

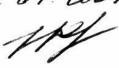
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ

**Документированная процедура системы менеджмента качества
СМК ДП СП 02/РК 09**

Номер копии:	
--------------	--

Иваново 2017

Исполнитель: помощник ректора по качеству Корягина И.И.	Утвердил: ректор ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России Борзов Е.В.
Дата 24.01.2017 г. Подпись 	Дата Подпись 





Содержание

	стр.
1. Назначение и область применения.....	3
2. Нормативные документы.....	3
3. Термины, определения, сокращения.....	3
4. Общие положения.....	4
5. Последовательность осуществления процесса.....	5
6. Ответственность.....	9
7. Мониторинг, измерение и оценка процесса.....	10
Приложение 1	
Программа аудитов.....	11
Приложение 2	
План внутреннего аудита СМК.....	12
Приложение 3	
Чек-лист для проверки документов	13
Приложение 4	
Отчет по результатам внутреннего аудита.....	14
Приложение 5	
Отчёт по программе аудитов за год	17
Лист согласования.....	20
Лист регистрации изменений	21
Лист ознакомления	22



1. Назначение и область применения

1.1. Настоящая процедура является руководящим документом для внутренних аудиторов и руководителей структурных подразделений в процессе проверки деятельности в системе менеджмента качества. Она устанавливает общие требования по выбору объектов аудита, планированию, проведению и документальному оформлению аудита; требования к персоналу, проводящему аудит; анализу результатов аудита.

1.2. Требования процедуры обязательны для применения всеми структурными подразделениями и должностными лицами ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

1.3. Настоящая процедура является интеллектуальной собственностью ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и не может передаваться представителям сторонних предприятий и организаций без разрешения ректора.

2. Нормативные документы

В настоящей процедуре использованы следующие нормативные документы:

- ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь»;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015 «Системы менеджмента качества. Требования»;
- ГОСТ Р ИСО 9004-2010 «Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества»;
- ГОСТ Р ИСО 19011-2012 «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента»;
- СМК РК «Руководство по качеству»;
- СМК ДП СП 01/РК 04 «Управление документированной информацией»;
- СМК ДП СП 03/РК 10 «Управление несоответствиями. Корректирующие действия».

3. Термины, определения, сокращения

3.1. В настоящей процедуре применяются следующие термины с соответствующими определениями:

3.1.1. *Аудит* – систематический, независимый и документируемый процесс получения свидетельств аудита и объективного их оценивания с целью установления степени выполнения согласованных критериев аудита.

3.1.2. *Аудитор* – лицо, обладающее компетентностью для проведения аудита.

3.1.3. *Аудиторская группа* – один или несколько аудиторов, проводящих аудит, которым, при необходимости, помогают технические эксперты. Один из аудиторов, входящих в аудиторскую группу, назначается ее руководителем (ведущим аудитором). Аудиторская группа может включать аудиторов, проходящих подготовку (стажеров).

3.1.4. *Выводы (наблюдения аудита) аудита* – результат оценки собранных свидетельств аудита на соответствие критериям аудита.

3.1.5. *Заказчик внутреннего аудита* – ректор, руководитель структурного подразделения, руководитель процесса.

3.1.6. *Заключение по результатам аудита* – выходные данные аудита, представленные аудиторской группой после рассмотрения целей аудита и всех выводов аудита.

3.1.7. *Компетентность* – выраженная способность применять свои знания и навыки.



3.1.8. *Критерии аудита* – совокупность политики, процедур или требований. Критерии аудита используются для сопоставления с ними свидетельств аудита.

3.1.9. *Область аудита* – содержание и границы аудита, включающие описание физического расположения, организационных единиц, деятельности и процессов, а также охватываемый период времени.

3.1.10. *План аудита* – описание деятельности и мероприятий по проведению аудита.

3.1.11. *Проверяемое подразделение* – подразделение, подвергающееся аудиту.

3.1.12. *Программа аудитов* – совокупность одного или нескольких аудитов, запланированных на конкретные сроки и направленных на достижение определенной цели. Программа аудита включает всю деятельность, необходимую для планирования, организации и проведения аудитов.

3.1.13. *Свидетельство аудита* – записи, изложение фактов или другая информация, которые имеют отношение к критериям аудита и могут быть проверены. Свидетельства аудита могут быть качественными или количественными.

3.1.14. *Технический эксперт* – лицо, предоставляющее аудиторской группе свои знания или опыт по специальному вопросу.

3.2. В процедуре применяются следующие сокращения:

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России – федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

ДП – документированная процедура;

РК – Руководство по качеству;

ЦМК – Центр менеджмента качества;

СМК – система менеджмента качества;

СП – структурное подразделение.

4. Общие положения

4.1. Цель процесса «Внутренний аудит» – обеспечение оптимального и результативного функционирования СМК посредством проведения внутренних аудитов качества.

4.2. Задачи процесса:

- проверка соответствия документов СМК требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015;
- проверка соответствия деятельности по процессам ее описанию в документах СМК;
- обеспечение руководства ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России объективной и своевременной информацией о функционировании процессов/подпроцессов СМК, их результативности, эффективности и соответствии установленным в документах требованиям;
- проведение аудита с использованием принципов, приверженность которым является неременным условием для вынесения надежных и достаточных заключений по результатам аудита и позволяет аудиторам, работающим независимо друг от друга в аналогичных условиях, прийти к тем же заключениям.

Принципы проведения аудита:



1. Независимость, беспристрастность аудита и объективность заключений по результатам аудита.
2. Наблюдения и заключения по результатам аудита должны быть основываться только на свидетельствах аудита.
3. Свидетельства аудита должны быть проверяемы.
4. Использование рациональных методов достижения надежных и воспроизводимых заключений по результатам аудита.
5. Надежность заключения по результатам аудита зависит от объема выборки (имеющейся информации). Необходимо учитывать, что аудит проводится в течение ограниченного периода времени и с ограниченными ресурсами.

Требования к аудиторам:

1. Необходимый уровень компетентности, способность эффективно функционировать в системе менеджмента качества.
2. Этичное поведение.
3. Способность аудитора создавать атмосферу конфиденциальности, доверия.
4. Добросовестное изложение – правдивое и точное отражение аудиторской деятельности в наблюдениях аудита, заключениях по результатам аудита и отчетах по аудиту (в том числе, о значительных трудностях, встретившихся в процессе проведения аудита, и нерешенных разногласиях между аудиторской группой и проверяемым структурным подразделением).
5. Профессиональное внимание – осознание важности выполняемой задачи и доверия, оказанного аудиторам заказчиком аудита и другими заинтересованными сторонами.
6. Наличие следующих личностных качеств:
 - коммуникабельность, тактичность, уравновешенность, умение владеть собой;
 - реалистичность и объективность, умение аналитически и гибко мыслить, целеустремленность;
 - работоспособность.

5. Последовательность осуществления процесса

5.1. Разработка и менеджмент программы аудитов:

5.1.1. Программа аудитов включает серию аудитов, проводимых в течение календарного года. Программа аудитов составляется с учётом стратегии развития академии и целей по качеству. Она включает выборочную проверку идентифицированных академией процессов СМК. При составлении программы учитывается статус и важность процессов/подпроцессов и подразделений, подлежащих проверке, результаты предыдущих аудитов, а также результаты внешних аудитов.

В программу аудитов входят мероприятия, необходимые для планирования и организации различных типов и количества аудитов, а также для предоставления ресурсов, обеспечивающих их результативное и эффективное выполнение в конкретные сроки. Высшее руководство организации должно делегировать полномочия для менеджмента программы аудитов.

При определении ресурсов по программе аудитов рассмотрению подлежат:



- финансовые ресурсы, необходимые для разработки, осуществления, руководства и улучшения деятельности по аудиту;
- методы аудита, которые могут включать в себя опрос, наблюдение за деятельностью, анализ документации и записей, метод фокус-группы, ориентированный на выявление проблем «стыков» между сотрудниками и подразделениями внутри процессов, а также между отдельными процессами СМК. В рамках аудита могут применяться и другие методы, позволяющие получить необходимые и достаточные свидетельства аудита;
- объем программы аудита;
- наличие аудиторов и экспертов, обладающих компетентностью, соответствующей конкретным целям программы аудитов;
- мероприятия по достижению и поддержанию компетентности аудиторов и улучшению их деятельности;

Список внутренних аудиторов формируется из сотрудников академии, прошедших соответствующую подготовку, подтвержденную документами об обучении, и утверждается приказом ректора. Список может быть дополнен по мере необходимости.

5.1.2. Программу аудитов готовит методист ЦМК по форме в Приложении 1 в срок до 30 декабря на следующий год. Программа анализируется высшим руководством и утверждается Ученым советом ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

Сотрудники академии должны быть своевременно ознакомлены с содержанием программы аудитов. С этой целью, утвержденная программа рассылается во все структурные подразделения. Процесс ознакомления осуществляется через уполномоченных по качеству.

Ответственным за менеджмент программы аудитов является помощник ректора по качеству ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, который разрабатывает, проводит мониторинг, анализирует и совершенствует программу аудита; определяет необходимые для проведения аудита ресурсы. Помощник ректора по качеству, в случае невозможности проведения аудита в установленный программой срок, совместно с ведущим аудитором и руководителем проверяемого процесса/подпроцесса или подразделения осуществляет анализ причин и принимает решение о переносе сроков проверки.

5.1.3. Документация по программе аудитов включает в себя следующие виды документированной информации:

- программа аудитов на год;
- планы и отчеты по аудитам в рамках программы;
- планы и отчеты по внеплановым аудитам;
- отчет по программе аудитов.

Отчеты по программе аудитов хранятся в ЦМК ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

5.1.4. Отчет по программе аудитов составляется в срок до 30 декабря за предыдущий год, анализируется высшим руководством и утверждается на заседании Ученого совета академии. Отчет хранится в ЦМК.

5.2. Организация проведения аудита

Основанием для проведения внутренних аудитов являются: программа аудитов, план корректирующих и предупреждающих действий, распоряжение ректора, заявление руководителя процесса/подпроцесса или подразделения, которые формулируют цели аудита.

5.2.1 Определение целей, области и критериев аудита.



Цели аудита определяют, что должно быть достигнуто аудитом, и могут включать следующее:

- оценку способности системы менеджмента обеспечивать соответствие законодательным, регламентирующим и контрактным требованиям;
- выявление степени соответствия деятельности подразделения документам системы менеджмента качества;
- оценку результативности системы менеджмента в достижении поставленных целей;
- выявление степени соответствия системы менеджмента проверяемого процесса и/или подразделения критериям аудита;
- определение областей возможного улучшения системы менеджмента.

Область и критерии аудита совместно с руководителем проверяемого процесса и/или подразделения определяет руководитель аудиторской группы (ведущий аудитор).

Область аудита описывает масштаб и границы аудита, такие как организационные единицы, деятельность и процессы, подлежащие проверке, а также период времени, требуемый для проверки.

Критерии аудита используются в качестве ориентира при выявлении соответствия и могут включать требования внутренних документов СМК, требования стандартов, требования законодательства, требования договоров и контрактов. Выбранные критерии аудита должны обеспечивать возможность достижения целей аудита.

После определения цели и объема аудита ведущий аудитор должен оценить осуществимость аудита. Если ведущий аудитор находит аудит неосуществимым в полном объеме, он должен предоставить обоснованный вывод о неосуществимости аудита начальнику ЦМК. На основании этого совместно с представителем высшего руководства по качеству может быть принято решение о корректировке программы аудитов.

5.2.2. Планирование конкретных аудитов осуществляется ведущим аудитором. План оформляется по форме в Приложении 2 и включает в себя описание содержания проверки, методов аудита, места и сроков проведения проверки и состав команды аудиторов. В плане аудита также указываются процессы/подпроцессы и/или структурные подразделения, должностные лица и другие элементы, соответствие которых требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015, внутренних и внешних нормативных документов будет проверяться.

План утверждается помощником ректора по качеству. План согласовывается с руководителем проверяемого процесса/подпроцесса и/или структурного подразделения минимум за 1 неделю до начала аудита. В случае возникновения разногласий по содержанию плана проверки помощник ректора по качеству и/или представитель высшего руководства, совместно с ведущим аудитором и руководителем проверяемого процесса/подпроцесса и/или структурного подразделения осуществляют анализ и вносят согласованные изменения в план.

План одновременно является уведомлением об аудите. Копия плана остаётся у руководителя проверяемого процесса/подпроцесса и/или структурного подразделения. Руководитель извещает своих сотрудников о предстоящей проверке и готовит необходимые документы.

5.2.3. Формирование аудиторской группы

При необходимости непосредственно перед проведением аудита по инициативе ведущего аудитора может проводиться корректировка состава аудиторской группы.



При определении размера и состава аудиторской группы необходимо учитывать следующее:

- цели, объем и критерии аудита, а также его ориентировочную продолжительность;
- общую компетентность аудиторской группы, необходимую для достижения целей аудита. Если аудиторы не обладают необходимыми знаниями и опытом, в группу включают технических экспертов. В группу по аудиту можно включать стажеров;
- обеспечение независимости аудиторской группы от проверяемой деятельности и исключения конфликта интересов;
- способность членов аудиторской группы к совместной работе и к эффективному взаимодействию с проверяемыми;
- заказчик и проверяемое подразделение имеют право требовать замены членов аудиторской группы по объективным причинам (работа члена аудиторской группы ранее в проверяемом подразделении, предыдущее неэтичное поведение и пр.).

5.2.4. Подготовка рабочих документов, которые могут включать:

- чек-лист для документов и записей (Приложение 3);
- список вопросов аудита, которые основываются на соответствующих положениях ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и документации СМК по проверяемому процессу.

Рабочие документы для проведения аудита зависят от содержания проверки и методов проведения аудита. Рабочие документы используются для качественного проведения проверки и фиксации свидетельств аудита. При необходимости, аудиторы могут заранее предоставлять аудируемому список вопросов.

5.2.5. Проведение аудита

Внутренний аудит СМК начинается с проведения вступительного совещания группы аудиторов с руководителем и персоналом проверяемого процесса/подпроцесса и/или структурного подразделения. На совещании разъясняются цели, задачи и методы проверки, уточняются детали намеченного плана аудита, порядок предоставления документов, материалов и т.д. Если применимо, проводится обсуждение правил техники безопасности (при осмотре производственных помещений, строительных площадок и пр.) и информационной безопасности.

Сбор и верификация информации производится посредством опроса персонала проверяемого подразделения (должностного лица), изучения документов, проведения наблюдений и применения других согласованных методов аудита. При этом обязательно проводится проверка порядка выполнения деятельности, ведения документов и записей, методов контроля качества исполнения работ персоналом подразделения (должностным лицом). С согласия аудируемых и при возникновении необходимости объем аудита может быть расширен.

Все данные, полученные при проверке, аудиторы должны фиксировать, согласовав их с аудируемыми. Формулировки должны быть конкретными и указывать на несоответствие/соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001:2015 и/или документам СМК академии. Записи и формулировки должны быть пригодны для обсуждения при составлении заключения по результатам проверки.

В конце проведения проверки ведущий аудитор обсуждает с аудиторами результаты, анализирует обнаруженные несоответствия, уточняет, какие документы, разделы или пункты были нарушены.

После завершения внутреннего аудита проводится заключительное совещание (проводится в том же составе участников, что и вступительное совещание) для ознакомления с



результатами проверки, уточнения содержания несоответствий, выработки корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам проверки. Разработка корректирующих и предупреждающих мероприятий должна осуществляться руководителями структурных подразделений и/или процессов (подпроцессов).

5.2.6. Подготовка, согласование и рассылка отчета по аудиту

По результатам проверки готовится отчет по аудиту. Отчет готовится по форме, представленной в Приложении 4. Отчёт содержит формулировки несоответствий/соответствий и указания на конкретный пункт ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и/или документ СМК академии, корректирующие мероприятия и сроки их осуществления.

Отчет по результатам внутреннего аудита оформляется в течение пяти календарных дней после окончания проверки (после заключительного совещания) в одном экземпляре, который проверяется начальником ЦМК (срок проверки – не более 2 календарных дней). Помощник ректора по качеству после ознакомления с содержанием отчёта может внести соответствующие дополнения в корректирующие и предупреждающие мероприятия. Помощник ректора по качеству может вернуть отчет на доработку ведущему аудитору (срок доработки – не более 2 календарных дней). Отчет согласовывается с высшим руководством. При наличии замечаний к корректирующим действиям отчеты могут быть переоформлены с восстановлением всех необходимых подписей. Оригинал отчёта хранится в ЦМК. Копия согласованного отчёта передаётся руководителю проверяемого процесса/подпроцесса и/или структурного подразделения. Может быть изготовлена копия отчета для ведущего аудитора проверки.

Сотрудники и обучающиеся академии могут ознакомиться с документацией по результатам внутренних проверок в ЦМК.

Выполнение и результативность корректирующих мероприятий должны проверяться. Эта проверка может быть частью очередного аудита.

5.2.7. Информирование заинтересованных сторон о принятых решениях реализуется за счет:

- размещения информации на странице ЦМК официального сайта ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России;
- тиражирования приказов, распоряжений и других документов ИвГМА на бумажных и электронных носителях, которые распространяются через персональные информационные ячейки структурных подразделений;
- рассылки информации по электронной почте;
- публикации информации в многотиражной внутривузовской газете «Медвузовец»;
- размещения информации на факультетских и кафедральных стендах;
- обсуждения на заседаниях Ученого совета, Советов факультетов, заседаниях кафедр.

6. Ответственность

6.1. Ответственность за процесс «Внутренний аудит» в целом несет помощник ректора по качеству.

6.2. Общую ответственность за организацию и проведение внутренних аудитов в ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, включая подготовку программы аудитов, несёт помощник ректора по качеству.

6.3. Ответственность за утверждение программы аудитов, соответствие её целей стратегии развития ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России и целям по качеству несёт ректор.



6.4. Ответственность за подбор команды аудиторов, подготовку, своевременное и качественное проведение отдельных аудитов в соответствии с настоящей процедурой, а также подготовку отчёта по результатам проверки несёт руководитель аудиторской группы (ведущий аудитор).

6.5. Замена ведущего аудитора может быть произведена в связи с учётом актуальных обстоятельств, например, невозможности назначенного руководителя аудиторской группы провести аудит в указанное время, либо несогласием руководителя проверяемого процесса и/или подразделения с назначенной кандидатурой. Ответственность за назначение и/или замену ведущего аудитора в рамках конкретной проверки несёт помощник ректора по качеству.

6.6. Руководители подразделений и/или процессов СМК несут ответственность за определение корректирующих и предупреждающих мероприятий по результатам проверки и их своевременное выполнение.

Матрица ответственности

№	Наименование процессного шага	Должности сотрудников, участвующих в процессе						
		Представитель высшего руко- водства	Помощник рек- тора по качеству	Сотрудник ЦМК	Руководитель процесса	Ведущий аудитор	Член аудитор- ской группы	Руководитель структурного подразделения
1.	Разработка и менеджмент программы аудитов	С	О	И				
2.	Определение целей, области и критериев аудита				У	О		
3.	Планирование аудита		У		С	О		С
4.	Формирование аудиторской группы		У			О		
5.	Подготовка рабочих документов к проведению аудита					О	И	С
6.	Проведение аудита на местах					О	И	У
7.	Составление плана корректирующих мероприятий					О	И	У
8.	Подготовка отчета по аудиту		С		У	О	У	С
9.	Выполнение корректирующих мероприятий				С			О
8.	Согласование и рассылка отчета по аудиту	С	О	И				
9.	Информирование заинтересованных сторон о при- нятых решениях	С	О	И	У			У

Примечание: в ячейках таблицы указаны буквы, обозначающие степень ответственности за выполнение процессного шага. Применяются следующие обозначения: **О** – ответственный, **И** – исполнитель, **У** – участник, **С** – сотрудник, с которым следует согласовать.

7. Мониторинг, измерение и оценка процесса

7.1. При оценке результативности и эффективности процесса «Внутренний аудит» используются следующие критерии:

- выполнение программы аудитов, выраженное в процентах;
- процент структурных подразделений, прошедших аудит без замечаний.

7.2 Оценка процесса «Внутренний аудит» проводится представителем высшего руководства ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.



Приложение 1
(обязательное)

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ФГБОУ ВО ИвГМА
Минздрава России
профессор _____ Е.В. Борзов
“ ” _____ 20__ г.

Программа аудитов на 20____ год

1. Цели программы:

1.	
2.	
3.	

2. Ресурсное обеспечение процесса реализации программы аудитов

№ п/п	Мероприятие	Цель	Срок, время	Ответственный
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

3. Методы программы аудита:

4. План – график внутренних аудитов

№ п/п	Проверяемый процесс СМК	Пункт стан- дарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Объем аудита (структурное подразделение)	Период про- ведения про- верки	Ответственный / ведущий аудитор, аудиторы
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

Помошник ректора по качеству

подпись

расшифровка подписи



Приложение 2
(обязательное)

УТВЕРЖДАЮ

Помошник ректора по качеству ФГБОУ ВО ИвГМА
ФИО
« ____ » _____ 20 ____ г.

План внутреннего аудита СМК

наименование процесса (процессов)
Основание для аудита _____
(программа, распоряжение ректора)

Цели аудита:

1.	
2.	

Критерии аудита: _____

Область аудита: _____
название процесса (процессов) и/или подразделения (подразделений), в котором (которых) будет проходить проверка

Период проведения аудита: с " ____ " _____ 20 ____ г. по " ____ " _____ 20 ____ г.

Дата и время проведения аудита на месте: " ____ " _____ 20 ____ г. С ____ час. ____ мин. по ____ час. ____ мин.

Ведущий аудитор: _____
ФИО

Аудитор(ы): _____
ФИО

Стажёры: _____
ФИО

Ресурсы, необходимые для проведения аудита: _____

Методы аудита: _____

Представители проверяемых процессов и/или подразделений, участвующие в проверке:

№ п/п	Должность	ФИО
1.		
2.		

Ведущий аудитор

дата подпись расшифровка подписи

Согласовано:

Руководитель проверяемого
процесса и/или подразделения

дата подпись расшифровка подписи



Приложение 3
(рекомендуемое)

Чек-лист для проверки документов

№ п/п	Название документа (записи)	Наличие (да/нет)	Примечания
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Аудитор _____
подпись

«__» _____ 20__ г.



Приложение 4
(обязательное)

СОГЛАСОВАНО

Представитель высшего руководства
ФГБОУ ВО ИвГМА
Минздрава России

«_____» _____ 20____ г.

**Отчет № _____
по результатам внутреннего аудита**

наименование процесса

Цели аудита:

1.	
2.	

Критерии аудита: _____

Область аудита: _____
наименование процессов и подразделений, в которых проводилась проверка

Дата проведения аудита: "_____" _____ 20____ г.

Период проведения аудита: с "_____" _____ 20____ г. по "_____" _____ 20____ г.

Дата и время проведения аудита на месте: "_____" _____ 20____ г. С ____ час. ____ мин. по ____ час. ____ мин.

Ведущий аудитор: _____
ФИО

Аудитор(ы): _____
ФИО

Стажёры: _____
ФИО

Ресурсы, необходимые для проведения аудита: _____

Методы аудита: _____

Представители проверяемых процессов и/или подразделений, участвовавшие в проверке:

№ п/п	Должность	ФИО
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		



Результаты проверки:

№ п/п	Заполняется аудитором				Заполняется руководителем проверяемого процесса/подразделения			Заполняется аудитором
	Содержание соответ- ствия/ несо- ответствия	Подтвер- ждающие документы	Пункт стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015	Пункт и название внутреннего документа	Коррекция, корректиру- ющие, предупреждающие мероприятия	Ответственный, исполнители	Сроки осуществле- ния корректирую- щих мероприятий	Отметка о выпол- нении корректи- рующих/преду- преждающих мероприятий
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								



Дополнительные пожелания по процессу проверки:

Рекомендации вышестоящему руководству:

- деканату (ам) _____

- учебно-методическому управлению _____

- ректорату _____

Ведущий аудитор

_____	_____	_____
дата	подпись	расшифровка подписи

Аудиторы:

_____	_____	_____
дата	подпись	расшифровка подписи

_____	_____	_____
дата	подпись	расшифровка подписи

Согласовано:

Руководитель проверяемого
процесса и/или подразделения

_____	_____
дата	подпись



Приложение 5
(обязательное)

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ОТЧЕТ
по программе аудитов за _____ год**

Номер копии:	
--------------	--

Иваново _____

Исполнители:	Утвердил: ректор ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
Дата Подпись	Дата Подпись



1. Цели программы:

1	Оценка соответствия учебной документации требованиям ФГОС ВО
2.	Поиск областей возможного улучшения

2. Методы программы аудита: опрос, наблюдение за деятельностью, анализ документации.

3. Оценка выполнения элементов программы

№ п/п	Проверяемый процесс СМК	Объём аудита (структурное подразделение)	Период проведения проверки	Цель аудита	Результаты
1.					

Лист согласования

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

Согласовано:

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия



Лист регистрации изменений

№ изменения	Идентификацион- ный номер доку- мента, номер стра- ницы	Содержание изменения	Подпись ответ- ственного, который внес изменение	Дата утвер- ждения доку- мента

Лист ознакомления

Фамилия и инициалы	Должность	Подпись	Дата



Лист согласования

Представитель высшего руководства
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава РФ

дата, подпись

Мишина И.Е.

инициалы и фамилия

Ответственный

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

Согласовано:

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия

должность

дата, подпись

инициалы и фамилия



21

