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.