­­­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_ | День недели \_\_\_\_\_ | Время начала хронометража \_\_\_\_\_ | Время окончания хронометража \_\_\_ |

**Таблица хронометража**

Наименование процесса

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Символ | Описание операции | Расстояние (м) | Время операции (сек) | ВСЦ | Комментарии |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** |  |  |  |  |

ФИО исполнителя

Телефон