ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки

здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС

**СБОРНИК**

**тестовых заданий по**

**избранным вопросам**

**мобилизационной подготовки и**

**гражданской обороны**

**в сфере здравоохранения**

Учебно-методическое пособие

для врачей циклов повышения

квалификации и профессиональной

переподготовки специалистов,

клинических интернов и ординаторов

Краснодар

2013

УДК 614.2:614.8:[551+628.5] (075.4)

ББК 51.1(2)2

И 32

|  |  |
| --- | --- |
| **Составители:** | Заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент **А.С. Багдасарьян** |
|  | Ассистент кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. **Д.В. Пухняк** |
|  | Ассистент кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России **Ж.А. Камалян** |
|  | Ассистент кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России **Д.А. Губарева** |
|  | Ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России **С.В. Губарев** |
|  | Заместитель главного врача по скорой медицинской помощи МУЗ КГКБСМП **Е.В. Геращенко** |

Под редакцией ректора ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, доцента **С.Н. Алексеенко.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рецензенты:** | Проректор по лечебной работе и последипломному образованию ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, зав. кафедрой инфекционных болезней и фтизиопульмонологии д.м.н., профессор **М.Г. Авдеева** |
|  | Заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России д.м.н., профессор **А.Н. Редько** |

«Сборник тестовых заданий по избранным вопросам мобилизационной подготовки и гражданской обороны в сфере здравоохранения»: Учебно-методическое пособие. Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, 2013 г. – 79 с.

Подготовлено согласно «Типовой программы дополнительного профессионального образования врачей и среднего медицинского персонала по мобилизационной подготовке и гражданской обороне в сфере здравоохранения (2007). Посвящено основным разделам: мобилизационной подготовке здравоохранения, медицине катастроф, медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны.

Может быть использовано врачами циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, клиническими интернами и ординаторами.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России

Протокол № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2013 г.

# Предисловие

Учебно-методическое пособие составлено с целью расширения, углубления и контроля качества знаний, полученных врачами циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФПК и ППС КубГМУ, клиническими интернами и ординаторами по основным разделам мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны; призвано помочь им более эффективно освоить материал изучаемой дисциплины.

Тестовые задания учебно-методического пособия охватывают широкий круг правовых, организационных, теоретических и практических вопросов, возникающих в процессе организации мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации, организации работы специальных формирований здравоохранения, организации защиты населения, лечебно-эвакуационного обеспечения войск и населения в военное время и при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера мирного времени.

# Список сокращений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **АОХВ** | **−** | аварийно-опасные химические вещества |
| **БО** | **−** | биологическое оружие |
| **БСМП** | **−** | бригада специализированной медицинской помощи |
| **ВСМК** | **−** | Всероссийская служба медицины катастроф |
| **ВЦМК** | **−** | Всероссийский центр медицины катастроф |
| **ГВМУ** | **−** | Главное военно-медицинское управление МО РФ |
| **ГЭР** | **−** | группа эпидемиологической разведки |
| **ДТП** | **−** | дорожно-транспортное происшествие |
| **ДТС ГК** | **−** | две трети основная соль гипохлорита кальция |
| **ИСЗ** | **−** | индивидуальные средства защиты |
| **ИПП** | **−** | индивидуальный противохимический пакет |
| **ЛПУ** | **−** | лечебно-профилактическое учреждение |
| **ЛЭО** | **−** | лечебно-эвакуационное обеспечение |
| **ЛЭМ** | **−** | лечебно-эвакуационные мероприятия  |
| **ММО** | **−** | медицинский мобильный отряд |
| **МО РФ** | **−** | Министерство обороны Российской Федерации |
| **МО** | **−** | медицинский отряд |
| **МСГО** | **−** | Медицинская служба гражданской обороны |
| **МЧС** | **−** | Министерство по чрезвычайным ситуациям |
| **ОВ** | **−** | отравляющее вещество |
| **ОЛБ** | **−** | острая лучевая болезнь |
| **ОМедБ** | **−** | отдельный медицинский батальон |
| **ОМО** | **−** | отдельный медицинский отряд |
| **ООИ** | **−** | особо опасная инфекция |
| **ПМГ** | **−** | подвижный многопрофильный госпиталь |
| **РВ** | **−** | радиоактивное вещество |
| **РСЧС** | **−** | Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций |
| **СДС** | **−** | синдром длительного сдавливания |
| **СФЗ** | **−** | специальное формирование здравоохранения |
| **СЭБ** | **−** | санитарно-эпидемиологическая бригада |
| **СЭП** | **−** | сортировочно-эвакуационный пункт |
| **СЭО** | **−** | санитарно-эпидемиологический отряд |
| **ТГЗ** | **−** | тыловой госпиталь здравоохранения |
| **ФЗ** | **−** | Федеральный закон |
| **ФКЗ** | **−** | Федеральный конституционный закон |
| **ЦРБ** | **−** | центральная районная больница |
| **ЧС** | **−** | чрезвычайная ситуация |
| **ЭП** | **−** | эвакуационный пункт фронта |

**Оглавление**

[Предисловие 3](#_Toc347796588)

[Список сокращений 4](#_Toc347796589)

[Введение 6](#_Toc347796590)

[**Раздел 1.** Тестовые задания по мобилизационной подготовке в сфере здравоохранения 8](#_Toc347796591)

[**Раздел 2.** Тестовые задания по медицине катастроф 30](#_Toc347796592)

[**Раздел 3.** Тестовые задания по медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны 61](#_Toc347796593)

[**Раздел 4.** Ответы на тестовые задания 76](#_Toc347796594)

[4.1. Ответы на тестовые задания по мобилизационной подготовке в сфере здравоохранения 76](#_Toc347796595)

[4.2. Ответы на тестовые задания по медицине катастроф 77](#_Toc347796596)

[4.3. Ответы на тестовые задания по медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны 78](#_Toc347796597)

[Литература 79](#_Toc347796598)

# Введение

Целью дополнительного профессионального образования врачей и среднего медицинского персонала по мобилизационной подготовке, гражданской обороне и медицине катастроф является совершенствование теоретических знаний и практических навыков медицинских работников всех категорий в области мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты, согласно функциональным обязанностям по занимаемым на мирное и военное время должностям.

В последнее десятилетие произошел решительный поворот к разработке новой концепции войны, новых форм и способов вооруженной борьбы, при качественно новых средствах, создаваемых на базе новейших технологий, в том числе – высокоточного оружия и оружия, основанного на новых физических принципах.

Переход России к рыночной экономике, пересмотр военной доктрины страны и ее экономические возможности привели к ослаблению готовности сил и средств МСГО по медицинскому обеспечению населения в очагах массового поражения. Такое положение дел вынуждает искать новые подходы к решению важнейшей экономической и социальной задачи – сохранению жизни и здоровья населения, пострадавшего в военных конфликтах. При этом, при планировании лечебно-эвакуационного обеспечения войск и населения в особый период, необходимо исходить из реальных возможностей здравоохранения РФ и его способности к созданию медицинских формирований, развертыванию дополнительных коек в лечебных учреждениях или осуществлению их перепрофилирования.

Последние десятилетия XX века характеризовались для мирового сообщества не только социальными и экономическими потрясениями, но и тяжелыми природными и техногенными катастрофами на предприятиях химической, нефтяной и газовой промышленности, энергетики, транспорта и других отраслей, которые сопровождались огромными человеческими жертвами и значительным материальным ущербом. Частота и масштабы ЧС, включая стихийные бедствия, техногенные катастрофы, межнациональные конфликты, достигли такого уровня, что по числу человеческих жертв, губительному действию на здоровье и благополучие населения, окружающую среду их последствия стали сравнимыми с итогами многих опустошительных войн.

В условиях ограничения людских, материальных и транспортных ресурсов система медицинского обеспечения населения в угрожающий и особые периоды должна быть простой и опираться на силы и средства здравоохранения, проверенные опытом работы в чрезвычайных ситуациях мирного времени.

В соответствии с «Организационно-методическими указаниями по подготовке службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития РФ в области защиты жизни и здоровья населения при ЧС на 2011-2013 гг.» главной задачей органов управления и службы медицины катастроф и гражданской обороны является совершенствование знаний, навыков и умений, направленных на минимизацию медико-социальных последствий ЧС, а также совершенствование системы медицинской защиты населения в мирное и военное время.

Повседневные задачи, связанные с медицинским обеспечением мероприятий мобилизации, гражданской обороны и медицинским обеспечением мероприятий по предупреждению и ликвидации ЧС, должны решаться всеми силами системы здравоохранения РФ, организаторами здравоохранения, специалистами профилактической и клинической медицины. Это влечет за собой необходимость углубленного обучения врачей-специалистов всех категорий основам мобилизационной подготовки здравоохранения, организации и проведения лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в особый период, а также при ЧС мирного времени.

# Раздел 1. Тестовые задания по мобилизационной подготовке в сфере здравоохранения

1. Какие бывают угрозы национальной безопасности Российской Федерации?
	1. международные;
	2. внешние;
	3. этнические;
	4. социальные.
2. Что включает в себя национальная безопасность?
	1. государственную безопасность;
	2. международную безопасность;
	3. социальную безопасность;
	4. историческую безопасность.
3. Какие органы не обеспечивают национальную безопасность?
	1. правоохранительные органы;
	2. армия;
	3. органы социальной защиты;
	4. федеральная служба безопасности.
4. Какой орган вырабатывает предложения для принятия решений в случае возникновения угрозы национальной безопасности РФ?
	1. Совет федерации;
	2. Правительство РФ;
	3. Государственная Дума;
	4. Совет Безопасности РФ.
5. Какой характер имеет военная доктрина РФ;
	1. миротворческий;
	2. сугубо оборонительный;
	3. наступательный;
	4. примирительный.
6. На какой срок разрабатывается военная доктрина РФ?
	1. 5 лет;
	2. 10 лет;
	3. 15 лет;
	4. 20 лет.
7. Что является основой военной организации государства?
	1. специальные формирования;
	2. пограничные войска;
	3. внутренние войска;
	4. Вооруженные силы.
8. Что не входит в классификацию военных конфликтов?
	1. террористический акт;
	2. вооруженный конфликт;
	3. война;
	4. военная компания.
9. Какой по масштабности не может быть война?
	1. локальной;
	2. территориальной;
	3. региональной;
	4. глобальной.
10. Мобилизационная подготовка – комплекс военных мероприятий, проводимых:
	1. в военное время;
	2. при угрозе войны;
	3. в мирное время;
	4. при террористических актах.
11. Какой по масштабности может быть мобилизация?
	1. территориальной;
	2. глобальной;
	3. региональной;
	4. частичной.
12. Какой по масштабности может быть мобилизация?
	1. общей;
	2. глобальной;
	3. региональной;
	4. территориальной.
13. Что не является основным принципом мобилизационной подготовки и мобилизации?
	1. централизованное руководство;
	2. эшелонированность;
	3. заблаговременность;
	4. плановость и контроль.
14. Что не является основным принципом мобилизационной подготовки и мобилизации?
	1. централизованное руководство;
	2. заблаговременность;
	3. комплексность и взаимосогласованность;
	4. двухэтапность.
15. Мобилизационная подготовка и мобилизация в РФ проводятся в соответствии с законами:
	1. конституцией РФ;
	2. ФКЗ «О чрезвычайном положении»;
	3. ФЗ «О государственном материальном резерве»;
	4. ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ».
16. В соответствии с каким законом в РФ проводятся мобилизационная подготовка и мобилизация?
	1. Конституцией РФ;
	2. ФКЗ «О чрезвычайном положении»;
	3. ФЗ «Об обороне»;
	4. ФЗ «О государственном материальном резерве».
17. Что не является обязанностью граждан в области мобилизационной подготовки и мобилизации?
	1. являться по вызову в военные комиссариаты;
	2. прекратить работу на объектах экономики;
	3. выполнить требования мобилизационных предписаний;
	4. предоставлять в целях обороны здания, транспорт и т.д.
18. Когда вводиться чрезвычайное положение на территории РФ?
	1. при проведении военных учений;
	2. при проведении взрывных работ;
	3. при возникновении ЧС природного или техногенного характера;
	4. при проведении мобилизации.
19. Когда вводиться чрезвычайное положение на территории РФ?
	1. при массовых беспорядках;
	2. при введении военного положения;
	3. при объявлении мобилизации;
	4. при вооруженной агрессии против РФ.
20. Что предполагает бронирование граждан, пребывающих в запасе?
	1. призыв на военную службу по мобилизации;
	2. призыв на учебные сборы;
	3. снятие с учета военнослужащих запаса;
	4. отсрочка от призыва на военную службу по мобилизации.
21. Какая основная задача бронирования граждан, пребывающих в запасе на период мобилизации?
	1. призыв специалистов в вооруженные силы;
	2. закрепление за организациями высококвалифицированных специалистов;
	3. снятие с военного учета;
	4. постановку граждан на воинский учет.
22. На какой срок осуществляется бронирование граждан, прибывающих в запасе?
	1. не более чем на 6 месяцев;
	2. не более чем на 1 год;
	3. не более чем на 3 месяца;
	4. на 2 года.
23. Бронирование на период мобилизации не подлежат граждане пребывающие в запасе 1 разряда, уволенные с военной службы в запас в течение первых:
	1. 2-х лет;
	2. 5 лет;
	3. 10 лет;
	4. 1 года.
24. Граждане, не призванные на военную службу, могут быть забронированы только при достижении ими:
	1. 25 лет;
	2. 27 лет;
	3. 29 лет;
	4. 30 лет;
25. На сколько разрядов подразделяются граждане, прибывающие в запасе?
	1. 2;
	2. 3;
	3. 4;
	4. 5.
26. До какого возраста может находиться в запасе рядовой состав (солдаты, матросы, сержанты и старшины)?
	1. до 35 лет;
	2. до 45 лет;
	3. до 50 лет;
	4. до 55 лет.
27. До какого возраста может находиться в запасе младший офицерский состав?
	1. до 35 лет;
	2. до 45 лет;
	3. до 50 лет;
	4. до 55 лет.
28. До какого возраста могут находиться в запасе старшие офицеры?
	1. до 50 лет;
	2. до 55 лет;
	3. до 60 лет;
	4. до 65 лет.
29. До какого возраста могут находиться в запасе полковники (капитаны I ранга)?
	1. До 50 лет;
	2. До 55 лет;
	3. До 60 лет;
	4. До 65 лет.
30. До какого возраста могут находиться в запасе высшие офицеры?
	1. до 60 лет;
	2. до 65 лет;
	3. до 70 лет;
	4. до 75 лет.
31. До какого возраста могут находиться в запасе граждане женского пола, имеющие звание офицеров?
	1. до 40 лет;
	2. до 45 лет;
	3. до 50 лет;
	4. до 55 лет.
32. До какого возраста могут находиться в запасе граждане женского пола не имеющие офицерского звания?
	1. до 40 лет;
	2. до 45 лет;
	3. до 50 лет;
	4. до 55 лет.
33. Приоритетное бронирование граждан, пребывающих в запасе, осуществляется в организациях:
	1. не имеющих мобилизационного задания;
	2. предназначенных для укомплектования воинских частей;
	3. предназначенных для укомплектования специальных формирований;
	4. имеющих мобилизационное задание.
34. Устанавливаются ограничения в предоставлении отсрочки от призыва лицам:
	1. имеющим дефицитные военно-учетные специальности;
	2. не имеющих офицерского звания;
	3. военнослужащим запаса 1 разряда;
	4. не достигшим предельного возраста пребывания в запасе.
35. Какие органы осуществляют бронирование граждан, прибывающих в запасе?
	1. военные комиссариаты;
	2. военно-учетные столы учреждений;
	3. руководство предприятий и организаций;
	4. территориальные комиссии по бронированию граждан.
36. Какие задачи не выполняют военные комиссариаты?
	1. бронирование граждан;
	2. ведение учета забронированных лиц;
	3. осуществление контроля за правильностью бронирования;
	4. обеспечивают организации бланками документов.
37. По какой форме ведется воинский учет граждан в организациях?
	1. по форме № Т-25;
	2. по личной карточке формы № Т-2;
	3. по личной карточке формы № Т-14;
	4. по личной карточке формы № Т-4.
38. На основании какого документа заполняется личная карточка формы № Т-2?
	1. паспорта;
	2. личного дела работника (служащего);
	3. военного билета;
	4. диплома об образовании.
39. Какой орган осуществляет методическое руководство по воинскому учету и бронированию в организациях здравоохранения?
	1. военные комиссариаты;
	2. межведомственная комиссия по вопросам бронирования;
	3. территориальные комиссии по вопросам бронирования;
	4. мобилизационный орган министерства здравоохранения РФ.
40. Какая категория сотрудников учреждений здравоохранения, пребывающих в запасе учитывается?
	1. врачи, средний медицинский персонал и другие специалисты;
	2. только врачи и средний медицинский персонал;
	3. только врачи;
	4. только специалисты медицинского профиля.
41. В соответствии с каким законом в Российской Федерации создастся специальные формирования здравоохранения?
	1. ФЗК «О чрезвычайном положении»;
	2. ФЗ «Об обороне»;
	3. ФЗ «О государственном материальном резерве»;
	4. ФЗ «О воинской обязанности и воинской службе».
42. В соответствии с каким законом в Российской Федерации создаются специальные формирования здравоохранения?
	1. ФЗ «О воинской обязанности и воинской службе»;
	2. ФЗ «О государственном материальном резерве»;
	3. ФКЗ «О чрезвычайном положении»;
	4. ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в РФ».
43. С какой целью создаются специальные формирования здравоохранения РФ?
	1. для оказания первой помощи военнослужащим;
	2. для оказания доврачебной помощи военнослужащим;
	3. для оказания первой врачебной помощи;
	4. для оказания специализированной медицинской помощи и реабилитации.
44. В каких случаях развертываются специальные формирования здравоохранения?
	1. при объявлении мобилизации;
	2. при объявлении чрезвычайного положения;
	3. при террористических актах;
	4. при возникновении ЧС мирного времени.
45. В состав каких министерств и ведомств входят специальные формирования здравоохранения?
	1. в состав министерства обороны РФ;
	2. в состав министерства здравоохранения РФ;
	3. в состав МЧС России;
	4. в состав медицинской службы ГО.
46. Какие органы не относятся к специальным формированиям здравоохранения?
	1. формирования медицинской службы ГО;
	2. обсервационные пункты;
	3. тыловые госпиталя здравоохранения;
	4. органы управления специальными формированиями.
47. Какой процент из специальных формирований здравоохранения составляют органы управления?
	1. 2%;
	2. 6%;
	3. 8%;
	4. 10%.
48. Какой процент из специальных формирований здравоохранения составляют тыловые госпитали?
	1. 62%;
	2. 72%;
	3. 82%;
	4. 92%;
49. Какой процент из специальных формирований составляют обсервационные пункты?
	1. 2%;
	2. 4%;
	3. 8%;
	4. 10%.
50. Какой орган управления не относится к специальным формированиям здравоохранения?
	1. главное управление по руководству специальными формированиями;
	2. отдел по руководству специальными формированиями;
	3. управление эвакуационным пунктом фронта;
	4. сектор по руководству специальными формированиями.
51. В тыловые госпитали здравоохранения раненые и больные поступают из:
	1. медицинских пунктов полков и бригад;
	2. ОМедБ и ОМО;
	3. госпитальных баз фронтов;
	4. формирований медицинской службы ГО.
52. Обсервационные пункты предназначены для:
	1. обсервации гражданского населения во время эвакуации;
	2. проведения в действующих войсках карантинных мероприятий;
	3. проведения в войсках обсервационных мероприятий при их передвижении;
	4. проведения в действующих войсках обсервационных мероприятий.
53. Что не является задачей органов управления специальными формированиями здравоохранения?
	1. организация ЛЭМ на этапах медицинской эвакуации;
	2. руководство работой специальных формирований здравоохранения;
	3. организация взаимодействия с ГВМУ;
	4. организация научно-исследовательской работы в СФЗ.
54. Что не является задачей органов управления СФЗ?
	1. контроль качества лечения в СФЗ;
	2. эвакуация раненных и больных из ЭП фронта;
	3. организация медицинского снабжения СФЗ;
	4. организация статистического учета лечебной работы в СФЗ.
55. Сколько типов тыловых госпиталей здравоохранения развертываются в период мобилизации?
	1. 4;
	2. 6;
	3. 8;
	4. 10.
56. Какая коечная емкость тыловых госпиталей здравоохранения может быть?
	1. 200 коек;
	2. 300 коек;
	3. 400 коек;
	4. 800 коек.
57. Какая коечная емкость тыловых госпиталей может быть?
	1. 200 коек;
	2. 300 коек;
	3. 600 коек;
	4. 800 коек.
58. Какой госпиталь не относится к тыловому госпиталю здравоохранения?
	1. многопрофильный базовый;
	2. многопрофильный хирургический;
	3. многопрофильный терапевтический;
	4. многопрофильный травматологический.
59. Какой госпиталь не относиться к тыловому госпиталю здравоохранения?
	1. многопрофильный базовый;
	2. многопрофильный нейрохирургический;
	3. многопрофильный психоневрологический;
	4. многопрофильный терапевтический.
60. Какой госпиталь относится к узкопрофильным тыловым госпиталям здравоохранения?
	1. инфекционный;
	2. госпиталь особо опасных инфекций;
	3. психоневрологический;
	4. кожно-венерологический.
61. Какой госпиталь относиться к узкопрофильным тыловым госпиталям здравоохранения?
	1. туберкулезный;
	2. инфекционный;
	3. психоневрологический;
	4. офтальмологический.
62. Специализированное лечение инфекционных больных осуществляется в многопрофильном:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. терапевтическом ТГЗ;
	4. травматологическом ТГЗ.
63. Специализированное лечение гинекологических раненых и больных осуществляется в многопрофильном:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. травматологическом ТГЗ;
	4. терапевтическом ТГЗ.
64. Специализированное лечение и больных офтальмологического профиля осуществляется в многопрофильном:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. травматологическом ТГЗ;
	4. терапевтическом ТГЗ.
65. Специализированное лечение раненных и больных ЛОР-органов осуществляется в многопрофильном:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. травматологическом ТГЗ;
	4. терапевтическом ТГЗ.
66. Специализированное лечение раненых с переломами длинных трубчатых костей таза и повреждений суставов осуществляется в:
	1. базовом и травматологическом ТГЗ;
	2. травматологическом и нейрохирургическом ТГЗ;
	3. базовом и нейрохирургическом ТГЗ;
	4. только в травматологическом ТГЗ.
67. Специализированное лечение ожоговых поражений осуществляется в:
	1. базовом и травматологическом;
	2. травматологическом и нейрохирургическом ТГЗ;
	3. базовом и нейрохирургическом ТГЗ;
	4. только в травматологическом.
68. Специализированное лечение раненых и больных с патологией челюстно-лицевой области осуществляется в:
	1. базовом и травматологическом ТГЗ;
	2. травматологическом и нейрохирургическом ТГЗ;
	3. базовом и нейрохирургическом ТГЗ;
	4. только в нейрохирургическом.
69. Специализированное лечение психоневрологических больных осуществляется в:
	1. базовом и нейрохирургическом ТГЗ;
	2. базовом и терапевтическом ТГЗ;
	3. терапевтическом и нейрохирургическом ТГЗ;
	4. только в терапевтическом ТГЗ.
70. Специализированное лечение терапевтических больных осуществляется в:
	1. базовом и нейрохирургическом ТГЗ;
	2. базовом и терапевтическом ТГЗ;
	3. терапевтическом и нейрохирургическом ТГЗ;
	4. только в терапевтическом ТГЗ.
71. Кабинет функциональной диагностики разворачивается в:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. терапевтическом ТГЗ;
	4. во всех ТГЗ.
72. Эндоскопические кабинеты разворачиваются в:
	1. базовом ТГЗ;
	2. нейрохирургическом ТГЗ;
	3. терапевтическом ТГЗ;
	4. во всех ТГЗ.
73. Кабинет лазерной терапии разворачивается в:
	1. базовом ТГЗ;
	2. терапевтическом ТГЗ;
	3. кожно-венерологическом ТГЗ;
	4. травматологическом ТГЗ.
74. Эвакуационный приемник для раненных и больных развертывает:
	1. базовый ТГЗ;
	2. нейрохирургический ТГЗ;
	3. травматологический ТГЗ;
	4. терапевтический ТГЗ.
75. Специфическое лечение гинекологических больных осуществляется в:
	1. терапевтическом ТГЗ;
	2. травматологическом ТГЗ;
	3. нейрохирургическом ТГЗ;
	4. базовом ТГЗ.
76. Проведение военно-врачебной экспертизы всех находящихся на лечении раненых и больных осуществляется:
	1. во всех тыловых госпиталях;
	2. в многопрофильном базовом госпитале;
	3. в многопрофильном нейрохирургическом госпитале;
	4. в многопрофильном травматологическом госпитале.
77. Лечение раненых и больных в тыловых госпиталях МЗ осуществляется в сроки:
	1. до 3-х месяцев;
	2. до 6-ти месяцев;
	3. до 12-ти месяцев;
	4. до определившихся исходов и реабилитации.
78. Оказание неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи нетранспортабельным больным осуществляется в многопрофильном:
	1. базовом госпитале;
	2. нейрохирургическом госпитале;
	3. травматологическом госпитале;
	4. терапевтическом госпитале.
79. Прием, медицинская сортировка и распределение раненых и больных по тыловым госпиталям осуществляется многопрофильным:
	1. нейрохирургическим госпиталем;
	2. терапевтическим госпиталем;
	3. базовым госпиталем;
	4. травматологическим госпиталем.
80. Массовые поступления раненных и больных в тыловые госпиталя МЗ из госпитальных баз фронта ожидается с момента начала фронтовой операции через:
	1. 1-2 суток;
	2. 5-7 суток;
	3. 10-15 суток;
	4. 1 месяц.
81. Непосредственное руководство эвакуацией раненых и больных из госпитальной базы фронта в тыловые госпиталя МЗ осуществляет:
	1. начальники военно-полевых госпиталей госпитальной базы фронта;
	2. начальники медицинских служб полков и дивизий;
	3. эвакуационный пункт фронта;
	4. начальники тыловых госпиталей МЗ.
82. Планирование и организация мобилизационной подготовки специальных формирований здравоохранения возлагается на:
	1. министерство обороны РФ;
	2. медицинскую службу ГО;
	3. органы управления здравоохранением субъектов РФ;
	4. МЧС России.
83. Непосредственная работа по планированию и организации проведения мероприятий по мобилизационной подготовке специальных формирований здравоохранения возлагается на:
	1. главных врачей ЛПУ;
	2. мобилизационные подразделения организаций-исполнителей;
	3. заместителей главных врачей ЛПУ по ГО;
	4. МЧС субъектов РФ.
84. Тыловые госпиталя здравоохранения не комплектуются гражданами:
	1. прибывающих в запасе в организациях – исполнителях;
	2. не состоящими на воинском учете и работающих в организациях – исполнителях;
	3. не состоящими на воинском учете, путем найма;
	4. забронированными на период мобилизации.
85. Комплектование ТГЗ личным составом запаса не осуществляется:
	1. главными врачами организаций – исполнителей;
	2. министерством здравоохранения;
	3. военными комиссариатами;
	4. генеральным штабом ВС РФ.
86. Работа по прописке граждан, прибывающих в запасе в тыловые госпиталя здравоохранения осуществляют:
	1. главные врачи организаций – исполнителей;
	2. мобилизационные подразделения организаций – исполнителей;
	3. штабы военных округов;
	4. подразделения медицинской службы ГО.
87. Обеспечение ТГЗ вооружением, военно-техническим имуществом осуществляет:
	1. МЧС России;
	2. формированиями ГО;
	3. Министерство обороны РФ;
	4. Министерство здравоохранения РФ.
88. Обеспечение ТГЗ медицинским, медико-санитарным имуществом осуществляют:
	1. МЧС России;
	2. формирования ГО;
	3. Министерство обороны РФ;
	4. Министерство здравоохранения РФ.
89. Решения об отводе зданий для развертывания ТГЗ и организаций – исполнителей принимаются:
	1. главными врачами организаций – исполнителей;
	2. специальными заседаниями органов исполнительной власти субъектов РФ;
	3. министерством здравоохранения РФ;
	4. министерством по ГО и ЧС.
90. Укомплектование ТГЗ техникой осуществляется:
	1. лечебно-профилактическими учреждениями;
	2. военными комиссариатами;
	3. Министерством по ГО и ЧС;
	4. главными врачами организаций-исполнителей.
91. Обсервационные пункты формируются при:
	1. угрозе войны;
	2. возникновении ЧС мирного времени;
	3. объявлении мобилизации;
	4. возникновении вспышек инфекционных заболеваний.
92. Емкость зданий и помещений обсервационных пунктов должна быть рассчитана на не менее:
	1. 500 человек;
	2. 1000 человек;
	3. 1500 человек;
	4. 2000 человек.
93. К основным функциональным подразделениям обсервационного пункта не относятся:
	1. приемно-диагностическое отделение;
	2. бактериологическая лаборатория;
	3. дезинфекционное отделение;
	4. лечебное отделение.
94. Обсервации подвергаются воинские контингенты при наличии однородных инфекционных заболеваний:
	1. 2%;
	2. 4%;
	3. 6%;
	4. 10%.
95. Обсервации подвергаются воинские контингенты при наличии разнородных инфекционных заболеваний:
	1. 5%;
	2. 10%;
	3. 15%;
	4. 20%.
96. Оперативные койки лечебных учреждений МЗ РФ развёртываются в случае:
	1. чрезвычайной ситуации мирного времени;
	2. при угрозе возникновения войны;
	3. при объявлении мобилизации;
	4. при возникновении массовых санитарных потерь среди населения.
97. Оперативные койки лечебных учреждений МЗ РФ развертываются сроком на:
	1. 1 месяц;
	2. 2 месяца;
	3. 3 месяца;
	4. на весь период войны.
98. Задание на развертывание в особый период и в военное время оперативных коек здравоохранения в интересах МО устанавливается:
	1. министерством обороны РФ;
	2. министерством здравоохранения РФ;
	3. приказом ГВМУ;
	4. постановлением Правительства РФ.
99. При развертывании оперативных коек МЗ РФ предусматривается развертывание коек хирургического профиля:
	1. 40-45%;
	2. 55-60%;
	3. 70-75%;
	4. 80-85%.
100. При развертывании оперативных коек МЗ РФ предусматривается развертывание коек терапевтического профиля:
	1. 10-15%;
	2. 25-30%;
	3. 40-45%;
	4. 50-55%.
101. При развертывании 100 оперативных коек хирургического профиля предусматривается не менее:
	1. 1 хирурга, 2-х врачей нехирургического профиля и 6 медсестер;
	2. 1 хирурга, 1 врача нехирургического профиля и 6 медсестер;
	3. 1 хирурга, 2-х врачей нехирургического профиля и 4 медсестры;
	4. 2 хирургов, 1 врача нехирургического профиля и 6 медсестер.
102. При развертывании 100 оперативных коек терапевтического профиля предусматривается не менее:
	1. 1 врача – терапевта и 4-х медсестер;
	2. 2-х врачей – терапевтов и 4-х медсестер;
	3. 1 врача – терапевта и 2-х медсестер;
	4. 2-х врачей – терапевтов и 2-х медсестер.
103. К мобильным подвижным формированиям МСГО не относятся:
	1. подвижный многопрофильный госпиталь;
	2. подвижный инфекционный госпиталь;
	3. медицинский мобильный отряд;
	4. подвижный хирургический госпиталь.
104. Медицинский мобильный отряд предназначен для оказания:
	1. доврачебной медицинской помощи;
	2. первой врачебной помощи;
	3. первой врачебной и квалифицированной помощи по жизненным показаниям;
	4. специализированной медицинской помощи.
105. Основным подразделениям медицинского мобильного отряда является:
	1. терапевтическая бригада;
	2. анестезиологическая бригада;
	3. травматологическая бригада;
	4. хирургическая бригада.
106. В состав дополнительных подразделений медицинского мобильного отряда не входят бригады:
	1. токсикологическая;
	2. радиологическая;
	3. инфекционная;
	4. терапевтическая.
107. В состав подразделений обеспечения медицинского мобильного отряда не входят подразделения:
	1. группа медицинской разведки;
	2. медицинская распорядительная группа;
	3. отделение инженерно-технического обеспечения;
	4. санитарная дружина.
108. Возможности медицинского мобильного отряда по оказанию первой врачебной помощи за 12-16 часов работы:
	1. 100 пораженных;
	2. 200 пораженных;
	3. 500 пораженных;
	4. 1000 пораженных.
109. Табельное оснащение медицинского отряда рассчитано на оказание первой врачебной помощи:
	1. 200 пострадавших;
	2. 500 пострадавших;
	3. 800 пострадавших;
	4. 1000 пострадавших.
110. При ликвидации очага химического поражения медицинский мобильный отряд не развертывает отделение:
	1. приемно-сортировочное;
	2. операционно-перевязочное;
	3. госпитальное;
	4. частичной санитарной обработки и дезактивации.
111. Медицинский мобильный отряд в очаге биологического поражения может использоваться для:
	1. оказания врачебной помощи раненым;
	2. дезинфекции зараженной территории;
	3. сортировки заболевших;
	4. развертывания временного инфекционного стационара.
112. Личный состав медицинского мобильного отряда в очаге биологического заражения проводит:
	1. подворные (поквартирные) обходы;
	2. дезинфекцию местности и техники;
	3. контроль за использованием населением ИСЗ;
	4. установление вида возбудителя.
113. Возможность одной бригады санитарных дружинников при проведении подворных (поквартирных) обходов за 10 часов составляет:
	1. 100-200 дворов;
	2. 200-300 дворов;
	3. 300-400 дворов;
	4. 400-500 дворов.
114. Одна врачебная бригада может обследовать температурящих больных на дому за 10 часов работы:
	1. 15-20;
	2. 25-30;
	3. 35-40;
	4. 45-50.
115. При развертывании ММО в виде инфекционного стационара выделяют зоны:
	1. строгого противоэпидемического режима;
	2. свободного противоэпидемического режима;
	3. отдыха;
	4. наблюдения.
116. Подвижный многопрофильный госпиталь развертывается коечной емкостью:
	1. 200 коек;
	2. 300 коек;
	3. 400 коек;
	4. 500 коек.
117. Подвижный многопрофильный госпиталь не развертывается как:
	1. хирургический;
	2. психоневрологический;
	3. токсико-терапевтический;
	4. педиатрический.
118. Подвижный многопрофильный госпиталь не развертывается как:
	1. травматологический;
	2. терапевтический;
	3. радиологический;
	4. хирургический.
119. При развертывании основных подразделений подвижного многопрофильного госпиталя не развертывается отделение:
	1. травматологическое;
	2. психоневрологическое;
	3. хирургическое;
	4. инфекционное.
120. Сколько хирургических отделений развертывает подвижный многопрофильный госпиталь?
	1. 1;
	2. 2;
	3. 3;
	4. от 1 до 4 (в зависимости от обстановки).
121. Подвижный многопрофильный госпиталь предназначен для оказания медицинской помощи:
	1. специализированной;
	2. квалифицированной;
	3. первой врачебной;
	4. квалифицированной и отдельных видов специализированной.
122. Подвижный многопрофильный госпиталь не развертывает отделение:
	1. педиатрическое;
	2. инфекционное;
	3. психоневрологическое;
	4. токсико-терапевтическое.
123. Инфекционно-подвижный госпиталь предназначен для оказания медицинской помощи:
	1. первой врачебной;
	2. квалифицированной;
	3. специализированной;
	4. специализированной и лечение инфекционных больных.
124. Возможность ИПГ по лечению инфекционных больных в течение месяца?
	1. 100 больных;
	2. 200 больных;
	3. 300 больных;
	4. 500 больных.
125. Какая коечная емкость ИПГ в очаге ООИ?
	1. 100 коек;
	2. 200 коек;
	3. 300 коек;
	4. 500 коек.
126. Возможность ИПГ по противоэпидемическим и санитарно-гигиеническим мероприятиям за 10 часов работы с населением?
	1. 5-10 тыс. человек;
	2. 15-20 тыс. человек;
	3. 25-30 тыс. человек;
	4. 35-40 тыс. человек.
127. Возможность ИПГ по проведению заключительной дезинфекции?
	1. 10-15 очагов;
	2. 20-30 очагов;
	3. 30-40 очагов;
	4. 45-50 очагов.
128. Сколько лечебных отделений развертывает ИПГ?
	1. 1;
	2. 2;
	3. 3;
	4. 4.
129. Возможность ИПГ по отбору проб и индикации БС в сутки?
	1. 10 проб;
	2. 20 проб;
	3. 30 проб;
	4. 40 проб.
130. Какая коечная емкость лечебных отделений ИПГ?
	1. 50 коек;
	2. 100 коек;
	3. 150 коек;
	4. 180 коек.
131. Задание на развертывание дополнительных специализированных коек здравоохранения устанавливается:
	1. постановлением Правительства РФ;
	2. приказом Министерства обороны РФ;
	3. руководителем органа здравоохранения субъекта РФ;
	4. приказами главных врачей ЛПУ.
132. Непосредственно ответственность за организацию развёртывания больничных коек на территории субъекта РФ несут:
	1. заведующие отделениями ЛПУ;
	2. начальники тыловых госпиталей МЗ;
	3. заместители руководителей медицинских учреждений по ГО;
	4. руководители медицинских учреждений.
133. Дополнительные специализированные койки МЗ РФ предназначены для организации медицинской помощи:
	1. первой помощи;
	2. первой врачебной;
	3. квалифицированной;
	4. квалифицированной и специализированной.
134. Хирургический профиль дополнительных специализированых коек развертывается в:
	1. 40-45%;
	2. 50-55%;
	3. 70-75%;
	4. 80-85%.
135. Терапевтический профиль дополнительных специализированых коек развертывается в:
	1. 15-20%;
	2. 25-30%;
	3. 35-40%;
	4. 5-10%.
136. Из общего количества дополнительных специализированных коек, детские койки составляют:
	1. 10%;
	2. 20%;
	3. 30%;
	4. 40%.
137. К учреждениям службы крови по административно-территориальному признаку не относятся учреждения:
	1. республиканские;
	2. областные;
	3. городские;
	4. районные.
138. В структуру учреждений переливания крови не входит подразделение:
	1. комплектования и медицинского освидетельствования доноров;
	2. заготовки крови и ее компонентов;
	3. замораживания крови и ее компонентов;
	4. клиническая лаборатория.
139. К частной задаче ГО учреждений переливания крови не относятся:
	1. заготовки донорской крови;
	2. разработка плана действий ГО учреждения;
	3. заготовка «теплой крови» от доноров;
	4. Создание нештатных трансфузиологических бригад.
140. Гражданская оборона в учреждениях переливания крови создаётся в соответствии с:
	1. возможностями учреждения;
	2. сметой расходов учреждения;
	3. заданием вышестоящего органа здравоохранения;
	4. финансированием учреждения.

# Раздел 2. Тестовые задания по медицине катастроф

1. В структуре РС ЧС выделяют:
	1. два уровня;
	2. три уровня;
	3. пять уровней;
	4. шесть уровней.
2. В структуре РЧ ЧС не предусмотрен уровень:
	1. федеральный;
	2. территориальный;
	3. городской;
	4. объектовый.
3. Не предусмотрен режим функционирования РС ЧС:
	1. ЧС;
	2. повышенной готовности;
	3. повседневной деятельности;
	4. оперативной готовности.
4. Аварийно-спасательные работы при ликвидации ЧС – это действия:
	1. по спасению людей;
	2. спасению материальных и культурных ценностей;
	3. защите природной среды в зоне ЧС;
	4. все перечисленное.
5. К метеорологическим катастрофам не относятся:
	1. бури;
	2. наводнения;
	3. морозы;
	4. засухи.
6. К техногенным катастрофам не относятся:
	1. пожары;
	2. крушения поездов;
	3. землетрясения;
	4. крупные взрывы.
7. Поражающими факторами чрезвычайных ситуаций могут быть:
	1. динамические;
	2. химические;
	3. термические;
	4. все перечисленные.
8. Химические факторы не включают воздействие:
	1. АОХВ;
	2. токсинов, бактерий;
	3. боевых отравляющих веществ;
	4. промышленных и других ядов.
9. Основные принципы ВСМК:
	1. все перечисленные ниже;
	2. государственный и приоритетный характер;
	3. универсальность ВСМК;
	4. материальная заинтересованность.
10. Основные принципы ВСМК:
	1. централизация и децентрализация управления;
	2. ответственность;
	3. эвакуационного обеспечения;
	4. все перечисленное.
11. В структуре ВСМК выделяют:
	1. два уровня;
	2. три уровня;
	3. пять уровней;
	4. в ВСМК уровни не предусмотрены.
12. Какому уровню отдается предпочтение при создании и совершенствовании ВСМК?
	1. федеральному;
	2. территориальному и местному;
	3. федеральному и региональному;
	4. объектовому.
13. Что является главным органом управления ВСМК на федеральном уровне?
	1. территориальный центр медицины катастроф;
	2. филиалы ВЦМК «Защита»;
	3. ВЦМК «Защита»;
	4. региональный центр медицины катастроф.
14. Возможности полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) ВЦМК «Защита» в сутки по оказанию медицинской помощи пораженным:
	1. 50 человек;
	2. 150 человек;
	3. 250 человек;
	4. 500 человек.
15. Для госпитализации нетранспортабельных пораженных полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) может развернуть:
	1. 50 коек;
	2. 150 коек;
	3. 200 коек;
	4. 250 человек.
16. Бригады специализированной медицинской помощи предназначены для:
	1. оказания первой помощи в очаге ЧС;
	2. оказания первой врачебной помощи в ЧС;
	3. оказания квалифицированной помощи в ЧС;
	4. специализации или усиления ЛПУ.
17. Сроки выезда (вылета) БСМП в район ЧС?
	1. не позднее 2-х часов;
	2. не позднее 4-х часов;
	3. не позднее 6-ти часов;
	4. не позднее 10-ти часов.
18. Режим работы БСМП в сутки при ликвидации ЧС?
	1. 6 часов;
	2. 10 часов;
	3. 12 часов;
	4. 18 часов.
19. Назначение и изменения основного состава и дублеров персонала БСМП осуществляется:
	1. руководителем бригады;
	2. руководителем учреждения-формирования;
	3. руководителем центра медицины катастроф;
	4. заведующим отделением.
20. В ЧС руководство деятельностью БСМП возложено на:
	1. руководителя бригады;
	2. руководителя учреждения-формирования;
	3. руководителя центра медицины катастроф;
	4. начальника штаба ГО и ЧС учреждения.
21. Снабжение БСМП медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом осуществляется:
	1. учреждением-формирователем;
	2. центром медицины катастроф;
	3. складами имущества «Резерв»;
	4. ЦГБ и магазинами «Медтехника».
22. Возможности хирургической БСМП по оказанию квалифицированной и специализированной медицинской помощи в ЧС за 12 часов работы:
	1. 5 оперативных вмешательств;
	2. 10 оперативных вмешательств;
	3. 15 оперативных вмешательств;
	4. 20 оперативных вмешательств.
23. Возможности нейрохирургической БСМП по оказанию квалифицированной и специализированной помощи в ЧС за 6 часов работы:
	1. 3 оперативных вмешательства;
	2. 6 оперативных вмешательств;
	3. 9 оперативных вмешательств;
	4. 12 оперативных вмешательств.
24. Ожоговая БСМП в ЧС за 12 часов работы имеет возможность оказать помощь:
	1. 10 пораженным;
	2. 20 пораженным;
	3. 30 пораженным;
	4. 50 пораженным.
25. Акушерско-гинекологическая БСМП в ЧС за 12 часов работы имеет возможность оказать помощь:
	1. 10 пострадавшим;
	2. 20 пострадавшим;
	3. 30 пострадавшим;
	4. 50 пострадавшим.
26. Возможности трансфузиологической БСМП в ЧС за 12 часов работы по оказанию помощи:
	1. 100 пострадавшим;
	2. 50 пострадавшим;
	3. 30 пострадавшим;
	4. 10 пострадавшим.
27. Возможности токсико-терапевтической БСМП в ЧС за 12 часов работы по оказанию помощи:
	1. 100 пострадавшим;
	2. 50 пострадавшим;
	3. 30 пострадавшим;
	4. 10 пострадавшим.
28. Возможности психиатрической БСМП в ЧС за 12 часов работы по оказанию помощи:
	1. 10-20 пострадавшим;
	2. 20-40 пострадавшим;
	3. 100-200 пострадавшим;
	4. 50-100 пострадавшим.
29. Возможности инфекционной БСМП в ЧС за 12 часов работы по оказанию помощи:
	1. 100-200 больным;
	2. 50-100 больным;
	3. 20-40 больным;
	4. 10-20 больным.
30. Возможности врачебной выездной бригады скорой медицинской помощи в ЧС за 6 часов работы по оказанию помощи:
	1. 10 пораженным;
	2. 30 пораженным;
	3. 40 пораженным;
	4. 50 пораженным.
31. Возможности врачебно-сестринской бригады в ЧС по оказанию первой врачебной помощи пораженным за 6 часов работы:
	1. 10 пораженным;
	2. 30 пораженным;
	3. 50 пораженным;
	4. 100 пораженным.
32. Доврачебную медицинскую помощь в ЧС оказывают:
	1. врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи;
	2. фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи;
	3. врачебно-сестринские бригады;
	4. БСМП.
33. К специализированным формированиям госсанэпидслужбы России относятся:
	1. санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ);
	2. санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО);
	3. группы эпидемиологической разведки (ГЭР);
	4. все перечисленные формирования.
34. В каких режимах не функционирует ВСМК?
	1. повседневной деятельности;
	2. оперативной готовности;
	3. чрезвычайной ситуации;
	4. повышенной готовности.
35. В состав СЭО входят бригады:
	1. эпидемиологическая;
	2. радиологическая;
	3. санитарно-гигиеническая (токсикологическая);
	4. все вышеперечисленные бригады.
36. Готовность СЭО к работе в ЧС в отрыве от базы формирования:
	1. 12 часов;
	2. 24 часа;
	3. 6 часов;
	4. 18 часов.
37. Готовность бригад СЭО к работе на месте в ЧС не превышает:
	1. 2-4 часа;
	2. 6-8 часов;
	3. 8-10 часов;
	4. 12 часов.
38. Успех решения перед ВСМК задач в ЧС зависит от своевременного выполнения комплекса следующих мероприятий:
	1. организации и проведения ЛЭМ;
	2. медицинского обеспечения непораженного населения в ЧС;
	3. организации обеспечения медицинским имуществом;
	4. все перечисленные мероприятия.
39. Что не является принципом лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС?
	1. своевременность оказания медицинской помощи;
	2. последовательность оказания медицинской помощи;
	3. унифицированность в оказании медицинской помощи;
	4. преемственность в оказании медицинской помощи.
40. Система лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС предусматривает:
	1. два этапа;
	2. три этапа;
	3. четыре этапа;
	4. этапы в этой системе не предусмотрены.
41. В организации аварийно-спасательных работ не выделяют фазу:
	1. изоляции;
	2. спасения;
	3. стабилизации;
	4. восстановления.
42. Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС включает:
	1. доврачебный этап;
	2. догоспитальный этап;
	3. квалифицированный этап;
	4. специализированный этап.
43. Система лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС включает:
	1. доврачебный этап;
	2. квалифицированный этап;
	3. госпитальный этап;
	4. специализированный этап.
44. В настоящее время не выделяют следующий вид медицинской помощи в ЧС:
	1. первую медицинскую помощь;
	2. первую врачебную помощь;
	3. квалифицированную медицинскую помощь;
	4. специализированную медицинскую помощь.
45. Первую помощь в ЧС оказывают:
	1. врачебно-сестринские бригады;
	2. врачебные бригады скорой медицинской помощи;
	3. бригады специализированной медицинской помощи;
	4. участники аварийно-спасательных работ.
46. Оптимальный срок оказания первой помощи:
	1. первые 30 минут с момента поражения;
	2. через 1-2 часа с момента поражения;
	3. 2-4 часа с момента поражения;
	4. 4-6 часов с момента поражения.
47. К мероприятиям первой помощи не относятся:
	1. извлечение пораженных из-под завалов;
	2. наложение асептической повязки на рану;
	3. отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей;
	4. согревание пораженного.
48. К мероприятиям первой помощи не относятся:
	1. проведение непрямого, закрытого массажа сердца;
	2. вливание инфузионных средств;
	3. согревание пораженного;
	4. наложение герметичной повязки при открытом пневмотораксе.
49. Оптимальный срок оказания доврачебной помощи:
	1. первые 30 минут с момента поражения;
	2. не позднее 1 часа с момента поражения;
	3. не позднее 3 часов с момента поражения;
	4. не позднее 6 часов с момента поражения.
50. К мероприятиям доврачебной помощи не относятся:
	1. вливание инфузионных средств;
	2. контроль правильности наложения жгутов;
	3. проведение новокаиновых блокад;
	4. наложение асептических и окклюзионных повязок.
51. Первую врачебную помощь в ЧС оказывают:
	1. бригады доврачебной помощи;
	2. врачебно-сестринские бригады;
	3. реанимационные бригады;
	4. все перечисленные формирования.
52. Оптимальный срок оказания первой врачебной помощи:
	1. первый час после поражения;
	2. через 1-2 часа после поражения;
	3. через 2-4 часа после поражения;
	4. через 6 часов после поражения.
53. Оптимальный срок оказания первой врачебной помощи по неотложным показаниям:
	1. первые 30 минут после поражения;
	2. первые 3 часа после поражения;
	3. первые 4 часа после поражения;
	4. первые 6 часов после поражения.
54. К неотложным мероприятиям первой врачебной помощи не относятся:
	1. инъекции антибиотиков и серопрофилактика столбняка;
	2. введение антидотов, противосудорожных средств;
	3. катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря;
	4. пункция плевральной полости.
55. К неотложным мероприятиям первой врачебной помощи не относятся:
	1. зондовое промывание желудка;
	2. проведение новокаиновых блокад при повреждениях средней тяжести;
	3. переливание кровезаменителей при кровопотере;
	4. отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей.
56. Квалифицированную медицинскую помощь в ЧС оказывают:
	1. бригады доврачебной помощи;
	2. врачебные бригады скорой медицинской помощи;
	3. врачебно-сестринские бригады;
	4. врачи-специалисты широкого профиля в медицинских формированиях и учреждениях.
57. Оптимальный срок оказания квалифицированной медицинской помощи:
	1. первые 1-2 часа с момента поражения;
	2. первые 2-4 часа с момента поражения;
	3. первые 8-12 часов с момента поражения;
	4. первые 24 часа с момента поражения.
58. Оптимальный срок оказания отсроченных мероприятий первой очереди квалифицированной медицинской помощи:
	1. 12 часов;
	2. 24 часа;
	3. 36 часов;
	4. 48 часов.
59. Оптимальный срок оказания специализированной медицинской помощи:
	1. 2-4 часа;
	2. 6-8 часов;
	3. 8-12 часов;
	4. 24-48 часов;
60. К медицинской сортировке не относятся требования:
	1. непрерывность;
	2. разумность;
	3. преемственность;
	4. конкретность.
61. К критериям медицинской сортировки не относятся:
	1. опасность для окружающих;
	2. нуждаемость в медицинской сортировке;
	3. нуждаемость в медицинской помощи;
	4. целесообразность и возможность дальнейшей эвакуации.
62. К общим требованиям к медицинской эвакуации не относятся:
	1. должна осуществляться на основании медицинской сортировки;
	2. должна быть кратковременной;
	3. должна быть максимально щадящей;
	4. должна быть целенаправленной.
63. К основным принципам эвакуации не относится принцип:
	1. «эвакуация на себя»;
	2. «эвакуация под себя»;
	3. «эвакуация от себя»;
	4. «эвакуация через себя».
64. По эвакуационному признаку среди пораженных не выделяют группы подлежащих:
	1. подлежащих эвакуации;
	2. оставлению на данном этапе медицинской эвакуации;
	3. возвращению на амбулаторно-поликлиническое лечение;
	4. возвращению в строй;
65. К этапу по оценке устойчивости функционирования объекта здравоохранения не относиться:
	1. функционирование по месту постоянной дислокации;
	2. готовность к передислокации в загородную зону;
	3. внутрибольничная безопасность ЛПУ;
	4. возможность развертывания ЛПУ в загородной зоне в соответствии с планом.
66. К общей задаче для всех объектов здравоохранения по подготовке к работе в условиях ЧС не относится:
	1. прогнозирование обстановки и ее оценка;
	2. планирование работы объекта в ЧС;
	3. обеспечение объекта всеми видами довольствия;
	4. организация защиты персонала и материальных средств.
67. Медико-тактические требования, предъявляемые к ЛПУ могут быть:
	1. общие;
	2. эвакуационные;
	3. сортировочные;
	4. распределительные.
68. Медико-технические требования, предъявляемые к ЛПУ:
	1. изоляционные;
	2. сортировочные;
	3. эвакуационные;
	4. специальные.
69. Для обеспечения плановой подготовки ЛПУ к работе в ЧС, руководству больниц выдается:
	1. распоряжение;
	2. приказ;
	3. рекомендации;
	4. план-задание.
70. В лечебных учреждениях приказом начальника ГО объекта создается орган управления:
	1. группа управления;
	2. центр подготовки;
	3. штаб ГО ЧС объекта;
	4. организационно-плановый отдел.
71. Подготовка больницы к массовому приему пораженных в ЧС начинается с подготовки:
	1. операционно-перевязочного отделения;
	2. приемно-сортировочного отделения;
	3. госпитальных отделений;
	4. отделения специальный обработки.
72. В соответствии с прогностическим индексом всех пораженных с механической травмой и ожогами распределяют в ЛПУ на:
	1. 2 сортированные группы;
	2. 3 сортировочные группы;
	3. 4 сортировочные группы;
	4. 5 сортировочных групп.
73. Пораженных с закрытой черепно-мозговой травмой в ЛПУ распределяют на:
	1. 2 сортировочные группы;
	2. 3 сортировочные группы;
	3. 4 сортировочные группы;
	4. 5 сортировочных групп.
74. Пораженные с СДС в ЛПУ распределяются на:
	1. 2 сортировочные группы;
	2. 3 сортировочные группы;
	3. 4 сортировочные группы;
	4. 5 сортировочных групп.
75. В зависимости от площади и глубины ожога, пораженные распределяются в ЛПУ на:
	1. 2 сортировочные группы;
	2. 3 сортировочные группы;
	3. 4 сортировочные группы;
	4. 5 сортировочных групп.
76. Пораженные, поступающие в ЛПУ в результате радиационной аварии, при медицинской сортировке распределяются на:
	1. 2 сортировочные группы;
	2. 3 сортировочные группы;
	3. 4 сортировочные группы;
	4. 5 сортировочных групп.
77. Эвакуация ЛПУ не имеет целью защиту:
	1. населения;
	2. больных;
	3. персонала ЛПУ;
	4. медико-санитарного имущества.
78. Планирование, организация и осуществление эвакуационных мероприятий ЛПУ осуществляет:
	1. комиссия по ГО ЧС ЛПУ;
	2. заместитель главного врача по ГО ЧС;
	3. объектовая комиссия;
	4. начальник штаба ГО объекта.
79. Эвакуации из ЛПУ не подлежат:
	1. медицинский и обслуживающий персонал;
	2. члены семей медицинского персонала;
	3. транспортабельные больные;
	4. нетранспортабельные больные.
80. При эвакуации ЛПУ не выделяют по эвакуационному признаку группу больных:
	1. подлежащих выписке;
	2. транспортабельных;
	3. временно нетранспортабельных;
	4. нетраспортабельных.
81. В соответствии с классификацией по клиническим признакам и механизму действия не выделяют группу АОХВ:
	1. преимущественно удушающего действия;
	2. кардиотоксического действия;
	3. общеядовитого действия;
	4. нервно-паралитического действия.
82. По скорости развития патологических нарушений выделяют группу химических веществ:
	1. быстрого действия;
	2. отсроченного действия;
	3. мгновенного действия;
	4. немедленного действия.
83. По скорости развития патологических нарушений выделяют группу химических веществ:
	1. отсроченного действия;
	2. немедленного действия;
	3. замедленного действия;
	4. мгновенного действия.
84. К пульмотоксикантам (удушающего действия) относятся АОХВ:
	1. оксид углерода;
	2. диоксин;
	3. фторуксусная кислота;
	4. хлор.
85. К химическим веществам общеядовитого действия относятся:
	1. синильная кислота;
	2. аммиак;
	3. фосген;
	4. хлор.
86. К химическим веществам цитотоксического действия относятся:
	1. сероводород;
	2. диметилсульфат;
	3. гидразин;
	4. азотная кислота.
87. К химическим веществам нейротоксического действия относятся:
	1. фосфорорганические инсектициды;
	2. серная кислота;
	3. синильная кислота;
	4. ртуть.
88. Специфическим антидотом при поражении оксидом углерода является:
	1. амилнитрит;
	2. ацизол;
	3. атропин сульфат;
	4. унитиол.
89. Специфическим антидотом при поражении парами хлора является:
	1. антидот отсутствует;
	2. атропина сульфат;
	3. унитиол;
	4. аминостигмин.
90. Специфическим антидотом при поражении аммиаком является:
	1. унитиол;
	2. этанол;
	3. натрия нитрит;
	4. антидот отсутствует.
91. Специфическим антидотом при поражении парами фосгена является:
	1. этанол;
	2. амилнитрит;
	3. атропина сульфат;
	4. антидот отсутствует.
92. Специфическим антидотом при отравлениях хлорированными углеводородами является:
	1. атропина сульфат;
	2. левомицетина сукцинат;
	3. пиридоксина гидрохлорид;
	4. антидот отсутствует.
93. Специфическим антидотом при отравлении гидразином и его соединениями является:
	1. атропина сульфат;
	2. левомицетина сукцинат;
	3. пиридоксина гидрохлорид;
	4. натрия нитрит.
94. Специфическим антидотом при отравлении фосфорорганическим инсектицидами является:
	1. атропина сульфат;
	2. амилнитрит;
	3. пиридоксина гидрохлорид;
	4. натрия нитрит.
95. Нестойкий очаг поражения быстродействующими химическими веществами образуют:
	1. фосген, метанол, тетраэтилсвинец;
	2. азотная кислота, оксиды азота, диоксины;
	3. хлор, аммиак, бензол, гидразин;
	4. ФОС, уксусная и муравьиная кислоты.
96. Стойкий очаг поражения быстродействующими химическими веществами образуют:
	1. фосген, метанол, тетраэтилсвинец;
	2. азотная кислота, оксиды азота, диоксины;
	3. хлор, аммиак, бензол, гидразин;
	4. ФОС, уксусная и муравьиная кислоты.
97. Очаг поражения нестойкими медленнодействующими химическими веществами образуют:
	1. фосген, метанол, тетраэтилсвинец;
	2. азотная кислота, оксиды азота, диоксины;
	3. хлор, аммиак, бензол, гидразин;
	4. ФОС, уксусная и муравьиная кислоты.
98. Очаг поражения стойкими медленнодействующими химическими веществами образуют:
	1. фосген, метанол, тетраэтилсвинец;
	2. азотная кислота, оксиды азота, диоксины;
	3. хлор, аммиак, бензол, гидразин;
	4. ФОС, уксусная и муравьиная кислоты.
99. Для очагов поражения, создаваемых быстродействующими АОХВ, не характерно:
	1. постепенное формирование санитарных потерь;
	2. быстрое, тяжелое течение интоксикации;
	3. эвакуация пораженных из очага за один рейс;
	4. дефицит времени для реорганизации работ в очаге.
100. Для очагов поражения, создаваемых АОХВ замедленного действия не характерно:
	1. постепенное формирование санитарных потерь;
	2. эвакуация пораженных из очага за один рейс;
	3. мероприятия по активному выявлению пораженных;
	4. наличие резерва времени для реорганизации работ в очаге.
101. При поражении АОХВ пораженные тяжелой степени тяжести будут составлять:
	1. 1-2%;
	2. 2-3%;
	3. 4-10%;
	4. 10-25%.
102. К основным мероприятиям, проводимым при химической аварии, не будут относиться:
	1. оказание в короткие сроки первой помощи;
	2. быстрая эвакуация из очага поражения;
	3. дача радиопротекторов;
	4. приближение к очагу первой врачебной помощи.
103. К основным мероприятиям, проводимым при химической аварии, не будут относиться:
	1. оказание в короткие сроки первой помощи;
	2. быстрая эвакуация из очага поражения;
	3. купирование первичной лучевой реакции;
	4. специальная обработка пораженных.
104. Для проведения частичной и полной дегазации техники и медицинского имущества не применяется:
	1. дегазирующие растворы № 1 и № 2-бщ (ащ);
	2. ИПП-8;
	3. суспензия ДТС ГК;
	4. осветленные растворы хлорной извести.
105. Для проведения полной санитарной обработки на этапах медицинской эвакуации используется:
	1. БУ-4;
	2. АГВ-3;
	3. ТМС-65;
	4. ДДА-2.
106. В очаге поражения АОХВ первая помощь включает:
	1. введение антидотов;
	2. ингаляцию кислорода;
	3. введение противосудорожных средств;
	4. зондовое промывание желудка.
107. В очаге поражения АОХВ первая помощь включает:
	1. искусственную вентиляцию легких (ДП-10; Пневмат);
	2. введение противосудорожных средств;
	3. проведение частичной санитарной обработки;
	4. профилактическое введение антибиотиков.
108. Мероприятия первой врачебной помощи при поражениях АОХВ могут быть:
	1. сокращенные;
	2. отсроченные;
	3. срочные;
	4. немедленные.
109. Мероприятия первой врачебной помощи при поражениях АОХВ могут быть:
	1. срочные;
	2. сокращенные;
	3. замедленные;
	4. неотложные.
110. Полная санитарная обработка пораженных АОХВ проводится на этапе оказания:
	1. первой помощи;
	2. доврачебной помощи;
	3. первой врачебной помощи;
	4. квалифицированной и специализированной медицинской помощи.
111. При поступлении в ЛПУ пораженных нестойкими АОХВ полная специальная обработка:
	1. не проводится;
	2. проводится;
	3. проводится до оказания медицинской помощи;
	4. проводится после оказания медицинской помощи.
112. По виду токсического действия фосфорорганические соединения принадлежит к веществам:
	1. нервно-паралитического действия;
	2. цитотоксического действия;
	3. обще ядовитого действия;
	4. пульмонотоксического действия.
113. Фосфорорганическим соединениям свойственны следующие характеристики:
	1. раздражающее и прижигающее действие;
	2. бессимптомный контакт, короткий скрытый период;
	3. длительный скрытый период, галлюцинации;
	4. немой контакт, длительный инкубационный период.
114. К ядам антихолинэстеразного действия можно отнести:
	1. дипироксим;
	2. атропин;
	3. ацетилхолин;
	4. карбофос.
115. Для синильной кислоты характерны следующие физико-химические свойства:
	1. бесцветная прозрачная жидкость;
	2. обладает запахом горького миндаля;
	3. температура кипения около 26о с;
	4. все перечисленное.
116. Наиболее постоянными при отравлении диоксином являются симптомы, свидетельствующие о поражении:
	1. кожи, печени;
	2. нервной системы;
	3. обмена веществ;
	4. всего перечисленного.
117. По границам распространения радиоактивных веществ и по возможным последствиям радиационные аварии не могут быть:
	1. локальными;
	2. местными;
	3. глобальными;
	4. общими.
118. Не существуют временные фазы радиационной аварии:
	1. ранняя;
	2. средняя;
	3. промежуточная;
	4. поздняя.
119. Однократная (разовая) доза, не приводящая к острым радиационным поражениям, составляет не более:
	1. 0,5 Гр;
	2. 1 Гр;
	3. 5 Гр;
	4. 10 Гр.
120. Многократная (месячная) доза, не приводящая к острым радиационным поражениям, составляет не более:
	1. 0,5 Гр;
	2. 1 Гр;
	3. 5 Гр;
	4. 10 Гр.
121. Многократная (годовая) доза, не приводящая к острым радиационным поражениям, составляет не более:
	1. 0,5 Гр;
	2. 1 Гр;
	3. 2 Гр;
	4. 3 Гр.
122. Единицей измерения поглощенной дозы облучения является:
	1. зиверт;
	2. грей
	3. беккерель;
	4. кулон.
123. Острая лучевая болезнь возникает при облучении человека в диапазоне доз:
	1. 0,5-0,7 Гр;
	2. 1,0-6,0 Гр;
	3. 6,0-10,0 Гр;
	4. 0,1-0,5 Гр.
124. Не выделяют формы острой лучевой болезни:
	1. церебральная;
	2. сосудисто-токсемическая;
	3. кардиальная;
	4. кишечная.
125. В течении костно-мозговой формы острой лучевой болезни не выделяют периоды:
	1. восстановления (разрешения);
	2. первичной лучевой реакции (начальный);
	3. разгара;
	4. абортивной лихорадки.
126. Основную часть дозы облучения население земного шара получает от:
	1. испытания ядерного оружия;
	2. профессионального облучения;
	3. естественного радиационного фона;
	4. облучения в медицинских целях.
127. На следе облака ядерного взрыва основную дозу облучения население получает от:
	1. внешнего γ-облучения;
	2. внешнего β-излучения;
	3. внутреннего облучения;
	4. инкорпорации радионуклидов.
128. Чем больше доза облучения, тем больше общая реакция на облучения развивается:
	1. позже;
	2. раньше;
	3. связь отсутствует;
	4. одновременно с изменениями в крови.
129. На следе ядерного взрыва население, работающее в респираторах и не употребляющие заражённые РВ воду и пищу, получают основную дозу облучения от:
	1. внешнего β-облучения;
	2. внутреннего облучения;
	3. внешнего γ-облучения;
	4. инкорпорации радионуклеотидов.
130. Содержание лейкоцитов в периферической крови является прогностическим критерием тяжести ОЛБ от внешнего облучения:
	1. в первые часы после облучения;
	2. на 1-2-е сутки после облучения;
	3. на 7-9-е сутки после облучения;
	4. в конце «скрытого периода».
131. Костно-мозговая форма острой лучевой болезни развивается при облучении в дозе:
	1. 0,1-0,5 Гр;
	2. 1-10 Гр;
	3. 10-20 Гр;
	4. 20-50 Гр.
132. Основными симптомами первичной лучевой реакции могут быть:
	1. диспепсические;
	2. нейромоторные;
	3. нейрососудистые;
	4. все перечисленные.
133. Для защиты щитовидной железы от накопления в ней радиоизотопы йода назначают:
	1. активированный уголь;
	2. сернокислый барий;
	3. йодистый калий;
	4. адсобар.
134. Для защиты щитовидной железы от накопления в ней радиоизотопы йода назначают:
	1. активированный уголь;
	2. настойку йода (несколько капель с молоком);
	3. серокислый барий;
	4. адсобар.
135. Основным видом ДТП не является:
	1. наезд на пешехода;
	2. столкновение транспортных средств;
	3. возгорание транспортных средств;
	4. опрокидывание транспортных средств.
136. Из отдельных анатомо-функциональных областей в ДТП чаще наблюдаются повреждение:
	1. головы;
	2. грудной клетки;
	3. живота;
	4. конечностей.
137. Основными механизмами возникновения повреждений при ДТП являются повреждения от:
	1. прямого удара транспортным средством;
	2. обычного сотрясения головы вследствие удара;
	3. прижатия тела к дорожному покрытию;
	4. все перечисленное.
138. Основное место в структуре санитарных потерь при железнодорожных катастрофах занимают:
	1. ожоги;
	2. отравления АОХВ;
	3. механические травмы;
	4. отморожения.
139. Механические травмы в структуре санитарных потерь при железнодорожных происшествиях составляют:
	1. 10%;
	2. 30%;
	3. 60%;
	4. 90%.
140. Отличительной особенностью механических повреждений при столкновениях и сходах с железнодорожного полотна подвижного состава – преимущественно:
	1. ушибленные раны мягких тканей;
	2. закрытые переломы костей;
	3. закрытые черепно-мозговые травмы;
	4. все перечисленное.
141. При железнодорожных катастрофах в оказании экстренной медицинской помощи нуждаются:
	1. 10%;
	2. 20%;
	3. 30%;
	4. 50%.
142. К авиационным происшествиям не относятся:
	1. опрокидывание воздушного судна;
	2. поломка;
	3. авария;
	4. катастрофа.
143. Авиационные происшествия могут быть:
	1. наземными;
	2. воздушными;
	3. посадочными;
	4. все перечисленное.
144. Авиационные происшествия я могут быть:
	1. воздушными;
	2. летными;
	3. посадочными;
	4. все перечисленное.
145. Чрезвычайные ситуации на воде характеризуются:
	1. изолированностью людей, в т.ч. и пораженных;
	2. недостатком сил и медицинской помощи;
	3. возникновение паники среди пассажиров;
	4. все перечисленное.
146. По масштабности затопления и суммарного ущерба наводнений не бывает:
	1. катастрофических;
	2. низких;
	3. высоких;
	4. разрушительных.
147. Санитарные потери населения при авариях на гидродинамических опасных объектах в зоне действия волны прорыва могут составлять:
	1. ночью 75%, днем 40%;
	2. ночью 10%, днем 50%;
	3. ночью 60%, днем 25%;
	4. ночью 20%, днем 10%.
148. Величина и структура санитарных потерь населения при наводнении не зависит от:
	1. от развития системы оповещения;
	2. времени суток;
	3. температуры воды и окружающего воздуха;
	4. наличия в воде мусора.
149. Для организации медицинского обеспечения населения нет необходимости знать:
	1. масштаб территории затопления;
	2. наличие в воде травмирующих факторов;
	3. количество пострадавшего населения;
	4. количество лиц, нуждающихся в медицинской помощи.
150. Ответственность за эвакуацию населения из очагов затопления не несут:
	1. руководство формирований медицинской службы;
	2. руководители сводных отрядов спасателей;
	3. руководители объектов;
	4. представители местной администрации районов.
151. Какие виды медицинской помощи населению не оказываются в очагах затопления:
	1. специализированная;
	2. неотложная квалифицированная;
	3. первая врачебная;
	4. первая помощь.
152. К метеорологическим чрезвычайным ситуациям не относятся:
	1. бури;
	2. ураганы;
	3. наводнения;
	4. смерчи.
153. Лесные пожары бывают:
	1. сплошными;
	2. верховыми;
	3. гнездовидными;
	4. все перечисленное.
154. Для оказания медицинской помощи населению при вооруженных конфликтах принята:
	1. одноэтапная система ЛЭО;
	2. двухэтапная система ЛЭО;
	3. трехэтапная система ЛЭО;
	4. многоэтапная система ЛЭО.
155. Первым этапом в двухэтапной системе ЛЭО населения при локальных вооруженных конфликтах являются:
	1. отряды первой медицинской помощи;
	2. медицинские подразделения, части войск ГО;
	3. сохранившиеся в очаге ЛПУ;
	4. все перечисленное.
156. Вторым этапом в двухэтапной системе ЛЭО населения при локальных вооруженных конфликтах является:
	1. отряды первой медицинской помощи;
	2. лечебные учреждения больничной базы;
	3. сохранившиеся в очаге ЛПУ;
	4. все перечисленное.
157. Что не является основным принципом санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в ЧС?
	1. двухэтапная система ЛЭО;
	2. государственный и приоритетный характер службы;
	3. единый подход к организации сан.-эпид. мероприятий;
	4. взаимодействие сан.-эпид. службы с учреждениями других ведомств.
158. Санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется на уровнях:
	1. федеральном;
	2. региональном;
	3. местном;
	4. все перечисленное.
159. В процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС санитарно-эпидемиологическое обеспечение населения не проводится по направлению:
	1. санитарно-гигиенические мероприятия;
	2. противоэпидемические мероприятия;
	3. дегазационные мероприятия;
	4. контроль окружающей среды.
160. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия при ЧС мирного и военного времени не направлены на решение задачи:
	1. сохранение и укрепление здоровья, профилактика заболеваний;
	2. введение антидотов населению;
	3. предупреждение возникновения инфекционных заболеваний;
	4. быстрейшая ликвидация инфекционных заболеваний.
161. При развертывании инфекционного стационара для больных особо опасными инфекциями выделят зону:
	1. строжайшего режима;
	2. обычного режима;
	3. строгого режима;
	4. нестрогого режима.
162. Для оперативного руководства и координации деятельности организаций по предупреждению массовых инфекционных заболеваний и ликвидации последствий ЧС создаются:
	1. санитарно-эпидемиологические комиссии;
	2. комиссии по профилактике инфекционных заболеваний;
	3. противоэпидемические отряды;
	4. противоэпидемические бригады.
163. Для размещения населения на временных пунктах сбора в зонах ЧС с учетом развертывания пунктов питания и водоснабжения отводится площадь на каждого человека из расчета:
	1. 2,5 м2;
	2. 3,75 м2;
	3. 5,25 м2;
	4. 2,0 м2.
164. Для размещения населения при ЧС в палаточных городках минимальная площадь на каждого человека должна быть:
	1. 1,5-2,0 м2;
	2. 2,0-3,0 м2;
	3. 3,0-3,5 м2;
	4. 4,0-4,5 м2.
165. Сушильные комнаты для одежды и обуви на пунктах сбора населения оборудуют из расчета:
	1. 15-18 м2 на 50 человек;
	2. 15-18 м2 на 100 человек;
	3. 9-12 м2 на 100 человек;
	4. 9-12 м2 на 50 человек.
166. Обеспечение водой населения в ЧС осуществляется из расчета на 1 человека:
	1. 3 л/сутки;
	2. 5 л/сутки;
	3. 8 л/сутки;
	4. 10 л/сутки.
167. На одного больного в стационаре, включая нужды на питье, обеспечение водой осуществляется из расчета:
	1. 30 л/сутки;
	2. 50 л/сутки;
	3. 75 л/сутки;
	4. 100 л/сутки.
168. На обмывку одного человека в зоне ЧС, включая личный состав формирований работающий в ЧС, вода выделяется из расчета:
	1. 35 литров;
	2. 45 литров;
	3. 50 литров;
	4. 75 литров.
169. Основными противоэпидемическими мероприятиями при возникновении эпидемического очага являются:
	1. эпидемиологическое обследование и сан.-эпид. разведка;
	2. выявление, изоляция и госпитализация заболевших;
	3. режимно-ограничительные мероприятия;
	4. все перечисленное.
170. Что не входит в задачи санитарно-эпидемиологической разведки?
	1. выявление и локализация больных;
	2. обследование санитарно-гигиенического состояния зоны чс;
	3. ликвидация очага инфекционного заболевания;
	4. установление наличия природно-очаговых инфекций.
171. В состав групп санитарно-эпидемиологической разведки не входит:
	1. врач-эпидемиолог;
	2. врач-паразитолог;
	3. врач-бактериолог;
	4. лаборант.
172. Санитарно-эпидемическая обстановка может оценивается как:
	1. благоприятная;
	2. неустойчивая;
	3. неблагоприятная;
	4. неудовлетворительная.
173. Для выявления больных при подворных обходах на врачебно-сестринскую бригаду выделяют участок с населением:
	1. 1000-2000 человек;
	2. 3000-4000 человек;
	3. 2500-3000 человек;
	4. 3500-4000 человек.
174. Экстренная медицинская профилактика может быть:
	1. общая;
	2. специфическая;
	3. избранная;
	4. направленная.
175. Экстренная медицинская профилактика может быть:
	1. обширной;
	2. специальной;
	3. направленной
	4. избирательной.
176. Распоряжение о проведении экстренной медицинской профилактики выдается:
	1. главными врачами ЛПУ;
	2. руководителями противоэпидемических формирований;
	3. руководителями медико-санитарных частей;
	4. санитарно-противоэпидемическими комиссиями.
177. Иммунизация населения может проводиться методом:
	1. внутривенным;
	2. внутрибрюшинным;
	3. ректальным;
	4. безыгольным.
178. Иммунизация населения может проводиться методом:
	1. внутривенным;
	2. пероральным;
	3. внутрибрюшинным;
	4. ингаляционным.
179. Дезинфекция проводится с целью:
	1. уничтожения насекомых;
	2. уничтожения грызунов;
	3. уничтожения возбудителей инфекционных заболеваний;
	4. уничтожения личинок.
180. Дератизация проводится с целью:
	1. уничтожения возбудителей инфекционных заболеваний
	2. уничтожения грызунов;
	3. уничтожения личинок;
	4. уничтожения насекомых.
181. Дезинсекция проводится с целью:
	1. уничтожения грызунов;
	2. уничтожения возбудителей инфекционных заболеваний;
	3. уничтожения личинок;
	4. уничтожения насекомых.
182. Эпидемический очаг характеризуется факторами:
	1. наличием инфекционных больных;
	2. наличием контактных лиц;
	3. внешней средой;
	4. всем перечисленным.
183. Порядок эпидемиологического обследования очага не включает:
	1. анализ динамики и структуры заболеваемости;
	2. уточнение эпидемиологической обстановки;
	3. лечение заболевших;
	4. опрос и обследование больных и здоровых.
184. Карантин и обсервация снимаются распоряжением:
	1. главного врача ЦРБ;
	2. министра здравоохранения субъекта РФ;
	3. председателя санитарно-противоэпидемической комиссии;
	4. главного эпидемиолога Министерства здравоохранения РФ.
185. Карантин снимается с момента изоляции последнего заболевшего после истечения:
	1. одного инкубационного периода;
	2. двух сроков инкубационного периода;
	3. трех сроков инкубационного периода;
	4. четырех сроков инкубационного периода.
186. Для обслуживания микроучастков в зоне карантина в состав медицинской бригады включают:
	1. врача, двух медицинских сестер, двух дезинфекторов;
	2. двух врачей, двух медицинских сестер, четырех дезинфекторов;
	3. врача, четырех медицинских сестер, двух дезинфекторов;
	4. врача, медицинскую сестру, дезинфектора.
187. Одна медицинская бригада в зоне карантина обслуживает микроучасток с населением численностью не более:
	1. 1 тыс. человек;
	2. 2 тыс. человек;
	3. 4 тыс. человек;
	4. 5 тыс. человек;
188. Поквартирные обходы с измерением температуры в зоне карантина проводятся не реже:
	1. пяти раз в сутки;
	2. трех раз в сутки;
	3. двух раз в сутки;
	4. одного раза в сутки.
189. При введении карантина не предусматривается:
	1. полная изоляция эпидемического очага;
	2. создание обсерваторов;
	3. противоэпидемический режим работы медицинских учреждений;
	4. ограничение выезда, въезда всех видов транспорта.
190. В зону карантина не допускаются:
	1. формирования службы медицины катастроф;
	2. лица, постоянно проживающие в зоне карантина;
	3. командировочные лица;
	4. специалисты, направленные для работы в зоне карантина.
191. В зоне строгого режима инфекционного стационара для больных ООИ не развертывается:
	1. лечебно-диагностическое отделение;
	2. аптека;
	3. лабораторное отделение;
	4. лечебное отделение.
192. В зоне обсервации инфекционного стационара для больных ООИ не развертывается:
	1. кухня-столовая;
	2. общежитие для сотрудников;
	3. изолятор для медицинских работников;
	4. хозяйственные подразделения.
193. Между зонами строгого режима и обсервации развертывают:
	1. хозяйственное отделение;
	2. аптеку;
	3. инфекционный изолятор;
	4. санитарный пропускник.
194. За организацию противоэпидемического режима в инфекционном стационаре отвечает:
	1. санитарно-эпидемиологическая служба;
	2. начальник охраны стационара;
	3. главный врач;
	4. эпидемиолог стационара.
195. Работа санитарно-эпидемиологической службы в очагах землетрясений не включает:
	1. постоянное дежурство санитарного врача на пунктах питания;
	2. оказание медицинской помощи населению;
	3. постоянное дежурство на пунктах водоснабжения;
	4. контроль за работой обмывочных пунктов.
196. Работа санитарно-эпидемиологической службы в зонах наводнения или катастрофического затопления не включает проведение:
	1. санитарного контроля за водоснабжением населения;
	2. санитарного контроля за организацией питания населения;
	3. санитарного контроля за организацией размещения населения;
	4. спасательных и эвакуационных мероприятий.
197. К требованиям, предъявляемым к управлению ВСМК, не относится:
	1. комплексность;
	2. устойчивость;
	3. непрерывность;
	4. оперативность.
198. Заседания межведомственных координационных комиссий ВСМК осуществляются не реже:
	1. 1 раза в месяц;
	2. 1 раза в квартал;
	3. 1 раза в 6 месяцев;
	4. 1 раза в год.
199. Основным документом управления ВСМК является:
	1. распоряжение ВЦМК «Защита»;
	2. план взаимодействия службы всех ведомств;
	3. план медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
	4. план предстоящей работы в ЧС.
200. Автоматизированная информационно-управляющая система РСЧС не функционирует в режиме:
	1. повседневной деятельности;
	2. повышенной готовности;
	3. опасности в ЧС;
	4. чрезвычайной ситуации.

# Раздел 3. Тестовые задания по медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны

1. К федеральным службам гражданской обороны не относится служба:
	1. медицинская служба;
	2. противопожарная служба;
	3. ветеринарная служба;
	4. защиты культурных ценностей.
2. В задачи ГО входит:
	1. оповещение населения об опасностях;
	2. эвакуация населения;
	3. предоставление населению убежищ и средств индивидуальной защиты;
	4. все перечисленное.
3. К объектам гражданской обороны не относятся:
	1. санитарно-обмывочные пункты;
	2. санитарно-проверочные пункты;
	3. станции обеззараживания одежды и транспорта;
	4. убежища и противорадиационные укрытия.
4. К федеральным службам ГО не относится служба:
	1. противохимической защиты;
	2. охраны общественного порядка;
	3. медицинская;
	4. противопожарная.
5. В специализированных складских помещениях ГО не хранятся:
	1. приборы радиационной и химической разведки;
	2. средства индивидуальной защиты;
	3. оборудование гужевого транспорта;
	4. средства дозиметрического контроля.
6. Гражданская оборона организуется на территории РФ по:
	1. территориальному признаку;
	2. производственному признаку;
	3. районному признаку;
	4. территориально-производственному признаку.
7. Ведение гражданской обороны на территории РФ начинается:
	1. с момента объявления состояния войны;
	2. при угрозе ЧС мирного времени;
	3. при введении в стране чрезвычайного положения;
	4. все перечисленное.
8. Руководство гражданской обороной в РФ осуществляет:
	1. Министр обороны РФ;
	2. правительство РФ;
	3. Президент РФ;
	4. заместитель Министра обороны.
9. Руководство гражданской обороной не территориях субъектов РФ осуществляют:
	1. главы органов исполнительной власти субъектов РФ;
	2. Командующие военными округами;
	3. руководители регионов РФ;
	4. главы федеральных органов исполнительной власти РФ.
10. В формирования ГО могут быть зачислены граждане РФ, мужчины в возрасте:
	1. от 18 до 50 лет;
	2. от 18 до 60 лет;
	3. от 18 до 55 лет;
	4. от 18 до 45 лет.
11. В формирования ГО могут быть зачислены граждане РФ, женщины в возрасте:
	1. от 18 до 55 лет;
	2. от 18 до 50 лет;
	3. от 18 до 40 лет;
	4. от 18до 60 лет.
12. В каком режиме не функционирует система ГО?
	1. режим повседневной деятельности;
	2. режим повышенной готовности;
	3. режим повышенной опасности;
	4. режим чрезвычайной ситуации.
13. В состав МСГО входят:
	1. руководство;
	2. органы управления;
	3. учреждения;
	4. все перечисленное выше.
14. Начальником федеральной МСГО является:
	1. министр здравоохранения РФ;
	2. первый заместитель министра здравоохранения РФ;
	3. министр МЧС;
	4. первый заместитель МЧС РФ.
15. К объектовому формированию МСГО относится:
	1. медицинский отряд;
	2. больничная база;
	3. санитарный пост;
	4. бригада специализированной медицинской помощи.
16. К объектовому формированию МСГО относится:
	1. медицинский отряд;
	2. санитарная дружина;
	3. подвижный госпиталь;
	4. больничная база.
17. Санитарный пост состоит из:
	1. двух санитарных дружинников;
	2. трех санитарных дружинников;
	3. четырех санитарных дружинников;
	4. шести санитарных дружинников.
18. За 1 час работы санитарный пост может оказать первую помощь:
	1. 10 пораженным;
	2. 20 пораженным;
	3. 40 пораженным;
	4. 50 пораженным.
19. Санитарная дружина состоит из:
	1. 12 человек;
	2. 24 человек;
	3. 30 человек;
	4. 50 человек.
20. Сколько звеньев санитарных дружинниц в санитарной дружине?
	1. 2;
	2. 3;
	3. 4;
	4. 5.
21. Личный состав санитарной дружины в очаге поражения оказывает:
	1. первую помощь;
	2. доврачебную помощь;
	3. первую врачебную помощь;
	4. квалифицированную медицинскую помощь.
22. Возможность санитарной дружины за 1 час работы по оказанию первой помощи:
	1. 10 пораженным;
	2. 30 пораженным;
	3. 50 пораженным;
	4. 100 пораженных.
23. За формирования, экипировку и оснащение санитарной дружины несут ответственность:
	1. органы здравоохранения;
	2. главный врач ЛПУ;
	3. руководитель объекта;
	4. руководитель военно-медицинского учреждения.
24. К территориальным формированиям МСГО не относится:
	1. санитарный пост;
	2. медицинский отряд;
	3. подвижный госпиталь;
	4. бригады специализированной медицинской помощи.
25. К территориальным формированиям МСГО не относится:
	1. санитарно-эпидемиологический отряд;
	2. санитарно-эпидемиологическая бригада;
	3. группа эпидемиологической разведки;
	4. санитарная дружина.
26. Медицинский отряд (МО) предназначен для оказания населению:
	1. первой врачебной помощи;
	2. первой и доврачебной помощи;
	3. квалифицированной медицинской помощи;
	4. специализированной медицинской помощи.
27. В состав отряда могут входить:
	1. 10-15 врачей и 40-50 средних медицинских работника;
	2. 6-8 врачей и 35-38 средних медицинских работника;
	3. 4-5 врачей и 20-25 средних медицинских работника;
	4. 2-3 врача и 10-15 средних медицинских работника.
28. В составе медицинского отряда может работать:
	1. 1 санитарная дружина;
	2. 2 санитарных дружины;
	3. 3 санитарных дружины;
	4. Санитарные дружины не предусмотрены.
29. Возможности медицинского отряда по оказанию населению первой врачебной помощи за 12 часов работы:
	1. 200 поражённым;
	2. 300 пораженным;
	3. 500 пораженным;
	4. 1000 пораженным.
30. Основным предназначением бригад специализированной медицинской помощи МСГО является:
	1. оказание доврачебной медицинской помощи;
	2. оказание первой врачебной помощи;
	3. усиление ЛПУ МСГО и их специализация;
	4. оказание первой помощи.
31. В состав бригады специализированной медицинской помощи МСГО входят:
	1. 1 врач, 2 медицинские сестры, шофер;
	2. 2 врача, 2 медицинских сестры, шофер;
	3. 2 врача, 4 медицинских сестры, шофер;
	4. 4 врача, 4 медицинских сестры, шофер.
32. Возможности бригады специализированной медицинской помощи за 10 часов работы:
	1. 2-4 оперативных вмешательств;
	2. 4-6 оперативных вмешательств;
	3. 6-8 оперативных вмешательств;
	4. 10-12 оперативных вмешательств.
33. В состав токсико-терапевтического госпиталя не входит отделение:
	1. психоневрологическое;
	2. токсикологическое;
	3. терапевтическое;
	4. приемно-эвакуационное.
34. В состав инфекционного подвижного госпиталя не входит отделение:
	1. приемно-диагностическое;
	2. лечебно-диагностическое;
	3. сортировочно-эвакуационное;
	4. лечебное.
35. В состав группы эпидемиологической разведки МСГО не входит:
	1. врач-эпидемиолог;
	2. врач-бактериолог;
	3. помощник эпидемиолога (лаборант);
	4. шофер-санитар.
36. Группа эпидемиологической разведки способна за 1 час работы обследовать территорию:
	1. в 2 км с отбором 8 проб с объектов внешней среды;
	2. в 4 км с отбором 10 проб с объектов внешней среды;
	3. в 8 км с отбором 15 проб с объектов внешней среды;
	4. в 10 км с отбором 20 проб с объектов внешней среды.
37. Поражающим фактором ядерного взрыва не является:
	1. взрывная волна;
	2. световое излучение;
	3. проникающая радиация;
	4. радиоактивное облучение.
38. К клиническим факторам острой лучевой болезни не относится форма:
	1. костномозговая;
	2. легочная;
	3. кишечная;
	4. церебральная;
39. По физиологическому действию на организм не относятся отравляющие вещества:
	1. нервно-паралитического действия;
	2. удушающего действия;
	3. психохимического действия;
	4. метаболического действия.
40. По быстроте наступления поражающего действия ОВ бывают:
	1. отсроченного действия;
	2. немедленного действия;
	3. медленнодействующими;
	4. мгновенного действия.
41. В зависимости от продолжительности сохранению поражающего действия ОВ смертельного действия выделяют:
	1. чрезвычайно стойкие;
	2. нестойкие;
	3. относительно нестойкие ОВ;
	4. устойчивые ОВ.
42. В качестве биологического оружия не используются:
	1. бактерии;
	2. вирусы;
	3. грибы;
	4. микробы.
43. Путями проникновения болезнетворных микроорганизмов и токсинов в организм могут быть:
	1. интраназальный;
	2. трансмуральный;
	3. трансмиссивный;
	4. желудочно-кишечный.
44. Путями проникновения болезнетворных микроорганизмов и токсинов в организм могут быть:
	1. желудочно-кишечный;
	2. контактный;
	3. трансмуральный;
	4. интраназальный.
45. Основным способом применения БО не является следующий:
	1. аэрозольный;
	2. диверсионный;
	3. трансмиссивный;
	4. алиментарный.
46. К потерям населения, возникающим при применении средств вооруженной борьбы не относятся:
	1. общие потери;
	2. санитарные потери;
	3. временные потери;
	4. безвозвратные потери.
47. В структуре поражений к санитарным потерям не относятся:
	1. комбинированные;
	2. множественные;
	3. пропавшие без вести;
	4. изолированные.
48. К защитному сооружению не относятся:
	1. убежище;
	2. противорадиационное укрытие;
	3. простейшие укрытия;
	4. окопы.
49. К основному помещению убежища не относится:
	1. санитарный узел;
	2. помещения для укрытия людей;
	3. медицинский пункт;
	4. пункт управления.
50. К вспомогательным помещениям убежища не относятся:
	1. электрощитовая;
	2. санитарный узел;
	3. медицинский пункт;
	4. продовольственный склад.
51. В убежище емкостью до 150 человек работают:
	1. 2 санитара;
	2. 1 медицинская сестра и 2 санитара;
	3. 4 санитара;
	4. 1 врач и 4 санитара.
52. В убежище емкостью до 600 человек работают:
	1. 2 санитара;
	2. 1 медицинская сестра и 3 санитара;
	3. 4 санитара;
	4. 1 врач и 4 санитара.
53. В убежище емкостью более 600 человек работают:
	1. 2 санитара;
	2. 1 медицинская сестра и 3 санитара;
	3. 1 врач и 4 санитара;
	4. 1 врач и 4 санитара в 1 смену.
54. Площадь медицинского пункта в убежище составляет:
	1. 6 м2;
	2. 9 м2;
	3. 12 м2;
	4. 15 м2.
55. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация населения может быть:
	1. срочной;
	2. упреждающей;
	3. немедленной;
	4. всеобщей.
56. В зависимости от времени и сроков проведения эвакуация населения может быть:
	1. экстренной;
	2. срочной;
	3. немедленной;
	4. локальной.
57. Эвакуация населения не может быть:
	1. локальной;
	2. глобальной;
	3. местной;
	4. региональной.
58. К эвакуационному органу относится:
	1. эвакуационные комиссии;
	2. регистрационные комиссии;
	3. посадочные комиссии;
	4. транспортные комиссии.
59. К эвакуационным органам относятся:
	1. пункты оповещения населения;
	2. пункты организации оказания медицинской помощи;
	3. пункты укрытия людей;
	4. сборные эвакуационные пункты.
60. К эвакуационным органам относятся:
	1. посадочные комиссии;
	2. транспортные комиссии;
	3. приемные эвакуационные комиссии;
	4. регистрационные комиссии.
61. В медицинский пункт СЭП с пропускной способностью до 2000 человек в сутки назначаются:
	1. 1-2 средних медицинских работника на смену;
	2. 1 врач и 2 средних медицинских работника на смену;
	3. 1 врач и 1 средний медицинский работник на смену;
	4. 2 врача и 2 средних медицинских работника на смену.
62. В медицинский пункт СЭП с пропускной способностью до 5000 человек в сутки назначаются:
	1. 1-2 средних медицинских работника на смену;
	2. 1 врач и 2 средних медицинских работника на смену;
	3. 2 врача и 2 средних медицинских работника на смену;
	4. 2 врача и 4 средних медицинских работника на смену.
63. В местах размещения медико-санитарное обеспечение населения осуществляется из расчета:
	1. 1 врач и 2 средних медицинских работника на 1000 человек;
	2. 1 врач и 2 средник медицинских работника на 2000 человек;
	3. 1 врач и 2 средних медицинских работника на 2500 человек;
	4. 1 врач и 2 средних медицинских работника на 3500 человек.
64. В местах размещения населения медико-санитарное обеспечение в поликлиниках осуществляется из расчета 1 врач и 2 средних медработника на:
	1. 50 больных;
	2. 100 больных;
	3. 200 больных;
	4. 300 больных.
65. Эвакуация лечебного учреждения может быть:
	1. полной;
	2. неполной;
	3. выборочной;
	4. сплошной.
66. Эвакуация лечебного учреждения может быть:
	1. неполной;
	2. выборочной;
	3. сплошной;
	4. частичной.
67. Количество больных, не нуждающихся в дальнейшем стационарном лечении, при эвакуации лечебного учреждения может составлять:
	1. 20%;
	2. 30%;
	3. 50%;
	4. 60%.
68. Количество транспортабельных больных при эвакуации лечебного учреждения может составлять:
	1. 15%;
	2. 25%;
	3. 45%;
	4. 65%.
69. Количество нетранспортабельных больных при эвакуации лечебного учреждения может составлять:
	1. 2%;
	2. 3%;
	3. 5%;
	4. 7%.
70. Нетранспортабельных больных при полной эвакуации лечебного учреждения размещают:
	1. на первых этажах ЛПУ;
	2. на верхних этажах ЛПУ;
	3. эвакуируют в другие ЛПУ;
	4. помещают в оборудованные убежища ЛПУ.
71. Какой принцип не является принципом медико-психологического обеспечения населения и спасателей в очагах массового поражения?
	1. психолого-педагогический;
	2. конкретности;
	3. целенаправленности;
	4. адекватности.
72. Какой вид медицинской помощи не оказывается в системе этапного лечения пораженных?
	1. экстремальная;
	2. первая врачебная;
	3. квалифицированная;
	4. специализированная.
73. Первая помощь пораженным в очагах массовых санитарных потерь оказывается в первые:
	1. 30 минут;
	2. 45 минут;
	3. 60 минут;
	4. 2 часа.
74. Доврачебная помощь пораженным в очагах массовых санитарных потерь должна быть оказана в первые:
	1. 30 минут;
	2. 2-3 часа;
	3. 4-5 часов;
	4. 8-12 часов.
75. Первая врачебная помощь пораженным в очагах массовых санитарных потерь должна быть оказана в первые:
	1. 30 минут;
	2. 2-3 часа;
	3. 4-5 часов;
	4. 8-12 часов.
76. Квалифицированная медицинская помощь пораженным в очагах массовых санитарных потерь оказывается в первые:
	1. 1-2 часа;
	2. 4-5 часов;
	3. 8-12 часов;
	4. 12-24 часа.
77. Специализированная медицинская помощь пораженным в очагах массовых санитарных потерь оказывается в первые:
	1. 1-2 часа;
	2. 4-5 часов;
	3. 8-12 часов;
	4. 12-24 часа.
78. К мероприятиям первой помощи не относится:
	1. непрямой, закрытый массаж сердца;
	2. наложение герметичной повязки при пневмотораксе;
	3. вливание инфузионных средств;
	4. наложение повязки на рану.
79. К мероприятиям первой помощи не относится:
	1. транспортная иммобилизация конечностей;
	2. временная остановка наружного кровотечения;
	3. введение и прием внутрь антибиотиков;
	4. наложение повязки на рану.
80. К мероприятиям доврачебной медицинской помощи не относится:
	1. вливание инфузионных средств;
	2. введение и прием внутрь антибиотиков;
	3. контроль правильности наложения жгутов;
	4. отсечение конечности, висящей на кожном лоскуте.
81. К мероприятиям доврачебной медицинской помощи не относится:
	1. прием сорбентов, антибиотиков;
	2. катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря;
	3. надевание на пораженного противогаза;
	4. наложение окклюзионных повязок.
82. К мероприятиям первой врачебной помощи не относится:
	1. устранение асфиксии;
	2. отсечение конечности, висящей на кожном лоскуте;
	3. остановка внутреннего кровотечения;
	4. катетеризация или капиллярная мочевого пузыря.
83. К мероприятиям первой врачебной помощи не относится:
	1. остановка наружного кровотечения;
	2. введение антидотов, противосудорожных средств;
	3. применение антитоксической сыворотки;
	4. торакотомия при ранении груди.
84. Сортировка раненых и пораженных может быть:
	1. выборочной;
	2. эвакуационной;
	3. предварительной;
	4. внутрипунктовой.
85. Сортировка раненых и пораженных может быть:
	1. эвакуационной;
	2. выборочной;
	3. эвакуационно-транспортной;
	4. транспортной.
86. Первым этапом медицинской эвакуации в очагах массовых санитарных потерь населения является:
	1. больничная база;
	2. медицинский отряд;
	3. профилированная больница;
	4. госпиталь МО РФ.
87. Для оказания медицинской помощи в медицинском отряде сортировочно-эвакуационное отделение не развертывает:
	1. сортировочный пост;
	2. операционную;
	3. перевязочную для ходячих пораженных;
	4. приемно-сортировочные палаты.
88. Сортировочный пост развертывают от сортировочно-эвакуационного отделения на расстоянии:
	1. 10-20 метров;
	2. 30-50 метров;
	3. 60-80 метров;
	4. 100 метров.
89. Противошоковые палаты операционно-перевязочного отделения медицинского отряда рассчитаны на:
	1. 10 мест;
	2. 40 мест;
	3. 80 мест;
	4. 100 мест.
90. Палаты для нетранспортабельных госпитального отделения медицинского отряда рассчитаны на:
	1. 50 мест;
	2. 100 мест;
	3. 150 мест;
	4. 200 мест.
91. Медицинский отряд МСГО обеспечивается медицинским имуществом для оказания медицинской помощи в течение:
	1. 1 суток;
	2. 2 суток;
	3. 3 суток;
	4. 5 суток.
92. Медицинской отряд МСГО обеспечивается медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи из расчета на:
	1. 500 пораженных;
	2. 1000 пораженных;
	3. 2000 пораженных;
	4. 3000 пораженных.
93. В составе операционно-перевязочного отделения медицинского отряда МСГО не развертывается:
	1. операционная;
	2. палаты для нетранспортабельных;
	3. перевязочная;
	4. противошоковые палаты.
94. В составе госпитального отделения медицинского отряда МСГО не развертывается:
	1. палаты для нетранспортабельных;
	2. инфекционный изолятор;
	3. перевязочная для носилочных;
	4. палаты для родильниц и новорожденных.
95. В составе госпитального отделения медицинского отряда МСГО не развертываются:
	1. противошоковые палаты;
	2. палаты для нетранспортабельных;
	3. психоизолятор;
	4. анаэробные палаты с перевязочной.
96. В составе медицинского отряда МСГО не развертывается отделение:
	1. сортировочно-эвакуационное;
	2. операционно-перевязочное;
	3. госпитальное;
	4. инфекционное.
97. В составе медицинского отряда МСГО не развертывается отделение:
	1. госпитальное;
	2. отделение медицинского снабжения;
	3. функциональной диагностики;
	4. лабораторное.
98. Специализированная помощь пораженным оказывается на этапе медицинской эвакуации:
	1. первом;
	2. втором;
	3. третьем;
	4. на всех этапах.
99. В составе больничной базы не развертывается:
	1. Головная центральная районная больница;
	2. Центральная районная больница;
	3. Многопрофильный госпиталь;
	4. Профилированные больницы.
100. В состав бригады специализированной медицинской помощи МСГО входят:
	1. 1 врач, 2 средних медработника, водитель;
	2. 2 врача, 2 средних медработника, водитель;
	3. 2 врача, 4 средних медработника, водитель;
	4. 4 врача, 4 средних медработника, водитель.

# Раздел 4. Ответы на тестовые задания

## 4.1. Ответы на тестовые задания по мобилизационной подготовке в сфере здравоохранения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | а |  |  | в |  |  | а |  |  | г |
|  | а |  |  | а |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | б |  |  | а |
|  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | а |  |  | б |  |  | г |  |  | г |
|  | г |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | б |
|  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | а |  |  | г |  |  | а |
|  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | а |  |  | б |  |  | г |  |  | в |
|  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | а |  |  | в |  |  | а |  |  | б |
|  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | б |
|  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | в |  |  | б |  |  | б |  |  | в |
|  | в |  |  | б |  |  | в |  |  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | г |
|  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | г |  |  | в |  |  | г |  |  | а |
|  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | г |  |  | г |  |  | а |  |  | г |
|  | б |  |  | г |  |  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | б |  |  | г |
|  | г |  |  | а |  |  | б |  |  | а |  |  | а |  |  | в |  |  | в |
|  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | а |  |  | б |
|  | в |  |  | а |  |  | г |  |  | а |  |  | в |  |  | а |  |  | б |
|  | б |  |  | б |  |  | в |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | г |
|  | в |  |  | в |  |  | б |  |  | а |  |  | г |  |  | а |  |  | в |
|  | а |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | а |  |  | б |
|  | г |  |  | а |  |  | г |  |  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | в |

## 4.2. Ответы на тестовые задания по медицине катастроф

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | в |  |  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | г |  |  | б |
|  | в |  |  | в |  |  | б |  |  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | г |
|  | г |  |  | б |  |  | б |  |  | г |  |  | а |  |  | г |  |  | г |
|  | г |  |  | г |  |  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | б |  |  | б |
|  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | г |  |  | а |  |  | в |
|  | в |  |  | г |  |  | г |  |  | в |  |  | б |  |  | а |  |  | б |
|  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | г |
|  | б |  |  | а |  |  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | б |  |  | г |
|  | а |  |  | г |  |  | а |  |  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | в |
|  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | в |
|  | в |  |  | а |  |  | г |  |  | б |  |  | а |  |  | б |  |  | б |
|  | б |  |  | в |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | а |  |  | а |
|  | в |  |  | б |  |  | б |  |  | б |  |  | в |  |  | г |  |  | б |
|  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | в |  |  | в |
|  | б |  |  | а |  |  | г |  |  | в |  |  | б |  |  | б |  |  | г |
|  | г |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | г |  |  | в |  |  | в |
|  | в |  |  | а |  |  | в |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | б |
|  | б |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | б |  |  | в |
|  | б |  |  | б |  |  | а |  |  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | г |
|  | в |  |  | б |  |  | в |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | в |
|  | а |  |  | в |  |  | г |  |  | б |  |  | г |  |  | г |  |  | б |
|  | б |  |  | б |  |  | в |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | г |
|  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | г |  |  | г |  |  | б |  |  | а |
|  | в |  |  | б |  |  | а |  |  | а |  |  | г |  |  | г |  |  | б |
|  | г |  |  | а |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | в |
|  | б |  |  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | а |  |  | б |  |  | в |
|  | в |  |  | г |  |  | а |  |  | г |  |  | а |  |  | б |  |
|  | г |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | а |  |
|  | б |  |  | б |  |  | а |  |  | г |  |  | г |  |  | а |  |

## 4.3. Ответы на тестовые задания по медицинскому обеспечению мероприятий гражданской обороны

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | в |  |  | б |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | в |  |  | в |
|  | г |  |  | в |  |  | г |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | г |
|  | б |  |  | а |  |  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | б |
|  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | в |
|  | в |  |  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | г |  |  | а |
|  | г |  |  | а |  |  | а |  |  | а |  |  | г |  |  | б |  |  | г |
|  | а |  |  | в |  |  | а |  |  | б |  |  | в |  |  | в |  |  | в |
|  | б |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | г |  |  | б |
|  | а |  |  | а |  |  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | г |  |  | в |
|  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | в |  |  | б |
|  | а |  |  | а |  |  | б |  |  | а |  |  | в |  |  | б |  |
|  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | а |  |  | б |  |
|  | г |  |  | б |  |  | в |  |  | а |  |  | а |  |  | б |  |
|  | б |  |  | в |  |  | б |  |  | г |  |  | б |  |  | г |  |
|  | в |  |  | в |  |  | г |  |  | в |  |  | в |  |  | б |  |

# Литература

**Основная:**

1. Мобилизационная подготовка здравоохранения. Учебное пособие/ Под ред. Погодина Ю.И. – М.: ООО «Типография Парадиз», 2006.
2. Погодин Ю.И. Избранные лекции по мобилизационной подготовке здравоохранения. – М.: ООО «Типография Парадиз», 2006.
3. Медицина катастроф. Избранные лекции/ Под ред. проф. Б.В. Бобия и проф. Л.А. Аполлоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 432 с.
4. Левчук И.П., Третьяков Н.В. Медицина катастроф. Курс лекций: (учебное пособие для медицинских вузов). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 240 с.
5. Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Сарычев А.С. Медицина катастроф: учебное пособие для студентов учреждений высш. мед .проф. образования. – М.: издательский центр «Академия», 2010. – 320 с.

**Дополнительная:**

1. Организация оказания первой врачебной помощи в системе медицинской службы гражданской обороны: учебное пособие/ Под ред. С.В. Кобышева. ВИТУ. – СПб., 2006. – 150 с.
2. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации/ Под ред. Ю.И. Погодина, С.В. Трифонова. – М.: ГУП «Медицина для Вас», 2002. – 211 с.
3. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы). – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.-560с.
4. Основы организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС: Пособие для врачей. – М.: ВЦМК «Защита», 2001. – 43 с.
5. Сборник нормативных правовых и методических документов по вопросам мобилизационной подготовки и гражданской обороне/ Под ред. Ю.И. Погодина, В.В. Кульбачинского. Москва, 2005, том 1, 2.