове положення про порядок проведення навчання і перевірки знань з питань охорони праці
28. НПАОП 40.1-1.21-98 Правила безпечної експлуатації електроустановок споживачів
29. НПАОП 40.1-1.32-01 Правила будови електроустановок. Електрообладнання спеціальних установок
30. НАПБ А.01.001-2014 Правила пожежної безпеки в Україні
31. НАПБ Б.01.008-2018 Правила експлуатації вогнегасників

						601-БП.11394021.ПЗ	Арк.
Зм.	Лист	№ докум.	Підпис	Дата			104