

# МИНСТРОЙ РОССИИ ЗА ГОД УТВЕРДИЛ 11 СВОДОВ ПРАВИЛ В ОБЛАСТИ ПРОЕКТИРОВАНИЯ И СТРОИТЕЛЬСТВА



**М**инистерство строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации за год приняло 11 сводов правил в области проектирования и строительства, сообщил глава Минстроя России **Михаил Мен** в интервью газете «Ведомости».

Он рассказал, что министерство полностью обновило СНиПы в актуализированном перечне национальных стандартов и сводов правил к техрегламенту «О безопасности зданий и сооружений».

Перечень в настоящее время находится на утверждении в правительстве.

Михаил Мен отметил, что профессиональное сообщество ждет этот перечень уже 4 года. Минстрой России обсуждал его с широким кругом экспертов, общественными организациями и профессиональным сообществом, были проанализированы лучшие российские и зарубежные практики применения современных стройматериалов, которые позволяют обеспечить безопасность и оптимальную энергоэффективность объектов капитального строительства.

«Это очень непростая, огромная научная работа, обычному человеку она, конечно, не видна, но специалисты отрасли очень

ждут этих документов, потому что это дает свободу выбора технических решений при проектировании и строительстве, а также разрешает многие проблемы, связанные с экспертизой проектной документации», — подчеркнул министр.

Он добавил, что всего за год работы Минстроя было принято 11 сводов правил, и эта работа продолжается.

Михаил Мен также сообщил, что европейские нормативные технические документы в сфере строительства (Еврокоды) в России планируется применять параллельно с национальными сводами правил. Главная задача Минстроя, по его словам, сделать так, чтобы экспертиза могла принимать проектную документацию, сделанную на основе Еврокодов — это шаг навстречу иностранным инвесторам, которые хотят работать по понятным им правилам.

«Но полностью переходить на Еврокоды мы не будем. Во-первых, мы можем серьезно ограничить своих проектировщиков, потому что сегодня не все проектные институты, особенно не в столицах, готовы делать проектно-сметную документацию по Еврокодам. Второе — для того, чтобы делать проектно-сметную документацию только по Еврокодам, в этом проекте придется использовать европейские материалы и технологии. И это тоже серьезный вопрос, то есть ни в коем случае не должно одно заместить другое», — пояснил министр.

Источник: [minstroyrf.ru](http://minstroyrf.ru)

## МИНСТРОЙ РОССИИ УТВЕРДИЛ НОВЫЙ СВОД ПРАВИЛ «000.13330.2014» «ЗДАНИЯ И ПОМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. ПРАВИЛА ПРОЕКТИРОВАНИЯ»



Л.Ф. Сидоркова,  
ЗАО «Гипроздрав»



**П**равила проектирования медицинских учреждений не менялись в России с 70-х годов прошлого века, когда были впервые созданы. Новый свод правил разрабатывался на основе научных исследований, с учетом европейских, межгосударственных и отечественных законодательных и нормативных документов. Свод правил распространяется на проектирование новых, реконструируемых, капитально ремонтируемых зданий, а также помещений медицинского назначения, встраиваемых в жилые, общественные и производственные здания.

Впервые в правилах проектирования дана классификация медицинских учреждений по видам оказания помощи, в соответствии с которой сформулированы требования к организации соответствующей территории. Больничные комплексы рекомендуется проектировать единым зданием, соединяя их теплыми переходами. Допускается создание вертолетных площадок, как на территории больничного комплекса, так и на крыше здания.

Проектировщики смогут применять современные инженерные технологии, направленные на повышение безопасности пациентов и функциональности медицинских учреждений. Так, например,

обязательным элементом любого медицинского учреждения, наряду с безопасным электроснабжением и водоснабжением, стала вентиляция и кондиционирование воздуха с учетом требований к чистоте помещений, в т.ч. внедрение систем «чистых» помещений.

В правила проектирования всех медицинских организаций (в т.ч. перинатальных центров) введена открытость для посетителей, возможность совместного пребывания с детьми и пациентами, требующими ухода. При этом предусмотрено, что помещения, которые используются как консультативно-диагностические и лечебные, должны быть оборудованы разными входами и помещениями для ожидания.

Для того, чтобы максимально защитить пациентов и персонал от внутрибольничных инфекций предусмотрено уменьшение мощности палатных отделений, деление палатных отделений на секции, ограничение вместимости палат одной-двумя койками (в т.ч. для совместного пребывания матери и ребенка), индивидуальные родовые палаты в родовых отделениях. Кроме того, могут предусматриваться индивидуальные родовые боксы при приемном отделении и приемные диагностические боксы.

Отдельное внимание уделено озеленению территорий — новые правила рекомендуют для стационаров длительного лечения оставлять «зелеными» не менее 50% площади, свободной от застройки, при этом растения не должны быть аллергенами. А в условиях плотной застройки проектировщикам рекомендовано создавать «сады на крышах» и зимние сады, так, чтобы пациенты могли видеть зелень на уровне окон палат.

**Свод правил можно прочитать на сайте Федерального центра нормирования, стандартизации и технической оценки соответствия в строительстве <http://www.certif.org/index.html>**

Источник: <http://www.gosstroy.gov.ru>



## 6. Общие требования к зданиям

### 6.1 Типы и структура медицинских организаций

6.1.1 Структура медицинских организаций определяется медико-техническим заданием (заданием на проектирование) с учетом их профиля и мощности. Часть подразделений в структуре медицинской организации может отсутствовать при передаче соответствующих функций централизованным организациям (диагностический центр, центральное стерилизационное отделение, лабораторный центр, прачечная, пищеблок, клиническая служба, патологоанатомическое отделение и др.).

6.1.2 Медицинские организации, предназначенные непосредственно для пациентов, подразделяют на две группы: стационарные и амбулаторно-поликлинические. В составе медицинских организаций со стационаром могут быть следующие структурные подразделения: стационары, консультативно-диагностические отделения, лечебные отделения, вспомогательные, хозяйственные, служебно-бытовые, помещения клинических кафедр, дневные стационары

6.1.3 Консультативно-диагностические и лечебные подразделения целесообразно проектировать централизованными с возможностями использования их как стационарными, так и амбулаторными больными. Для этого должны быть предусмотрены отдельные входы и ожидальные. В организациях до 150 коек вход и ожидальная могут быть общими, но с разделением использования по времени.

6.1.4 К амбулаторно-поликлиническим организациям относятся: ФАПы, СВА, офисы врачей общей практики, территориальные, ведомственные и специализированные поликлиники, диспансеры, медицинские центры, центры восстановительного лечения без стационаров.

6.1.5 В составе амбулаторно-поликлинических организаций могут быть следующие структурные подразделения: отделения амбулаторно-поликлинического приема, консультативно-диагностические, лечебные отделения, дневные стационары, вспомогательные (в т.ч. отделения помощи на дому), хозяйственные, служебно-бытовые.

### 6.2 Объемно-планировочные решения зданий

6.2.1 Планировочная структура здания должна обеспечивать поточность (последовательность) технологических процессов, оптимизацию путей движения основных потоков персонала, больных, больничных грузов с целью минимизации их протяженности и удобства больных, посетителей и персонала.

6.2.2 Потоки материалов с высокой степенью эпидемиологической опасности должны быть максимально изолированы от остальных потоков с помощью планировочных решений или специального оборудования (закрытые тележки, герметичные контейнеры для отходов, проходные стерилизаторы и моечные машины, барьерные стиральные машины и др.). Упакованные грузы допускается транспортировать общебольничными лифтами.

6.2.3 Палатные отделения, оперблоку, родблочки, отделения реанимации, лаборатории, ЦСО, рентгенотделения не должны быть проходными (СанПиН 2.1.3. 2630).

6.2.4 Для обеспечения защиты пациентов и персонала от внутрибольничных инфекций следует использовать различные формы пространственной изоляции: уменьшение мощности палатных отделений; деление палатных отделений на секции; ограничение вместимости палат одной-двумя койками (в т.ч. для совместного пребывания матери и ребенка); индивидуальные родовые палаты в родовых отделениях, выделение в ОРИТ или ОАРИТ одной или нескольких одноместных палат для изоляции больных. Кроме того, могут предусматриваться индивидуальные родовые боксы при приемном отделении; приемные диагностические боксы.

6.2.5 При входе с лестниц и из лифтов в палатные секции, оперблоку, секции реанимации и интенсивной терапии, а также в зону для исследований лабораторий следует предусматривать шлюз или лифтовой холл.

6.2.6 Для защиты показаний диагностической аппаратуры от искажений кабинеты функциональной диагностики не рекомендуется размещать смежно (в т.ч. над и под ними) с кабинетами электро-светолечения, процедурными рентгенкабинетами, кабинетов магнитно-резонансной томографии и лучевой терапии, а также помещениями с источниками вибрации.

6.2.7 Помещения, в которых проводят работы с источниками ионизирующего излучения, не допускается размещать смежно (в т.ч. над и под) с палатами для беременных женщин и детей.

6.2.8 Помещения сероводородных и радоновых ванн не должны размещаться смежно с палатами, [8]. Не рекомендуется размещать кабинеты с рентгеновской и другой сложной аппаратурой под помещениями с «мокрыми» процессами (душевые, уборные, моечные и др.).





В случае невозможности другого планировочного решения должны быть приняты меры по гидроизоляции для исключения протечек.

6.2.9 Для естественного освещения помещений планировочными решениями могут быть предусмотрены внутренние дворы и атриумы.

6.2.10 Естественное, искусственное и совмещенное освещение основных помещений медицинских организаций следует проектировать по приложению П.

6.2.11 Допускается свободная ориентация окон помещений по сторонам горизонта. Нормативная продолжительность инсоляции (СанПиН 2.2.1/2.1.1.1076) должна быть обеспечена не менее чем в 60% общей численности палат медицинской организации. В общую численность палат не входят палаты, в которых для защиты от излишней инсоляции и резкого света необходимо предусматривать солнцезащиту (послеоперационные и родовые палаты, палаты отделений реанимации и интенсивной терапии, палаты для выхаживания новорожденных и недоношенных). Для палат дневных стационаров продолжительность инсоляции не нормируется.

В помещениях постоянного пребывания пациентов и персонала, ориентированных на южные румбы горизонта, также необходимо предусматривать солнцезащиту.

6.2.12 В подразделениях с кабинетами приема пациентов следует предусматривать помещения (место) для ожидания из расчета 5 м<sup>2</sup> на каждый кабинет или каждое место в кабинете (стоматологическое кресло, кушетка и т.п.). При использовании компьютерных систем регулирования потоков пациентов и при реконструкции зданий площадь может быть уменьшена.

6.2.13 Площадь и габариты палат необходимо определять исходя из требования подхода к кровати больного с трех сторон. К койкам жилых комнат санатория и койкам сопровождающих больного (матерей в палатах совместного пребывания матери и ребенка и др.) не требуется трехстороннего подхода.

6.2.14 Расстояние от торца койки до торца другой койки или стены палаты должно быть не менее 1,2 м. Расстояние между длинными сторонами рядом стоящих коек должно быть не менее 0,8 м, а в палатах



восстановительного лечения, нейрохирургических, ортопедо-травматологических, ожоговых, медико-социальных и палатах для больных, передвигающихся с помощью кресел-колясок – не менее 1,2 м.

6.2.15 Габариты помещений и коридоров лечебных подразделений следует принимать по приложению Г.

6.2.16 Родовые и операционные отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии целесообразно объединять в одной зоне с созданием общей дежурной службы для этих подразделений (экспресс лаборатории, службы хранения крови, экстренной стерилизационной и др.).

6.2.17 Санпропускники проектируются отдельно для мужчин и женщин. Санпропускники из трех помещений (помещение хранения общепольничной одежды, помещение одевания персонала в стерильную одежду, помещение сбора использованной одежды) должны предусматриваться при оперблоках, родовых блоках, а также стерильных блоках онкогематологических и других отделений по пересадке органов и тканей.



Санпропускники из двух помещений (помещение хранения общепольничной одежды и одевавшая) – в хирургической реанимации, секции реанимации для новорожденных и недоношенных. В остальных отделениях с высокими требованиями к санитарно-эпидемиологическому режиму (терапевтическая реанимация, палатная секция выхаживания новорожденных и т.п.) предусматривается шлюз для надевания спецодежды и мытья рук. При помещениях хранения общепольничной одежды предусматривается уборная и душевая. Душевые предусматриваются из расчета одна душевая на четыре операционных (но не менее одной) или на шесть постов дежурного персонала.

6.2.18 По заданию на проектирование в структуре больницы может быть предусмотрено помещение для проведения религиозных обрядов площадью не менее 12 м<sup>2</sup>.

6.2.19 В диагностических отделениях и отделениях восстановительного лечения для пациентов предусматриваются помещения отдыха после процедур из расчета 2 м<sup>2</sup> на кресло для отдыха и 4 м<sup>2</sup> на кушетку для отдыха. Для отдыха больных в креслах в отделениях восстановительного лечения допускается использовать световые карманы коридоров.

6.2.20 В лечебных, диагностических и вспомогательных помещениях медицинских организаций минимальную ширину дверного проема принимают по таблице 6.1

Таблица 6.1

Наименование помещения	Минимальная ширина дверного проема, м
Палаты, палаты интенсивной терапии, операционные, процедурные лучевой диагностики, кабинет лучевой терапии и радиоизотопной диагностики и другие помещения, куда предполагается транспортировка больного на кровати	1,2
Процедурные, перевязочные, изоляторы, тамбуры, шлюзы, боксы, полубоксы, родовые, наркозные, ванны комнаты, секционные, комнаты одевания и хранения трупов и другие помещения, предполагающие транспортировку на каталке	1,1
Кабинеты врачей, лабораторные и остальные помещения, куда должен быть обеспечен доступ больных или персонала на креслах-каталках	0,9
уборные и души при палатах	0,8
Барозалы	1,4 (двупольная или раздвижная)
Прочие помещения	По соответствующим нормам
Примечания 1 Габариты дверного проема принимаются в свету 2 Если по противопожарным требованиям или требованиям технологии (монтажные проемы и пр.) должны быть предусмотрены дверные проемы, габариты которых больше указанных в таблице, то следует выполнять более высокие требования.	

6.2.21 Кроме грузовых и пассажирских лифтов допускается применять следующие транспортные системы:

- эскалаторы – для транспортирования людей (до третьего этажа) при большом потоке амбулаторных пациентов;

- пневматическую почту – для передачи документов, образцов для анализа и других малогабаритных и легких грузов;

- систему транспортных контейнеров по моно-рельсам – крупных – до 300-400 кг (преимущественно горизонтальную) или мини-контейнеров – 25–70 кг (вертикальную и горизонтальную) – для доставки белья, медикаментов, расходных материалов;

- роботизированные контейнеры по магнитным направляющим или мини-трейлеры с водителем – для доставки пищи, белья, медикаментов, других больничных грузов в крупных больничных комплексах мощностью свыше 500 коек. Для мини-трейлеров могут быть использованы транспортные маршруты, предназначенные для других целей – переходы, коридоры и др.;

- вертикальные подъемники типа paternoster – для транспортирования кроватей из палатных отделений на центральные станции обработки кроватей и обратно;

- пневматические системы пыле- и мусороудаления.

### 6.3 Размещение подразделений по этажам. Высота этажей

6.3.1 Палатные отделения по этажам рекомендуется размещать следующим образом:

а) палатные отделения детских стационаров – не выше пятого этажа;



б) палатные секции для детей до семи лет без матерей, детские психиатрические отделения (палаты), а также палатные отделения хосписов и отделений сестринского ухода, гериатрические палатные отделения и жилые группы интернатов для престарелых инвалидов – как правило, не выше второго этажа.

Допускается размещать подразделения, указанные в перечислении б) (за исключением хосписов и отделений сестринского ухода) не выше четвертого этажа при условии обеспечения горизонтальной эвакуации всех пациентов в соседний пожарный отсек или безопасную зону.

6.3.2 Помещения, размещение которых допускается в цокольных и подвальных этажах, принимают по таблице 6.2.

Таблица 6.2

Этаж или отметка пола относительно отметки земли	Наименование помещений
Минус 0,5м	Все помещения, кроме палат
Минус 1,2м	Все помещения, которые могут размещаться в цокольных и подвальных этажах, а также вестибюль с гардеробными
Цокольный	Все помещения, размещение которых допускается в подвале
Подвальный	<p>а) технические и инженерные помещения (тепловые пункты, насосные, компрессорные, вентиляционные камеры, дистилляционные, мастерские по эксплуатации зданий, серверные);</p> <p>б) помещения персонала (помещения для занятий персонала, конференц-залы, актовые залы, лекционные аудитории кафедр, помещения отдыха, приема пищи, выездных бригад, гардеробные, душевые, уборные);</p> <p>в) помещения вспомогательных служб (экспедиции, загрузочные, архи-вы, кладовые и хранилища всех видов, термостатная, комната приготовления сред, центральные бельевые, помещения приготовления рабочих дезинфекционных растворов, моечные, столовые, в том числе для пациентов, помещения пищеблоков, прачечных, центральных стерилизационных, дезинфекционных отделений, секционные, предсекционные, помещения хранения и одевания трупов, траурный зал, помещения обработки медицинских отходов, санитарные пропускники, санитарные комнаты, помещения хранения вещей больных, помещения ремонта оборудования, торговые залы, аптеки);</p> <p>г) процедурные лучевой терапии и лучевой диагностики (рентгеновской, магнитно-резонансной), комнаты управления при них и другие помещения, составляющие с ними единый функциональный процесс;</p> <p>д) помещения и кабинеты восстановительного лечения (помещения ЛФК, лечебные бассейны, помещения водолечения, массажные кабинеты)</p>

6.3.3 При расположении палат стационаров (кроме дневных), отделений реанимации и интенсивной терапии, родильных отделений, а также операционных блоков на верхних этажах зданий над ними следует предусматривать чердак или технический этаж.

6.3.4 Для вновь проектируемых зданий минимальная высота помещений от пола до низа выступающих конструкций потолка (в т.ч. подвесного) принимается по таблице 6.3.



Таблица 6.3

Наименование помещения	Высота помещения, м, не менее,
Лечебные помещения амбулаторно-поликлинических ЛПО мощностью не более 100 посещений в смену, встроенных в жилые здания	По высоте этажа, но не менее 2,6
Лечебные помещения (операционные, кабинеты, палаты, процедурные и пр.)	3,0
Варочные залы пищеблоков организаций мощностью до 300 коек (мест)	3,0
Варочные залы пищеблоков организаций мощностью 300 коек (мест) и более	3,3
Водо-, грязелечебный зал, зал лечебных- бассейнов, предназначенных для 10 и менее пациентов	3,0
Оздоровительные бассейны для более 10 человек	4,2
Помещения (кабинеты) с нестандартным технологическим оборудованием (рентгенооперационные, кабинеты лучевой терапии и др.)	По технологическим требованиям
Коридоры (до низа подшивного потолка, включая осветительные приборы)	2,2
Помещения вместимостью до 40 человек (конференц-залы, учебные помещения и др.)	По высоте этажа, в котором они располагаются
Вестибюли, конференц-залы, фойе, аудитории и др. большей вместимости	по СП 118.13330
Технические подвалы	3,0
Производственные помещения прачечных производительностью до 1000кг сухого белья в смену	3,6; 4,2; 5,4
	– II- 1000-3000 – II- более 5000
<p>Примечания</p> <p>1 В условиях реконструкции допускается уменьшение высоты помещений на 10 %.</p> <p>2 В местах прохода обслуживающего персонала высота технического подполья от пола до низа выступающих конструкций должна быть не менее 1,8 м.</p> <p>3 Свободное межпотолочное пространство для установки потолочных воздухораспределительных систем должно быть не менее 500 мм, систем с ламинарными воздухораспределителями – 800 мм (корректируют в зависимости от применяемого вентиляционного оборудования).</p>	



## 6.4 Отделка помещений

6.4.1 Поверхность стен и перегородок лечебных, диагностических и вспомогательных помещений для обеспечения медико-технологических процессов должна быть гладкой, допускающей влажную уборку и дезинфекцию; а поверхность стен и потолков помещений, где работают лазерные установки, должна иметь матовое покрытие.

Отделка стен, перегородок и полов кабинетов электросветолечения керамическими плитками не допускается. Стены и потолок темных кабин при кабинетах офтальмологии покрываются черной матовой краской.

6.4.2 Стены и потолки лечебных и диагностических помещений с сухим режимом (палат, кабинетов врачей, диагностических и физиотерапевтических кабинетов, и др.) отделываются акриловыми или силикатными водорастворимыми красками или другими материалами, позволяющими влажную уборку и дезинфекцию.

6.4.3. Стены помещений подвергающихся влажной текущей дезинфекции, а также помещений с влажным режимом работы (операционные, перевязочные, родовые, предоперационные, наркозные, процедурные и др. аналогичные помещения, а также ваннные комнаты, процедурные водо-грязелечения, душевые, санитарные узлы, клизменные, помещения для хранения и разборки грязного белья и др.) следует облицовывать матовой керамической плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту помещения.

Отделка стен и перегородок в местах установки санитарных приборов и оборудования, эксплуатация которого связана с возможностью увлажнения стен и перегородок, должна быть выполнена из влагостойких материалов на высоту 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны.

6.4.4 Во всех помещениях для пола должны применяться нескользкие покрытия.

6.4.5 Полы в зданиях медицинских организаций (кроме административных помещений) следует покрывать прочным водонепроницаемым материалом, удобным для транспортирования больных и различных грузов, легко очищаемым, допускающим частое мытье дезинфицирующим раствором.

6.4.6 Сопряжение стен и полов должно иметь закругленное сечение, стыки должны быть герметичными. При использовании линолеумных покрытий края линолеума у стен должны быть заведены на стены на высоту 10–15 см. Швы между примыкающими друг к другу листами линолеума должны быть заделаны герметично.

6.4.7 Полы рентгенпроцедурных (кроме рентгеноперационных), кабинетов лучевой терапии, кабинетов физиотерапии должны быть выполнены из антистатических материалов. В помещениях для работ II класса с открытыми радионуклидными источниками полы должны быть покрыты слабо сорбирующими материалами. Количество стыков между отдельными листами покрытия должно быть минимальным, допускается бесстыковое покрытие на основе дезактивируемых отвердевающих составов.

6.4.8 В вестибюлях и общих холлах полы должны быть устойчивыми к механическому воздействию.

В палатных отделениях должны быть полы с высокими теплоизоляционными и шумопоглощающими свойствами.

Полы в помещениях водо-грязелечения выполняются из нескользкой керамической плитки или аналогичных материалов.

Полы в вентиляционных камерах должны иметь непылеобразующее покрытие.

6.4.9 Покрытия пола операционных, наркозных, реанимационных залов, палат интенсивной терапии и послеоперационных должны иметь токопроводящую основу, обеспечивающую необходимые токоотводящие свойства. Под основу покрытия предусматривается укладка медной ленты по периметру помещений, соединенной с шиной дополнительного уравнивания потенциалов.

6.4.10 Допускается применять подвесные, подшивные и другие виды потолков в помещениях класса чистоты А и Б, а также помещениях с влажным режимом при условии, что материал потолка должен обеспечивать возможность проведения его влажной очистки и дезинфекции.

Подвесной потолок в операционных, наркозных, реанимационных залах, палатах интенсивной терапии и послеоперационных палатах должен быть герметичным. Конструкция должна при необходимости обеспечить доступ в пространство между подвесным потолком и перекрытием для обслуживания инженерных систем. Встроенные светильники должны монтироваться заподлицо с потолком.

6.4.11 При отделке стен, перегородок, полов, потолков применение нитрокрасок запрещается.



### 6.5 Санитарно-технические помещения и их оборудование

6.5.1 При палате предусматривается санузел с унитазом, умывальником и душем (в дневных стационарах душ предусматривается по заданию на проектирование). Рекомендуемые габариты припалатного санузла – 2,2 x 1,8 м<sup>2</sup>, уборной – 1,7 x 1,7 м<sup>2</sup>, что обеспечивает пользование ими пациента на кресле-коляске. Души рекомендуется проектировать с поддоном в уровне пола. Санузлы и уборные, доступные для инвалидов колясочников, должны быть оборудованы специальными приспособлениями (поручнями, стойками, откидными сиденьями, спинкой для унитаза).

6.5.2 При реконструкции здания необходимо предусматривать не менее одного санузла, доступного для инвалидов, на палатное отделение. При размещении блока палат на одном входном припалатном шлюзе одна уборная может предусматриваться не более чем на четыре койки. При количестве коек в палате или блоке палат более двух целесообразно располагать отдельно душевую и уборную. Душевую следует оборудовать гибким шлангом. Санузлы при боксах предусматриваются с душем или с ванной по заданию на проектирование. Двери санузлов и уборных для пациентов должны открываться наружу.

6.5.3 Уборные для персонала должны быть отделены от уборных для пациентов. Габариты душевых кабин и уборных для персонала приведены в СП 118.13330. Размеры кабин уборных для посетителей должны быть не менее 1,1x1,6 м. Не менее одной уборной в медицинской организации (помимо палатных отделений) должны быть универсальными по СП 59.13330 (эта уборная может быть общей для персонала, посетителей и пациентов, в т.ч. мало-мобильных).

6.5.4. В палатах или шлюзах при палатах, а также во врачебных кабинетах, комнатах и кабинетах персонала, процедурных, перевязочных, в уборных, вспомогательных помещениях, требующих мытья рук персонала, следует устанавливать умывальники. Умывальники устанавливаются с подводкой горячей и холодной воды и оборудуются смесителями. Температура горячей воды в точках разбора детских и психиатрических палат не должна превышать 37°С. Душевые для пациентов и хирургические умывальники могут быть оборудованы термостатическими смесителями. Допускается в палатах или шлюзах при палатах вместо умывальников предусматривать раздатчики для дезинфицирующих средств. Площади санитарно-технических помещений приведены в таблице В.5 приложения В.

### 6.6 Входные группы помещений

6.6.1 В медицинских организациях, куда входят разные подразделения для пациентов (стационар, поликлиника и др.), рекомендуется проектировать общую входную группу, объединяющую помещения (пространства) для встреч посетителей с лечащими врачами, торгового и обслуживающего сервиса и др. Основным помещением входной группы является вестибюль, который для обеспечения удобных транспортно-коммуникационных связей и обслуживающих функций может быть выполнен в виде атриума.



6.6.2 При наличии в консультативно-диагностическом или восстановительном центре неинфекционного профиля (поликлиники восстановительного лечения, врачебно-физкультурные, кардиологические, онкологические и др.) детского амбулаторного приема, допускается наличие общей вестибюльной группы для детей и взрослых (с выделением уборной для детей), а также совместное использование диагностических отделений и отделений восстановительного лечения.

6.6.3 В приемно-вестибюльных группах санаториев рекомендуется предусматривать регистратуру, игровые для детей, помещения общественного питания (кафетерии, рестораны), для бытовых услуг и продажи предметов быта, печатных изданий и др. При регистратуре санатория может размещаться кабинет дежурного врача или медицинский кабинет для оказания первой помощи.

6.6.4 В зоне входной группы детского поликлинического отделения необходимо предусматривать помещения или навесы для детских колясок из расчета 6 м<sup>2</sup> на 100 посещений в смену.

6.6.5 Минимальные площади помещений входной группы стационара и санатория приведены в таблице В.1 приложения В.