

Евстигнеев С.В., Иванов И.В., Никишин А.В.,
Космачев В.В., Зиновьев Д.Ю., Васильев В.В.

РЕАЛИЗАЦИЯ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



Издательство «Перо»

Москва, 2020

С. В. Евстигнеев, И. В. Иванов, А. В. Никишин,
В. В. Космачев, Д. Ю. Зиновьев, В. В. Васильев

**Реализация требований
к организации и проведению
внутреннего контроля
качества и безопасности
медицинской деятельности
в многопрофильной
медицинской организации**

Монография

Москва

Издательство «Перо»

2020

УДК 614.2
ББК 51.1я72
Р31

Рецензенты:

заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества»
Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

О. Р. Швабский;

профессор кафедры профилактической медицины института профессионального
образования ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет
Минздрава России», д.м.н., профессор

Н. Ю. Перепелкина

- Р31 Реализация требований к организации и проведению контроля качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной медицинской организации : монография / С. В. Евстигнеев, И. В. Иванов, А. В. Никишин, В. В. Космачев, Д. Ю. Зиновьев, В. В. Васильев. – Москва : Издательство «Перо», 2020. – 765 с.

ISBN 978-5-00150-890-8

В издании отражена практическая реализация требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в Пензенской области на примере ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко». Материалы, приведенные в книге, будут полезны для руководителей медицинских организаций при разработке своих систем контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также для руководителей структурных подразделений при организации внутреннего контроля, врачей, слушателей циклов дополнительного профессионального образования, ординаторов и студентов медицинских вузов.

**УДК 614.2
ББК 51.1я73**

ISBN 978-5-00150-890-8

© Евстигнеев С. В., Иванов И. В., Никишин А. В.,
Космачев В. В., Зиновьев Д. Ю., Васильев В. В., 2020

Благодарности

Авторский коллектив выражает глубокую благодарность следующим руководителям подразделений, врачам, сотрудникам ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», принявшим участие в подготовке отдельных глав: глава 1 – канд. мед. наук **А.В. Нестеров, П.А. Ващенко**; глава 2 – **И.В. Фролова**; глава 3 – **С.А. Назаров, М.В. Юматов**, канд. мед. наук **А.В. Кулюцин, А.А. Аскалин, А.А. Буланов, А.С. Кибиткин**; глава 4 – **Л.В. Палиенко, И.Н. Маркина**; глава 5 – **А.В. Дылдин**; глава 6 – **Н.П. Умнов**; глава 7 – **Е.Н. Миронова**; глава 8 – **Т.В. Рыжонина**; глава 9 – канд. мед. наук **А.В. Нестеров**, канд. мед. наук **Г.А. Зюлькин**, канд. мед. наук **А.А. Петрунин, А.А. Юцмюц, П.А. Ващенко**; глава 10 – **Е.В. Токарева**; глава 11 – **О.С. Горина, Г.В. Умнова**; глава 12 – **Т.В. Рыжонина**; глава 13 – **Н.В. Разина**; глава 14 – **Л.Н. Моисеева**; глава 15 – **Л.Н. Моисеева, А.В. Дылдин, О.В. Федорова**, канд. мед. наук **М.Н. Игошина, М.В. Беляев, Н.С. Сапожникова, Н.В. Федосеев, Д.В. Долгова, О.Н. Шошкина, О.А. Иванова**; глава 16 – **Л.Н. Моисеева, А.В. Дылдин, О.В. Федорова**; глава 17 – **Л.Н. Моисеева**.

Список сокращений

АБ – антибиотики
АБП – антибиотикопрофилактика
АВО – антигенная система
АБТ – антибиотикотерапия
АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АДС-М – анатоксин дифтерийно-столбнячный
АИС – автоматизированная информационная система
АК – антикоагулянты
АКДС – адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина,
АКШ – аорто-коронарное шунтирование
АЛТ – аланинаминотрансфераза
АПК – аргонно-плазменная коагуляция
АРАП – антагонисты к рецепторам ангиотензина II
АС – анатоксин столбнячный
АСТ – аспаратаминотрансфераза
АСУ – автоматизированная система управления
АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
бета-АБ – бета-адреноблокатор
БАБ – бета-адреноблокаторы
БАК – биохимический анализ крови
БПВ – большая почка вена
БРИТ – блок реанимационной интенсивной терапии
БСМП – больница скорой медицинской помощи
БЦЖ-М – вакцина туберкулезная для щадящей первичной иммунизации
ВАП – вентиляторассоциированная пневмония
ВАШ – визуальная аналоговая шкала
ВБИ – внутрибольничная инфекция
ВБО – внутрибольничное осложнение
в/в – внутривенное введение
ВГН – верхняя граница нормы
ВДП – воздушно-дыхательный поток
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВК – врачебная комиссия
ВКК – внутренний контроль качества
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВРЗ – вербальная рейтинговая шкала
ВТЭ – венозная тромбоэмболия
ВЧД – внутричерепное давление
ВЭБ – вирус Эпштейна-Барра
в/м – внутримышечное введение
ГВЗ – гнойно-воспалительное заболевание
ГКС – глюкокортикостероиды
ГИ – геморрагический инсульт
ГО и МР – гражданская оборона и мобилизационная работа
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДВС – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови
ДВ – действующее вещество
ДВУ – дезинфекция высокого уровня
ДМС – добровольное медицинское страхование
ДН – дыхательная недостаточность

ДС – дезинфицирующее средство
ДЦП – детский церебральный паралич
иАПФ – ингибитор ангиотензин-превращающего фермента
ЕГИСЗ – единая государственная информационная система здравоохранения
ИБ – история болезни
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИВАО – инфекционное вентилятор-ассоциированное осложнение
ИИИ – источник ионизирующего излучения
ИЛП – иммунобиологические лекарственные препараты
ИМ – инфаркт миокарда
ИМТ – индекс массы тела
ИОХВ – инфекция области хирургического вмешательства
ИП – инкубационный период
ИПП – ингибиторы протонного насоса
ИСМП – инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи
ИТ – инородное тело
ИФА – иммуноферментный анализ
ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЖТ – желудочковая тахикардия
ЖЭ – желудочковая экстрасистолия
КАГ – коронарная ангиография
КАИК – катетер-ассоциированная инфекция кровотока
КАИМП – катетер-ассоциированная инфекция мочевого пузыря
КВГЛ – крымская вирусная геморрагическая лихорадка
КДЛ – клинико-диагностическая лаборатория
КИЛИ – комиссия по изучению летальных исходов
КК – контроль качества
ККМП – контроль качества медицинской помощи
КОС – кислотно-основное состояние
КПАВ – катионные поверхностно-активные вещества
КПМО – калия перманганата марганца оксид
КТ – компьютерная томография
КФК – МВ – креатинфосфокиназы мышцы bandisoenzyme
КЭН – комбинированный эндотрахеальный наркоз
КЩС – кислотно-щелочное состояние
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
ЛИС – лабораторная информационная система
ЛКК – лечебно контрольная комиссия
ЛНПГ – левая ножка пучка Гиса
ЛП – лекарственный препарат
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МЕ – международные единицы
МИ – медицинские изделия
МИБП – медицинские иммунобиологические препараты
МКБ – международная классификация болезней.
МНО – международное нормализованное отношение
МС – мышечная слабость
МО – медицинская организация
МО – морбидное ожирение
МР – мышечные релаксанты

МРТ – магнитно-резонансная томография
НД – нормативный документ
НЛР – нежелательные лекарственные реакции
НМБ – нервно-мышечный блок
НМГ – низкомолекулярный гепарин
НМЗ – нервно-мышечные заболевания
НМК – нарушение мозгового кровообращения
НМП – нейромышечная проводимость
НПВП – нестероидные противовоспалительные средства
НПНКМ – начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга
НС – неблагоприятное событие
НС – нервная система
НСГ – нейросонография
НФГ – нефракционированный гепарин
ОАР – отделение анестезиологии и реаниматологии
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОАР и ИТ – отделение анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
ОДПБ – отделение дневного пребывания больных
ОЗПК – отделение заготовки переливания крови
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОКС – острый коронарный синдром
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ОЛЖСН – острая левожелудочковая сердечная недостаточность
ООД – областной онкологический диспансер
ООИ – особо опасная инфекция
ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ОСА – общая сонная артерия
ПАВ – поверхностно-активные вещества
ПАП – периоперационная антибиотикопрофилактика
ПБА – патогенные биологические объекты
ПДФ – продукты деградации фибрина
ПК – производственный контроль
ПОКЦ СВМП – Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи
ПП – первичная проба
ПРИТ – палата реанимации и интенсивной терапии
ПРК – производственный радиационный контроль
ПСО – предстерилизационная очистка
ПСО – первичное сосудистое отделение
ПСС – противостолбнячная сыворотка
ПСЧИ – противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
ПТВ – протромбиновое время
ПТИ – протромбиновый индекс
ПЦР – полимеразная цепная реакция
ПШП – противошоковая палата
РДСН – респираторный дистресс-синдром новорождённых
РИАМС «ПроМед» – региональная информационно-аналитическая медицинская система «ПроМед»
РСЦ – региональный сосудистый центр
РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы
САД – систолическое артериальное давление

САК – субарахноидальное кровоизлияние
СанПиН – санитарные правила и нормы
СД-2 – сахарный диабет второго типа
СЗП – свежезамороженная плазма
СКО – санитарно-контрольный отдел
СКП – санитарно-контрольный пункт
СКТ – спиральная компьютерная томография
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
СЛР – сердечно-легочная реанимация
СМК – система менеджмента и контроля
СМО – страховая медицинская организация
СМП – скорая медицинская помощь
СОП – стандартный операционный протокол
СОП – стандартная операционная процедура
СОС – стандартное определение случая
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СП – санитарные правила
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
ССС – сердечно-сосудистая система
ТВА – тотальная внутривенная анестезия
ТГВ – тромбоз глубоких вен
ТИА – транзиторная ишемическая атака
ТЛТ – тромболитическая терапия
ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ТЭГ – тромбоэластограмма
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ТЭО – тромбоэмболические осложнения
УЗДГ – ультразвуковая доплерография
УЗИ – ультразвуковое исследование
УПМ – условно-патогенные микроорганизмы
УФО – ультрафиолетовое облучение
ФБС – фиброbronхоскопия
ФВ – фракция выброса
ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ФГС – фиброгастроскопия
ФЖ – фибрилляция желудочков
ФЛГ – флюорографическое обследование
ФП – фибрилляция предсердий
ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования
ФФОМС – федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ХБП – хроническая болезнь почек
ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЦВД – центральное венозное давление
ЦВК – центральный венозный катетер
ЦГиЭ – центр гигиены и эпидемиологии
ЦСО – централизованное стерилизационное отделение
ЧАС – четвертичные аммониевые соединения
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЧС – чрезвычайная ситуация
ЧСС – частота сердечных сокращений
ШК – шкала комы Глазго
ЩФ – щелочная фосфатаза
ЭГДФС – эзофагогастродуоденофиброскопия
ЭДТА – этилендиаминтетрауксусная кислота
ЭКГ – электрокардиография
ЭхоКС – эхокардиоскопия
ЭхоКГ – эхокардиография
ЭЭГ – электроэнцефалография
ACCP – American College of Chest Physicians
ASA – American Society of Anaesthesiologists
CPAP – continuous positive airway pressure
HLA – HumanleucocyteAntigen
NIHSS – national institute of health stroke skale
NNIS – National nosocomial infections surveillance system
SpO₂ – насыщение гемоглобина крови по пульсоксиметру (p)
TOAST –The Obesity Awareness and Solutions Trust

Оглавление

Предисловие	10
Введение	11
Глава 1. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.....	13
Глава 2. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).....	53
Глава 3. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения	110
Глава 4. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.....	161
Глава 5. Преимущество медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациента в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации	181
Глава 6. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.....	194
Глава 7. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.....	216
Глава 8. Идентификация личности пациентов.....	395
Глава 9. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.....	411
Глава 10. Деятельность клиничко-диагностической лаборатории.....	448
Глава 11. Деятельность поликлиники.....	473
Глава 12. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.....	490
Глава 13. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.....	520
Глава 14. Правила оформления медицинской документации.....	545
Глава 15. Добровольное информированное согласие на медицинские услуги.....	580
Глава 16. Организация внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита.....	609
Глава 17. Порядок создания и деятельность врачебной комиссии.....	680
Глава 18. Эпидемиологическая безопасность в медицинской организации в условиях пандемии COVID-19.....	753
Список работ авторов по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности	760
Приложения	763

Предисловие

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, у каждого десятого госпитализированного пациента фиксируется неблагоприятное / нежелательное событие, связанное с оказанием медицинской помощи. Всего в больницах стран с низким и средним уровнем дохода ежегодно происходят 134 млн. таких событий, прежде всего из-за небезопасного оказания медицинской помощи, от которых умирает 2,6 млн. пациентов. Около 15% расходов больниц связано с лечением последствий случаев ненадлежащего обеспечения безопасности пациентов.

Таким образом, работа в данном направлении важна не только с гуманитарной точки зрения (интересы пациента, его здоровье и жизнь), но и целесообразна с позиции экономики учреждения и системы здравоохранения.

Именно поэтому, вопросы обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности являются приоритетными не только при осуществлении медицинской деятельности для организаций, но и предметом пристального контроля со стороны контрольно-надзорных органов.

Вопросы качества и безопасности медицинской деятельности регламентируются Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; приказом Росздравнадзора от 9.11. 2017 № 9438 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10449 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2015 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2017 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской лаборатории» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора (в настоящее время ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора), 2018 г.

Работа по реализации требований по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации является кропотливой, очень трудоемкой, требует создания команды единомышленников.

Чрезвычайно важен обмен опытом, который позволяет непрерывно совершенствовать качество оказания медицинской помощи (требования ISO 9001)

Данная монография предлагает описание опыта, полученного в медицинских организациях Пензенской области при реализации требований по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, прежде всего на примере государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко». В ней приведены образцы приказов, алгоритмы, стандартные операционные процедуры, которые могут быть полезны руководителям медицинских организаций, практикующим врачам, среднему медицинскому персоналу в разработке и внедрении собственных систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Без сомнения, опыт пензенских коллег будет полезен организаторам здравоохранения – практикам.



Швабский Олег Рудольфович,

заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора

Введение

Предлагаемая монография посвящена важной проблеме современного общественного здравоохранения – обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности. В резолюции ВОЗ от 25 мая 2019 г. 72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» говорится о необходимости более интегрированного, системного взгляда на безопасность медицинской помощи, об организации профессионального обучения студентов и медработников вопросам оказания безопасной медицинской помощи, о ключевой роли информационно-коммуникационных технологий в решении задач усиления безопасности пациентов.

Издание призвано помочь работникам практического здравоохранения в решении этих задач. В нем предлагается подойти к вопросу обеспечения безопасности медицинской помощи с позиций системного управления клиническими рисками и стандартизации процессов профилактики внутрибольничных осложнений (ВБО).

Стандартизация процессов обеспечения безопасности пациентов заключается в их описании со степенью детализации, достаточной для надежного и проверяемого выполнения разными исполнителями в любое время в различных условиях. Такое описание принимает форму стандартного операционного протокола (СОП), содержащего требования к выполнению отдельных элементов процесса профилактики осложнений медицинской помощи и к контролю за его выполнением с помощью количественных показателей.

В пособии представлены протоколы профилактики основных видов ВБО: падений, пролежней, инфекций, ассоциированных с установкой постоянных катетеров и интубацией легких, периоперационных и лекарственных осложнений, идентификации личности.

Авторский коллектив искренне надеется, что данное пособие окажет помощь руководителям медицинских организаций, практикующим врачам и среднему медицинскому персоналу в разработке и внедрении собственных протоколов и других внутренних документов, направленных на выполнение государственных требований по обеспечению безопасности медицинской помощи.

Здравоохранением Пензенской области пройден длительный путь внедрения в практику медицинских организациях системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Условно его можно разделить на четыре этапа.

Первый этап (2002–2011 гг.) – восполняя пробелы нормативной правовой базы федерального уровня, а также в связи с началом работы в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), в медицинских организациях Пензенской области введена трехуровневая система контроля качества медицинской помощи (КМП), приняты локальные акты по контролю КМП, в том числе положения о врачебной комиссии (ВК), лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ), клинико-анатомических конференциях, утверждены правила оформления медицинской документации.

Второй этап (2012–2015 гг.) – период работы в условиях появления на федеральном уровне нормативного правового регулирования внутреннего контроля КМП. В этот период в медицинских организациях были разработаны и утверждены новые локальные нормативные акты по внутреннему контролю КМП: положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности; положение о врачебной комиссии; положения о системе менеджмента качества; положения об организации и проведении внутреннего аудита системы менеджмента качества. В медицинских организациях начали создаваться отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности, назначаться уполномоченные по качеству и безопасности медицинской деятельности.

Третий этап (с 2016 г. по сентябрь 2019 г.) начался после выхода принципиально новых нормативных правовых актов на федеральном уровне и присоединения нашей области к пилотным регионам по внедрению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В этот период в медицинских организациях Пензенской области начато внедрение системы менеджмента качества, в 2016 г. – сертификация на соответствие требованиям ISO 9001:2015, началось создание отделов внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита (Приложения), начат этап самооценки подразделений медицинских организаций, осуществлена подготовка и утверждение локальных нормативных актов по наиболее актуальным с точки зрения рисков для пациентов направлениям, началось изучение удовлетворенности пациентов и медицинского персонала уровнем качества и безопасности медицинской деятельности в учреждении, компетенции по проблеме качества и безопасности медицинской помощи.

Четвертый этап (с сентября 2019 г. по настоящее время) – во исполнение требований приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июня 2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» в медицинских организациях Пензенской области изданы локальные нормативные акты об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита, началось целенаправленное обучение аудиторов, мониторинг результатов внутреннего аудита, внесение изменений и дополнений в действующие локальные нормативные акты по организации внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности.

Поэтапная целенаправленная работа по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Пензенской области выявила отчетливую тенденцию к повышению КМП, что подтверждается сокращением дефектов в оказании медицинской помощи, снижением суммы санкций и штрафов, наложенных на медицинские организации СМО, уменьшением числа обоснованных жалоб и ростом удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи. Авторы считают, что эффект от целенаправленных организационных мероприятий в этом направлении может быть сравним с внедрением новых медицинских технологий, причем с меньшими затратами.

В конце книги приведен список публикаций, отражающих опыт внедрения авторами системы обеспечения качества и безопасности в медицинских организациях.

Глава 1. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови

Утверждены: положение об организации работы трансфузиологического кабинета; алгоритм заказа и доставки крови и её компонентов; алгоритм возврата крови и ее компонентов; алгоритм идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании; алгоритм экстренного вербального заказа крови и ее компонентов; алгоритм обследования пациентов при поступлении; алгоритм переливания крови и её компонентов в плановом порядке; алгоритм переливания свежезамороженной плазмы; алгоритм переливания тромбоцитарной массы; алгоритм переливания криопреципитата; алгоритм переливания крови и её компонентов в экстренном порядке; алгоритм подбора компонентов крови особым группам реципиентов; алгоритм действий в случае реакций и осложнений, возникших в связи с переливанием донорской крови и её компонентов; алгоритм проведения аутотрансфузии крови; алгоритм действий медицинского персонала при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства; алгоритм списания и утилизации крови и ее компонентов; образцы бланков, правила транспортировки и хранения крови и ее компонентов; правила приема биоматериала для иммуногематологических исследований; перечень документации службы трансфузиологии.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

25.01.2018

№ 25

г. Пенза

Об организации работы трансфузиологического кабинета в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов», постановлением Правительства Российской Федерации от 26.01.2010 № 29 «Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровозамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии», постановлением Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 № 667 «О ведении единой базы данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов», постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1230 «Об утверждении правил и методов исследований и правил отбора образцов донорской крови, необходимых для применения и использования технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии», ГОСТ 53470-2009 «Кровь донорская и ее компоненты. Руководство по применению компонентов донорской крови», ГОСТ 53420-2009 «Кровь донорская и ее компоненты. Общие требования к обеспечению качества при заготовке, переработке, хранении и использовании донорской крови и ее компонентов», СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В», СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», СанПиН 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», СанПиН 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С», СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими

отходами», приказом Минздрава России от 09.01.1998 № 2 «Об утверждении инструкции по иммуносерологии», приказом Минздрава России от 25.11.2002 № 363 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови», приказом Минздрава России от 28.03.2012 (с изменениями от 01.10.2012, приказ № 388н) № 278н «Об утверждении требований к организациям здравоохранения (структурным подразделениям), осуществляющим заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, и перечня оборудования для их оснащения», приказом Минздрава России от 16.02.2004 № 82 «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений», приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», приказом Минздрава России от 03.06.2013 № 348н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови», приказом Минздрава России от 19.07.2013 № 478н «Об утверждении норматива запаса донорской крови и (или) ее компонентов, а также порядка его формирования и расходования», приказом Минздрава России от 07.05.2003 № 193 «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантинизации свежзамороженной плазмы» (с изменениями: приказ Минздравсоцразвития России от 21.02.2005 № 147 «О внесении изменения в приказ Минздрава России от 07.05.2003 № 193»), приказом Минздравсоцразвития России от 19.03.2010 № 170 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.05.2003 № 193»), приказом Минздрава России от 29.05.1997 № 172 «О введении в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей «Трансфузиология» (с изменениями от 28.09.1999), приказом Минздрава СССР от 15.09.1987 № 1035 «Об утверждении “Инструкции по учету крови при ее заготовке и переработке в учреждениях и организациях здравоохранения”», приказом Минздравсоцразвития России от 10.05.2007 № 323 «Об утверждении порядка организации работ (услуг), выполняемых при осуществлении медицинской помощи», приказом Минздрава Пензенской области от 13.09.2017 № 251 «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений», с целью организации работы трансфузиологического кабинета в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», п р и к а з ы а ю:

1. Утвердить: положение об организации работы трансфузиологического кабинета ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 1).
2. Утвердить алгоритмы:
 - 2.1. Алгоритм заказа и доставки крови и её компонентов (Приложение № 2).
 - 2.2. Алгоритм возврата крови и ее компонентов (Приложение № 3).
 - 2.3. Алгоритм идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании (Приложение № 4).
 - 2.4. Алгоритм экстренного вербального заказа крови и ее компонентов в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» (Приложение № 5).
 - 2.5. Алгоритм обследования пациентов при поступлении (Приложение № 6).
 - 2.6. Алгоритм переливания крови и её компонентов в плановом порядке (Приложение № 7).
 - 2.7. Алгоритм переливания свежзамороженной плазмы (Приложение № 8).
 - 2.8. Алгоритм переливания тромбоцитарной массы (Приложение № 9).
 - 2.9. Алгоритм переливания криопреципитата (Приложение № 10).
 - 2.10. Алгоритм переливания крови и её компонентов в экстренном порядке (Приложение № 11).
 - 2.11. Алгоритм подбора компонентов крови особым группам реципиентов (Приложение № 12).
 - 2.12. Алгоритм действий в случае реакций и осложнений, возникших в связи с переливанием донорской крови и её компонентов (Приложение № 13).
 - 2.13. Алгоритм проведения аутоотрансфузии крови (Приложение № 14).
 - 2.14. Алгоритм действий медицинского персонала при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства (Приложение № 15).
 - 2.15. Алгоритм списания и утилизации крови и ее компонентов (Приложение № 16).
3. Утвердить образцы бланков (Приложение № 17).
4. Утвердить Правила транспортировки и хранения крови и ее компонентов (Приложение № 18).
5. Утвердить Правила приема биоматериала для иммуногематологических исследований в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» (Приложение № 19).
6. Утвердить перечень документации службы трансфузиологии (Приложение № 20).

7. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

8. Контроль за актуализацией настоящего приказа возложить на врача-трансфузиолога трансфузиологического кабинета Ващенко П.А.

9. Руководитель направления по переливанию крови и её компонентов, препаратов докладывает о выявленных отклонениях при оказании трансфузиологической помощи не реже одного раза в месяц на соответствующей подкомиссии врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

10. Признать утратившим силу приказ главного врача от 31.12.2013 № 163/1 «Об утверждении инструкции по организации трансфузионной терапии в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по хирургической помощи Нестерова А.В.

Главный врач

А.В. Никишин

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Положение об организации работы трансфузиологического кабинета
в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

1. С целью организации службы трансфузиологии в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) организуется работа трансфузиологического кабинета. В состав службы трансфузиологии входят:

- трансфузиологический кабинет;
- врачи и средний медицинский персонал лечебных отделений, участвующие в оказании трансфузионной помощи;
- врачи и средний медицинский персонал клинико-диагностической лаборатории;
- трансфузиологическая комиссия.

2. Ответственным за организацию службы трансфузиологии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко назначается врач-трансфузиолог трансфузиологического кабинета.

3. Ответственными за организацию службы трансфузиологии в клинических отделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко назначаются заведующие клиническими отделениями.

4. Ответственными за оборудование рабочего места для проведения переливания крови и её компонентов в клинических отделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко назначаются старшие медицинские сестры клинических отделений.

5. Ответственным за определение группы крови по системе АВО, резус-принадлежности (антиген D), антигенов эритроцитов, антиэритроцитарных антител в крови реципиентов, лабораторное обеспечение совместимости переливаемых компонентов крови назначается заведующий клинико-диагностической лабораторией.

6. Заведующие клиническими отделениями обеспечивают:

- 1) обоснованность каждой операции переливания крови и её компонентов, соответствие установленным правилам;
- 2) надлежащее оформление требований на кровь и её компоненты, заявок на реактивы и расходные материалы;
- 3) наличие в медицинской карте стационарного больного добровольного информированного согласия на проведение операции переливания крови и её компонентов, либо отказа от проведения операции переливания крови и её компонентов, протокола операции переливания крови и её компонентов;
- 4) своевременность и качество заполнения документации службы трансфузиологии;
- 5) вынесение на титульный лист медицинской карты стационарного больного группы крови и резус-принадлежности крови пациента с указанием даты исследования и фамилии врача, сделавшего запись

после получения бланка результатов исследования клинко-диагностической (изосерологической) лаборатории;

б) назначение врачей, ответственных за проведение операции переливания крови и её компонентов в плановом порядке и при выполнении оперативных вмешательств (не участвующих в операции);

7) планирование оказания трансфузиологической помощи пациентам отделения, недопущение переноса плановых операций переливания крови и её компонентов на дежурную смену;

8) оперативное и надлежащее информирование главного врача, заместителя главного врача по медицинской части, заместителя главного врача по хирургической помощи, заведующего трансфузиологическим кабинетом, врача-трансфузиолога о случаях посттрансфузионных реакций и осложнений, нарушениях требований нормативных актов службы трансфузиологии;

9) своевременность и достоверность ежеквартальных отчетов об операциях переливания крови и её компонентов, кровезаменителей;

10) формирование списков врачей и других медицинских работников и согласование проведения периодического повышения уровня профессиональной подготовки по вопросам оказания трансфузиологической помощи.

7. Старшие медицинские сестры клинческих отделений обеспечивают:

1) оборудование рабочего места для проведения операций переливания крови и её компонентов;

2) наличие документации службы трансфузиологии;

3) своевременность и качество заполнения документации службы трансфузиологии;

4) хранение реактивов для определения группы крови и проведения иммуногематологических проб перед проведением операции переливания крови и её компонентов надлежащим образом;

5) наличие в процедурном кабинете отделения инструкций, памяток по определению группы крови, резус-принадлежности, проведению иммуногематологических проб перед операцией переливания крови и её компонентов, биологической пробы; по посттрансфузионным реакциям и осложнениям, мероприятиям при их возникновении.

8. Заведующий клинко-диагностической лабораторией обеспечивает:

1) назначение врачей-лаборантов, ответственных за постановку изосерологических и (или) иммуногематологических исследований (имеющих действующий сертификат и прошедших специальную подготовку по иммуносерологии);

2) своевременность и качество заполнения документации службы трансфузиологии.

9. Врач клинко-диагностической лаборатории:

1) определяет групповую принадлежность (перекрестным способом), резус-принадлежность крови реципиентов;

2) при несовпадении группы крови, определенной в лечебном отделении и клинко-диагностической лаборатории, информирует заведующего трансфузиологическим кабинетом, врача-трансфузиолога, лечащего врача и проводит повторное определение группы крови пациента из вновь взятой порции крови;

3) консультирует врачей клинческих отделений, проводит занятия по определению групповой и резус-принадлежности крови с персоналом клинческих отделений.

10. С целью контроля за организацией службы трансфузиологии пациентам в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», согласно приказу Минздрава России № 183н от 02.04.2013 «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов» создана трансфузиологическая комиссия.

11. Количество членов комиссии и ее персональный состав утверждены приказом главного врача (приказ № 37-О от 06.03.2017 «Об утверждении постоянно действующих комиссий ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»).

12. В состав трансфузиологической комиссии входят:

Председатель:

Фролова И.В. – заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Члены комиссии:

Нестеров А.В. – заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

Рыжонина Т.В. – главная медицинская сестра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

Вашенко П.А. – врач-трансфузиолог трансфузиологического кабинета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

К участию в работе комиссии привлекаются руководители структурных подразделений больницы.

Функции трансфузиологической комиссии:

- 1) контроль за организацией службы трансфузиологии в отделениях медицинской организации (МО);
- 2) периодическая оценка нормативно-правовой документации, алгоритмов, правил службы трансфузиологии, рекомендации по их изменению;
- 3) анализ результатов клинического использования донорской крови и ее компонентов и оценка эффективности переливания крови и её компонентов;
- 4) разработка оптимальных программ переливания донорской крови и её компонентов;
- 5) организация, планирование и контроль повышения уровня профессиональной подготовки врачей и других медицинских работников по вопросам переливания донорской крови и её компонентов;
- 6) анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи переливанием донорской крови и ее компонентов, и разработка мероприятий по их профилактике.

13. Трансфузиологическая комиссия проводит заседания по мере необходимости, но не реже одного раза в три месяца. Заседания комиссии оформляются протоколом. Решения комиссии принимаются открытым голосованием и оформляются протоколом. В случае равенства голосов решающее значение имеет голос председателя комиссии. По итогам работы комиссии в календарном году составляется отчет. О работе трансфузиологической комиссии ежегодно докладывается на медицинском совете.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм заказа и доставки крови и её компонентов

1. Заказ компонентов крови осуществляют: врачи клинических отделений, заведующие клиническими отделениями, врач-трансфузиолог трансфузиологического кабинета, ответственный за организацию службы трансфузиологии.

2. Врач, заказывающий компоненты крови, оформляет требование согласно приказу Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для учреждений службы крови».

3. Для контингента пациентов, определенных приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов» (часть IV, п. 22в), врач, заказывающий компоненты крови, оформляет направление на иммуногематологическое исследование.

4. Требования и направления на иммуногематологическое исследование передаются в трансфузиологический кабинет ежедневно до 9:00 для формирования заявки на получение компонентов крови.

5. Транспортировка компонентов крови, полученных в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови», осуществляется согласно Правилам транспортировки и хранения крови и ее компонентов с использованием специализированного транспорта, в специализированных промаркированных изотемпературных контейнерах с хладоэлементами, сумках-холодильниках для транспортировки крови и её компонентов с соблюдением требований температурного режима и регистрацией температуры при транспортировке, ответственными за получение и транспортировку сотрудниками службы трансфузиологии, согласно требованиям приказа ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 152 от 15.12.2016 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 13.12.2012 № 199».

6. Выдача компонентов крови в клинические отделения осуществляется сотрудниками трансфузиологического кабинета. Транспортировка компонентов крови в лечебные отделения на территории ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» осуществляется медицинским персоналом отделения, с использованием специализированных контейнеров для транспортировки крови и ее компонентов.

7. В целях обеспечения прослеживаемости движения крови и ее компонентов, полученных в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови», и во избежание нарушений финансовой отчетности необходимо помнить, что кровь и ее компоненты, получаемые в ГБУЗ «Пензенский областной

клинический центр крови» по требованиям выписываются на медицинскую организацию, то есть накладные проходят по финансовой отчетности медицинской организации.

8. При переводе пациента, нуждающегося в переливании крови и её компонентов, в другую медицинскую организацию полученные для него компоненты крови остаются в медицинской организации и используются по показаниям, либо списываются по истечении срока годности. Передача компонентов крови в другие медицинские организации Пензенской области нежелательна во избежание нарушения порядка учета крови и ее компонентов и нарушения финансовой отчетности. Учреждение, куда переведен пациент, обращается в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» с требованием на выдачу компонентов крови на поступившего (переведенного) пациента.

9. Если состояние пациента не требует экстренного переливания крови и её компонентов, перед переводом пациента в другую медицинскую организацию необходимо уточнить у дежурного сотрудника отделения Экспедиции с центром управления запасами крови ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» сведения о наличии достаточного количества компонентов крови для данного пациента.

10. Если необходимо провести переливание крови и её компонентов по экстренным (жизненным) показаниям, или количество компонентов крови с данной группой и резус-фактором ограничено, передача компонентов крови происходит вместе с переводом пациента. Параллельно факсом направляется письменный запрос на имя главного врача ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» на смену получателя крови и ее компонентов, в котором перечисляются все компоненты крови, указанные в первоначальной накладной, со всеми их характеристиками.

11. В течение суток (после согласования данного запроса с главным врачом ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови») представители медицинской организации, куда переведен пациент вместе с компонентами крови, должны прибыть в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» за новой (переоформленной) накладной для постановки на учет «переведенных» компонентов крови.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм возврата крови и ее компонентов

1. Возврат компонентов крови осуществляется врачом, заказавшим компоненты крови, предварительно оформившим требование, согласно приказу Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для учреждений службы крови».

2. Обязательным является заполнение Протокола возврата компонента крови, а в случае отказа пациента от предложенного лечения – оформление отказа пациента от операции переливания крови и её компонентов.

3. Транспортировка компонентов крови в трансфузиологический кабинет осуществляется медицинским персоналом отделения с использованием специализированных контейнеров для транспортировки крови и ее компонентов.

4. Данные компоненты крови хранятся в трансфузиологическом кабинете с использованием специализированного оборудования согласно Правилам транспортировки и хранения крови и ее компонентов (Приложение № 18).

5. Протоколы возврата компонента крови анализируются членами трансфузиологической комиссии с привлечением руководителей структурных подразделений больницы. Решение по каждому случаю вносится в журнал регистрации протоколов заседания трансфузиологической комиссии.

6. Дальнейшее использование компонентов крови, которые были возвращены в трансфузиологический кабинет, возможно при вынесении соответствующего решения трансфузиологической комиссией. Запись о принятом решении вносится в журнал регистрации протоколов заседания трансфузиологической комиссии.

Алгоритм идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании

1. При получении компонентов крови от ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» сотрудник, ответственный за транспортировку компонентов крови, обязан:
 - 1) провести макроскопическую оценку компонентов крови;
 - 2) проверить целостность упаковки;
 - 3) проверить правильность маркировки согласно накладной на отпускаемую продукцию;
 - 4) получить один экземпляр накладной;
 - 5) проверить наличие полученных компонентов крови согласно накладной;
 - 6) по приезде в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» зарегистрировать полученные компоненты крови в «Журнале регистрации получения и выдачи компонентов крови».
2. Перед началом операции переливания донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и её компонентами.
3. Проверяется паспорт донорского контейнера на соответствие группе крови, резус-фактору, фенотипу (при его наличии) реципиента.
4. Обязательным является оформление добровольного информированного согласия пациента на проведение операции переливания крови и её компонентов, протокола переливания крови и её компонентов (Приложение № 17) согласно приказу № 183н от 02.04.2013 «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов», и заполнение «Журнала переливания компонентов крови» отделения (форма 009/у).

**Алгоритм экстренного вербального заказа крови и её компонентов
в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»**

1. Заказ компонентов крови осуществляют: врачи клинических отделений, заведующие клиническими отделениями, врач-трансфузиолог, заведующий трансфузиологическим кабинетом, ответственный за организацию службы трансфузиологии.
2. Врач, заказывающий компоненты крови, оформляет требование согласно приказу Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985 «Об утверждении форм первичной медицинской документации для учреждений службы крови».
3. В случае необходимости заказа, при отсутствии необходимых компонентов крови в хранилище экстренного запаса (4 этаж 16 корпус) врачу, принявшему решение о заказе, необходимо связаться с экспедицией ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» по номерам: 57-17-17, 51-42-42 и уточнить информацию о наличии требуемых компонентов крови. Обязательным является подтверждение требования на компоненты крови в факсимильной форме.
4. Оформленные требования на получение компонентов крови передаются в приемное отделение. Доставка компонентов крови осуществляется согласно Правилам транспортировки и хранения крови и ее компонентов (Приложение № 18) с использованием специализированного транспорта, в специализированных промаркированных изотемпературных контейнерах с хладоэлементами, сумках-холодильниках для транспортировки крови и её компонентов с соблюдением требований температурного режима и регистрацией температуры при транспортировке, ответственными за получение и транспортировку сотрудниками службы трансфузиологии, согласно требованиям приказа ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 152 от 15.12.2016 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 13.12.2012 № 199».

Алгоритм обследования пациентов при поступлении

1. При поступлении пациента в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование группы крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).
2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.
3. Определение антигенов эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и k с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела (у детей до 18 лет, женщин детородного возраста и беременных, реципиентов с отягощенным трансфузионным анамнезом, имеющих антитела к антигенам эритроцитов, реципиентов, нуждающихся в многократных (в том числе повторных) переливаниях донорской крови и (или) её компонентов (кардиохирургия, трансплантология, ортопедия, онкология, онкогематология, травматология, гематология), и скрининг антиэритроцитарных антител с использованием не менее трех образцов эритроцитов, которые в совокупности содержат антигены С, с, Е, е, С^w, К, k, Fy^a, Fy^b, Lu^a, Lu^b, Jk^a и Jk^b, проводятся в иммуногематологической лаборатории ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» в соответствии с обновляемым договором на оказание услуг по иммуногематологическим исследованиям.
4. Прием биологического материала производится согласно Правилам приема биоматериала для иммуногематологических исследований в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» с обязательным заполнением бланка Направления на иммуногематологическое исследование.
5. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, k и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.
6. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и (или) её компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и (или) её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

Алгоритм переливания крови и её компонентов в плановом порядке

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).
2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.
3. Определение антигенов эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и k с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела (у детей до 18 лет, женщин детородного возраста и беременных, реципиентов с отягощенным трансфузионным анамнезом, имеющих антитела к антигенам эритроцитов, реципиентов, нуждающихся в многократных (в том числе повторных) переливаниях донорской крови и (или) её компонентов (кардиохирургия, трансплантология, ортопедия, онкология, онкогематология,

травматология, гематология), и скрининг антиэритроцитарных антител с использованием не менее трех образцов эритроцитов, которые в совокупности содержат антигены С, с, Е, е, С^w, К, к, Fy^a, Fy^b, Lu^a, Lu^b, Jk^a и Jk^b, проводятся в иммуногематологической лаборатории ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» в соответствии с обновляемым договором на оказание услуг по иммуногематологическим исследованиям.

4. Прием биологического материала производится согласно Правилам приема биоматериала для иммуногематологических исследований в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» с обязательным заполнением бланка Направления на иммуногематологическое исследование (Приложение № 17).

5. При плановом переливании эритроцитсодержащих компонентов крови для предупреждения реакций и осложнений, а также аллоиммунизации реципиентов проводятся совместимые переливания с использованием эритроцитов доноров, фенотипированных по 10 антигенам (А, В, D, С, с, Е, е, С^w, К и к), для групп реципиентов определение антигенов эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и к с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела.

6. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и ее компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

7. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, к и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

8. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания крови и её компонентов. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информируемое согласие пациента решение о проведении операции переливания крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.

9. В день переливания донорской крови и её компонентов (не ранее чем за 24 часа до переливания донорской крови и её компонентов) у реципиента из вены берут кровь: 2–3 мл в пробирку с антикоагулянтом и 3–5 мл в пробирку без антикоагулянта для проведения обязательных контрольных исследований и проб на совместимость. Пробирки должны быть маркированы с указанием фамилии и инициалов реципиента, номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, наименования отделения, где проводится переливание донорской крови и её компонентов, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови.

10. Перед началом операции переливания крови и её компонентов врач, проводящий переливание крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и ее компонентами.

11. При переливании эритроцитсодержащих компонентов донорской крови врач, проводящий переливание, проводит контрольную проверку группы крови донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору. Проверяет совместимость фенотипа реципиента с фенотипом донорских компонентов крови.

12. Переливание донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов должна быть начата не позднее двух часов после извлечения донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов из холодильного оборудования и согревания до 37°C.

13. Запрещается введение в донорский контейнер с эритроцитсодержащими компонентами каких-либо лекарственных средств или растворов, кроме 0,9 % стерильного раствора хлорида натрия.

14. Проводятся пробы на индивидуальную совместимость:

Проба на совместимость на плоскости при комнатной температуре

На пластинку наносят 2–3 капли сыворотки реципиента и добавляют небольшое количество эритроцитов с таким расчетом, чтобы соотношение эритроцитов и сыворотки было 1:10 (для удобства рекомендуется сначала выпустить через иглу несколько капель эритроцитов из контейнера на край пластинки, затем оттуда стеклянной палочкой перенести маленькую каплю эритроцитов в сыворотку). Далее эритроциты перемешивают с сывороткой, пластинку слегка покачивают в течение 5 мин, наблюдая за ходом реакции. По истечении указанного времени в реагирующую смесь можно добавить 1–2 капли физиологического раствора для снятия возможной неспецифической агрегации эритроцитов.

Учет результатов. Наличие агглютинации эритроцитов означает, что кровь донора несовместима с кровью реципиента и не должна быть ему перелита. Если по истечении 5 минут агглютинация эритроцитов отсутствует, то это означает, что кровь донора совместима с кровью реципиента по групповым агглютиногенам.

Проба на совместимость с применением 33 % полиглюкина

В пробирку вносят 2 капли (0,1 мл) сыворотки реципиента, 1 каплю (0,05 мл) эритроцитов донора и добавляют 1 каплю (0,1 мл) 33 % полиглюкина. Пробирку наклоняют до горизонтального положения, слегка потряхивая, затем медленно вращают таким образом, чтобы содержимое ее растеклось по стенкам тонким слоем. Такое растекание содержимого пробирки по стенкам делает реакцию более выраженной. Контакт эритроцитов с сывороткой больного при вращении пробирки следует продолжать не менее 3 минут. Через 3–5 минут в пробирку добавляют 2–3 мл физиологического раствора и перемешивают содержимое путем 2-, 3-кратного перевертывания пробирки, не взбалтывая.

Результат учитывают, просматривая пробирки на свет невооруженным глазом или через лупу. Агглютинация эритроцитов свидетельствует о том, что кровь реципиента и донора несовместимы, отсутствие агглютинации является показателем совместимости крови донора и реципиента.

15. После проведения контрольной проверки группы крови реципиента и донора по системе АВО, резус-фактору, а также проб на индивидуальную совместимость врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, выполняет биологическую пробу.

16. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и ее компонентов и скорости их введения, а также в случае индивидуально подобранных в клинко-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

17. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

18. Биологическая проба выполняется в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

19. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать переливание в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);
- 3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах);
- 4) результата контрольной проверки группы донорской крови или ее эритроцитсодержащих компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО;

5) результата проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;

6) результата биологической пробы.

20. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

21. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление (АД), пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенного переливания.

22. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и ее компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм переливания свежезамороженной плазмы

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.

3. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и (или) её компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и (или) её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

4. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, к и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

5. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания крови и её компонентов. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информируемое согласие пациента решение о проведении операции переливания крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.

6. При переливании свежезамороженной плазмы врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан определить группу крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежность реципиента. Групповую и резус-принадлежность донора врач, проводящий переливание, устанавливает по маркировке на контейнере с компонентом крови, при этом пробы на индивидуальную совместимость не проводятся.

7. При переливании свежемороженой плазмы антигены эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и к не учитываются.

8. Переливаемая свежемороженная плазма донора должна быть той же группы по системе АВО, что и у реципиента. Разногруппность по системе резус не учитывается. При переливании больших объемов свежемороженой плазмы (более 1 л) соответствие донора и реципиента по антигену D учитывается обязательно.

9. В экстренных случаях при отсутствии одногруппной свежемороженой плазмы допускается переливание свежемороженой плазмы группы АВ(IV) реципиенту с любой группой крови.

10. Непосредственно перед переливанием свежемороженную плазму размораживают при температуре 37°С с использованием специально предназначенного оборудования для размораживания.

11. Переливание свежемороженой плазмы должно быть начато в течение 1 часа после ее размораживания и продолжаться не более 4 часов. При отсутствии потребности в использовании размороженной плазмы ее хранят в специализированном холодильном оборудовании при температуре 2–6° С в течение 24 часов.

12. Для повышения безопасности переливаний крови и её компонентов, снижения риска переноса вирусов, вызывающих инфекционные заболевания, предупреждения развития реакций и осложнений, возникающих в связи с переливанием донорской крови и её компонентов, используют свежемороженную плазму карантинизированную или свежемороженную плазму вирус (патоген) инактивированную.

13. Перед началом переливания донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и её компонентами.

14. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и её компонентов и скорости их введения, а также в случае индивидуально подобранных в клинко-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

15. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

16. Биологическая проба выполняется в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

17. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать операцию переливания крови и её компонентов в журнале регистрации переливания крови и ее компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и (или) её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и (или) её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);
- 3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реактантах);
- 4) результата контрольной проверки группы донорской крови или ее компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО;
- 5) результата биологической пробы.

18. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и (или) её компонентов по рекомендуемому

образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

19. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенной операции переливания крови и её компонентов.

20. После окончания переливания донорской крови и (или) её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и (или) её компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм переливания тромбоцитарной массы

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.

3. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и её компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

4. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, k и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

5. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания крови и её компонентов. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информируемое согласие пациента решение о проведении операции переливания крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.

6. Перед началом переливания донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и ее компонентами.

7. При переливании компонентов донорской крови врач, проводящий переливание, проводит контрольную проверку группы крови донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору.

8. При переливании тромбоцитарной массы врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан определить группу крови по системе АВО и резус-принадлежность реципиента. Групповую и резус-принадлежность донора врач, проводящий переливание тромбоцитарной массы,

устанавливает по маркировке на контейнере с компонентом крови, при этом пробы на индивидуальную совместимость не проводятся.

9. При переливании свежемороженой плазмы и тромбоцитов антигены эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и к не учитываются.

10. Расчет терапевтической дозы тромбоцитов проводится по следующим правилам: 50–70*10⁹ тромбоцитов на каждые 10 кг массы тела реципиента или 200–250*10⁹ тромбоцитов на 1 м² поверхности тела реципиента.

11. Конкретные показания к переливанию тромбоцитов определяет лечащий врач на основании анализа клинической картины и причин тромбоцитопении, степени ее выраженности и локализации кровотечения, объема и тяжести предстоящей операции.

12. Переливание тромбоцитов не проводится при тромбоцитопении иммунного генеза, за исключением случаев наличия жизненных показаний при развившемся кровотечении.

13. При тромбоцитопатиях переливание тромбоцитов осуществляется в urgentных ситуациях – при массивных кровотечениях, операциях, родах.

14. Клиническими критериями эффективности переливания тромбоцитов являются прекращение спонтанной кровоточивости, отсутствие свежих геморагий на коже и видимых слизистых.

Лабораторными признаками эффективности переливания тромбоцитов являются увеличение количества циркулирующих тромбоцитов через 1 час после окончания переливания и превышение их исходного числа через 18–24 часа.

15. При спленомегалии количество переливаемых тромбоцитов должно быть увеличено по сравнению с обычным на 40–60 %, при инфекционных осложнениях – в среднем на 20 %, при выраженном ДВС-синдроме, массивной кровопотере, явлениях аллоиммунизации – на 60–80 %.

Необходимую терапевтическую дозу тромбоцитов переливают в два приема с интервалом в 10–12 часов.

16. Профилактические переливания тромбоцитов обязательны при наличии у реципиентов агранулоцитоза и ДВС-синдрома, осложненных сепсисом.

17. В экстренных случаях при отсутствии однократных тромбоцитов допускается переливание тромбоцитов О(І) группы реципиентам других групп крови.

18. Для повышения безопасности переливания тромбоцитов переливаются тромбоциты, обедненные лейкоцитами, вирус (патоген) инактивированные.

19. После проведения контрольной проверки группы крови реципиента и донора по системе АВО, резус-фактору врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, выполняет биологическую пробу.

20. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и ее компонентов и скорости их введения. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

21. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

22. Биологическая проба выполняется в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

23. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать операцию переливания крови и её компонентов в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием

фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);

3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах);

4) результата контрольной проверки группы крови и резус-принадлежности донорских компонентов крови;

5) результата биологической пробы.

24. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и (или) её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

25. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенной операции переливания крови и её компонентов.

26. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и ее компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм переливания криопреципитата

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию, врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.

3. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и её компонентов реципиенту, с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

4. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, k и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

5. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию донорской крови и её компонентов, риски и осложнения, связанные с переливанием крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания донорской крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информированное согласие пациента решение о проведении операции переливания крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.

6. Перед началом переливания донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и ее компонентами.

7. При переливании криопреципитата врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан определить группу крови по системе АВО реципиента. Групповую принадлежность донора врач, проводящий переливание криопреципитата, устанавливает по маркировке на контейнере с компонентом крови.

8. Основными медицинскими показаниями для переливания криопреципитата являются гемофилия А и гипофибриногенемия.

9. Необходимость в переливании криопреципитата рассчитывается по следующим правилам:

1) масса тела (кг)*70 мл = объем циркулирующей крови (ОЦК) (мл);

2) $\text{ОЦК (мл)} \cdot (1,0 - \text{гематокрит}) = \text{объем циркулирующей плазмы (ОЦП) (мл)}$;

3) $\text{ОЦП (мл)} \cdot (\text{необходимый уровень фактора VIII} - \text{имеющийся уровень фактора VIII}) = \text{необходимое количество фактора VIII для переливания (в ед.)}$;

4) необходимое количество фактора VIII (в ед.): 100 ед. = количество доз криопреципитата, необходимого для разового переливания;

5) для гемостаза поддерживается уровень фактора VIII до 50 % во время операций и до 30 % в послеоперационном периоде. Одна единица фактора VIII соответствует 1 мл свежемороженой плазмы.

10. Криопреципитат, полученный из одной дозы крови, должен содержать не менее 70 ед. фактора VIII. Криопреципитат донора должен быть той же группы по системе АВО, что и у реципиента.

11. После проведения контрольной проверки группы крови реципиента и донора по системе АВО врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, выполняет биологическую пробу.

12. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и ее компонентов и скорости их введения. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

13. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

14. Биологическая проба выполняется в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

15. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать переливание в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и её компонентов;

2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);

3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реакентах);

4) результата контрольной проверки группы крови и резус-принадлежности донорских компонентов крови;

5) результата биологической пробы.

16. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

17. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенной операции переливания крови и её компонентов.

18. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и ее компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм переливания крови и её компонентов в экстренном порядке

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинко-диагностической лаборатории.

3. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и её компонентов реципиенту, с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

4. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

5. По жизненным показаниям в экстренных случаях реципиентам с группой крови А(II) или В(III) при отсутствии одногруппной крови или эритроцитсодержащих компонентов могут быть перелиты резус-отрицательные эритроцитсодержащие компоненты О(I), а реципиентам АВ(IV) могут быть перелиты резус-отрицательные эритроцитсодержащие компоненты В(III) независимо от резус-принадлежности реципиентов.

6. В экстренных случаях при невозможности определения группы крови по жизненным показаниям реципиенту переливают эритроцитсодержащие компоненты О(I) группы резус-отрицательные в количестве не более 500 мл независимо от групповой и резус-принадлежности реципиента. При невозможности определения антигенов С, с, Е, е, С^w, К и k реципиенту переливают эритроцитсодержащие компоненты, совместимые по группе крови системы АВО и резус-антигену D.

7. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием донорской крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания донорской крови и её компонентов. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания донорской крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания донорской крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально.

В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информируемое согласие пациента решение о проведении переливания оформляется консилиумом врачей.

8. Перед переливанием донорской крови и её компонентов у реципиента из вены берут кровь: 2–3 мл в пробирку с антикоагулянтом и 3–5 мл в пробирку без антикоагулянта для проведения обязательных контрольных исследований и проб на совместимость. Пробирки должны быть маркированы с указанием фамилии и инициалов реципиента, номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, наименования отделения, где проводится переливание донорской крови и её компонентов, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови.

9. Перед началом переливания донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, должен убедиться в их пригодности для переливания с учетом результатов лабораторного контроля, проверить герметичность контейнера и правильность паспортизации, провести макроскопический осмотр контейнера с кровью и ее компонентами.

10. При переливании эритроцитсодержащих компонентов донорской крови врач, проводящий переливание, проводит контрольную проверку группы крови донора и реципиента по системе АВО, резус-фактору.

11. Переливание донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов должно быть начато не позднее двух часов после извлечения донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов из холодильного оборудования и согревания до 37°C.

12. Запрещается введение в донорский контейнер с эритроцитсодержащими компонентами каких-либо лекарственных средств или растворов, кроме 0,9 % стерильного раствора хлорида натрия.

13. Проводятся пробы на индивидуальную совместимость:

Проба на совместимость на плоскости при комнатной температуре

На пластинку наносят 2–3 капли сыворотки реципиента и добавляют небольшое количество эритроцитов с таким расчетом, чтобы соотношение эритроцитов и сыворотки было 1:10 (для удобства рекомендуется сначала выпустить через иглу несколько капель эритроцитов из контейнера на край пластинки, затем оттуда стеклянной палочкой перенести маленькую каплю эритроцитов в сыворотку). Далее эритроциты перемешивают с сывороткой, пластинку слегка покачивают в течение 5 мин, наблюдая за ходом реакции. По истечении указанного времени в реагирующую смесь можно добавить 1–2 капли физиологического раствора для снятия возможной неспецифической агрегации эритроцитов.

Учет результатов. Наличие агглютинации эритроцитов означает, что кровь донора несовместима с кровью реципиента и не должна быть ему перелита. Если по истечении 5 минут агглютинация эритроцитов отсутствует, то это означает, что кровь донора совместима с кровью реципиента по групповым агглютиногенам.

Проба на совместимость с применением 33 % полиглюкина

В пробирку вносят 2 капли (0,1 мл) сыворотки реципиента, 1 каплю (0,05 мл) эритроцитов донора и добавляют 1 каплю (0,1 мл) 33 % полиглюкина. Пробирку наклоняют до горизонтального положения, слегка потряхивая, затем медленно вращают таким образом, чтобы содержимое ее растеклось по стенкам тонким слоем. Такое растекание содержимого пробирки по стенкам делает реакцию более выраженной. Контакт эритроцитов с сывороткой больного при вращении пробирки следует продолжать не менее 3 минут. Через 3–5 минут в пробирку добавляют 2–3 мл физиологического раствора и перемешивают содержимое путем 2-, 3-кратного перевертывания пробирки, не взбалтывая.

Результат учитывают, просматривая пробирки на свет невооруженным глазом или через лупу. Агглютинация эритроцитов свидетельствует о том, что кровь реципиента и донора несовместимы, отсутствие агглютинации является показателем совместимости крови донора и реципиента.

14. После проведения контрольной проверки группы крови реципиента и донора по системе АВО, резус-фактору, а также проб на индивидуальную совместимость врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, выполняет биологическую пробу.

15. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и её компонентов и скорости их введения, а также в случае индивидуально подобранных в клинко-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

16. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием

реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

17. Биологическая проба выполняется в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

18. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать переливание в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также произвести запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и (или) её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);
- 3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах);
- 4) результата контрольной проверки группы донорской крови или её эритроцитсодержащих компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО;
- 5) результата проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- 6) результата биологической пробы.

19. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) её компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

20. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенной операции переливания крови и её компонентов.

21. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и её компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм подбора компонентов крови особым группам реципиентов

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.

3. Определение антигенов эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и к с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела (у детей до 18 лет, женщин детородного возраста и беременных,

реципиентов с отягощенным трансфузионным анамнезом, имеющих антитела к антигенам эритроцитов, реципиентов, нуждающихся в многократных (в том числе повторных) переливаниях донорской крови и (или) её компонентов (кардиохирургия, трансплантология, ортопедия, онкология, онкогематология, травматология, гематология), и скрининг антиэритроцитарных антител с использованием не менее трех образцов эритроцитов, которые в совокупности содержат антигены С, с, Е, е, С^w, К, к, Fy^a, Fy^b, Lu^a, Lu^b, Jk^a и Jk^b, проводятся в иммуногематологической лаборатории ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» в соответствии с обновляемым договором на оказание услуг по иммуногематологическим исследованиям.

4. Прием биологического материала производится согласно Правилам приема биоматериала для иммуногематологических исследований в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» (Приложение № 19) с обязательным заполнением бланка Направления на иммуногематологическое исследование (Приложение № 17).

5. При плановом переливании донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов крови для предупреждения реакций и осложнений, а также аллоиммунизации реципиентов проводятся совместимые переливания с использованием эритроцитов доноров, фенотипированных по 10 антигенам (А, В, D, С, с, Е, е, С^w, К и к), для групп реципиентов определение антигенов эритроцитов С, с, Е, е, С^w, К и к с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела.

6. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и её компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.

7. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, к и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.

8. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием донорской крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания донорской крови и её компонентов. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания донорской крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания донорской крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информированное согласие пациента решение о проведении переливания донорской крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.

9. При получении результатов, вызывающих сомнения (слабовыраженные реакции) при подтверждающем исследовании, определение группы крови по системе АВО осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А- и анти-В-антитела, и стандартных эритроцитов O(I), A(II), B(III).

Определение резус-принадлежности (антиген D) – с использованием реагентов, содержащих анти-D-антитела другой серии.

10. При выявлении у реципиента антиэритроцитарных антител осуществляется:

1) типирование эритроцитов по антигенам систем резус, Келл и других систем с помощью антител соответствующей специфичности;

2) идентификация антиэритроцитарных антител с панелью типированных эритроцитов, содержащей не менее 10 образцов клеток;

3) индивидуальный подбор доноров крови и эритроцитов с проведением непрямого антиглобулинового теста или его модификации с аналогичной чувствительностью.

11. Реципиентам, имеющим в анамнезе посттрансфузионные осложнения, беременность, рождение детей с гемолитической болезнью новорожденного, а также реципиентам, имеющим аллоиммунные антитела, производят индивидуальный подбор компонентов крови в клинко-диагностической лаборатории.

12. При проведении иммуносерологических исследований используются только разрешенные к применению для данных целей на территории Российской Федерации оборудование, реактивы и методы исследования.

13. Для проведения переливания донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов аллоиммунизированным реципиентам осуществляется следующее:

- 1) при выявлении у реципиента экстраагглютининов анти- A_1 ему переливаются эритроцитсодержащие компоненты, не содержащие антигена A_1 , реципиенту $A_{2\beta_{al}}$ (II) переливаются эритроцитсодержащие компоненты A_2 (II) или O(I), реципиенту A_2B_{al} (IV) – эритроцитсодержащие компоненты B(III);
 - 2) реципиентам с выявленными антиэритроцитарными антителами или тем реципиентам, у которых антитела были обнаружены при предыдущем исследовании, переливаются эритроцитсодержащие компоненты, не содержащие антигены соответствующей специфичности;
 - 3) при наличии у реципиента неспецифически реагирующих антиэритроцитарных антител (панагглютининов) или антител с неустановленной специфичностью ему переливаются индивидуально подобранные эритроцитсодержащие компоненты, не реагирующие в серологических реакциях с сывороткой реципиента;
 - 4) для аллоиммунизированных реципиентов индивидуальный подбор крови и эритроцитсодержащих компонентов крови осуществляется в клинко-диагностической лаборатории;
 - 5) для реципиентов, иммунизированных антигенами системы лейкоцитов (HLA), проводится подбор доноров по системе HLA.
14. При поступлении в организацию ребенка, нуждающегося в переливании донорской крови и её компонентов, проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови ребенка.
15. В обязательном порядке у ребенка, нуждающегося в переливании компонентов донорской крови (после первичного определения групповой и резус-принадлежности), в клинко-диагностической лаборатории проводятся: подтверждающее определение группы крови ABO и резус-принадлежности, фенотипирование по другим антигенам эритроцитов C, c, E, e, C^w , K и k, а также выявление антиэритроцитарных антител.
16. Указанные исследования проводятся в соответствии со следующими требованиями:
- 1) определение группы крови по системе ABO проводится с использованием реагентов, содержащих антитела анти-A и анти-B. У детей старше 4 месяцев группа крови определяется в том числе перекрестным методом с использованием реагентов анти-A, анти-B и стандартных эритроцитов O(I), A(II) и B(III);
 - 2) определение резус-принадлежности (антиген D) проводится с использованием реагентов, содержащих анти-D-антитела;
 - 3) определение антигенов эритроцитов C, c, E, e, C^w , K и k проводится с использованием реагентов, содержащих соответствующие антитела;
 - 4) скрининг антиэритроцитарных антител проводится непрямой антиглобулиновым тестом, при котором выявляются клинически значимые антитела, с использованием панели стандартных эритроцитов, состоящей не менее чем из 3 образцов клеток, содержащих в совокупности клинически значимые антигены. Не допускается применение смеси (пула) образцов эритроцитов для скрининга антиэритроцитарных аллоантител.
17. При выявлении у ребенка антиэритроцитарных антител осуществляется индивидуальный подбор доноров эритроцитсодержащих компонентов с проведением непрямого антиглобулинового теста или его модификации с аналогичной чувствительностью.
18. При необходимости экстренного переливания донорской крови и её компонентов в стационарных условиях организации при отсутствии круглосуточного иммуносерологического обеспечения ответственным за определение группы крови по системе ABO и резус-принадлежности ребенка является врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов.
19. Выполнение исследований проводят иммуносерологическими методами: ручным способом (нанесение реагентов и образцов крови на плоскую поверхность или в пробирку) и с применением лабораторного оборудования (внесение реагентов и образцов крови в микропланшеты, колонки с гелем или стеклянными микросферами и другими разрешенными к применению для данных целей на территории Российской Федерации методами исследования).
20. Для проведения переливания донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов аллоиммунизированным реципиентам детского возраста применяются следующие правила:
- 1) при выявлении у реципиента детского возраста экстраагглютининов анти- A_1 ему переливаются эритроцитсодержащие компоненты, не содержащие антигена A_1 , и свежезамороженная плазма – одногруппная. Реципиенту детского возраста с $A_{2\beta_{al}}$ (II) переливаются отмытые эритроциты O(I) и свежезамороженная плазма A(II), реципиенту детского возраста с A_2B_{al} (IV) переливаются отмытые эритроциты O(I) или B(III) и свежезамороженная плазма AB(IV);
 - 2) при наличии у реципиента детского возраста неспецифически реагирующих антиэритроцитарных антител (панагглютининов) ему переливаются эритроцитсодержащие компоненты O(I) резус-отрицательные, не реагирующие в серологических реакциях с сывороткой реципиента;

- 3) для аллоиммунизированных реципиентов детского возраста индивидуальный подбор донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов проводится в клинико-диагностической лаборатории;
- 4) для HLA-иммунизированных реципиентов детского возраста проводится подбор доноров тромбоцитов по системе HLA.
21. У новорожденных в день переливания донорской крови и её компонентов (не ранее чем за 24 часа до переливания) из вены производится забор крови не более 1,5 мл; у детей грудного возраста и старше из вены производится забор крови 1,5–3,0 мл в пробирку без антикоагулянта для проведения обязательных контрольных исследований и проб на совместимость. Пробирка должна быть маркирована с указанием фамилии и инициалов реципиента детского возраста (в случае новорожденных первых часов жизни указывается фамилия и инициалы матери), номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента детского возраста, наименования отделения, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови.
22. При плановом переливании эритроцитсодержащих компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан:
- 1) по данным медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента детского возраста, и данным на этикетке контейнера сравнить фенотип донора и реципиента по антигенам эритроцитов с целью установления их совместимости. Запрещается введение пациенту антигена эритроцитов, отсутствующего в его фенотипе;
 - 2) перепроверить группу крови реципиента детского возраста по системе ABO;
 - 3) определить группу крови донора по системе ABO (резус-принадлежность донора устанавливается по обозначению на контейнере);
 - 4) провести пробу на индивидуальную совместимость крови реципиента детского возраста и донора методами: на плоскости при комнатной температуре одной из трех проб (непрямая реакция Кумбса или ее аналоги, реакция конглоутинации с 10 % желатином или реакция конглоутинации с 33 % полиглоукином). Если донорская кровь или эритроцитсодержащий компонент индивидуально подобран в клинико-диагностической лаборатории, данная проба не проводится;
 - 5) провести биологическую пробу.
23. При экстренном переливании эритроцитсодержащих компонентов реципиенту детского возраста врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан:
- 1) определить группу крови реципиента детского возраста по системе ABO и его резус-принадлежность;
 - 2) определить группу крови донора по системе ABO (резус-принадлежность донора устанавливается по обозначению на контейнере);
 - 3) провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента детского возраста методами: на плоскости при комнатной температуре одной из трех проб (непрямая реакция Кумбса или ее аналоги, реакция конглоутинации с 10 % желатином или реакция конглоутинации с 33 % полиглоукином);
 - 4) провести биологическую пробу.
24. В случае невозможности определения фенотипа реципиента детского возраста по антигенам эритроцитов C, c, E, e, C^w, K и k допускается не учитывать при переливании эритроцитсодержащих компонентов указанные антигены.
25. Биологическая проба при проведении переливания донорской крови и её компонентов реципиенту детского возраста проводится в обязательном порядке.
26. Порядок проведения биологической пробы:
- 1) биологическая проба состоит в трехкратном введении донорской крови и ее компонентов с последующим наблюдением за состоянием реципиента детского возраста в течение 3–5 минут при пережатой системе для переливания крови;
 - 2) объем вводимой донорской крови и ее компонентов для детей до 1 года составляет 1–2 мл, от 1 года до 10 лет – 3–5 мл, после 10 лет – 5–10 мл;
 - 3) при отсутствии реакций и осложнений переливание донорской крови и её компонентов продолжается при постоянном наблюдении врача, проводящего переливание донорской крови и её компонентов.
27. Экстренное переливание донорской крови и её компонентов реципиенту детского возраста также проводится с применением биологической пробы. Биологическая проба, как и проба на индивидуальную совместимость, проводится в обязательном порядке в тех случаях, когда реципиенту детского возраста переливается индивидуально подобранная в лаборатории или фенотипированная донорская кровь или эритроцитсодержащие компоненты.

28. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать переливание в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о коде донора, группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора, а также номера контейнера, даты заготовки, названия организации (после окончания переливания донорской крови и (или) её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);
- 3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах);
- 4) результата контрольной проверки группы донорской крови или её эритроцитсодержащих компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО;
- 5) результата проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- 6) результата биологической пробы.

29. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и (или) её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) её компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

30. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенного переливания донорской крови и её компонентов.

31. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и её компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

32. Критерием оценки переливания донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов у детей является комплексная оценка клинического состояния ребенка и данных лабораторного исследования.

Для детей до 1 года в критическом состоянии переливание донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов проводится при уровне гемоглобина менее 85 г/л, для детей старшего возраста переливание донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов – при уровне гемоглобина менее 70 г/л.

33. При переливании донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов новорожденным:

- 1) переливаются эритроцитсодержащие компоненты, обедненные лейкоцитами (эритроцитная взвесь, эритроцитная масса, отмытые эритроциты, размороженные и отмытые эритроциты);
- 2) переливание новорожденным проводится под контролем объема перелитых компонентов донорской крови и объема взятой на исследования крови;
- 3) объем переливания определяется из расчета 10–15 мл на 1 кг массы тела;
- 4) для переливания используют эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 10 дней с момента заготовки;
- 5) скорость переливания донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов составляет 5 мл на 1 кг массы тела в час под обязательным контролем показателей гемодинамики, дыхания и функции почек;
- 6) компоненты донорской крови предварительно согревают до температуры 36–37°C;
- 7) при подборе компонентов донорской крови для переливания учитывается, что мать является нежелательным донором свежесамороженной плазмы для новорожденного, поскольку плазма матери может содержать аллоиммунные антитела против эритроцитов новорожденного, а отец является нежелательным донором эритроцитсодержащих компонентов, поскольку против антигенов отца в крови новорожденного могут быть антитела, проникшие из кровотока матери через плаценту;

8) наиболее предпочтительным является переливание детям негативного по цитомегаловирусу эритроцитосодержащего компонента.

34. Подбор донорской крови и её компонентов при переливании детям до четырех месяцев жизни при гемолитической болезни новорожденных по системе АВО или подозрении на гемолитическую болезнь новорожденных осуществляется в соответствии с таблицей (Приложение № 3 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

35. В случае переливания эритроцитсодержащих компонентов, отличающихся по системе АВО от группы крови ребенка, используются отмытые или размороженные эритроциты, не содержащие плазмы с агглютинаинами α и β , с учетом фенотипа реципиента.

36. Для внутриутробного переливания донорской крови и её компонентов используются эритроцитсодержащие компоненты O(I) группы резус-D-отрицательные со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента.

37. Заменные переливания крови осуществляются для коррекции анемии и гипербилирубинемии при тяжелой форме гемолитической болезни новорожденных или при гипербилирубинемии любой этиологии: ДВС-синдроме, сепсисе и других угрожающих жизни ребенка заболеваниях. Для заменного переливания крови используются эритроцитсодержащие компоненты со сроком хранения не более 5 дней с момента заготовки компонента.

38. Донорская кровь и ее компоненты переливаются из расчета 160–170 мл/кг массы тела для доношенного ребенка и 170–180 мл/кг для недоношенного.

39. Подбор компонентов донорской крови в зависимости от специфичности аллоантител осуществляется следующим образом:

1) при гемолитической болезни новорожденных, вызванной аллоиммунизацией к антигену D системы резус, используются одногруппные резус-отрицательные эритроцитсодержащие компоненты и одногруппная резус-отрицательная свежемороженная плазма;

2) при несовместимости по антигенам системы АВО переливаются отмытые эритроциты или эритроцитная взвесь и свежемороженная плазма в соответствии с таблицей (Приложение № 3 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н), соответствующие резус-принадлежности и фенотипу ребенка;

3) при одновременной несовместимости по антигенам систем АВО и резус переливают отмытые эритроциты или эритроцитную взвесь O(I) группы резус-отрицательные и свежемороженную плазму АВ(IV) резус-отрицательную;

4) при гемолитической болезни новорожденных, вызванной аллоиммунизацией к другим редким антигенам эритроцитов, осуществляется индивидуальный подбор донорской крови.

40. Свежемороженная плазма переливается реципиенту детского возраста в целях устранения дефицита плазменных факторов свертывания, при коагулопатиях, при острой массивной кровопотере (более 20 % объема циркулирующей крови) и при выполнении терапевтического плазмафереза.

Не допускается переливание свежемороженной плазмы вирус (патоген) инактивированной реципиентам детского возраста, находящимся на фототерапии.

Приложение № 13
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий в случае реакций и осложнений, возникших в связи с переливанием донорской крови и её компонентов

1. В целях обеспечения безопасности переливания донорской крови и её компонентов:

1) запрещается переливание донорской крови и её компонентов нескольким реципиентам из одного контейнера;

2) запрещается переливание донорской крови и её компонентов, не обследованной на маркеры вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С, возбудителя сифилиса, группу крови по системе АВО и резус-принадлежность;

3) при переливании донорской крови и её компонентов, не подвергнутых лейкоредукции, используются устройства одноразового применения со встроенным микрофильтром, обеспечивающим удаление микроагрегатов диаметром более 30 мкм;

4) при множественных переливаниях крови и её компонентов у лиц с отягощенным трансфузионным анамнезом переливание эритроцитсодержащих компонентов, свежезамороженной плазмы и тромбоцитов проводится с использованием лейкоцитарных фильтров.

2. При переливании донорской крови и её компонентов под наркозом признаками реакции или осложнения служат усиливающаяся без видимых причин кровоточивость в операционной ране, снижение артериального давления, учащение пульса, изменение цвета мочи при катетеризации мочевого пузыря. При наступлении любого из перечисленных случаев переливание донорской крови и её компонентов прекращается.

3. Врачом-хирургом и врачом-анестезиологом-реаниматологом совместно с врачом-трансфузиологом проводится установление причины реакции или осложнения. При установлении связи реакции или осложнения с переливанием донорской крови и её компонентов переливание донорской крови и её компонентов прекращается.

4. Вопрос о дальнейшем переливании донорской крови и её компонентов решается консилиумом указанных в настоящем пункте врачей с учетом клинических и лабораторных данных.

5. Основные виды реакций и осложнений, возникающих у реципиентов в связи с переливанием донорской крови и ее компонентов, указаны в таблице (Приложение № 4 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

6. При выявлении реакций и осложнений, возникших у реципиентов в связи с переливанием донорской крови и её компонентов, заведующий трансфузиологическим кабинетом медицинской организации, либо ответственный за организацию трансфузиологической службы учреждения:

1) организует и обеспечивает оказание реципиенту экстренной медицинской помощи;

2) незамедлительно направляет руководителю организации, которая заготовила и поставила донорскую кровь и её компоненты, уведомление о реакциях и осложнениях, возникших у реципиентов в связи с переливанием донорской крови и её компонентов, по рекомендуемому образцу;

3) передает оставшуюся часть перелитой донорской крови и её компонентов, а также образцы крови реципиента, взятые до и после переливания донорской крови и её компонентов, в организацию, которая заготовила и поставила донорскую кровь и её компоненты, для определения групповой и резус-принадлежности донорской крови и ее компонентов, а также для исследования на наличие антиэритроцитарных антител и маркеров гемотрансмиссивных инфекций;

4) осуществляет анализ действий медицинских работников организации, в которой осуществлялось переливание донорской крови и (или) её компонентов, в результате которого возникла реакция или осложнение.

7. Каждый случай реакции и осложнения незамедлительно рассматривается трансфузиологической комиссией с привлечением заведующих и сотрудников отделений.

8. Информация о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с переливанием донорской крови и её компонентов, предоставляется согласно приказу Минздрава России от 03.06.2013 № 348н).

Приложение № 14
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм проведения аутоотрансфузии крови

1. При поступлении реципиента, нуждающегося в проведении переливания донорской крови и её компонентов, в медицинскую организацию врачом клинического отделения (врачом клинической лаборатории) проводится первичное исследование групповой и резус-принадлежности крови реципиента по системе АВО и резус-принадлежности (антиген D) (осуществляется с использованием реагентов, содержащих анти-А-, анти-В-, анти-АВ- и анти-D-антитела соответственно).

2. Подтверждающее определение группы крови по системе АВО (перекрестным способом) и резус-принадлежности осуществляется в клинико-диагностической лаборатории.
3. Запрещается переносить данные о группе крови и резус-принадлежности в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента, организации, в которой планируется проведение переливания донорской крови и её компонентов реципиенту, с медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, других организаций, где ранее реципиенту была оказана медицинская помощь, в том числе включающая переливание донорской крови и её компонентов, или проводилось его медицинское обследование.
4. Результаты подтверждающего определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, С^w, К, к и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента.
5. Перед переливанием донорской крови и её компонентов врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан объяснить пациенту цель переливания, показания к переливанию, риски и осложнения, связанные с переливанием донорской крови и её компонентов, рассказать об альтернативах переливания. Предложить пациенту (его законному представителю) подписать добровольное информированное согласие на проведение операции переливания крови и её компонентов. В случае отказа пациента от переливания крови и её компонентов в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информированное согласие пациента решение о проведении переливания донорской крови и её компонентов оформляется консилиумом врачей.
6. При проведении аутодонорства используются следующие методы:
 - 1) предоперационная заготовка аутокompонентов крови (аутоплазмы и аутоэритроцитов) из дозы консервированной аутокрови или методом афереза;
 - 2) предоперационная нормоволемическая или гипervолемическая гемодилюция, предполагающая заготовку 1–2 доз крови (600–800 мл) непосредственно до операции или начала анестезии с обязательным восполнением временной кровопотери солевыми и коллоидными растворами с поддержанием нормоволемии или гипervолемии;
 - 3) интраоперационная аппаратная реинфузия крови, предполагающая сбор во время операции из операционной раны и полостей излившейся крови с выделением из нее эритроцитов с последующим отмыванием, концентрированием и возвратом в русло крови реципиента аутоэритроцитов;
 - 4) переливание дренажной крови, полученной в стерильных условиях при послеоперационном дренировании полостей тела, с использованием специализированного оборудования и (или) материалов;
 - 5) допускается одновременное или последовательное проведение переливания аутологичных компонентов крови с аллогенными.
7. При проведении интраоперационной реинфузии крови пациент дает информированное согласие на заготовку аутокрови или ее компонентов, которое фиксируется в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента.
8. В случае массивной кровопотери 15 % и более общего объема крови пациента во время оперативного вмешательства показано использование системы Cell Saver 5+. В этом случае действия сотрудников регламентируются «Алгоритмом действий медицинского персонала при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства» (Приложение № 15).
9. Интраоперационная реинфузия крови, собранной во время операции из операционной раны и полостей, и реинфузия дренажной крови не проводится при ее бактериальном загрязнении.
10. Перед переливанием аутологичной крови и её компонентов врачом, проводящим переливание аутологичной крови и её компонентов, выполняется проба на их совместимость с реципиентом и биологическая проба, как и в случае применения компонентов аллогенной крови.
11. Проводятся пробы на индивидуальную совместимость:

Проба на совместимость на плоскости при комнатной температуре

На пластинку наносят 2–3 капли сыворотки реципиента и добавляют небольшое количество эритроцитов с таким расчетом, чтобы соотношение эритроцитов и сыворотки было 1:10 (для удобства рекомендуется сначала выпустить через иглу несколько капель эритроцитов из контейнера на край пластинки, затем оттуда стеклянной палочкой перенести маленькую каплю эритроцитов в сыворотку). Далее эритроциты перемешивают с сывороткой, пластинку слегка покачивают в течение 5 мин, наблюдая за ходом реакции. По истечении указанного времени в реагирующую смесь можно добавить 1–2 капли физиологического раствора для снятия возможной неспецифической агрегации эритроцитов.

Учет результатов. Наличие агглютинации эритроцитов означает, что кровь донора несовместима с кровью реципиента и не должна быть ему перелита. Если по истечении 5 минут агглютинация эритроцитов отсутствует, то это означает, что кровь донора совместима с кровью реципиента по групповым агглютиногенам.

Проба на совместимость с применением 33 % полиглюкина

В пробирку вносят 2 капли (0,1 мл) сыворотки реципиента, 1 каплю (0,05 мл) эритроцитов донора и добавляют 1 каплю (0,1 мл) 33 % полиглюкина. Пробирку наклоняют до горизонтального положения, слегка потряхивая, затем медленно вращают таким образом, чтобы содержимое ее растеклось по стенкам тонким слоем. Такое растекание содержимого пробирки по стенкам делает реакцию более выраженной. Контакт эритроцитов с сывороткой больного при вращении пробирки следует продолжать не менее 3 минут. Через 3–5 минут в пробирку добавляют 2–3 мл физиологического раствора и перемешивают содержимое путем 2-, 3-кратного переворачивания пробирки, не взбалтывая.

Результат учитывают, просматривая пробирки на свет невооруженным глазом или через лупу. Агглютинация эритроцитов свидетельствует о том, что кровь реципиента и донора несовместимы, отсутствие агглютинации является показателем совместимости крови донора и реципиента.

12. После проведения контрольной проверки группы крови реципиента и донора по системе АВО, резус-фактору, а также проб на индивидуальную совместимость врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, выполняет биологическую пробу.

13. Биологическая проба проводится независимо от вида и объема донорской крови и ее компонентов и скорости их введения, а также в случае индивидуально подобранных в клинко-диагностической лаборатории или фенотипированных эритроцитсодержащих компонентов. При необходимости переливания нескольких доз компонентов донорской крови биологическая проба выполняется перед началом переливания каждой новой дозы компонента донорской крови.

14. Биологическая проба проводится посредством однократного переливания 10 мл донорской крови и ее компонентов со скоростью 2–3 мл (40–60 капель) в минуту в течение 3–3,5 минут. После этого переливание прекращается и в течение 3 минут осуществляется наблюдение за состоянием реципиента, контролируется его пульс, число дыхательных движений, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряется температура тела. Данная процедура повторяется дважды. При появлении в этот период клинических симптомов: озноба, боли в пояснице, чувства жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, немедленно прекращает переливание донорской крови и её компонентов.

15. Биологическая проба выполняется, в том числе при экстренном переливании донорской крови и её компонентов. Во время проведения переливания донорской крови и её компонентов экстренно допускается продолжение переливания солевых растворов.

16. Врач, проводящий переливание донорской крови и её компонентов, обязан регистрировать переливание в журнале регистрации переливания крови и её компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья, с обязательным указанием:

- 1) медицинских показаний к переливанию донорской крови и её компонентов;
- 2) паспортных данных с этикетки донорского контейнера, содержащих сведения о группе крови по системе АВО и резус-принадлежности, фенотипе донора (при наличии), а также даты заготовки и названия организации (после окончания переливания донорской крови и её компонентов этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, вклеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента);
- 3) результата контрольной проверки группы крови реципиента по системе АВО с указанием сведений (наименование, производитель, серия, срок годности) об используемых реактивах (реагентах);
- 4) результата контрольной проверки группы донорской крови или ее эритроцитсодержащих компонентов, взятых из контейнера, по системе АВО;
- 5) результата проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- 6) результата биологической пробы.

17. Запись в медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, оформляется протоколом переливания донорской крови и её компонентов по рекомендуемому образцу (Приложение № 1 к Правилам клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов, утвержденным приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н).

18. Реципиент после переливания донорской крови и её компонентов должен в течение 2 часов соблюдать постельный режим. Лечащий или дежурный врач контролирует его температуру тела, артериальное давление, пульс, диурез, цвет мочи и фиксирует эти показатели в медицинской карте

реципиента. На следующий день после переливания донорской крови и её компонентов производится клинический анализ крови и мочи, в медицинскую карту реципиента вносятся данные об эффективности проведенного переливания донорской крови и её компонентов.

19. После окончания переливания донорской крови и её компонентов донорский контейнер с оставшейся донорской кровью и её компонентами (~5 мл), а также пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов при температуре 2–6°C в холодильном оборудовании трансфузиологического кабинета.

Приложение № 15
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий медицинского персонала при массивной кровопотери во время оперативного вмешательства

1. При возникшей кровопотере (15 % и более общего объема крови пациента) во время оперативного вмешательства показано использование системы для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+.
2. Оперирующий хирург ставит показания для работы системы для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ и переливания крови и её компонентов.
3. Анестезист перемещает систему для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ и необходимые расходные материалы для выполнения процедуры, расположенные на 4 этаже 16 корпуса в экстренной операционной (кабинет экстренного запаса крови и ее компонентов, ключ находится в реанимации), в операционную.
4. Дежурный врач-анестезиолог совместно с дежурной анестезисткой (свободные от проведения анестезии при данном оперативном вмешательстве) производят установку расходных материалов и готовят систему для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ к работе в операционной. Среднее время на подготовку к началу работы 7 минут.
5. Работу с системой для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ осуществляет дежурный врач анестезиолог-реаниматолог.
6. Продолжительность работы системы для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ зависит от объема кровопотери и скорости наполнения резервуара аппарата.
7. После завершения работы с системой для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ анестезиологическая бригада готовит аппарат к хранению.
8. Медицинские отходы, образовавшиеся в результате работы системы для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+, а также отходы класса «Б» утилизирует операционная медицинская сестра.
9. Обязательным является заполнение документации дежурной анестезисткой:
 - 1) Журнал учета расходных материалов;
 - 2) Журнал заготовки компонентов крови;
 - 3) Журнал переливания крови и ее компонентов;
 - 4) Протокол переливания крови и её компонентов (с обязательным оформлением добровольного информированного согласия на проведение процедуры. В случае отказа пациента от проведения процедуры в присутствии консилиума врачей оформить отказ документально. В случае жизнеугрожающих состояний, при невозможности взять добровольное информированное согласие пациента, решение о проведении процедуры оформляется консилиумом врачей).
10. Обязательным является внесение маркировочных этикеток с расходных материалов в документацию.
11. Контроль за ведением документации осуществляет врач-анестезиолог.
12. Анестезист перемещает систему для аутогемотрансфузии Cell Saver 5+ в место хранения, расположенное на 4 этаже 16 корпуса в экстренной операционной (кабинет экстренного запаса крови и ее компонентов, ключ находится в реанимации).

Алгоритм списания и утилизации крови и ее компонентов

1. Не подлежат клиническому использованию кровь и ее компоненты по следующим критериям:
 - 1) нарушение правил транспортировки;
 - 2) нарушение условий хранения;
 - 3) нарушение герметичности контейнера;
 - 4) визуально определяемый гемолиз, наличие сгустков в эритроцитсодержащих компонентах;
 - 5) мутность, наличие хлопьев, пленки, признаки бактериальной контаминации плазмы крови;
 - 6) отсутствие результатов лабораторных исследований компонентов крови;
 - 7) отсутствие марки или этикетки, а также невозможность идентификации данных на них;
 - 8) истечение срока годности.
2. При признании крови и ее компонентов абсолютным браком по мере выявления брака осуществляется списание и утилизация.
3. Кровь и ее компоненты, подлежащие списанию и утилизации, изымаются из холодильников и морозильных камер, в которых хранится кровь и ее компоненты, подлежащие выдаче и клиническому использованию.
4. Учет данных компонентов крови проводится сотрудниками трансфузиологического кабинета.
5. Обязательным является оформление актов списания компонентов крови трансфузиологической комиссией, заполнение Журнала регистрации брака крови (форма № 418/у). Выясняется причина, по которой данные компоненты крови не использовались.
6. Трансфузиологическая комиссия принимает решение о передаче эритроцитсодержащих компонентов крови в бактериологическую лабораторию с последующей утилизацией.
7. Неиспользованная кровь и ее компоненты, а также контейнеры полимерные, системы, устройства и приспособления однократного применения, содержащие кровь, относятся к медицинским отходам класса Б и подлежат, согласно требованиям п. 4.11 СанПиН 2.1.7.2790-10:
 - 1) сбору в одноразовые непрокальваемые влагостойкие емкости с крышкой (контейнеры), обеспечивающие их герметизацию и исключающие возможность самопроизвольного вскрытия;
 - 2) обеззараживанию с применением физических методов (автоклавирование);
 - 3) после автоклавирования и изменения внешнего вида, согласно п. 2.2 СанПиН 2.1.7.2790-10, они могут накапливаться, транспортироваться и уничтожаться совместно с отходами класса А.
8. Процедура и операции, выполняемые на этапе утилизации крови, регламентируются требованиями п.п. 8.4.2.13, 8.4.2.14 СанПин 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» и Техническим регламентом «О требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 26.01.2010 № 29.

Приложение № 17
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Министерство здравоохранения
Пензенской области

ГБУЗ «Пензенский областной
клинический центр крови»

**Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

ул. Лермонтова, д. 28, г. Пенза, 440026
Тел/факс (8412) 54-86-00, 54-85-34
E-mail: burdenko@e-pen.ru
ОКПО 01938530, ОГРН 1025801446527
ИНН/КПП 5837008741/583701001

**ТРЕБОВАНИЕ
на выдачу компонентов и препаратов крови**

Наименование компонента _____
 Больному (ФИО) _____
 Дата рождения _____
 Отделение _____
 № истории болезни _____
 Диагноз _____

 Показания к трансфузии _____

 Гемоглобин _____ Гематокрит _____ АЧТВ _____ МНО _____
 Группа крови _____ Резус-фактор _____
 Фенотип по антигенам С, с, Е, е, С^w, К и k _____
 При отсутствии гемокомпонента с вышеуказанными видом фенотипа
 (Приложение № 2 Приказа Минздрава России № 183н): _____
 фенотип 1 очереди (совместимый) _____
 фенотип 2 очереди (допустимый) _____
 Количество _____
 Дата «_____» _____ 20____ г.
 Лечащий врач (ФИО, подпись) _____
 Врач отделения, ответственный за трансфузионную терапию (ФИО, подпись) _____

 Печать ЛПУ

**ТРЕБОВАНИЕ _____
на компоненты крови для оказания экстренной медицинской помощи**

№	Наименование	Группа крови, РН-фактор	Фенотип	Потребность	Отпущено

Заместитель главного врача по мед. части

Врач-трансфузиолог

Согласие пациента на переливание компонентов крови

Я, _____, получил разъяснения по поводу переливания компонентов крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, ее необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Беседу провел врач _____
(подпись и ФИО полностью)

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно
«___» _____ 20__ г.

(подпись пациента)

Протокол трансфузии (переливания) донорской крови и (или) её компонентов

1. ФИО реципиента: _____
- № медицинской карты: _____
2. Дата трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов: «___» _____ 20__ г.
3. Время начала трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: _____
4. Время окончания трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: _____
5. Группа крови реципиента: _____ (_____)
6. Резус-принадлежность: _____ (_____)
7. Фенотип: _____
8. Определение резус-принадлежности реципиента проводилось: в лаборатории / экспресс метод: _____
9. Исследование антител – выявлены / не выявлены: _____
10. Медицинские показания к проведению трансфузии донорской крови и (или) ее компонентов

_____ Hb _____ Ht _____
11. Трансфузионный анамнез: трансфузии – были / не были: _____
12. Трансфузии по индивидуальному подбору в прошлом: были / не были: _____
13. Реакции и (или) осложнения, возникшие у реципиента в связи с трансфузией донорской крови и (или) ее компонентов: _____
14. Акушерский анамнез (количество беременностей): _____

15. Особенности течения (самопроизвольные аборт, гемолитическая болезнь новорожденного и другие): _____
16. Макроскопическая оценка крови и (или) ее компонентов: пригодно к переливанию / не пригодно к переливанию: _____

Данные с этикетки контейнера с кровью и (или) ее компонентом:

17. Наименование компонента крови: _____
18. Наименование организации, заготовившей донорскую кровь и (или) ее компоненты: ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»
19. Дата заготовки донорской крови и (или) ее компонентов: _____
20. Срок годности донорской крови и (или) ее компонентов: _____
21. № контейнера донорской крови и (или) ее компонентов: _____
22. Объем донорской крови и (или) ее компонентов: (мл.) _____
23. Код донора крови и (или) ее компонентов (ФИО донора): _____
24. Группа крови донора крови и (или) компонентов: _____ (____) _____
25. Резус-принадлежность донора крови и (или) ее компонентов: _____ (____) _____
26. Перед трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов проведены контрольные проверки показателей:
- Группа крови реципиента _____ (____) _____ Резус-принадлежность реципиента _____ (____) _____
- Группа крови донора _____ (____) _____ Резус-принадлежность донора _____ (____) _____

Место для этикетки

27. При определении показателей использовались реактивы: _____ ПОЛИКЛОНЫ _____
- _____
- _____
- _____

(наименование с указанием серии и срока годности, производителя)

28. Проведены пробы на индивидуальную совместимость:
- 1) На плоскости _____
- 2) В пробирке с 33 % полиглюкином _____
- указать метод, используемые реактивы (наименование, серию, срок годности), результат проведения каждой пробы
29. Биологическая проба: _____
- _____
- указать метод, результат проведения пробы
30. Способ трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: _____

Наблюдения за состоянием реципиента:

	Артериальное давление, мм рт. ст.	Частота пульса, уд/мин	Температура, °С	Суточный диурез, цвет мочи
Перед переливанием				
Через 1 час после переливания				
Через 2 часа после переливания				
Через 3 часа после переливания				

Врач, проводивший трансфузию (переливание) донорской крови и ее компонентов (ФИО) _____ (подпись)

Медсестра _____ (ФИО) _____ (подпись)

Оценка эффективности трансфузии

ОАК
ОАМ
Свёртывающая система крови
Клиническая картина

Протокол возврата компонента крови № _____

Пациент (ФИО) _____

Дата рождения _____

Отделение _____

№ медицинской карты _____

Диагноз _____

Показания к трансфузии _____

Гемоглобин _____ Гематокрит _____ АЧТВ _____ МНО _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Фенотип по антигенам С, с, Е, е, С^w, К и k _____

Наименование компонента _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

№ гемакона _____ Донор _____ Вес _____

Дата заготовки _____ Годен до _____

Дата и время выдачи _____

ФИО сотрудника _____

Дата и время возврата _____

ФИО сотрудника _____

Соблюдение правил транспортировки и хранения _____

Макроскопическая оценка _____

Нарушение герметичности (причина) _____

Причина возврата _____

Зав. отделением (ФИО, подпись) _____

Решение о дальнейшем использовании принято трансфузиологической комиссией

Дата _____

Председатель комиссии: заместитель главного врача Фролова И.В. _____

Члены комиссии:

заместитель главного врача Нестеров А.В. _____

главная медсестра Рыжонина Т.В. _____

врач-трансфузиолог Ващенко П.А. _____

Председателю трансфузиологической комиссии
ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
И.В. Фроловой
врача-трансфузиолога
П.А. Ващенко

Акт списания № _____

Для формирования запаса эритроцитсодержащих компонентов, согласно приказу МЗ РФ № 478 от 19.07.2013 из ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» г. Пенза были получены следующие компоненты крови:

наименование компонента крови _____
группа крови _____ Rh-фактор () _____
гемакон номер _____ донор _____ вес _____
дата заготовки _____ годен до _____

По истечении срока годности гемакон списан и передан в бактериологическую лабораторию для утилизации автоматическим методом (убивочный автоклав 2 атмосферы; 132 градуса; 20 мин).

Дата _____

Председатель комиссии: заместитель главного врача Фролова И.В. _____

Члены комиссии:

заместитель главного врача Нестеров А.В. _____

главная медсестра Рыжонина Т.В. _____

врач-трансфузиолог Ващенко П.А. _____

Председателю трансфузиологической комиссии
ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
И.В. Фроловой
врача-трансфузиолога
П.А. Ващенко

Акт списания № _____

При размораживании свежемороженой плазмы для пациента

отделения _____

диагноз _____

группа крови _____ Rh-фактор () _____

наименование компонента крови _____

группа крови _____ Rh-фактор () _____

гемакон номер _____ донор _____ вес _____

дата заготовки _____ годен до _____

Обнаружено _____

Гемакон списан и утилизирован химическим методом

Исполнитель: ФИО, должность

Председатель комиссии: заместитель главного врача Фролова И.В. _____

Члены комиссии:

заместитель главного врача Нестеров А.В. _____

главная медсестра Рыжонина Т.В. _____

врач-трансфузиолог Ващенко П.А. _____

Председателю трансфузиологической комиссии
ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
И.В. Фроловой
врача-трансфузиолога
П.А. Ващенко

Акт списания № _____

Пациенту _____
№ медицинской карты _____ отделения _____

диагноз _____
группа крови _____ Rh-фактор () _____ фенотип _____
перед плановой операцией _____
с учетом возможной интраоперационной кровопотери были заготовлены следующие компоненты крови
_____, подобранные с учетом фенотипа пациента.
группа крови _____ Rh-фактор () _____

гемакон номер _____ донор _____ вес _____

дата заготовки _____ годен до _____

По истечении срока годности гемаконы списаны и переданы в бактериологическую лабораторию для
утилизации автоматическим методом (убивочный автоклав 2 атмосферы; 132 градуса; 20 мин)

Дата _____

Председатель комиссии: заместитель главного врача Фролова И.В. _____

Члены комиссии:

заместитель главного врача Нестеров А.В. _____

главная медсестра Рыжонина Т.В. _____

врач-трансфузиолог Ващенко П.А. _____

Куда: ГБУЗ «Пензенский областной
клинический центр крови»
Кому: Крыловой Т.В.
От кого: ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

**Уведомление
о реакции и осложнении, возникшем у реципиента
в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и ее компонентов**

№ п/п	Информация о трансфузии (переливании) донорской крови и ее компонентов, в результате проведения которой у реципиента возникла реакция и (или) осложнение
1	Перелиты донорская кровь и ее компоненты: кровь _____; эритроцитсодержащие компоненты _____; тромбоциты _____; свежезамороженная плазма _____; гранулоциты _____; аллогенные компоненты _____; аутологичные компоненты _____.
2	Дата переливания донорской крови и (или) ее компонентов: _____
3	Вид реакции и (или) осложнения, возникших у реципиента в связи с переливанием донорской крови и (или) ее компонентов: _____
4	№ донации крови и (или) ее компонентов: _____; Идентификационный код донора крови и (или) ее компонентов: _____; Группа крови АВО и резус-принадлежность: _____; Объем перелитой донорской крови и (или) ее компонентов: _____; Дата заготовки донорской крови и (или) ее компонентов: _____.
5	Степень тяжести реакции и (или) осложнения, возникших у реципиента в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов: субклиническая _____; длительная утрата трудоспособности _____; умеренная (без угрозы жизни) _____; умеренная (с угрозой жизни) _____; летальный исход _____.

Руководитель организации: _____
(ФИО)

_____ дата _____ подпись _____
 _____ место печати _____
 тел: _____ факс: _____ e-mail: _____

Примечания:

1. Уведомление заполняется врачом, проводящим трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, в каждом случае выявления реакции и (или) осложнения, возникших у реципиента в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов.
2. Уведомление заполняется в организации, в которой у реципиента выявлены реакции и (или) осложнения, возникшие в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови.

Протокол проверки службы трансфузиологии № _____

отделение _____ дата _____

Знание нормативно-правовых актов службы трансфузиологии	
Знание алгоритмов службы трансфузиологии	
Наличие реактивов для определения группы крови по системе АВО, резус-фактору (сроки годности, режим хранения)	
Наличие реактивов для проведения проб на индивидуальную совместимость (сроки годности, режим хранения)	
Ведение учетной документации	
Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	
Журнал прихода компонентов крови	
График учета температурного режима Протоколы трансфузий (переливаний)	
Замечания:	

Зав. трансф. кабинетом _____ Зав. отделением _____ Старшая медсестра _____

Устранение выявленных замечаний по результатам проверки в срок до _____
План по устранению замечаний:
Дата повторной проверки _____
Ответственные:
Результаты повторной проверки:

Врач-трансфузиолог трансфузиологического кабинета _____ Зав. отделением _____
 Старшая медсестра _____

**Направление
на иммуногематологическое исследование**

• Название направившего ЛПУ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»					
• ФИО			• Дата рождения		
• № ист. бол.		• Отдел.		• Палата	
• Диагноз:					
• Гемотрансфузионный анамнез					
• Количество гемотрансфузий:			Реакции на гемотрансфузии:		
• Посттрансфузионные осложнения:					
• Дата последней гемотрансфузии _____			Реакция, посттрансфузионные осложнения _____ (нужное подчеркнуть)		
• Для беременных указать:					
• Количество беременностей:		• Рождение детей с гемолитической болезнью:			
• Количество абортс:		• Мертворождения:			
• Повторные выкидыши:		•			
• Наличие в анамнезе антиэритроцитарных антител:					
• Результат исследования врачом отделения ЛПУ					
• Название реактива	Производитель	• Се рия	• Т итр	• Год- ность	• Результат
• Цоликлоны анти-А	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-В	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-АВ	•	•	•	• до	•
• ФИО, должность врача отделения, определившего группу крови, подпись					
• Тел. отделения			Дата		
• Результат исследования врачом подтверждающей лаборатории ЛПУ					
• Станд. эритроц. О(I)	•	•	•	• до	•
• Станд. эритроц. А(II)	•	•	•	• до	•
• Станд. эритроц. В(III)	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-А	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-В	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-АВ	•	•	•	• до	•
• Цоликлоны анти-Kell	•	•	•	• до	•
• Цоликлон анти-D супер	•	•	•	• до	•
• Группа крови		Rh(Dc)			
• Примечание:					
• Цель направления: Фенотипирование и определение антиэритроцитарных антител.					
• Планируются гемотрансфузии.					
• Подпись врача лаборатории			Дата		

Правила транспортировки и хранения крови и ее компонентов

1. Транспортировка крови и ее компонентов осуществляется медицинским персоналом, несущим ответственность за соблюдение правил транспортировки, согласно требованиям приказа ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 15.12.2016 № 152 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 13.12.2012 № 199».

2. Транспортировка крови и ее компонентов должна осуществляться в специальных транспортных термоизоляционных контейнерах или рефрижераторах со средствами температурного контроля (термометрами или термоиндикаторами) с соблюдением санитарно-гигиенических требований при условии обеспечения сохранности крови и ее компонентов.

3. Эритроцитсодержащие среды и замороженные компоненты крови транспортируются раздельно.

4. Кровь и эритроцитсодержащие компоненты крови при транспортировке во избежание гемолиза не должны подвергаться переохлаждению или перегреванию, во время транспортировки должна поддерживаться температура хранения.

5. Транспортировка крови и эритроцитсодержащих компонентов крови, осуществляемая в течение менее 30 минут, может производиться с использованием транспортных контейнеров, обеспечивающих достаточную изотермичность и изоляцию. При более длительной транспортировке крови и эритроцитсодержащих компонентов крови с целью обеспечения изотермического режима в транспортном контейнере необходимо использовать аккумуляторы холода (хладозлементы). Условия транспортировки должны гарантировать, что в конце максимального периода транспортировки эритроцитсодержащих компонентов крови, равного 24 часам, температура внутри транспортного контейнера не должна превышать $+10^{\circ}\text{C}$.

6. При транспортировке тромбоцитсодержащих компонентов крови температура должна поддерживаться близко к рекомендованной температуре хранения, и при получении такие компоненты, если они не предназначены для немедленного лечебного применения, должны быть перенесены для хранения при рекомендованных условиях.

7. Кровь и ее компоненты при транспортировке необходимо оберегать от встряхивания, ударов и переворачивания.

8. Транспортировка замороженных компонентов крови осуществляется только с использованием льда или аккумуляторов холода (хладозлементов).

9. При транспортировке свежезамороженной плазмы должна поддерживаться температура хранения. В течение всего времени транспортировки температура внутри транспортного контейнера (рефрижератора) не должна подниматься выше -18°C . Если компонент крови не будет использован немедленно, необходимо сразу же поместить контейнеры на хранение в условиях рекомендуемой температуры.

10. Температурные режимы транспортировки и хранения крови и ее компонентов:

- эритроцитсодержащие компоненты крови: от $+2^{\circ}\text{C}$ до $+6^{\circ}\text{C}$, через 24 часа транспортирования их температура не должна превышать $+10^{\circ}\text{C}$;
- концентрат тромбоцитов: от $+20^{\circ}\text{C}$ до $+24^{\circ}\text{C}$ при постоянном покачивании контейнера;
- свежезамороженная плазма: от -20°C до -30°C .

11. Принятые на хранение кровь и ее компоненты помещаются в медицинское оборудование с соответствующим температурным режимом для хранения. При отсутствии автоматических записывающих устройств контроля температуры проводится мониторинг температурного режима холодильников и морозильных камер не менее двух раз в сутки, с регистрацией значения температуры.

12. Холодильники и морозильные камеры для хранения крови и ее компонентов должны иметь основной и резервный источники электропитания.

13. Кровь и ее компоненты хранятся в холодильниках или морозильных камерах раздельно в зависимости от их групповой и резус-принадлежности. Каждая группа имеет соответствующее обозначение на полках холодильника или морозильной камеры, в которых она хранится.

14. Холодильники и морозильные камеры для хранения крови и ее компонентов расположены на 4 этаже 16 корпуса в экстренной операционной (кабинет экстренного запаса крови и ее компонентов (ключ находится в реанимации)) и в кабинете переливания крови в операционном блоке на 5 этаже 14 корпуса.

15. Кровь и ее компоненты с истекающим сроком хранения используются для переливания в первоочередном порядке.

**Правила приема биоматериала для иммуногематологических исследований
в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»**

1. Прием биологических образцов осуществляется в плановом порядке ежедневно с 8:00 до 13:00, кроме субботы и воскресенья.
2. Для проведения иммуногематологических исследований должны быть направлены 2 вида биологического материала (одновременно):
 - 1) венозная нестабилизированная кровь (одноразовые вакуумные пробирки (вакутайнеры));
 - 2) венозная стабилизированная кровь (одноразовые вакуумные пробирки (вакутайнеры), содержащие консервант с К₂ЭДТА).
3. Объем биоматериала:
 - 1) объем венозной крови для взрослых пациентов – не менее 7 мл (на каждый вид биоматериала);
 - 2) объем венозной крови для новорожденных детей – не менее 3 мл (на каждый вид биоматериала);
 - 3) объем венозной крови для детей – не менее 5 мл (на каждый вид биоматериала).
4. Прием биоматериала осуществляется при наличии направления (адаптированная форма № 207/у приказа Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030) в двух экземплярах, отражающего необходимую информацию о пациенте, результатах иммуногематологических анализов, проведенных в медицинской организации, цели направления биоматериала. Цель направления должна быть сформулирована согласно приказу Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».
5. Исследования, проводимые в клинко-диагностической лаборатории ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови»:
 - 1) определение группы крови, резус-принадлежности, фенотипа, антиэритроцитарных антител;
 - 2) в случае отсутствия антиэритроцитарных антител эритроцитсодержащие компоненты крови отпускаются без проведения процедуры индивидуального подбора (в требование вписывается фенотип данного пациента);
 - 3) в случае отсутствия в ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр крови» компонента крови с данных видом фенотипа сотрудник медицинской организации по согласованию с лечащим врачом, заведующим отделением, заведующим трансфузиологическим кабинетом, врачом-трансфузиологом вписывает в требование фенотипы первой или второй очереди (совместимые и допустимые) согласно Приложению № 2 приказа Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».
6. Выдача результатов исследований осуществляется на следующий день.

Перечень документации службы трансфузиологии

1. Журнал регистрации брака крови (ф. № 418/у) – приказ Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985.
2. Журнал учета выдачи крови и ее компонентов (ф. № 422/у) – приказ Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985.
3. Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 009/у) – приказ Минздрава СССР № 1030 от 04.10.1980.
4. Журнал учета заготовки компонентов крови (ф. № 413/у) – приказ Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985.
5. Заявка на трансфузионную среду (ф. № 421/у) – приказ Минздрава СССР № 1055 от 07.08.1985.
6. Журнал прихода компонентов крови.
7. Журнал учета работы размораживателя свежезамороженной плазмы.
8. График учета температурного режима хранения компонентов крови.

Глава 2. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)

Определены ответственные за информационное сопровождение организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины, в том числе ее соответствия порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), критериям оценки качества медицинской помощи; наличие на рабочих столах компьютеров врачебного персонала действующих приказов Минздрава России, утвердивших порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных в установленном порядке в соответствии со всеми видами оказываемой медицинской помощи; проведение в правовых системах и специальной литературе мониторинга обновления порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения), критериев оценки качества медицинской помощи не реже одного раза в месяц; доведение до сведения и ознакомление заведующих отделениями о принятии новых порядков, стандартов, критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), и обновление действующих, краткое изложение документа на ближайшей еженедельно проводимой планерке; наличие на рабочих столах компьютеров врачебного персонала перечня препаратов с недоказанной эффективностью действия; проведение мониторинга исследований по эффективности и безопасности применения лекарственных средств, в том числе с использованием базы данных кокрейновского сообщества; доведение до сведения и ознакомление заведующих отделениями о результатах проведения новых рандомизированных клинических испытаний и составления кокрейновских обзоров; ежемесячный доклад о новых сведениях по эффективности лекарственных средств на планерке; информирование не реже одного раза в месяц и по мере необходимости врачебной комиссии об изменениях перечня лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью действия для решения вопроса об их дальнейшем заказе. Приведен перечень действующих порядков оказания медицинской помощи, перечень стандартов специализированной медицинской помощи.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

18.12.2018

№ 180

г. Пенза

Об информационном обеспечении организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины

В соответствии с федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении

критериев оценки качества медицинской помощи», территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области, приказами Минздрава Пензенской области от 19.04.2013 № 224 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “эндокринология”», от 16.08.2013 № 375 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “ревматология”», от 24.06.2013 № 311 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “пульмонология”», от 26.12.2013 № 750 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями», от 05.08.2013 № 359 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях нервной системы», от 20.01.2014 № 6 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “онкология”», от 20.01.2014 № 7 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “гастроэнтерология”», от 07.04.2014 № 135 «О реализации на территории Пензенской области Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “травматология и ортопедия”», от 17.04.2014 № 144 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», от 08.05.2015 № 100 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», от 30.12.2016 № 557 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”» (редакция от 2017 г.), от 27.10.2016 «О внесении изменения в приказ Минздрава ПО от 19.04.2013 № 225», от 30.12.2016 № 556 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “нейрохирургия”» (редакция от 2017 г.), от 30.12.2016 № 558 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “торакальная хирургия”» (редакция от 2017 г.), от 15.06.2017 № 188 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”», от 29.06.2018 № 179 «О внесении изменений в маршрутизацию больных при оказании экстренной специализированной медицинской помощи по профилю “хирургия”, утвержденную приказом Минздрава ПО от 30.12.2016 № 557», от 02.07.2018 № 183 «О реализации на территории Пензенской области порядка организации медицинской реабилитации, утвержденного приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 № 1705н», от 06.09.2018 № 264 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», с приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности” и организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины, использования методов лечения, предусматривающих применение лекарственных препаратов с доказанной эффективностью и соответствия оказываемой медицинской помощи требованиям порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), критериям оценки качества, аттестации для получения квалификационной категории», п р и к а з ы а ю:

1. Врача-методиста организационно-методического кабинета организационно-методического отдела Кирюхина И.В. назначить ответственным за информационное сопровождение организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины, в том числе ее соответствия порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), критериям оценки качества медицинской помощи.

2. Кирюхин И.В. несет ответственность за:

2.1. Наличие на рабочих столах компьютеров врачебного персонала действующих приказов Минздрава РФ, утвердивших порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных в установленном порядке, в соответствии со всеми видами медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2.2. Проведение в правовых системах и специальной литературе мониторинга обновления порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения), критериев оценки качества медицинской помощи не реже одного раза в месяц.

2.3. Доведение до сведения и ознакомление заведующих отделениями о принятии новых порядков, стандартов, критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов

лечения), и обновление действующих, краткое изложение документа на ближайшей еженедельно проводимой планерке.

3. Заведующим отделениями (структурными подразделениями) не позднее 5 дней с момента доведения до сведения новых порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения), критериев оценки качества и обновления действующих ознакомить с ними врачей отделения (структурного подразделения), провести проверку соответствия алгоритмов новым стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), критериям оценки качества медицинской помощи и обеспечить внесение в папку заведующего новых и/или обновленных документов (порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов лечения), критериев оценки качества) на бумажном носителе.

4. Врача-клинического фармаколога Маркину И.Н. назначить ответственной за информационное сопровождение организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины в части информирования о лекарственных средствах с недоказанной эффективностью и доказанной неэффективностью действия.

5. Маркина И.Н. несет ответственность за:

5.1. Наличие на рабочих столах компьютеров врачебного персонала перечня препаратов с недоказанной эффективностью действия.

5.2. Проведение мониторинга исследований по эффективности и безопасности применения лекарственных средств, в том числе с использованием базы данных Кокрейновского сообщества.

5.3. Доведение до сведения и ознакомление заведующих отделениями о результатах проведения новых рандомизированных клинических испытаний и составления кокрейновских обзоров; ежемесячный доклад о новых сведениях по эффективности лекарственных средств на планерке.

5.4. Информирование не реже одного раза в месяц и по мере необходимости врачебной комиссии об изменениях перечня лекарственных препаратов с недоказанной эффективностью действия для решения вопроса об их дальнейшем заказе.

6. Начальнику отдела автоматизированной системы управления Сараскину В.М. обеспечить доступ ответственным лицам, перечисленным в данном приказе, к общему хранилищу документов для размещения порядков, стандартов, критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), перечня препаратов с недоказанной эффективностью действия в электронном виде и последующего ознакомления работников.

7. Утвердить перечень действующих порядков оказания медицинской помощи (Приложение № 1).

8. Утвердить перечень стандартов специализированной медицинской помощи (Приложение № 2).

9. Считать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 11.01.2018 № 4 «Об информационном обеспечении организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины».

10. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись ознакомить всех заинтересованных лиц с настоящим приказом согласно листу ознакомления.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач А.В. Никишин

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Перечень действующих порядков оказания медицинской помощи

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 916н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 907н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н
Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 927н
Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»	Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»	Приказ Минздравсоцразвития России от 18.01.2012 № 17н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «дерматовенерология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 924н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н
Порядок оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 917н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях	Приказ Минздравсоцразвития России от 07.12.2011 № 1496н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 902н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 900н
Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 918н
Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 928н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 930н

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология»	Приказ Минздрава России от 02.11.2012 № 575н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 898н
Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)»	Приказ Минздрава России от 31.10.2012 № 567н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н
Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»	Приказ Минздрава России от 31.05.2018 № 298н
Порядок оказания медицинской помощи по профилю «косметология»	Приказ Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 № 381н
Порядок оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях	Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н
Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения	Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н
Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»	Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н
Порядок оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях	Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 911н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»	Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 905н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология»	Приказ Минздравсоцразвития России от 09.04.2015 № 178н
Порядок оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля	Приказ Минздравсоцразвития России от 02.04.2010 № 206н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология»	Приказ Минздравсоцразвития России от 12.11.2012 № 906н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 920н
Порядок оказания наркологической помощи больным с острыми химическими отравлениями	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 925н

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология»	Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н
Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 932н
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)	Приказ Минздрава России от 08.11.2012 № 689н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология»	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 606н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»	Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н
Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению	Приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «остеопатия»	Приказ Минздрава России от 19.01.2018 № 21н
Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению	Приказ Минздрава России от 30.08.2012 № 107н
Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Перечень действующих стандартов специализированной медицинской помощи

Наименование стандарта	Код МКБ	Возрастная категория	Нормативный правовой акт, утвердивший стандарт
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе легкого течения	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 622н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе тяжелой степени тяжести	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 625н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сальмонеллезе среднетяжелой степени тяжести	A02.0 Сальмонеллезный энтерит	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 630н

Стандарт специализированной медицинской помощи при генерализованной форме сальмонеллеза	A02.1 Сальмонеллезная септицемия	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 734н
Стандарт специализированной медицинской помощи при шигеллезе легкой степени тяжести	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1559н
Стандарт специализированной медицинской помощи при среднетяжелых формах шигеллеза	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1582н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах шигеллеза	A03 Шигеллез	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1580н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии легкой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 731н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии среднетяжелой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 730н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии тяжелой степени тяжести	A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 732н
Стандарт специализированной медицинской помощи при вирусном энцефалите, миелите	A85 Другие вирусные энцефалиты, не классифицированные в других рубриках A85.0 Энтеровирусный энцефалит (G05.1*) A85.1 Аденовирусный энцефалит (G05.1*) A85.8 Другие уточненные вирусные энцефалиты A86 Вирусный энцефалит неуточненный G05.1 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1536н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите А легкой степени тяжести	B15.9 Острый гепатит А	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 679н
Стандарт специализированной медицинской помощи при	B15 Острый гепатит А	взрослые	Приказ Минздрава России

остром вирусном гепатите А среднетяжелой степени тяжести			от 07.11.2012 № 680н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите А тяжелой степени тяжести	B15.9 Гепатит А без печеночной комы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 747н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В легкой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 681н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В среднетяжелой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 682н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите В тяжелой степени тяжести	B16 Острый гепатит В	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 729н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром гепатите С легкой сте- пени тяжести	B17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 728н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С средней степени тяжести	B17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 733н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром вирусном гепатите С тяжелой степени тяжести	B17.1 Острый гепатит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 678н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепати- те В	B18.1 Хронический вирусный гепа- тит В без дельта-агента	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 786н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хроническом вирусном гепати- те С	B18.2 Хронический вирусный гепа- тит С	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 685н
Стандарт специализированной медицинской помощи при бо- лезни, вызванной вирусом им- мунодефицита человека (ВИЧ- инфекции)	B20 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде инфекцион- ных и паразитарных болезней B21 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде злокаче- ственных новообразований B22 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде уточненных болезней	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 758н

	B23 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], проявляющаяся в виде других состояний B24 Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]		
Новообразования (C00–D48)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта, ротоглотки, губы (самостоятельная лучевая терапия)	C00 Злокачественное новообразование губы C01 Злокачественные новообразования основания языка C02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка C03 Злокачественное новообразование десны C04 Злокачественное новообразование дна полости рта C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта C10 Злокачественное новообразование ротоглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1146н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях губы I– III стадии, полости рта I–II стадии, ротоглотки I– III стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия в дневном стационаре)	C00 Злокачественное новообразование губы C01 Злокачественные новообразования основания языка C02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка C03 Злокачественное новообразование десны C04 Злокачественное новообразование дна полости рта C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта C10 Злокачественное новообразование ротоглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1704н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта II–IVa стадии (предоперационная и послеоперационная лучевая терапия)	C01 Злокачественные новообразования основания языка C02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка C03 Злокачественное новообразование десны C04 Злокачественное новообразование дна полости рта C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 753н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях полости рта II–IVA стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия в условиях дневного стационара)	C01 Злокачественные новообразования основания языка C02 Злокачественное новообразование других и неуточненных частей языка C03 Злокачественное новообразование десны C04 Злокачественное новообразование дна полости рта C06 Злокачественное новообразование других и неуточненных отделов рта	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1739н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных железах I–IV A, B стадии (пред- и послеоперационная лучевая терапия)	C07 Злокачественное новообразование околоушной слюнной железы C08 Злокачественное новообразование других и неуточненных больших слюнных желез	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1529н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях околоушной слюнной железы, других и неуточненных больших слюнных железах I–IV A, B стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C07 Злокачественное новообразование околоушной слюнной железы C08 Злокачественное новообразование других и неуточненных больших слюнных желез	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1743н
Стандарт специализированной медицинской помощи при анапластическом раке щитовидной железы IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	C10 Злокачественное новообразование ротоглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1144н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки III–IV B стадии (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия)	C10 Злокачественное новообразование ротоглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 824н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ротоглотки III–IV B стадии (пред- или послеоперационная дистанционная лучевая терапия) (дневной стационар)	C10 Злокачественное новообразование ротоглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1745н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных	C11 Злокачественное новообразование носоглотки C30 Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха C31 Злокачественное новообразо-	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1135н

пазух I–IV А стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	вание придаточных пазух		
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II–IV А стадии (самостоятельная лучевая терапия)	С11 Злокачественное новообразование носоглотки С30 Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха С31 Злокачественное новообразование придаточных пазух	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1452н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II–IV А стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	С11 Злокачественное новообразование носоглотки С30 Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха С31 Злокачественное новообразование придаточных пазух	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1140н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II–IV А стадии (пред- и послеоперационная лучевая терапия)	С11 Злокачественное новообразование носоглотки С30 Злокачественное новообразование полости носа и среднего уха С31 Злокачественное новообразование придаточных пазух	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1606н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода 0–I А стадии (эндоскопическое лечение)	С15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 781н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода III–IV стадии (эндоскопическое лечение)	С15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 664н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода IV стадии (паллиативное химиотерапевтическое лечение)	С15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 605н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I–II стадии (сочетанная лучевая терапия)	С15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1472н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I–III стадии (предоперационная лучевая терапия)	С15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 703н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода I–III стадии (предоперационная и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1163н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях пищевода III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C15 Злокачественное новообразование пищевода	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 702н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA–IV стадии (паллиативное химиотерапевтическое лечение)	C16 Злокачественное новообразование желудка	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 785н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA–IV стадии (предоперационная лучевая терапия)	C16 Злокачественное новообразование желудка	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 603н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA–IV стадии (хирургическое лечение)	C16 Злокачественное новообразование желудка	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 683н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA–IV стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C16 Злокачественное новообразование желудка	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 647н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка 0–IA стадии (эндоскопическое лечение)	C16 Злокачественное новообразование желудка C17 Злокачественное новообразование тонкого кишечника	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 719н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях желудка II–V стадии (эндоскопическое лечение)	C16 Злокачественное новообразование желудка C17 Злокачественное новообразование тонкого кишечника	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 396ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки 0–I стадии (эндоскопическое лечение радикальное)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 628н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки	взрослые	Приказ Минздрава России

качественных новообразованиях ободочной кишки II–III стадии (лучевая терапия)	C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения		от 09.11.2012 № 713н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки I стадии (хирургическое лечение)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C18.1 Червеобразного отростка (аппендикса) C18.2 Восходящей ободочной кишки C18.3 Печеночного изгиба C18.4 Поперечной ободочной кишки C18.5 Селезеночного изгиба C18.6 Нисходящей ободочной кишки C18.7 Сигмовидной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1142н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II–III стадии (хирургическое лечение)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C18.1 Червеобразного отростка (аппендикса) C18.2 Восходящей ободочной кишки C18.3 Печеночного изгиба C18.4 Поперечной ободочной кишки C18.5 Селезеночного изгиба C18.6 Нисходящей ободочной кишки C18.7 Сигмовидной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 627н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки IV стадии (хирургическое лечение)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C18.1 Червеобразного отростка (аппендикса) C18.2 Восходящей ободочной кишки C18.3 Печеночного изгиба C18.4 Поперечной ободочной кишки C18.5 Селезеночного изгиба C18.6 Нисходящей ободочной кишки C18.7 Сигмовидной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 629н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной кишки II–IV стадии (паллиативное эндоскопическое лечение)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C18.1 Червеобразного отростка (аппендикса) C18.2 Восходящей ободочной кишки C18.3 Печеночного изгиба C18.4 Поперечной ободочной кишки C18.5 Селезеночного изгиба C18.6 Нисходящей ободочной кишки	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1471н

	C18.7 Сигмовидной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения C20 Злокачественное новообразование прямой кишки		
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантная химиотерапия)	C18.1 Червеобразного отростка (аппендикса) C18.2 Восходящей ободочной кишки C18.3 Печеночного изгиба C18.4 Поперечной ободочной кишки C18.5 Селезеночного изгиба C18.6 Нисходящей ободочной кишки C18.7 Сигмовидной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 671н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях ободочной и прямой кишки III стадии (адьювантное химиотерапевтическое лечение)	C18 Злокачественное новообразование ободочной кишки C19 Злокачественное новообразование ректосигмоидного соединения C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1162н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II и III стадии (предоперационная лучевая терапия)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 642н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II и III стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1748н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки IV стадии (хирургическое лечение)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 640н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II–IV стадии (эндоскопическое лечение паллиативное)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 663н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II–III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 693н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях прямой кишки II–III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C20 Злокачественное новообразование прямой кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 693н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях заднего прохода (ануса) и анального канала I–III стадии (дистанционная лучевая терапия)	C21 Злокачественное новообразование заднего прохода [ануса] и анального канала	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1747н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутripеченочных желчных протоков I–III стадии (хирургическое лечение)	C22 Злокачественное новообразование печени и внутripеченочных желчных протоков	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1167н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы I–IIA стадии (послеоперационное химиотерапевтическое лечение)	C25 Злокачественное новообразование поджелудочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1191н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях поджелудочной железы I–III стадии (хирургическое лечение)	C25 Злокачественное новообразование поджелудочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1147н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I–II стадии, гортаноглотки II (T2N 0M0) стадии (самостоятельная лучевая терапия)	C32 Злокачественное новообразование гортани C14.1 Гортаноглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1166н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I–II стадии, гортаноглотки II стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	C32 Злокачественное новообразование гортани C14.1 Гортаноглотки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1138н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях гортани I–IV стадии (хирургическое лечение)	C32 Злокачественное новообразование гортани	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 666н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях	C32 Злокачественное новообразование гортани	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012

гортани 0–I стадии и функциональной неоперабельности (эндоскопическое лечение)			№ 1168н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (эндоскопическое лечение)	С33 Злокачественное новообразование трахеи	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 398ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (лучевая терапия)	С33 Злокачественное новообразование трахеи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 610н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (сочетанная лучевая терапия)	С33 Злокачественное новообразование трахеи	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 789н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях трахеи (хирургическое лечение)	С33 Злокачественное новообразование трахеи	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 399ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого 0–I стадии, функционально неоперабельный больной (эндоскопическое лечение)	С34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1504н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого III–IV стадии (паллиативное эндоскопическое лечение)	С34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1462н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I–II стадии (хирургическое лечение)	С34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 684н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях легкого I–II стадии (хирургическое эндоскопическое лечение)	С34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 406ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II–III стадии (послеоперационная лучевая терапия), мелкоклеточном раке легкого IA–IIIB стадии (лучевая терапия по радикальной программе)	С34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 695н

Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого I–IIA стадии (химиотерапевтическое лечение)	C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 788н
Стандарт специализированной медицинской помощи при мелкоклеточном раке легкого I–IV стадии с прогрессированием процесса (химиотерапевтическое лечение)	C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 694н
Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II–III стадии (предоперационное лучевое лечение)	C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 709н
Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II–III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 784н
Стандарт специализированной медицинской помощи при немелкоклеточном раке легкого II–III стадии (послеоперационная лучевая терапия, дистанционная лучевая терапия)	C34 Злокачественное новообразование бронхов и легкого	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1139н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I–IV стадии (самостоятельная лучевая терапия)	C40 Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 716н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I–IV стадии (самостоятельная дистанционная лучевая терапия)	C40 Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1137н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I–IV стадии (предоперационная лучевая терапия)	C40 Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1660н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях костей I–IV стадии (предоперационная дистанционная лучевая терапия)	C40 Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1134н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях	C40 Злокачественное новообразование костей и суставных хрящей C41 Злокачественное новообразова-	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012

костей II–IV стадии (неoadьювантная, адьювантная, самостоятельная химиотерапия)	ние костей и суставных хрящей других и неуточненных локализаций		№ 602н
Стандарт специализированной медицинской помощи при меланоме кожи, генерализация и рецидив заболевания (химиотерапевтическое лечение)	C43 Злокачественная меланома кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 604н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи 0, I, II стадии (хирургическое лечение)	C43 Злокачественная меланома кожи C44 Другие злокачественные новообразования кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 665н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи III (T1–4a,bN 1–3M0) стадии (хирургическое лечение)	C43 Злокачественная меланома кожи C44 Другие злокачественные новообразования кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 624н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях кожи IV стадии (хирургическое лечение)	C43 Злокачественная меланома кожи C44 Другие злокачественные новообразования кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 623н
Стандарт специализированной медицинской помощи при раке кожи I–IV стадии с внутрикожными метастазами (фотодинамическая терапия)	C43 Злокачественная меланома кожи C79.2 Вторичное злокачественное новообразование кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 776н
Стандарт специализированной медицинской помощи при раке кожи I–IV стадии (лучевая терапия)	C44 Другие злокачественные новообразования кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 607н
Стандарт специализированной медицинской помощи при раке кожи I–IV стадии (дистанционная лучевая терапия)	C44 Другие злокачественные новообразования кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1172н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I–IV стадии (пред- и послеоперационная дистанционная лучевая терапия в дневном стационаре)	C49 Злокачественное новообразование других типов соединительной и мягких тканей	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1742н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях соединительной и мягких тканей I–IV стадии (предоперационная, послеоперационная лучевая терапия)	C49.0 Соединительной и мягких тканей головы, лица и шеи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 641н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I–III стадии (системное лекарственное, включая химиотерапевтическое, лечение)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 723н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы III стадии (предоперационная лучевая терапия)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 756н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы 0, I, II, IIIA стадии (хирургическое лечение)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 645н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IIIB, C стадии (хирургическое лечение)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 782н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IV стадии (хирургическое лечение)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 705н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I–III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 704н
Стандарт специализированной медицинской помощи при первично-генерализованных и рецидивных формах злокачественных новообразований молочной железы IV стадии – первично; I–IV стадии – прогрессирование (системное лекарственное, в том числе химиотерапевтическое, лечение)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 612н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I–IV стадии при наличии внутрикожного метастаза (фотодинамическая терапия)	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C79.2 Вторичное злокачественное новообразование кожи	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 661н
Стандарт специализированной медицинской помощи при до-	C50 Злокачественное новообразование молочной железы	взрослые	Приказ Минздрава России

норстве аутологичного костно-го мозга	C81 Болезнь Ходжкина [лимфогра-нулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмоклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз		от 09.11.2012 № 861н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0–IA1 стадии (внутриполостная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 611н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки: IIB, III–IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 740н
Стандарт специализированной медицинской помощи при зло-	C53 Злокачественное новообразо-	взрослые	Приказ Минздрава России

качественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (предоперационная сочетанная лучевая терапия)	вание шейки матки		от 07.11.2012 № 618н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (предоперационная химиолучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 717н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (предоперационная дистанционная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказы Минздрава России от 09.11.2012 № 718н, от 04.12.2012 № 1453н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 727н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1267н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IA2–III стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 726н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IB–II стадии (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 633н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки III стадии (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 634н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IV стадии, метастазы в парааортальные лимфатические узлы (паллиативная сочетанная лучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 620н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IV стадии при наличии метастазов в парааортальных лимфатических узлах (паллиативная химиолучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 644н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки IIВ, III стадии и наличии прогностически неблагоприятных признаков (самостоятельная химиолучевая терапия)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1096н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях шейки матки 0, IA1, IA2, IIВ, III (любая) стадии (хирургическое лечение)	C53 Злокачественное новообразование шейки матки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1101н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IAG1–3, IBG1–2 стадии при наличии противопоказаний к хирургическому лечению (внутриполостная лучевая терапия)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 643н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IIА, BG3, IIIА–CG (любая), IV стадии (химиотерапевтическое лечение)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 673н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IBG3, ICG (любая), II–III стадии и наличии противопоказаний к хирургическому лечению (самостоятельная сочетанная лучевая терапия)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1192н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IBG3, ICG (любая) стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия после простой экстирпации матки с придатками)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1099н

Стандарт специализированной медицинской помощи при атипической гиперплазии и злокачественных новообразованиях тела матки IC, IIA–B, IIIA–C G1–3 стадии (хирургическое лечение)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 637н
Стандарт специализированной медицинской помощи при атипической гиперплазии и злокачественных новообразованиях тела матки 0, IA–C, IIG1–3 стадии (лапароскопические операции)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 670н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки II–IIIB, C стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 712н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IB G1, G2 (глубокая инфильтрация стенок матки – более 1/3 толщины миометрия и значительная площадь поражения) и IIIA стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1141н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IIIC стадии (послеоперационная сочетанная лучевая терапия малого таза и парааортальной области)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 676н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки IIIC стадии (послеоперационная дистанционная лучевая терапия малого таза и парааортальной области)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1100н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях тела матки III–IVB стадии, единственный отдаленный метастаз (химиолучевая терапия)	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование матки неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 674н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях	C54 Злокачественное новообразование тела матки C55 Злокачественное новообразование	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012

ниях тела матки IV стадии, единичный отдаленный метастаз (послеоперационная сочетанная лучевая терапия)	вание матки неуточненной локализации		№ 1619н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях яичников (герминогенные опухоли яичников, гранулезостромальные опухоли) II–IV стадии (дистанционная лучевая терапия на остаточную опухоль)	С56 Злокачественное новообразование яичника	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1266н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы I–III стадии (лучевая терапия)	С61 Злокачественное новообразование предстательной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 783н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы II–III стадии (малоинвазивные методы лечения)	С61 Злокачественное новообразование предстательной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 402ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы III–IV стадии (хирургическое лечение – орхизектомия)	С61 Злокачественное новообразование предстательной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 400ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы (Брахитерапия I-125)	С61 Злокачественное новообразование предстательной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 403ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях предстательной железы, гормонорефрактерная форма (химиотерапевтическое лечение)	С61 Злокачественное новообразование предстательной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 401ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях почки IV стадии при неблагоприятном прогнозе (таргетная терапия, группа неблагоприятного прогноза)	С64 Злокачественное новообразование почки, кроме почечной лоханки	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1148н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря II–III стадии (лучевая терапия)	С67 Злокачественное новообразование мочевого пузыря	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 660н

Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря I G–3, II–IV стадии (хирургическое лечение)	C67 Злокачественное новообразование мочевого пузыря	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 626н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях мочевого пузыря III–IV стадии (инвазивный и метастатический уротелиальный рак, химиотерапевтическое лечение)	C65 Злокачественное новообразование почечных лоханок C66 Злокачественное новообразование мочеточника C67 Злокачественное новообразование мочевого пузыря C68 Злокачественное новообразование других и неуточненных мочевых органов	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1092н
Стандарт специализированной медицинской помощи при новообразованиях головного мозга и мозговых оболочек	C70 Злокачественное новообразование мозговых оболочек C71 Злокачественное новообразование головного мозга C72 Злокачественное новообразование спинного мозга, черепных нервов и других отделов центральной нервной системы D32 Доброкачественное новообразование оболочек головного мозга D32.0 Оболочек головного мозга D32.9 Доброкачественное образование оболочек мозга неуточненных D33.0 Головного мозга над мозговым наметом D33.1 Головного мозга под мозговым наметом D33.2 Головного мозга неуточненное D33.3 Черепных нервов D33.7 Других уточненных частей центральной нервной системы D33.9 Центральной нервной системы неуточненной локализации	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 715н
Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях щитовидной железы III–IV стадии (послеоперационная лучевая терапия)	C73 Злокачественное новообразование щитовидной железы	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1097н
Стандарт специализированной медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях носоглотки	D10.6 Носоглотки	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1593н
Стандарт специализированной медицинской помощи при доброкачественных новообразованиях яичников	D27 Доброкачественное новообразование яичника	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 594н
Стандарт специализированной медицинской помощи при новообразованиях гипофиза	C75 Злокачественные новообразования других эндокринных желез и родственных структур	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012

	C75.1 Гипофиза C75.2 Краниофарингеального протока D35 Доброкачественные новообразования других и неуточненных эндокринных желез D35.2 Гипофиза D35.3 Краниофарингеального протока		№ 615н
Стандарт специализированной медицинской помощи после трансплантации аллогенного костного мозга (обследование и коррекция лечения)	C81 Болезнь Ходжкина [лимфограулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C90.0 Множественная миелома C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз C94.0 Острая эритремия и эритролейкоз C94.2 Острый мегакариобластный лейкоз C94.5 Острый миелофиброз D46.0 Рефрактерная анемия без сидеробластов, так обозначенная D46.1 Рефрактерная анемия с сидеробластами D46.2 Рефрактерная анемия с избытком бластов D46.3 Рефрактерная анемия с избытком бластов с трансформацией D46.4 Рефрактерная анемия неуточненная D46.7 Другие миелодиспластические синдромы D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D59.4 Другие неаутоиммунные гемолитические анемии D61.3 Идиопатическая апластическая анемия	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1279н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром промиелоцитарном	C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012

лейкозе в стадии ремиссии (поддерживающая терапия)			№ 1396н
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50–D89)			
Стандарт специализированной медицинской помощи после трансплантации аллогенного костного мозга (обследование и коррекция лечения)	C81 Болезнь Ходжкина [лимфогра- нулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C90.0 Множественная миелома C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитар- ный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз C94.0 Острая эритремия и эритро- лейкоз C94.2 Острый мегакариобластный лейкоз C94.5 Острый миелофиброз D46.0 Рефрактерная анемия без си- деробластов, так обозначенная D46.1 Рефрактерная анемия с сиде- робластами D46.2 Рефрактерная анемия с из- бытком бластов D46.3 Рефрактерная анемия с из- бытком бластов с трансформацией D46.4 Рефрактерная анемия не- уточненная D46.7 Другие миелодиспластиче- ские синдромы D46.9 Миелодиспластический син- дром неуточненный D59.4 Другие неаутоиммунные ге- молитические анемии D61.3 Идиопатическая апластиче- ская анемия	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1279н
Стандарт специализированной медицинской помощи при миелопролиферативных заболеваниях, протекающих с гиперэозинофилией и идиопатическим гиперэозинофильным синдромом	C92.7 Другой миелоидный лейкоз D72.1 Эозинофилия	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 650н

Стандарт специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C81 Болезнь Ходжкина [лимфограулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмоклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 861н
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E90)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при тиреотоксикозе	E05.0 Тиреотоксикоз с диффузным зобом E05.1 Тиреотоксикоз с токсическим одноузловым зобом E05.2 Тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом E05.3 Тиреотоксикоз с эктопией тиреоидной ткани E05.8 Другие формы тиреотоксикоза E05.9 Тиреотоксикоз неуточненный E06.4 Медикаментозный тиреоидит	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 754н

Стандарт специализированной медицинской помощи при подостром тиреоидите	E06.1 Подострый тиреоидит E06.2 Хронический тиреоидит с преобладающим тиреотоксикозом	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 854н
Стандарт специализированной медицинской помощи при инсулинзависимом сахарном диабете	E10.9 Инсулинзависимый сахарный диабет без осложнений E13.9 Другие уточненные формы сахарного диабета без осложнений E14.9 Сахарный диабет неуточненный без осложнений	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1552н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (без критической ишемии)	E10.5 Инсулинзависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения E11.5 Инсулиннезависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения E13.5 Другие уточненные формы сахарного диабета с нарушениями периферического кровообращения E14.5 Сахарный диабет неуточненный с нарушениями периферического кровообращения	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1434н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сахарном диабете с синдромом диабетической стопы (критическая ишемия)	E11.5 Инсулиннезависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения E10.5 Инсулинзависимый сахарный диабет с нарушениями периферического кровообращения E13.5 Другие уточненные формы сахарного диабета с нарушениями периферического кровообращения E14.5 Сахарный диабет неуточненный с нарушениями периферического кровообращения	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1620н
Стандарт специализированной медицинской помощи при инсулиннезависимом сахарном диабете	E11.9 Инсулиннезависимый сахарный диабет без осложнений E13.9 Другие уточненные формы сахарного диабета без осложнений E14.9 Сахарный диабет неуточненный без осложнений	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 858н
Стандарт специализированной медицинской помощи при гипопаратиреозе	E20 Гипопаратиреоз E20.0 Идиопатический гипопаратиреоз E20.1 Псевдогипопаратиреоз E20.8 Другие формы гипопаратиреоза E20.9 Гипопаратиреоз неуточненный E89.0 Гипотиреоз, возникший после медицинских процедур	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 755н
Стандарт специализированной медицинской помощи при син-	E22.2 Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона	взрослые	Приказ Минздрава России

дроме неадекватной секреции антидиуретического гормона	E87.1 Гипоосмолярность и гипонатриемия		от 24.12.2012 № 1558н
Стандарт специализированной медицинской помощи женщинам при гипогонадизме	E22.1 Гиперпролактинемия E23.0 Гипопитуитаризм E28.3 Первичная яичниковая недостаточность E30.0 Задержка полового созревания E89.3 Гипопитуитаризм, возникший после медицинских процедур E89.4 Нарушение функции яичников, возникшее после медицинских процедур Q50 Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок Q96 Синдром Тернера	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 748н
Стандарт специализированной медицинской помощи при несахарном диабете	E23.2 Несахарный диабет E23.0 Гипопитуитаризм E89.3 Гипопитуитаризм, возникший после медицинских процедур	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1402н
Стандарт специализированной медицинской помощи при врожденных аденогенитальных нарушениях, связанных с дефицитом ферментов	E25 Аденогенитальные расстройства E25.0 Врожденные аденогенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов E25.8 Другие аденогенитальные нарушения E25.9 Аденогенитальное нарушение неуточненное	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 658н
Стандарт специализированной медицинской помощи мужчинам при гипогонадизме	E29 Дисфункция яичек E29.1 Гипофункция яичек E29.8 Другие виды дисфункции яичек E29.9 Дисфункция яичек неуточненная E89.5 Гипофункция яичек, возникшая после медицинских процедур	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 845н
Стандарт специализированной медицинской помощи при ожирении	E66 Ожирение E66.0 Ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов E66.1 Ожирение, вызванное приемом лекарственных средств E66.2 Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией E66.8 Другие формы ожирения E66.9 Ожирение неуточненное E67 Другие виды избыточности питания	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 850н

Стандарт специализированной медицинской помощи при нарушениях обмена тирозина (наследственной тирозинемии 1a и 1b типов)	E70.2 Нарушения обмена тирозина	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 739н
Стандарт специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ, протекающий с симптомами клиники дыхательной недостаточности)	E80.2 Другие порфирии	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 793н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острой порфирии, впервые выявленной (первый приступ, протекающий без осложнений)	E80.2 Другие порфирии	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 794н
Стандарт специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ с осложненным течением)	E80.2 Другие порфирии	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1461н
Стандарт специализированной медицинской помощи при подостром течении острой порфирии, осложнившейся формированием хронической почечной недостаточности	E80.2 Другие порфирии	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 821н
Стандарт специализированной медицинской помощи при впервые выявленной острой порфирии (первый приступ, протекающий на фоне беременности)	E80.2 Другие порфирии	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 820н
Стандарт специализированной медицинской помощи при кистозном фиброзе (муковисцидозе)	E84.0 Кистозный фиброз с легочными проявлениями E84.1 Кистозный фиброз с кишечными проявлениями E84.8 Кистозный фиброз с другими проявлениями	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1605н
Стандарт специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 861н

	C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмоклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз		
Болезни нервной системы (G00–G99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при вирусном энцефалите, миелите	A85 Другие вирусные энцефалиты, не классифицированные в других рубриках A85.0 Эпштейн-баровирусный энцефалит (G05.1*) A85.1 Аденовирусный энцефалит (G05.1*) A85.8 Другие уточненные вирусные энцефалиты A86 Вирусный энцефалит неуточненный G05.1 Энцефалит, миелит и энцефаломиелит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1536н
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепных и внут-	G06 Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема G07 Внутричерепной и внутрипозвоночный абсцесс и гранулема	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012

рипозвоночных абсцессах	звоночный абсцесс и гранулема при болезнях, классифицированных в других рубриках		№ 1535н
Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона с выраженными когнитивными и другими немоторными расстройствами	G20 Болезнь Паркинсона	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1556н
Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Паркинсона, требующей стационарного лечения в связи с нестабильной реакцией на противопаркинсонические средства	G20 Болезнь Паркинсона	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1583н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дистонии	G24.0 Дистония, вызванная лекарственными средствами G24.1 Идиопатическая семейная дистония G24.2 Идиопатическая несемейная дистония G24.3 Спастическая кривошея G24.4 Идиопатическая ротолицевая дистония G24.5 Блефароспазм G24.8 Прочие дистонии G24.9 Дистония неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1540н
Стандарт специализированной медицинской помощи при первом клиническом проявлении рассеянного склероза (клинически изолированном синдроме)	G35 Рассеянный склероз	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1085н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром рассеянном энцефаломиелите	G36 Другая форма острой диссеминированной демиелинизации G36.1 Острый и подострый геморрагический лейкоэнцефалит [болезнь Харста] G36.8 Другая уточненная форма острой диссеминированной демиелинизации	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1409н
Стандарт специализированной медицинской помощи при эпилепсии	G40.0 Локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом G40.1 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1541н

	G40.2 Локализованная (фокальная) (парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками		
Стандарт специализированной медицинской помощи при транзиторной ишемической атаке	G45 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1693н
Стандарт специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмноклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 861н

Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50.0 Невралгия тройничного нерва G51.3 Клонический гемифациальный спазм G53.8 Другие поражения черепных нервов при других болезнях, классифицированных в других рубриках G54.0 Поражения нервных корешков и сплетений G56.0 Синдром запястного канала G57.0 Поражение седалищного нерва T14.4 Травма нерва (нервов) неуточненной области тела T90.3 Последствие травмы черепных нервов T91 Последствия травм шеи и туловища T92 Последствия травм верхней конечности T93 Последствия травм нижней конечности	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 616н
Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва	G51.0 Паралич Белла	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1497н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хронической воспалительной демиелинизирующей полиневропатии	G61.8 Другие воспалительные полиневропатии G61.9 Воспалительная полиневропатия неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1537н
Стандарт специализированной медицинской помощи при диабетической полиневропатии	G63.2 Диабетическая полиневропатия (E10–E14+ с общим четвертым знаком .4)	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1544н
Стандарт специализированной медицинской помощи при полиневропатии с системными поражениями соединительной ткани	G63.5 Полиневропатия при системных поражениях соединительной ткани (M30–M35+)	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1543н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелой миастении, осложненной кризом	G70.0 Myasthenia gravis [тяжелая миастения]	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1538н
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме	G93.5 Сдавление головного мозга G96.0 Истечение цереброспинальной жидкости [ликворея] S01 Открытая рана головы S01.7 Множественные открытые раны головы	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 635н

	S02 Перелом черепа и лицевых костей S04 Травма черепных нервов S04.0 Травма зрительного нерва и зрительных проводящих путей S04.1 Травма глазодвигательного нерва S04.2 Травма блокового нерва S04.3 Травма тройничного нерва S04.4 Травма отводящего нерва S04.5 Травма лицевого нерва S04.6 Травма слухового нерва S04.7 Травма добавочного нерва S04.8 Травма других черепных нервов S04.9 Травма черепномозгового нерва неуточненного S06 Внутричерепная травма S07 Размозжение головы S07.1 Размозжение черепа S09 Другие и неуточненные травмы головы S09.7 Множественные травмы головы		
Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00–H59)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при экзофтальме, связанном с нарушением функции щитовидной железы	H06.2 Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы (E05.–+)	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1597н
Стандарт специализированной медицинской помощи при глаукоме	H26.2 Осложненная катаракта H40.0 Подозрение на глаукому H40.1 Первичная открытоугольная глаукома H40.2 Первичная закрытоугольная глаукома H40.3 Глаукома вторичная посттравматическая H40.4 Глаукома вторичная вследствие воспалительного заболевания глаза H40.5 Глаукома вторичная вследствие других болезней глаз H40.6 Глаукома вторичная, вызванная приемом лекарственных средств H40.8 Другая глаукома H40.9 Глаукома неуточненная H42.0 Глаукома при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ Q15.0 Врожденная глаукома	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 862н

Стандарт специализированной медицинской помощи при окклюзии центральной артерии сетчатки и ее ветвей	Н34.1 Центральная ретинальная артериальная окклюзия Н34.2 Другие ретинальные артериальные окклюзии	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1612н
Стандарт специализированной медицинской помощи при возрастной макулярной дегенерации	Н35.3 Дегенерация макулы и заднего полюса	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1276н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром приступе закрытоугольной глаукомы	Н40.2 Первичная закрытоугольная глаукома	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1412н
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутриглазных и внутриорбитальных инородных телах	S05.5 Проникающая рана глазного яблока с инородным телом T15 Инородное тело в наружной части глаза. Гнойный эндофтальмит Н44.0 Другие эндофтальмиты Н44.1 Неудаленное (давно попавшее в глаз) магнитное инородное тело Н44.6 Неудаленное (давно попавшее в глаз) немагнитное инородное тело S05.4 Проникающая рана глазницы с наличием инородного тела или без него	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1451н
Болезни уха и сосцевидного отростка (Н60–Н95)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при отосклерозе	Н80.0 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, необлитерирующий Н80.1 Отосклероз, вовлекающий овальное окно, облитерирующий Н80.2 Кохлеарный отосклероз Н80.8 Другие формы отосклероза Н80.9 Отосклероз неуточненный	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1211н
Стандарт специализированной медицинской помощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации	Н90.3 Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 17.09.2014 № 526н
Стандарт специализированной медицинской помощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации	Н90.3 Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 17.09.2014 № 527н

Болезни системы кровообращения (I00–I99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)	I20.0 Нестабильная стенокардия I21.4 Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 405ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)	I21.0 Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда I21.1 Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда I21.2 Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций I21.3 Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации I21.9 Острый инфаркт миокарда неуточненный I22 Повторный инфаркт миокарда	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 404ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при тромбоэмболии легочных артерий	I26 Легочная эмболия I26.0 Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце I26.9 Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 873н
Стандарт специализированной медицинской помощи при желудочковой тахикардии	I47.2 Желудочковая тахикардия	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 710н
Стандарт специализированной медицинской помощи при фибрилляции и трепетании предсердий	I48 Фибрилляция и трепетание предсердий	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1622н
Стандарт специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности	I50 Сердечная недостаточность I25.5 Ишемическая кардиомиопатия I42.0 Дилатационная кардиомиопатия I51.4 Миокардит неуточненный	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1554н
Стандарт специализированной медицинской помощи при субарахноидальном кровоизлиянии (консервативное лечение)	I60 Субарахноидальное кровоизлияние	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1749н
Стандарт специализированной медицинской помощи	I60 Субарахноидальное кровоизлияние	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от

при субарахноидальных и внутримозговых кровоизлияниях	I61 Внутримозговое кровоизлияние I67.1 Церебральная аневризма без разрыва I67.8 Другие уточненные поражения сосудов мозга I78.0 Наследственная геморрагическая телеангиэктазия Q28.2 Артериовенозный порок развития церебральных сосудов Q28.3 Другие пороки развития церебральных сосудов Q28.8 Другие уточненные врожденные аномалии системы кровообращения		01.07.2015 № 395ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутримозговом кровоизлиянии (консервативное лечение)	I61 Внутримозговое кровоизлияние	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1692н
Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга	I63 Инфаркт мозга	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1740н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром тромбозе в системе верхней и нижней полых вен	I80.2 Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижних конечностей I82.2 Эмболия и тромбоз полых вен I82.8 Эмболия и тромбоз других уточненных вен I82.9 Эмболия и тромбоз неуточненной вены	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 835н
Стандарт специализированной медицинской помощи при варикозном расширении вен нижней конечности с язвой и (или) воспалением	I83.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей с язвой I83.1 Варикозное расширение вен нижних конечностей с воспалением	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1456н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром восходящем тромбофлебите большой и(или) малой подкожных вен	I83 Варикозное расширение вен нижних конечностей I83.9 Варикозное расширение вен нижних конечностей без язвы или воспаления	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 837н
Стандарт специализированной медицинской помощи при посттромбофлебитической болезни	I87.0 Постфлебитический синдром	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 836н
Болезни органов дыхания (J00–J99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи	J01.0 Острый верхнечелюстной синусит	взрослые	Приказ Минздрава России от

при одонтогенных верхнечелюстных синуситах	J32.0 Хронический верхнечелюстной синусит		24.12.2012 № 1525н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острой респираторной вирусной инфекции тяжелой степени тяжести	J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 657н
Стандарт специализированной медицинской помощи при гриппе тяжелой степени тяжести	J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 842н
Стандарт специализированной медицинской помощи при гриппе средней степени тяжести	J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа J10.1 Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован J11 Грипп, вирус не идентифицирован J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 724н
Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями	J10.0 Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован J13 Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae J14 Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева–Пфейффера] J15.0 Пневмония, вызванная Klebsiella pneumoniae J15.1 Пневмония, вызванная Pseudomonas (синегнойной палочкой) J15.2 Пневмония, вызванная стафилококком J15.3 Пневмония, вызванная стрептококком группы В J15.4 Пневмония, вызванная другими стрептококками J15.5 Пневмония, вызванная Escherichia coli J15.6 Пневмония, вызванная другими аэробными грамотрицательными бактериями J15.8 Другие бактериальные пневмонии J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная J16.8 Пневмония, вызванная другими уточненными инфекционными возбудителями J18.1 Долевая пневмония неуточненная	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 741н

	J18.2 Гипостатическая пневмония неуточненная J85.1 Абсцесс легкого с пневмонией		
Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести	J13 Пневмония, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i> J14 Пневмония, вызванная <i>Haemophilus influenzae</i> [палочкой Афанасьева–Пфейффера] J15.7 Пневмония, вызванная <i>Mycoplasma pneumoniae</i> J15.9 Бактериальная пневмония неуточненная J16.0 Пневмония, вызванная хламидиями J18.8 Другая пневмония, возбудитель не уточнен J18.9 Пневмония неуточненная	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1658н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хроническом синусите	J32.0 Хронический верхнечелюстной синусит J32.1 Хронический фронтальный синусит J32.2 Хронический этмоидальный синусит J32.3 Хронический сфеноидальный синусит J32.4 Хронический пансинусит J32.8 Другие хронические синуситы J32.9 Хронический синусит неуточненный J33.0 Полип полости носа J33.1 Полипозная дегенерация синуса J33.8 Другие полипы синуса J33.9 Полип носа неуточненный J34.1 Киста или мукоцеле носового синуса	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1203н
Стандарт специализированной медицинской помощи при перитонзиллярном абсцессе	J36 Перитонзиллярный абсцесс	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1207н
Стандарт специализированной медицинской помощи при бронхоэктатической болезни	J47 Бронхоэктатическая болезнь [бронхоэктаз]	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1596н
Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмокониозе, вызванном асбестом и другими минеральными веществами	J61 Пневмокониоз, вызванный асбестом и другими минеральными веществами	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.09.2016 № 747н
Стандарт специализированной медицинской помощи	J67.0 Легкое фермера [сельскохозяйственного работника]	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от

при интерстициальных заболеваниях легких	J67.2 Легкое птицевода J67.4 Легкое работающего с соломом J67.5 Легкое работающего с грибами J67.6 Легкое сборщика коры клена J67.7 Легкое контактирующего с кондиционером и увлажнителями воздуха J67.8 Гиперсенситивные пневмониты, вызванные другой органической пылью J67.9 Гиперсенситивный пневмонит, вызванный неуточненной органической пылью J69.0 Пневмонит, вызванный пищей и рвотными массами J69.1 Пневмонит, вызванный вдыханием масел и эссенций J69.8 Пневмонит, вызванный другими твердыми веществами и жидкостями J70.0 Острые легочные проявления, вызванные радиацией J70.1 Хронические и другие легочные проявления, вызванные радиацией J70.2 Острые интерстициальные легочные нарушения, вызванные лекарственными средствами J70.3 Хронические интерстициальные легочные нарушения, вызванные лекарственными средствами J70.4 Легочные интерстициальные нарушения, вызванные лекарственными средствами, неуточненные J70.8 Респираторные состояния, вызванные другими уточненными внешними агентами J70.9 Респираторные состояния, вызванные неуточненными внешними агентами J84.0 Альвеолярные и париеоальвеолярные нарушения J84.1 Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе J84.8 Другие уточненные интерстициальные легочные болезни J84.9 Интерстициальная легочная болезнь, неуточненная		28.12.2012 № 1594н
Стандарт специализированной медицинской помощи при плеврите	J90 Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012

	J91 Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках J94.8 Другие уточненные плевральные состояния J94.9 Плевральное поражение не уточненное		№ 1592н
Болезни органов пищеварения (K00–K93)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 722н
Стандарт специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки	K25 Язва желудка K26 Язва двенадцатиперстной кишки	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 773н
Стандарт специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмоклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма,	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 861н

	не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз		
Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника (с диареей)	K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 774н
Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника (без диареи)	K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1420н
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00–L99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при абсцессе, фурункуле, карбункуле кожи	L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища L02.3 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы L02.4 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности L02.8 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 838н
Стандарт специализированной медицинской помощи при буллезном пемфигоиде	L12.0 Буллезный пемфигοид	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1601н
Стандарт специализированной медицинской помощи при буллезном пемфигοиде (в дневном стационаре)	L12.0 Буллезный пемфигοид	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1600н
Стандарт специализированной медицинской помощи при буллезном пемфигοиде	L12.0 Буллезный пемфигοид	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1601н
Стандарт специализированной медицинской помощи при герпетиформном дерматите	L13.0 Дерматит герпетиформный	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1608н

Стандарт специализированной медицинской помощи при герпетиформном дерматите (в дневном стационаре)	L13.0 Дерматит герпетиформный	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1607н
Стандарт специализированной медицинской помощи при среднетяжелых формах атопического дерматита (в дневном стационаре)	L20 Атопический дерматит	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1587н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах атопического дерматита	L20 Атопический дерматит	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1613н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах атопического дерматита, резистентного к другим видам системной терапии	L20 Атопический дерматит	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1588н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тяжелых формах атопического дерматита, резистентного к другим видам системной терапии (в дневном стационаре)	L20 Атопический дерматит	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1589н
Стандарт специализированной медицинской помощи при эксфолиативном дерматите	L26 Эксфолиативный дерматит	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1590н
Стандарт специализированной медицинской помощи при гнездной алопеции	L63.0 Алопеция тотальная L63.1 Алопеция универсальная	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1610н
Стандарт специализированной медицинской помощи при гнездной алопеции (в дневном стационаре)	L63.0 Алопеция тотальная L63.1 Алопеция универсальная L63.2 Гнездная плешивость (лентовидная форма)	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1609н
Стандарт специализированной медицинской помощи при витилиго (в дневном стационаре)	L80.0 Витилиго	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1602н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дискоидной красной волчанке (в дневном стационаре)	L93.0 Дискоидная красная волчанка	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1611н
Стандарт специализированной медицинской помощи при тя-	L94.0 Локализованная склеродермия [morphea]	взрослые	Приказ Минздрава России от

желых формах локализованной склеродермии	L94.1 Линейная склеродермия		28.12.2012 № 1591н
Стандарт специализированной медицинской помощи при локализованной склеродермии тяжелой степени тяжести (в дневном стационаре)	L94.0 Локализованная склеродермия [morphea] L94.1 Линейная склеродермия	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1549н
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00–M99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при донорстве аутологичного костного мозга	C50 Злокачественное новообразование молочной железы C81 Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз] C82 Фолликулярная [нодулярная] неходжкинская лимфома C83 Диффузная неходжкинская лимфома C84 Периферические и кожные Т-клеточные лимфомы C85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы C88.1 Болезнь альфа-тяжелых цепей C88.2 Болезнь гамма-тяжелых цепей C90.0 Множественная миелома C90.1 Плазмоклеточный лейкоз C90.2 Плазмоцитома экстрамедуллярная C91.0 Острый лимфобластный лейкоз C91.1 Хронический лимфоцитарный лейкоз C92.0 Острый миелоидный лейкоз C92.1 Хронический миелоидный лейкоз C92.4 Острый промиелоцитарный лейкоз C92.5 Острый миеломоноцитарный лейкоз D46.9 Миелодиспластический синдром неуточненный D89 Другие нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках E85 Амилоидоз G35 Рассеянный склероз K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит] M05 Серопозитивный ревматоидный артрит M32 Системная красная волчанка M34 Системный склероз	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 861н

Стандарт специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах	M07* Псориатические и энтеропатические артропатии M09* Юношеский [ювенильный] артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках M45 Анкилозирующий спондилит M46.8 Другие уточненные воспалительные спондилопатии M46.9 Воспалительные спондилопатии неуточненные	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 687н
Стандарт специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)	M07 Псориатические и энтеропатические артропатии M09 Юношеский [ювенильный] артрит при болезнях, классифицированных в других рубриках M45 Анкилозирующий спондилит M46.8 Другие уточненные воспалительные спондилопатии M46.9 Воспалительные спондилопатии неуточненные	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 822н
Стандарт специализированной медицинской помощи при узелковом полиартериите и родственных состояниях, других некротизирующих васкулопатиях и других системных поражениях соединительной ткани	M30 Узелковый полиартериит и родственные состояния M31 Другие некротизирующие васкулопатии M35 Другие системные поражения соединительной ткани	взрослые, дети	Приказы Минздрава России от 07.11.2012 № 631н, от 09.11.2012 № 706н
Стандарт специализированной медицинской помощи при системной красной волчанке (в дневном стационаре)	M32 Системная красная волчанка	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 654н
Стандарт специализированной медицинской помощи при системной красной волчанке	M32 Системная красная волчанка	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 613н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дерматополимиозите	M33 Дерматополимиозит	взрослые, дети	Приказы Минздрава России от 07.11.2012 № 617н, от 09.11.2012 № 749н
Стандарт специализированной медицинской помощи при системном склерозе	M34 Системный склероз M35 Другие системные поражения соединительной ткани	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 686н
Стандарт специализированной медицинской помощи при грубой ригидной сколиоз	Q76.3 Врожденный сколиоз, вызванный пороком развития кости Q77.9 Остеохондродисплазия с	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 20.12.2012

тической деформации позвоночника	дефектами роста трубчатых костей и позвоночного столба неуточненная M41.1 Юношеский идиопатический сколиоз M41.2 Другие идиопатические сколиозы M41.3 Торакогенный сколиоз M41.4 Нервно-мышечный сколиоз M41.5 Прочие вторичные сколиозы		№ 1076н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга	M43.1 Спондилолистез M48.0 Спинальный стеноз M50 Поражение межпозвоночных дисков шейного отдела M51 Поражение межпозвоночных дисков других отделов Q76.4 Другие врожденные аномалии позвоночника, не связанные со сколиозом T91.1 Последствие перелома позвоночника	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 653н
Стандарт специализированной медицинской помощи при поражении межпозвоночного диска и других отделов позвоночника с радикулопатией (консервативное лечение)	M51.1 Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикулопатией M47.2 Другие спондилезы с радикулопатией M54.1 Радикулопатия	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1547н
Болезни мочеполовой системы (N00–N99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром нефритическом синдроме, рецидивирующей и устойчивой гематурии, хроническом нефритическом синдроме, других уточненных синдромах врожденных аномалий, не классифицированных в других рубриках	N 00 Острый нефритический синдром N 02 Рецидивирующая и устойчивая гематурия N 03 Хронический нефритический синдром Q87.8 Другие уточненные синдромы врожденных аномалий, не классифицированные в других рубриках	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 614н
Стандарт специализированной медицинской помощи при нефротическом синдроме (стероидрезистентном)	N 04 Нефротический синдром	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 763н
Стандарт специализированной медицинской помощи при нефротическом синдроме (диагностика, лечение)	N 04.0 Незначительные гломерулярные нарушения N 04.1 Очаговые и сегментарные гломерулярные повреждения N 04.2 Диффузный мембранозный гломерулонефрит N 04.3 Диффузный мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1683н

	N 04.4 Диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит N 04.5 Диффузный мезангиокапиллярный гломерулонефрит N 04.8 Другие изменения N 04.9 Неуточненное изменение		
Стандарт специализированной медицинской помощи при почечной недостаточности. Проведение обмена перитонеального диализа	N 18.0 Терминальная стадия поражения почек N 18.9 Хроническая почечная недостаточность неуточненная N 19 Почечная недостаточность неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1271н
Стандарт специализированной медицинской помощи при хронической болезни почек V стадии в преддиализном периоде, при госпитализации с целью подготовки к заместительной почечной терапии	N 18.0 Терминальная стадия поражения почек N 18.9 Хроническая почечная недостаточность неуточненная N 19 Почечная недостаточность неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1268н
Стандарт специализированной медицинской помощи при почечной колике	N 23 Почечная колика неуточненная	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 699н
Стандарт специализированной медицинской помощи при нарушениях, развивающихся в результате дисфункции почечных канальцев (тубулопатии)	N 25.0 Почечная остеодистрофия N 25.1 Нефрогенный несахарный диабет N 25.8 Другие нарушения, обусловленные дисфункцией почечных канальцев N 25.9 Нарушение, возникшее в результате дисфункции почечных канальцев, неуточненное	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 762н
Стандарт специализированной медицинской помощи при непроизвольном мочеиспускании	N 39.3 Непроизвольное мочеиспускание	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 698н
Стандарт специализированной медицинской помощи при острых простатите, орхите и эпидидимите	N 41.0 Острый простатит N 45 Орхит и эпидидимит	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 696н
Стандарт специализированной медицинской помощи при фимозе, баланопостите, баланите, язве и лейкоплакии полового члена и других воспалительных заболеваний полового члена	N 48.1 Баланопостит N 48.6 Баланит N 48.5 Язва полового члена N 48.2 Другие воспалительные болезни полового члена N 48.0 Лейкоплакия полового члена N 47 Избыточная крайняя плотность, фимоз и парафимоз	взрослые	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1684н

Стандарт специализированной медицинской помощи женщинам при аномальных кровотечениях (маточных и влагалищных) различного генеза	N 92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле N 92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле N 92.3 Овуляторные кровотечения N 92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде N 92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций N 92.6 Нерегулярные менструации неуточненные N 93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища N 93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное N 95.0 Постменопаузные кровотечения N 85.0 Железистая гиперплазия эндометрия N 80.0 Эндометриоз матки N 71.1 Хроническая воспалительная болезнь матки N 71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1473н
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при глаукоме	H26.2 Осложненная катаракта H40.0 Подозрение на глаукому H40.1 Первичная открытоугольная глаукома H40.2 Первичная закрытоугольная глаукома H40.3 Глаукома вторичная посттравматическая H40.4 Глаукома вторичная вследствие воспалительного заболевания глаза H40.5 Глаукома вторичная вследствие других болезней глаз H40.6 Глаукома вторичная, вызванная приемом лекарственных средств H40.8 Другая глаукома H40.9 Глаукома неуточненная H42.0 Глаукома при болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ Q15.0 Врожденная глаукома	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 862н
Стандарт специализированной медицинской помощи при врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки	Q21.0 Дефект межжелудочковой перегородки Q21.1 Дефект предсердной перегородки Q21.2 Дефект предсердно-	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1656н

	желудочковой перегородки Q21.4 Дефект перегородки между аортой и легочной артерией		
Стандарт специализированной медицинской помощи при дру- гих врожденных аномалиях (пороках развития) сердечной перегородки	Q21.8 Другие врожденные анома- лии сердечной перегородки	взрослые, дети	Приказ Минздра- ва России от 29.12.2012 № 1657н
Стандарт специализирован- ной медицинской помощи при врожденном стенозе аор- тального клапана	Q23.0 Врожденный стеноз аор- тального клапана	взрослые, дети	Приказ Минздра- ва России от 29.12.2012 № 1655н
Стандарт специализирован- ной медицинской помощи при врожденном стенозе ле- гочной артерии и других врожденных аномалиях ле- гочной артерии	Q25.6 Стеноз легочной артерии Q25.7 Другие врожденные анома- лии легочной артерии	взрослые, дети	Приказ Минздра- ва России от 28.12.2012 № 1618н
Стандарт специализирован- ной медицинской помощи при субарахноидальных и внутричерепных кровоизлия- ниях	I60 Субарахноидальное кровоиз- лияние I61 Внутричерепное кровоизлияние I67.1 Церебральная аневризма без разрыва I67.8 Другие уточненные пораже- ния сосудов мозга I78.0 Наследственная геморраги- ческая телеангиэктазия Q28.2 Артериовенозный порок развития церебральных сосудов Q28.3 Другие пороки развития церебральных сосудов Q28.8 Другие уточненные врож- денные аномалии системы крово- обращения	взрослые, дети	Приказ Минздра- ва России от 01.07.2015 № 395ан
Стандарт специализированной медицинской помощи женщи- нам при гипогонадизме	E22.1 Гиперпролактинемия E23.0 Гипопитуитаризм E28.3 Первичная яичниковая не- достаточность E30.0 Задержка полового созре- вания E89.3 Гипопитуитаризм, возник- ший после медицинских процедур E89.4 Нарушение функции яич- ников, возникшее после меди- цинских процедур Q50 Врожденные аномалии [по- роки развития] яичников, фалло- пиевых труб и широких связок Q96 Синдром Тернера	взрослые	Приказ Минздра- ва России от 09.11.2012 № 748н
Стандарт специализирован- ной медицинской помощи при грубой ригидной сколиоз-	Q76.3 Врожденный сколиоз, вы- званный пороком развития кости Q77.9 Остеохондродисплазия с	взрослые, дети	Приказ Минздра- ва России от 20.12.2012

тической деформации позвоночника	дефектами роста трубчатых костей и позвоночного столба неуточненная M41.1 Юношеский идиопатический сколиоз M41.2 Другие идиопатические сколиозы M41.3 Торакогенный сколиоз M41.4 Нервно-мышечный сколиоз M41.5 Прочие вторичные сколиозы		№ 1076н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга	M43.1 Спондилолистез M48.0 Спинальный стеноз M50 Поражение межпозвоночных дисков шейного отдела M51 Поражение межпозвоночных дисков других отделов Q76.4 Другие врожденные аномалии позвоночника, не связанные со сколиозом T91.1 Последствие перелома позвоночника	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 653н
Стандарт специализированной медицинской помощи при врожденном ихтиозе	Q80.0 Ихтиоз простой	взрослые	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1615н
Стандарт специализированной медицинской помощи при остром нефритическом синдроме, рецидивирующей и устойчивой гематурии, хроническом нефритическом синдроме, других уточненных синдромах врожденных аномалий, не классифицированных в других рубриках	N 00 Острый нефритический синдром N 02 Рецидивирующая и устойчивая гематурия N 03 Хронический нефритический синдром Q87.8 Другие уточненные синдромы врожденных аномалий, не классифицированные в других рубриках	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 614н
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00–R99)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при носовом кровотечении	R04.0 Носовое кровотечение	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1208н
Стандарт специализированной медицинской помощи при задержке мочи	R33 Задержка мочи	взрослые	Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 745н
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00–T98)			
Стандарт специализированной медицинской помощи при контузии (закрытой травме) глазного яблока и орбиты	S00.1 Ушиб века и окологлазничной области S05.1 Ушиб глазного яблока и тканей глазницы	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 28.12.2012 № 1578н

	S02.1 Перелом основания черепа S02.3 Перелом дна глазницы S04.0 Травма зрительного нерва и зрительных проводящих путей S05.8 Другие травмы глаза и орбиты		
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутриглазных и внутриорбитальных инородных телах	S05.5 Проникающая рана глазного яблока с инородным телом T15 Инородное тело в наружной части глаза H44.0 Гнойный эндофтальмит H44.1 Другие эндофтальмиты H44.6 Неудаленное (давно попавшее в глаз) магнитное инородное тело H44.7 Неудаленное (давно попавшее в глаз) немагнитное инородное тело S05.4 Проникающая рана глазницы с наличием инородного тела или без него	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1451н
Стандарт специализированной медицинской помощи при инородном теле в ухе	T16 Инородное тело в ухе	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1506н
Стандарт специализированной медицинской помощи при инородном теле околоносовых пазух	T17.0 Инородное тело в носовом синусе	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1210н
Стандарт специализированной медицинской помощи при внутричерепной травме	G93.5 Сдавление головного мозга G96.0 Истечение цереброспинальной жидкости [ликворея] S01 Открытая рана головы S01.7 Множественные открытые раны головы S02 Перелом черепа и лицевых костей S04 Травма черепных нервов S04.0 Травма зрительного нерва и зрительных проводящих путей S04.1 Травма глазодвигательного нерва S04.2 Травма блокового нерва S04.3 Травма тройничного нерва S04.4 Травма отводящего нерва S04.5 Травма лицевого нерва S04.6 Травма слухового нерва S04.7 Травма добавочного нерва S04.8 Травма других черепных нервов S04.9 Травма черепномозгового нерва неуточненного S06 Внутричерепная травма	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 635н

	S07 Размозжение головы S07.1 Размозжение черепа S09 Другие и неуточненные травмы головы S09.7 Множественные травмы головы		
Стандарт специализированной медицинской помощи при травме позвоночника, спинного мозга и нервов спинного мозга	S12 Перелом шейного отдела позвоночника S14 Травма нервов и спинного мозга на уровне шеи S22 Перелом ребра (ребер), грудины и грудного отдела позвоночника S24 Травма нервов и спинного мозга в грудном отделе S32 Перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза S33 Вывих, растяжение и перенапряжение капсульно-связочного аппарата поясничного отдела позвоночника и таза S34 Травма нервов и поясничного отдела спинного мозга на уровне живота, нижней части спины и таза T08 Перелом позвоночника на неуточненном уровне	взрослые, дети	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 639н
Стандарт специализированной медицинской помощи при переломе грудного отдела позвоночника, вывихе, растяжении и повреждении капсульно-связочного аппарата на уровне груди	S22.0 Перелом грудного позвонка S22.1 Множественные переломы грудного отдела позвоночника S23.0 Травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе S23.1 Вывих грудного позвонка	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 407абн
Стандарт специализированной медицинской помощи при переломах грудного и/или поясничного отдела позвоночника, вывихах, растяжении и повреждении капсульно-связочного аппарата (консервативное лечение)	S22.0 Перелом грудного позвонка S22.1 Множественные переломы грудного отдела позвоночника S23.0 Травматический разрыв межпозвоночного диска в грудном отделе S23.1 Вывих грудного позвонка S23.2 Вывих другого и неуточненного отдела грудной клетки S32.0 Перелом поясничного позвонка S32.1 Перелом крестца S32.2 Перелом копчика S33.0 Травматический разрыв межпозвоночного диска в пояснично-крестцовом отделе S33.1 Вывих поясничного позвонка	взрослые	Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1522н

	S33.2 Вывих крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения S33.3 Вывих другой и неуточненной части пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза S32.7 Множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза S32.8 Переломы других и неуточненных частей пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза		
Стандарт специализированной медицинской помощи при травмах пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза	S32.0 Перелом поясничного позвонка S32.1 Перелом крестца S32.2 Перелом копчика S32.7 Множественные переломы пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза S33.0 Травматический разрыв межпозвоночного диска в пояснично-крестцовом отделе S33.1 Вывих поясничного позвонка S33.2 Вывих крестцово-подвздошного сустава и крестцово-копчикового соединения	взрослые	Приказ Минздрава России от 01.07.2015 № 407ан
Стандарт специализированной медицинской помощи при ранах плечевого пояса, ранах плеча, множественных ранах плечевого пояса и плеча, ранах другой и неуточненной локализации плечевого пояса	S41.0 Открытая рана плечевого пояса S41.1 Открытая рана плеча S41.8 Открытая рана другой и неуточненной части плечевого пояса	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1248н
Стандарт специализированной медицинской помощи при ранах локтя, множественных ранах предплечья, ранах других частей предплечья, ранах неуточненной локализации предплечья	S51.0 Открытая рана локтя S51.7 Множественные открытые раны предплечья S51.8 Открытая рана других частей предплечья S51.9 Открытая рана неуточненной части предплечья	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1251н
Стандарт специализированной медицинской помощи при ранах пальца(ев) кисти без повреждения ногтевой пластинки, множественных ранах запястья и кисти, ранах других частей запястья и кисти, ранах неуточненной локализации области запястья и кисти	S61.0 Открытая рана пальца(ев) кисти без повреждения ногтевой пластинки S61.7 Множественные открытые раны запястья и кисти S61.8 Открытая рана других частей запястья и кисти S61.9 Открытая рана неуточненной части запястья и кисти	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1252н

Стандарт специализированной медицинской помощи при ране области тазобедренного сустава, ране бедра, множественных ранах области тазобедренного сустава и бедра, ране другой и неуточненной тазовой области	S71.0 Открытая рана области тазобедренного сустава S71.1 Открытая рана бедра S71.7 Множественные открытые раны области тазобедренного сустава и бедра S71.8 Открытая рана другой и неуточненной части тазового пояса	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1247н
Стандарт специализированной медицинской помощи при ране области коленного сустава, множественных ранах голени, ранах других частей голени, ранах голени неуточненной локализации	S81.0 Открытая рана коленного сустава S81.7 Множественные открытые раны голени S81.8 Открытая рана других частей голени S81.9 Открытая рана голени неуточненной локализации	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1250н
Стандарт специализированной медицинской помощи при ранах области голеностопного сустава, ранах пальца(ев) стопы без повреждения ногтевой пластинки, ранах других частей стопы, множественных ранах голеностопного сустава и стопы	S91.0 Открытая рана области голеностопного сустава	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1249н
Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50.0 Невралгия тройничного нерва G51.3 Клонический гемифациальный спазм G53.8 Другие поражения черепных нервов при других болезнях, классифицированных в других рубриках G54.0 Поражения нервных корешков и сплетений G56.0 Синдром запястного канала G57.0 Поражение седалищного нерва T14.4 Травма нерва (нервов) неуточненной области тела T90.3 Последствие травмы черепных нервов T91 Последствия травм шеи и туловища T92 Последствия травм верхней конечности T93 Последствия травм нижней конечности	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 616н
Стандарт специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга	M43.1 Спондилолистез M48.0 Спинальный стеноз M50 Поражение межпозвоночных дисков шейного отдела	взрослые	Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 653н

	M51 Поражение межпозвоночных дисков других отделов Q76.4 Другие врожденные аномалии позвоночника, не связанные со сколиозом T91.1 Последствие перелома позвоночника		
Стандарт специализированной медицинской помощи при последствиях позвоночно-спинномозговой травмы на шейном, грудном, поясничном уровнях	T91.3 Последствия травмы спинного мозга	взрослые	Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1264н

Глава 3. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения

Утверждены требования к организации работы приёмного отделения и оказанию экстренной помощи, лист маршрутизации пациента в приемном отделении, алгоритм лабораторного обследования пациентов, доставленных в приёмное отделение, временные нормативы лабораторных исследований, выполняемых в срочном порядке, алгоритм инструментального обследования пациентов, доставленных в приёмное отделение, алгоритм действий дежурного персонала приемного отделения при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, террористических актов, алгоритм оценки степени тяжести состояния пациента, алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации, алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке, алгоритм действий при желудочно-кишечном кровотечении, алгоритм лечения острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), алгоритм лечения кардиогенного шока, алгоритм лечения кардиогенного отека легких, алгоритм мероприятий при травматическом шоке, алгоритм мероприятий при недифференцированном шоке, алгоритм мероприятий при судорожном синдроме, алгоритм мероприятий при асфиксии, алгоритм ведения пациентов с острым коронарным синдромом, алгоритм действий при остром инфаркте миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

18.12.2018

№ 180/1

г. Пенза

Об организации работы приёмного отделения и оказания экстренной помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», постановлением Правительства Пензенской области от 30.09.2011 № 681-пп «О порядке и условиях оказания медицинской помощи и сроках ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке и по экстренным показаниям», приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом Минздрава России от 17.05.1999 № 174 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка», приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», со стандартами скорой медицинской помощи,

территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области, положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 119, положением о плановой госпитализации пациентов в стационар, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 31.07.2012 № 135, порядком обеспечения инфекционной безопасности, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 06.10.2014 № 124, правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну, утвержденными приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.06.2017 № 100, приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”» и с целью оказания своевременной, эффективной, безопасной экстренной помощи в ближайшее время после поступления или обращения пациента, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить требования к организации работы приёмного отделения и оказанию экстренной помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 1).
2. Утвердить лист маршрутизации пациента в приемном отделении (Приложение № 2).
3. Утвердить алгоритм лабораторного обследования пациентов, доставленных в приёмное отделение (Приложение № 3).
4. Утвердить временные нормативы лабораторных исследований, выполняемых в срочном порядке (Приложение № 4).
5. Утвердить алгоритм инструментального обследования пациентов, доставленных в приёмное отделение (Приложение № 5).
6. Утвердить алгоритм действий дежурного персонала приемного отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, террористических актов (Приложение № 6).
7. Утвердить алгоритм оценки степени тяжести состояния пациента (Приложение № 7).
8. Утвердить алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации (Приложение № 8).
9. Утвердить алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке (Приложение № 9).
10. Утвердить алгоритм действий при желудочно-кишечном кровотечении (Приложение № 10).
11. Утвердить алгоритм лечения ОНМК (Приложение № 11).
12. Утвердить алгоритм лечения кардиогенного шока (Приложение № 12).
13. Утвердить алгоритм лечения кардиогенного отека легких (Приложение № 13).
14. Утвердить алгоритм мероприятий при травматическом шоке (Приложение № 14).
15. Утвердить алгоритм мероприятий при недифференцированном шоке (Приложение № 15).
16. Утвердить алгоритм мероприятий при судорожном синдроме (Приложение № 16).
17. Утвердить алгоритм мероприятий при асфиксии (Приложение № 17).
18. Утвердить алгоритм ведения пациентов с острым коронарным синдромом (Приложение № 18).
19. Утвердить алгоритм действий при остром инфаркте миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ (Приложение № 19).
20. Ответственным за актуализацию приказа назначить заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.
21. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. внести изменения в должностные инструкции сотрудников, персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
22. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

А.В. Никишин

Требования к организации работы приёмного отделения, в том числе по оказанию экстренной медицинской помощи

Организация работы приемного отделения, в том числе по оказанию экстренной медицинской помощи, базируется на следующих принципах:

- своевременности медицинской помощи;
- эффективности помощи;
- безопасности помощи;
- рациональности (госпитализация по профилю в соответствии с приказами Минздрава Пензенской области по маршрутизации).

Для оказания экстренной помощи с соблюдением названных принципов необходимо обеспечение:

- слаженности в работе всего коллектива;
- бесперебойной работы оборудования;
- полным комплектом необходимых медицинских изделий, лекарственных препаратов.

Задачи приёмного отделения:

1. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении.
2. Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение.
3. Госпитализация пациентов в отделения стационара.
4. Вызов дежурного врача для осмотра больного в отделениях стационара, в том числе в приемном отделении.
5. Оформление отказа в госпитализации.
6. Организация транспортировки непрофильных пациентов, доставленных в приёмное отделение, в другие стационары города.
7. Оказание экстренной медицинской помощи, в том числе организация необходимого обследования пациентов с экстренной патологией.

1. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении

1.1. В приемное отделение поступают пациенты с направлениями на очередную плановую госпитализацию, выданными в поликлиниках и других медицинских организациях г. Пензы и Пензенской области, а также пациенты, поступающие по экстренным показаниям (доставленные бригадами Скорой медицинской помощи, направленные из лечебных учреждений, в том числе и из других регионов, и обратившиеся самостоятельно).

1.2. Прием пациентов проводится с соблюдением принципов разделения пациентов на группы в зависимости от срочности (обратившиеся по экстренным показаниям и по плановым показаниям), в зависимости от тяжести состояния и в зависимости от профиля заболевания (хирургический, кардиологический, урологический и проч.). В отдельную группу выделяются пациенты, которые могут представлять угрозу здоровью окружающих в связи с наличием у этих пациентов инфекционного заболевания.

1.3. Сроки пребывания пациентов, обратившихся в плановом порядке, в приемном отделении не должны превышать 40 минут, так как эти пациенты обращаются в приёмное отделение уже с результатами обследований, выполненных амбулаторно. Вышеуказанное время необходимо для оформления истории болезни и для переодевания пациентов. Сроки пребывания пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи – не более 3 часов. Эти пациенты нуждаются в обследовании, на проведение которого и отводится вышеуказанный временной промежуток.

При наличии признаков нарушения витальных функций пациент немедленно госпитализируется в отделение реанимации, где одновременно с мероприятиями интенсивной терапии осуществляются диагностические мероприятия. Профиль отделения, в которое госпитализируется пациент, определяется направительным диагнозом. При самообращении пациента, состояние которого расценивается как тяжёлое, медицинская помощь оказывается согласно п. 6.19 настоящих требований.

Диагностически неясные пациенты с экстренной патологией до выяснения диагноза должны находиться в приемном отделении не более 3 часов. При невозможности установить диагноз в указанный срок следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19.

Пациент считается госпитализированным в профильное отделение с момента принятия решения о госпитализации врачом отделения стационара, время указывается этим врачом в записи первичного осмотра. В случае, если пациент нуждается в выполнении дополнительных диагностических мероприятий в приёмном отделении, при удовлетворительном состоянии пациента или состоянии средней степени тяжести допустима задержка пациента в приёмном отделении на время, необходимое для выполнения диагностических мероприятий, при условии, что эта задержка не отразится негативно на состоянии пациента. Пациенты, состояние которых расценивается как тяжёлое, обследуются в первую очередь, во вторую очередь – пациенты, состояние которых расценивается как среднетяжёлое, в третью очередь – пациенты в удовлетворительном состоянии. Оценивает тяжесть состояния врач отделения стационара или врач приёмного отделения и делает соответствующую пометку в Маршрутном листе (Приложение № 2).

При поступлении нескольких пациентов в одинаковом состоянии очередность определяется временем поступления.

Время ожидания обследования при тяжёлом состоянии пациента не должно превышать 15 минут, причём эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровом кабинете № 3 под наблюдением врача реаниматолога. В случае, если время ожидания обследования может превысить 15 минут, пациент госпитализируется в отделение реанимации и все диагностические мероприятия выполняются там.

Время ожидания обследования при состоянии пациента средней степени тяжести не должно превышать 30 минут. Эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровых кабинетах под постоянным наблюдением врача отделения стационара. В случае, если время ожидания обследования может превысить 30 минут, и решение о госпитализации принято, пациент госпитализируется в отделение стационара, и все диагностические мероприятия выполняются там. При неясном диагнозе допустима задержка в приёмном отделении на время, необходимое для дообследования, но не более 3 часов. Если в указанное время обследование выполнить не удаётся, госпитализация осуществляется по принципу направительного диагноза с соблюдением принципов, изложенных в п. 6.19.

Время ожидания обследования при удовлетворительном состоянии не должно превышать 1 час. Эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровых кабинетах под динамическим наблюдением врача стационара (оценка состояния пациента не реже 1 раза в 30 минут – визуальная оценка, измерение артериального давления, подсчёт частоты дыхательных движений (ЧДД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и медсестры приёмного отделения (визуальная оценка состояния не реже 1 раза в 15 минут, по назначению дежурного врача – измерение АД, ЧСС и ЧДД).

1.4. При плановой госпитализации медсестра приёмного отделения сверяет дату госпитализации, написанную в направлении, с реальной датой, проверяет наличие всех необходимых для госпитализации документов: направления на госпитализацию, страхового полиса ОМС, паспорта.

Данные необходимого обследования, выполненного амбулаторно, изучает лечащий врач в отделении. Отсутствие какого-либо результата обследования не является основанием для отказа в госпитализации. Необходимое дообследование организует лечащий врач в отделении.

1.5. При переводе пациента из других стационаров города и области дежурная медсестра по телефону сообщает заведующему профильным отделением или врачу, дублирующему зав. отделением, о факте перевода. В случае, если перевод согласован и обоснован, а также пациент находится в удовлетворительном состоянии или в состоянии средней степени тяжести, пациент по распоряжению зав. профильным отделением госпитализируется в отделение стационара. Если цель перевода и окончательный диагноз не ясен, зав. профильным отделением организует лично или поручает врачу-специалисту профильного отделения организовать необходимое дообследование, включающее консультации смежных специалистов. После проведения необходимых диагностических мероприятий решение в выборе отделения, в которое госпитализируется пациент, принимается коллегиально (совместным осмотром или консилиумом). При невозможности верификации диагноза на уровне приёмного отделения пациент госпитализируется по профилю направительного диагноза. В случае, если пациент находится в тяжёлом состоянии, все диагностические мероприятия проводятся в отделении реанимации, следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19. Время пребывания этой категории пациентов в приёмном отделении оговорено в п. 1.3.

1.6. В приемном отделении на каждого обратившегося пациента медицинской сестрой заполняется медицинская карта стационарного больного, форма 003/у, и проставляется канал госпитализации:

- госпитализация пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи, шифруется «СМП»;
- плановая госпитализация шифруется «планово»;
- госпитализация по экстренным показаниям пациентов, поступивших без направления в медицинскую организацию, шифруется «самообращение»;
- пациенты, переведенные для лечения из других стационаров по договоренности с заместителем главного врача по медицинской части и хирургической помощи, шифруются «прочие»;
- пациенты, госпитализируемые на коммерческой основе, шифруются «платно».

Госпитализация пациентов осуществляется по ОМС и добровольному медицинскому страхованию (ДМС) согласно страховым полисам.

1.7. К должностным обязанностям врачей приемного отделения относится следующее:

- медицинская сортировка пациентов, поступающих в приемное отделение;
- установление предварительного диагноза на основе опроса, осмотра, диагностических исследований и заключения врачей-специалистов;
- решение вопроса о необходимости стационарного или амбулаторного лечения пациента;
- контроль за обоснованностью направлений на стационарное лечение и правильностью оформления направительных документов;
- организация консультаций пациентов в отделениях другими специалистами;
- принятие оперативных решений по результатам консультаций в приёмном отделении (коррекция лечения, дополнительное обследование и, при необходимости, госпитализация в профильное отделение).
- контроль за консультациями в отделениях врачами-специалистами (внутренними совместителями) отделения и своевременностью выполнения консультаций.

2. Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение

Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение, осуществляется по направлениям:

- по степени тяжести;
- по срочности проведения лечебно-диагностических мероприятий;
- по профилю заболевания (по нозологии);
- по виду необходимой помощи – стационарной или амбулаторной.

Алгоритм действий следующий:

2.1. Пациентов, доставленных в приёмное отделение, принимает дежурная медсестра приёмного отделения. На основании направительного диагноза медсестра, при удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести пациента, вызывает врача из отделения стационара и направляет пациента в свободный смотровой кабинет. При отсутствии свободного смотрового кабинета пациент может быть осмотрен в одном смотровом кабинете с другим пациентом при наличии в кабинете ширмы. В этой ситуации осматривающий пациента врач обязан помнить о соблюдении врачебной тайны и проводить беседу и опрос с учётом этого.

В случае, если состояние пациента тяжёлое, медицинская сестра приёмного отделения вызывает врача из отделения стационара, а также врача-реаниматолога. До их прибытия в приёмное отделение экстренную помощь оказывает врач приёмного отделения (терапевт, хирург). Осмотр и оказание помощи осуществляется в смотровом кабинете № 3, где имеется оснащение для выполнения реанимационных мероприятий.

При отсутствии направления и соответственно отсутствии направительного диагноза (при самообращении) осмотр осуществляет врач-терапевт или врач-хирург приёмного отделения (в зависимости от превалирования жалоб и клинических проявлений). После осмотра в данной ситуации врач приёмного отделения принимает решение или направить пациента на амбулаторное лечение, или направить пациента в дежурный профильный стационар, или привлекает на консультацию врача из отделений стационара для принятия совместного решения.

В случае, если имеется подозрение на наличие у пациента инфекционного заболевания, пациент помещается в отдельный смотровой кабинет. Диагностические мероприятия осуществляются с соблюдением мероприятий, исключающих контакт этого пациента с другими пациентами. При подтверждении диагноза инфекционного заболевания пациент, если его состояние расценивается

как удовлетворительное, бригадой скорой помощи переправляется в инфекционный стационар. Если состояние пациента тяжёлое и транспортировка его может негативно повлиять на его состояние, пациент госпитализируется в отдельную палату отделения реанимации по профилю направительного диагноза. Если направительного диагноза нет (самообращение) – см. п. 6.19.

После того, как пациент с инфекционным заболеванием покидает приёмное отделение, все помещения, где он находился, подвергаются санитарной обработке в соответствии с регламентирующими документами.

2.2. В случае удовлетворительного состояния или состояния средней тяжести пациента осматривает врач-специалист профильного отделения. Осмотр осуществляется в смотровом кабинете. При подтверждении диагноза врач, осматривающий пациента, решает вопрос о необходимости госпитализации. О своём решении врач ставит в известность медицинскую сестру приёмного отделения, при необходимости назначает дополнительное обследование и консультации врачей других специальностей (по профилю сопутствующей патологии). Медсестра приёмного отделения заполняет необходимую документацию и после выполнения назначений организует транспортировку пациента в профильное отделение.

2.3. В случае тяжёлого состояния пациента осмотр осуществляется в смотровом кабинете № 3. В осмотре и транспортировке пациента в диагностические кабинеты и в дальнейшем – в отделение реанимации (при необходимости) принимает участие врач-реаниматолог.

2.4. В случае, если в процессе обследования достоверно устанавливается диагноз, отличающийся от направительного, врач, осуществлявший осмотр, передаёт пациента врачу соответствующего профиля, который несёт дальнейшую ответственность за обследование и ведение пациента. Если же выявленная патология требует перевода в другой стационар, организацией перевода занимается врач, осуществлявший первичный осмотр по профилю направительного диагноза. Также и при неясности диагноза все лечебно-диагностические мероприятия организует врач, осуществлявший первичный осмотр.

2.5. При невозможности в установленные сроки в условиях приёмного отделения верификации диагноза пациент при удовлетворительном состоянии госпитализируется на койки отделения Скорой медицинской помощи по профилю направительного диагноза. Если состояние пациента средней степени тяжести – госпитализируется в круглосуточный стационар по профилю направительного диагноза. При тяжёлом состоянии – в отделение реанимации по профилю направительного диагноза. При отсутствии направительного диагноза в случае самообращения, а также при неверном направительном диагнозе см. п. 6.19.

3. Вызов дежурного врача для осмотра больного в отделениях стационара

3.1. В рабочее время вызов врачей-специалистов осуществляется через оперативный отдел по телефону 5-00. Лечащий врач сообщает, а медсестра оперативного отдела фиксирует в журнале фамилию, имя, отчество пациента, возраст, отделение, номер палаты, диагноз, с которым пациент находится в отделении, причину консультации. Также медсестра оперативного отдела фиксирует фамилию лечащего врача, дату и время вызова, вид консультации (экстренная или плановая). Затем медсестра оперативного отдела вызывает врача-консультанта из профильного отделения по местному или мобильному телефону (список номеров телефонов находится в оперативном отделе и в приёмном отделении), сообщает информацию о пациенте. В журнале фиксируется время передачи информации и фамилия врача, который эту информацию принял.

3.2. В выходные и праздничные дни, в вечернее и ночное время вызов врачей-специалистов осуществляется через приёмное отделение по телефону 4-92 по схеме, приведенной в п. 3.1.

3.3. В случае отсутствия врача-консультанта на рабочем месте (в нерабочее время) информация о необходимости консультации сообщается по мобильному телефону. Доставка врача-консультанта из дома осуществляется службой такси, с которой заключён контракт (тел. 33-33-33). Графики дежурств врачей-консультантов составляются заведующими профильных отделений ежемесячно, причём 1 экземпляр предоставляется в оперативный отдел, 1 – в приёмное отделение.

3.4. Врач-консультант несёт ответственность за своевременное осуществление консультации (экстренная консультация осуществляется не позднее 2 часов – при удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести, и незамедлительно при тяжёлом состоянии пациента; плановая консультация осуществляется в течение 3 суток). Информацию о выявленной патологии врач-консультант фиксирует в истории болезни, сообщает лечащему врачу, а в случае необходимости – заведующему отделением, в котором он работает. При необходимости дообследования и (или) динамического наблюдения

в истории болезни делается соответствующая запись с соответствующими рекомендациями. За выполнение рекомендаций несёт ответственность лечащий врач, а при его отсутствии (в выходные, праздничные дни, в вечернее и ночное время) – дежурный врач. Отметки о выполнении консультации в журнале приёмного отделения делаются медсестрой оперативного отдела по мере сбора информации о выполнении консультации не позднее 5 суток от момента поступления заявки.

4. Отказ в госпитализации

4.1. При отсутствии медицинских показаний к госпитализации или при отказе пациента от госпитализации врач-специалист делает соответствующую запись в журнале регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у) с подробным описанием общего и местного статуса, с указанием результатов обследования и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению. Оригиналы результатов обследования вклеиваются в журнал регистрации амбулаторных больных. Выдача копий результатов обследования на руки пациенту, направляемому на амбулаторное лечение, не предусмотрена. Пациенту выдаётся справка – «Медицинское заключение», в которой кратко изложены результаты обследования и рекомендации.

4.2. В случае категорического отказа от госпитализации (стационарного лечения) пациента, поступившего в приемное отделение в ургентном порядке с абсолютными и относительными показаниями к госпитализации, врач приемного отделения обязан:

- вызвать в приемное отделение для осмотра пациента заведующего отделением (в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни – ответственного дежурного врача-специалиста); при непосредственной угрозе жизни – ответственного администратора;

- подробно записать в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) результаты осмотра дежурным врачом совместно с заведующим отделением или с ответственным врачом-специалистом данные обследования; при непосредственной угрозе жизни оформляется консилиум с дежурным администратором;

- разъяснить пациенту и сопровождающим его родственникам необходимость госпитализации;

- взять с пациента расписку об отказе от госпитализации с указанием точного времени (часы, минуты) проведения с пациентом беседы о необходимости стационарного лечения и возможных последствиях отказа. При отказе пациента выдать расписку об отказе от госпитализации оформляется консилиум с привлечением дежурного администратора, в котором отражается факт отказа пациента расписаться за отказ от госпитализации;

- выдать пациенту справку «Медицинское заключение о пребывании в приемном отделении» с указанием кратких результатов осмотров, консультаций, специальных и лабораторных методов исследования, диагноза, лечебных и трудовых рекомендаций. Выдача копий данных обследования на руки пациенту или его родственникам не предусмотрена;

- сообщить о пациенте по телефону в районную поликлинику по месту жительства для проведения ими «активного вызова». В амбулаторном журнале фиксируется время и дата передачи активного вызова, фамилия и должность медработника, вызов принявшего. Если место жительства пациента не известны, а также если пациент является жителем другого региона, информация о нём сообщается дежурному администратору, и в амбулаторном журнале делается запись о невозможности осуществить активный вызов. Запись скрепляется подписью врача, осуществлявшего осмотр дежурного администратора и заведующего профильным отделением (или зав. приёмным отделением).

4.3. Указанный выше порядок действий должен осуществляться только при отсутствии у пациентов хронических психических заболеваний, острых психических расстройств, особенно обусловленных экстренной патологией. В указанных ситуациях вопрос о госпитализации и последующем лечении, в том числе хирургическом, решается консилиумом врачей (не менее 3 специалистов), на консультацию экстренно вызывается врач-психиатр.

4.4. Отказ в госпитализации пациента врачом возможен в следующих случаях:

- наличие у доставленного пациента заболевания, подлежащего лечению в специализированном отделении другого стационара (инфекционном, онкологическом, наркологическом, психиатрическом). При этом врач приемного отделения обязан:

- а) объяснить пациенту необходимость перевода в другой стационар;

- б) вызвать для транспортировки пациента бригаду «скорой помощи»;

- в) выдать пациенту справку о пребывании в приемном отделении, копии результатов осмотров, консультаций, исследований, диагноза, причины перевода в другой стационар, записать в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) точное время перевода пациента;

- отсутствие у доставленного пациента показаний к экстренной госпитализации.

Врач приемного отделения обязан объяснить пациенту отсутствие необходимости в экстренной госпитализации. Настойчивое требование пациента и его родственников о госпитализации при отсутствии медицинских показаний к стационарному лечению не может быть расценено как показания к стационарному лечению. В конфликтных ситуациях, при настойчивом требовании пациента госпитализировать его в стационар – немедленно докладывать ответственному дежурному специалисту, при сохраняющемся конфликте – дежурному администратору и принимать индивидуальное решение в каждом конкретном случае.

5. Транспортировка и перевод пациентов, доставленных в приёмное отделение ГБУЗ «Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко», в другие стационары города

5.1. В случае выявления у пациента патологии, требующей госпитализации и лечения в других стационарах города, врач-специалист, осматривавший пациента, делает соответствующую запись в журнале регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у) с подробным описанием общего и местного статуса, с интерпретацией результатов обследования и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению. Оригиналы данных обследования и консультаций смежных специалистов вклеиваются в амбулаторный журнал. Копии передаются бригаде скорой медицинской помощи для передачи в профильное лечебное заведение, куда переправляется пациент.

5.2. После получения согласия пациента на перевод в другой стационар медсестра приёмного отделения по распоряжению врача-специалиста вызывает бригаду Скорой медпомощи. Диспетчеру сообщается состояние пациента, вид бригады, диагноз, фамилия врача, принявшего решение на перевод.

5.3. Перевод в другие стационары пациентов с нарушением витальных функций и с клиникой кровотечения любой этиологии запрещается. Госпитализация осуществляется в профильное отделение или в отделение, наиболее близкое по профилю к выявленной патологии, в соответствии с требованиями, изложенными в п. 6.19.

5.4. Перевод в другие медицинские организации пациентов осуществляется в соответствии с «Порядком организации перевода пациентов между медицинскими организациями», утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 180/1 от 16.12.2018 «Об организации работы приёмного отделения и оказании экстренной помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

6. Оказание экстренной медицинской помощи

6.1. К сфере функциональных обязанностей врачей приемного отделения относится в том числе и оказание экстренной медицинской помощи.

6.2. Основным принципом работы приемного отделения является выбор максимально адекватной тактики ведения пациента в условиях приёмного отделения – обследование, оказание помощи, сортировка и госпитализация в профильное отделение в кратчайшие сроки с учётом состояния пациента. Недопустима задержка пациента для выполнения диагностических мероприятий, если промедление может негативно отразиться на состоянии пациента.

6.3. При поступлении пациентов в экстренном порядке первоочередной задачей врача-специалиста является оценка степени тяжести пациента в соответствии с алгоритмом оценки степени тяжести состояния пациента, а также выявление угрожающих жизни состояний (Приложение № 7).

6.4. При поступлении пациента по экстренным и неотложным показаниям врач осуществляет:

- осмотр пациента с выраженными и угрожающими нарушениями жизненно-важных функций – незамедлительно, в течение 3–5 минут (время, необходимое для безотлагательного прибытия врача к пациенту). При состоянии с умеренно выраженным нарушением жизненно-важных функций, не представляющих опасности для жизни – в течение не более 20 мин. При состоянии с незначительными и компенсированными функциональными расстройствами – в течение не более 40 мин. В случае, если пациент доставлен в критическом состоянии, к оказанию помощи привлекается врач-реаниматолог. До его прибытия помощь оказывает врач-специалист профильного отделения, при его отсутствии мероприятия по оказанию экстренной помощи осуществляет любой врач, находящийся в этот момент в приёмном отделении;

- назначение и контроль проведения необходимых лабораторных и специальных методов исследования (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (БАК), группа крови, ЭКГ, рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастроскопия (ФГС), магниторезонансная томография (МРТ) (Приложения № 2–5);

- установление предварительного диагноза;

- запись осмотра врача приемного отделения в медицинской карте стационарного больного;
- врачи профильных отделений, осуществляющие оказание помощи в приёмном отделении, руководствуются п. 6.1, 6.2 и 6.4 настоящих требований.

6.5. Ни один пациент, обратившийся в приемное отделение за медицинской помощью, не должен быть отпущен домой или переведен в другую медицинскую организацию без осмотра дежурным врачом, специалистом или заведующим отделением в соответствии с записью в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) с подписью врача и выдачи на руки пациенту справки – «Медицинского заключения» с заключением врача и рекомендациями. Оригиналы данных обследований (анализы, заключения инструментальных обследований) вклеиваются в журнал ф. 074/у.

6.6. Врачом приемного отделения должны быть исключены инфекционные заболевания (особо опасные инфекции). При малейших сомнениях пациент должен быть изолирован в смотровой комнате для проведения мероприятия по особо опасным инфекциям с обязательной консультацией врача-инфекциониста.

6.7. Основная задача врача, проводившего первичный осмотр пациента – не пропустить ургентную патологию и определить показания к госпитализации (абсолютные, относительные) или отсутствие таковых.

6.8. Абсолютными показаниями следует считать заболевания, травмы и неотложные состояния, лечение которых возможно только в условиях стационара.

6.9. Относительными показаниями к госпитализации являются:

- заболевания, которые требуют стационарного лечения на первоначальном этапе лечения с последующим долечиванием в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях;
- заболевания, требующие углубленного стационарного лечения с целью дифференциальной диагностики.

6.10. В случаях, когда пациент, находящийся в тяжелом состоянии, поступает сразу же в отделение реанимации, история болезни стационарного больного заполняется врачом той специальности, по профилю которой пациент направлен в стационар. Врач-реаниматолог записывает результаты своего осмотра отдельно. При отсутствии направительного диагноза (при факте самообращения) следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19.

6.11. Прием пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, проводится дежурным врачом в экстренном порядке. Для уточнения направительного диагноза и установления предварительного диагноза дежурный врач принимает решение о дополнительном обследовании пациента.

6.12. Помимо осмотра пациенту могут быть выполнены функциональные, рентгенологические и другие методы обследования. При необходимости к обследованию пациента в приемном отделении привлекаются врачи-специалисты больницы или специалисты из других больниц.

6.13. Пациенты без сознания с шоком, коллапсом и прочими угрожающими жизни состояниями госпитализируются немедленно в реанимационное отделение по профилю и все диагностические и лечебные мероприятия проводятся в этом отделении.

6.14. В случае исключения диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости дежурный врач приемного отделения обязан провести осмотр пациента совместно с заведующим хирургическим отделением или ответственным дежурным хирургом. Пациенты, поступившие по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, могут быть отпущены из приемного отделения только в случае категорического отказа пациента от госпитализации, при оформлении информированного отказа от госпитализации, подписанного пациентом и тремя врачами, с последующей передачей активного вызова в поликлинику по месту жительства пациента.

6.15. Выполнение экстренных консультаций осуществляется врачами-специалистами отделений стационара и внутренними совместителями приемного отделения: хирургом, эндокринологом, неврологом, онкологом, оториноларингологом, урологом, ревматологом, кардиологом, нефрологом, гастроэнтерологом, пульмонологом с учётом сроков нахождения пациента в приёмном отделении, перечисленных в п. 6.4.

6.16. Выполнение экстренных и плановых консультаций в отделениях стационара также осуществляется врачами-специалистами отделений стационара и внутренними совместителями приемного отделения: хирургом, эндокринологом, неврологом, онкологом, оториноларингологом, урологом, ревматологом, кардиологом, нефрологом, гастроэнтерологом, пульмонологом с учётом сроков, оговоренных в п. 6.4. При этом на выполнение плановой консультации отводится срок в 3 суток. При вынесении решения о переводе осмотренного пациента в другое отделение врач-консультант сообщает о своем решении о переводе пациента в другое отделение заведующему отделением, где лечился пациент,

и заведующему отделением, куда переводится пациент, для обеспечения оказания ему оперативной помощи.

6.17. Дежурный врач приемного отделения обязан немедленно извещать родственников пациента в следующих случаях:

- при поступлении в больницу ребенка или подростка до 18 лет без сопровождения родственников;
- при доставке «скорой помощью» пациентов по поводу несчастных случаев;
- при поступлении пациентов в бессознательном состоянии (при наличии документов);
- в случае смерти пациента в приемном отделении.

В случае, если личность поступившего пациента не установлена и осуществить это в ближайшие сутки не представляется возможным, дежурная медсестра приёмного отделения сообщает всю имеющуюся о поступившем информацию в отдел полиции Первомайского района г. Пенза. При наличии признаков внешнего воздействия (травма, отравление) дежурный мед. персонал приёмного отделения обязан обеспечить сохранность потенциальных вещественных доказательств (одежды со следами биологических жидкостей, образцы биологических жидкостей). Процесс сбора, регистрации и консервации вышеуказанных предметов контролирует дежурный врач отделения, куда госпитализируется пациент или дежурный терапевт.

6.18. Для оперативной связи с родственниками на титульном листе медицинской карты стационарного больного указывается номер телефона пациента и его ближайших родственников.

6.19. В случае, если доставленный в приёмное отделение пациент нуждается в оказании помощи по экстренным показаниям, а по ряду объективных причин установить полный диагноз в установленные сроки не представляется возможным, госпитализация осуществляется по принципу «направительного диагноза» в отделение соответствующего профиля. При аналогичной ситуации при факте самообращения, когда нет направительного диагноза, решение о госпитализации в профильное отделение принимается после проведения консилиума врачей дежурной бригады, который организует и проводит дежурный терапевт в приёмном отделении, а если тяжесть состояния пациента требует оказания немедленной помощи – в отделении реанимации. При этом, учитывая специфику работы системы Промед, пациент может быть помещён в отделение реанимации без истории болезни для своевременного оказания помощи по жизненным показаниям. Все диагностические мероприятия врачи диагностических служб в этой ситуации обязаны выполнить в кратчайшие сроки, даже без наличия направления в систему Промед и в истории болезни (направление выписывается на импровизированном бланке с указанием паспортных данных пациента, предполагаемого диагноза, метода и анатомической области обследования). После того, как история болезни будет оформлена, в неё вносятся направления на все выполненные диагностические мероприятия с указанием реального времени их назначения и кратким обоснованием их проведения.

6.20. К функциональным обязанностям среднего медицинского персонала приемного отделения относятся:

- прием и регистрация пациентов, поступающих в приемное отделение;
- учет госпитализированных пациентов, а также пациентов, получивших в приемном отделении амбулаторную помощь;
- получение сведений о движении пациентов отделений согласно профилю;
- ведение «Журнала регистрации заявок на консультации и их исполнения»;
- передача телефонограмм в службу «02» в дежурную часть органов внутренних дел (ОВД) обо всех случаях повреждений насильственного характера, к которым относятся:
 - а) телесные повреждения, связанные с огнестрельными, колото-резанными, рублеными ранами, переломами, обморожениями, ушибами, сотрясениями мозга и т.д.;
 - б) телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство;
 - в) телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсическими веществами;
 - г) ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях;
 - д) травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с огнестрельным оружием и боеприпасами;
 - е) травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий;
 - ж) телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники безопасности на производстве;
 - з) иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения;

и) информация о трупах и лицах, доставленных в бессознательном состоянии, без сопровождения родственников или без документов, удостоверяющих личность.

6.21. Медицинские сестры приемного отделения в нерабочее время обеспечивают прием информации о пациентах, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, которым необходима консультация узкого специалиста в форме телефонных звонков с регистрацией данных о пациенте в «Журнале регистрации заявок на консультации и их исполнения». В дневное время данная функция возложена на сотрудников оперативного отдела (тел. 5-00).

6.22. После занесения в журнал данных о пациенте и срочности консультативной помощи медицинская сестра, принимающая заявку, связывается по телефону с врачом-консультантом приемного отделения или профильного отделения, которому сообщает о заявке на консультацию в отделение больницы и о сроках ее выполнения.

6.23. Дежурные медицинские сестры приемного отделения организуют прием пациентов и оформляют всю медицинскую документацию.

6.24. Из числа дежурного среднего медицинского персонала выделяется: медсестра приемного отделения, выделенная в графике дежурств первой в строке, на которую возлагаются функциональные обязанности ответственной дежурной медицинской сестры – при поступлении пациента она получает направление на госпитализацию и немедленно отмечает время поступления пациента в приемное отделение.

Время доставки пациента бригадами станции скорой медицинской помощи проставляется на сопроводительном листе врачом или фельдшером «скорой помощи». Часы поступления пациента в приемное отделение, время его направления в отделение или часы отправки домой проставляются медицинскими сестрами в журнале (формы № 001/у и № 074/у).

Достоверная отметка времени поступления пациента в приемное отделение необходима для анализа сроков пребывания в приемном отделении как экстренных, так и плановых пациентов.

6.25. На дежурную медицинскую сестру возлагаются следующие обязанности:

- прием и регистрация поступающих пациентов;
- оформление титульного листа медицинской карты стационарного пациента и статистической карты выбывшего из стационара;
- оформление журнала госпитализации и отказов – учетная форма № 001/у и № 074/у;
- запись и передача телефонограмм в Главное управление внутренних дел (ГУВД) г. Пензы.

6.26. Медицинская сестра, отметив в направлении на госпитализацию часы поступления в приемное отделение, направляет пациента в соответствующую смотровую и вызывает к нему дежурного врача и необходимых консультантов, выполняет термометрию, визуально оценивает состояние пациента, по назначению дежурного врача измеряет артериальное давление, ЧСС и ЧДД.

6.27. При поступлении от диспетчера службы скорой медицинской помощи информации о транспортировке в приёмное отделение ОКБ пациента в угрожающем для жизни состоянии дежурная медсестра заблаговременно (сразу после поступление этой информации) вызывает в приёмное отделение бригаду реаниматологов (врач-реаниматолог и медсестра-анестезистка) и врача профильного отделения (в зависимости от направительного диагноза).

6.28. Ответственная медсестра приемного отделения координирует работу дежурных медсестер приемного отделения, контролирует своевременность оказания пациенту медицинской помощи и направление его в соответствующее отделение больницы.

6.29. В случаях длительной (приближающейся к 3 часам) задержки пациентов в приемном отделении ответственная медсестра приемного отделения сообщает об этом заведующему приемным отделением; в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни – ответственному дежурному врачу-терапевту.

6.30. Для оказания экстренной помощи в процедурном кабинете и отделениях стационара должны быть наборы медикаментозных и инструментальных упаковок, укомплектованных в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Минздрава России, противошоковая укладка должна быть укомплектована в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1079н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке».

6.31. Пациенты, которым требуется экстренная операция, поднимаются в экстренную операционную незамедлительно в сопровождении медицинской сестры приёмного отделения. Все диагностические мероприятия в данном случае выполняются в операционной.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Маршрутный лист пациента в приемном отделении

Медсестра: ФИО _____

ФИО пациента _____

Диагноз при поступлении _____

Дата и время доставки в приёмное отделение _____

Транспортировка: самостоятельно ☐ на кресле-коляске ☐ на каталке ☐ (нужное обвести)

Врач: отделение _____

ФИО _____

Лабораторная диагностика

Назначено	Наименование исследования	Последовательность (1, 2, 3...)
	Общий анализ крови	
	Исследование уровня тромбоцитов в крови	
	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	
	Исследование количества лейкоцитов в крови	
	Лейкоформула	
	Анализ мочи общий	
	Исследование уровня общего белка в крови	
	Исследование уровня общего билирубина в крови	
	Исследование уровня мочевины в крови	
	Исследование уровня креатинина в крови	
	Исследование уровня глюкозы в крови	

Назначено	Наименование исследования	Последовательность (1, 2, 3...)
	Исследование уровня амилазы в крови	
	Исследование уровня глюкозы в капиллярной крови с помощью анализатора	
	Определение Д-димера	
	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или плазме	
	Определение МНО	
	Исследование АЧТВ	
	Определение основных групп крови	
	Определение резус-принадлежности	
	Определение уровня тропонина в крови	
	Определение альфа-амилазы в моче	

Инструментальная диагностика

Назначено	Наименование исследования	Последовательность (1, 2, 3...)
	Эндоскопия:	
	Фибробронхоскопия	
	Фиброгастродуоденоскопия	
	Фиброколоноскопия	
	Рентгенография:	
	Грудной клетки: прямая проекция	
	Боковая проекция: левая ☐ правая ☐	
	Обзорная брюшной полости	
	На свободный газ в брюшной полости	
	Обзорная урография	
	Рентгенография черепа: прямая проекция	
	боковая проекция: левая ☐ правая ☐	
	Рентгенография позвоночника:	
	Шейный отдел: прямая проекция ☐	
	боковая проекция ☐	
	Поясничный отдел: прямая проекция	
	боковая проекция	
	Рентгенография таза:	
	Тазобедренных суставов	
	Рентгенография прочих органов (указать какая)	

Назначено	Наименование исследования	Последовательность (1, 2, 3...)
	УЗИ:	
	Плевральных полостей	
	Сердца	
	Сосудов (указать каких)	
	Гепатобилиарной зоны	
	Брюшной полости на свободную жидкость	
	Органов малого таза (жен.)	
	Мочевого пузыря	
	Предстательной железы	
	Почек	
	Органов брюшной полости при травмах	
	Мягких тканей	
	Прочее	
	Электрокардиография	
	МРТ (область)	
	МРТ с контрастированием (область)	
	СКТ (область)	
	СКТ с контрастированием (область)	
	Консультации специалистов:	

Врач
(подпись) _____ время _____

**Алгоритм
лабораторного обследования пациентов, доставленных в приёмное отделение**

1. При поступлении пациента в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко дежурный врач оценивает состояние больного, определяет перечень необходимых лабораторных исследований.

2. Пациенты, доставленные в приёмное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и нуждающиеся в дообследовании, состояние которых удовлетворительное или средней степени тяжести, обследуются в приёмном отделении. Медсестра процедурного кабинета приёмного отделения по назначению дежурного врача осуществляет забор крови в специальный контейнер, фиксирует время забора анализа, заполняет направление (согласно стандартной операционной процедуре). Данные пациента фиксируются в журнале установленного образца. После этого образцы биологического материала с направлением доставляются в лабораторию или медсестрой процедурного кабинета лично, или младшим медперсоналом приёмного отделения. Время доставки – не более 10 минут с момента забора. При одновременном поступлении в приёмное отделение большого количества пациентов допустимо осуществить забор поочерёдно не более, чем у пяти пациентов, с одновременной доставкой пяти экземпляров биоматериала. При этом время отправки с момента забора первого образца не должно превышать 20 минут.

3. Пациенты, нуждающиеся в экстренной реанимационной помощи, госпитализируются в отделение реанимации без дополнительного обследования, все лабораторные исследования должны быть назначены врачом отделения реанимации совместно с дежурным врачом и выполнены в лаборатории отделения реанимации и интенсивной терапии.

4. Пациенты, которым требуется экстренная операция, поднимаются в экстренную операционную незамедлительно в сопровождении медицинской сестры приёмного отделения. В операционной медсестра-анестезистка осуществляет забор биологического материала, передаёт его медицинской сестре приёмного отделения, которая оформляет направление, заносит информацию в журнал установленного образца в приёмном отделении (обязательно делается пометка, что материал был забран в операционной), и безотлагательно доставляет биологический материал в лабораторию. Учитывая срочность, подпись дежурного врача на направлении в данной ситуации не является обязательной. Медсестра приёмного отделения пишет на направлении фамилию дежурного врача, свою фамилию и ставит на направлении свою подпись. После выполнения исследований лаборант клинико-диагностической лаборатории (КДЛ) доставляет анализы в приемное отделение в срок не позднее 5 минут с момента готовности результата и передаёт результаты анализов дежурной медсестре приёмного отделения.

5. Пациенты, нуждающиеся в экстренной помощи, должны быть госпитализированы в специализированные отделения по профилю после осмотра дежурным врачом. Лабораторные и диагностические исследования назначает дежурный врач после осмотра пациента, заполняет лист маршрутизации пациента в приемном отделении (Приложение № 2), где указывает перечень необходимых исследований согласно стандартам оказания медицинской помощи и перечню лабораторных исследований, выполняемых в клинико-диагностической лаборатории в любое время суток, в зависимости от предполагаемого диагноза.

6. Направление на лабораторные исследования выписывает и выдает медицинская сестра приемного отделения за подписью дежурного врача согласно приказу Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», п. 1.6. В направлении все графы должны быть заполнены.

7. К пациенту, нуждающемуся в исследовании общего анализа крови капиллярной крови, медицинская сестра приемного отделения приглашает лаборанта из КДЛ для забора крови из пальца. Время от момента вызова до прихода лаборанта не должно превышать 10 минут.

8. После доставки образцов биологического материала в лабораторию сотрудники экстренной службы КДЛ должны обеспечить проведение и выполнение исследований согласно СОП.

9. Время выполнения исследований определяется методом, которым в данный момент работает лаборатория (указано в таблице Приложения 4).

10. Амилаза крови, диастаза мочи определяется только у пациентов с подозрением на острый панкреатит и (или) панкреонекроз, время проведения исследования – в течение 45 минут с момента доставки крови, мочи в лабораторию.

11. Исследование крови на группу крови и резус-фактор проводится в случае, если больному в экстренном порядке необходимы операционные вмешательства.

12. После выполнения исследований лаборант КДЛ доставляет анализы в приемное отделение в срок не позднее 5 минут с момента готовности результата и передает результаты анализов дежурной медсестре приемного отделения.

13. Если пациент нуждается в госпитализации, его госпитализируют и дополнительные лабораторные исследования проводят в профильном отделении согласно стандартам оказания медицинской помощи на следующий день или при необходимости наблюдения за динамикой заболевания – в день госпитализации.

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Временные нормативы лабораторных исследований, выполняемых в срочном порядке

№ п/п	Наименование услуги	Время выполнения
1	Общий анализ крови	1 час
2	Определение гемоглобина	15 мин.
3	Подсчет лейкоцитов	15 мин.
4	Общий анализ крови без СОЭ	30 мин.
5	Общий анализ мочи	30 мин.
6	Определение кетонов в моче	10 мин.
7	Определение глюкозы в моче	10 мин.
8	Определение глюкозы в плазме крови	10 мин.
9	Определение общего белка в сыворотке крови	45 мин.
10	Определение амилазы в сыворотке крови	45 мин.
11	Определение диастазы в моче	45 мин.
12	Определение общего билирубина и его фракций	45 мин.
13	Определение мочевины в сыворотке крови	45 мин.
14	Исследование плазмы крови на ПТИ, МНО, АЧТВ	40 мин.
15	Исследование плазмы крови на Тропонин	60 мин.
16	Исследование плазмы крови на Д-димер	45 мин.
17	Исследование общего анализа спинномозговой жидкости	30 мин.
18	Исследование общего анализа выпотных жидкостей	30 мин.
19	Исследование крови на плазмодии малярии	1 час

**Алгоритм
функциональных методов обследования (электрокардиографии) пациентов, доставленных
в приемное отделение**

1. Пациент, направленный на плановую госпитализацию в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, должен иметь направление специалиста на госпитализацию и определенный перечень выполненных диагностических исследований амбулаторно, согласно медико-экономическим стандартам, и предъявить результаты обследования в приемном отделении при госпитализации.

2. Пациенту, доставленному в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко минуя поликлинику и нуждающемуся в экстренной госпитализации, запись электрокардиограммы проводят в смотровом кабинете приемного отделения.

3. Назначает электрокардиографию (ЭКГ) пациенту дежурный врач после осмотра. Время от назначения ЭКГ до ее выполнения в приемном отделении составляет не более 10 минут. При массовом поступлении пациентов с экстренной патологией допустимо выполнение ЭКГ в течение 30 минут, однако в случае подозрения на острый коронарный синдром исследование выполняется вне очереди. Исследование выполняет дежурная медицинская сестра отделения функциональной диагностики.

4. В случае необходимости повторное электрокардиографическое исследование осуществляют:

– в отделении реанимации медицинская сестра отделения реанимации по назначению врача-реаниматолога;

– в палате отделения дежурная медицинская сестра отделения функциональной диагностики по назначению врача отделения или дежурного врача.

Анализ ЭКГ проводит реаниматолог, кардиолог, дежурный терапевт или врач функциональной диагностики в зависимости от места и времени проведения исследования.

**Алгоритм проведения диагностических рентгенологических исследований пациентам,
доставленным в приёмное отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»**

1. Рентгенологические исследования в приемном отделении проводятся в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами лечения заболеваний и повреждений, в специально оборудованных рентгенологических кабинетах, оснащенных аппаратами для выполнения соответствующих видов рентгенологических исследований и рентгенохирургических процедур.

2. Рентгенологические исследования проводятся при оказании плановой и экстренной медицинской помощи. Диагностические рентгенологические исследования проводятся только по клиническим показаниям. Лечащий врач, направляющий больного на исследование, обязан установить характер решаемой клинической проблемы и реально оценить возможность получения полезной диагностической информации в результате того или иного исследования.

3. Рентгенологические диагностические исследования проводятся по направлению лечащего врача, которое оформляется на отдельном бланке или в истории болезни стационарного больного. В направлении на исследование указываются клинический или предварительный диагноз, предполагаемая методика лучевого исследования, анатомическая область или орган (органы), подлежащие обследованию, и конкретная цель назначаемого исследования. Направление на рентгенологическое исследование стационарного больного может быть изложено в истории болезни в виде обоснования (эпикриза). Рентгенологические диагностические исследования без направления врача с обоснованием его необходимости проводить не разрешается.

4. При выборе методики рентгенологического исследования должна учитываться целесообразность уменьшения дозы облучения пациента при условии сохранения объема диагностической информации. Окончательное решение о возможности проведения рентгенологического исследования или дообследования принимает врач-рентгенолог, проводящий данное исследование, с учетом обоснованности направления, наличия или отсутствия противопоказаний, технической возможности проведения исследования

в данном медицинском учреждении, степени риска планируемого исследования, а также других факторов, которые могут оказать воздействие на пациента и персонал.

5. В случае невозможности или нецелесообразности проведения назначенного рентгенологического исследования (процедуры) врач-рентгенолог обязан в письменном виде обосновать отказ от его проведения. В медицинской карте стационарного больного, амбулаторного больного делается запись с указанием конкретных причин, послуживших основанием для отказа в проведении исследования, а также конкретные рекомендации по выбору других, альтернативных, видов лучевых и инструментальных исследований.

6. При отсутствии противопоказаний врач-рентгенолог проводит диагностическое исследование в соответствии с технологическими стандартами, клиническими рекомендациями и методическими указаниями. При невозможности провести исследование с соблюдением принятых технологических стандартов, рекомендаций и указаний в заключении указывается конкретная причина и возможные последствия отступления от установленной методики исследования.

7. Перед рентгенологическим исследованием врач должен предоставить пациенту полную информацию о целях исследования или процедуры, методах оказания помощи и возможных рисках, последствиях и предполагаемых результатах. Врач, направляющий пациента на рентгенологическое исследование, обязан предварительно выяснить наличие или отсутствие у пациента противопоказаний к проведению такого исследования и указать эти сведения в направлении на исследование. При отказе от исследования пациент должен быть информирован врачом также предварительно и в полном объеме о потенциальных рисках такого отказа. Информированное добровольное согласие или отказ от исследования должны быть оформлены письменно, подписаны лично пациентом или его законным представителем и храниться в медицинской карте пациента.

8. Перед транспортировкой больного в рентген-кабинет, кабинет компьютерной томографии (КТ), МРТ в зависимости от состояния больного проводится санитарная обработка, при крайне тяжёлом состоянии санитарная обработка не проводится.

9. При удовлетворительном состоянии пациента из приёмного покоя в диагностический кабинет пешком сопровождает медсестра, либо санитарка. Тяжёлых больных транспортируют на каталке или на кресле-каталке. Больным нетранспортабельным, для которых перевозка может угрожать жизни, исследования проводятся только на передвижных палатных рентгеноаппаратах в условиях реанимации или в операционной.

10. Перекладывание больного на каталку может быть с или без его участия. Каталку вплотную приставляют параллельно столу аппарата и, придерживая её животом, помогают больному (поддерживая под голову или шею) перебраться с кровати (кушетки) на каталку. В кабинете МРТ перед входом больного перекладывают на специальную каталку из немагнитного металла. В кабинете ультразвуковой диагностики каталку подкатывают к УЗ-аппарату.

11. В зависимости от вида исследования может занять от нескольких минут до нескольких часов.

12. По результатам рентгенологического исследования составляется протокол рентгенологического исследования, который оформляется на бланке медицинской организации, заполняется разборчиво от руки или в печатном виде, заверяется личной подписью врача-рентгенолога, проводившего анализ результатов рентгенологического исследования.

13. При проведении рентгенологического исследования в рамках оказания медицинской помощи в экстренной форме протокол составляется непосредственно после проведения рентгенологического исследования, заключение в течение 10 минут передается врачу, направившему пациента на исследование. В случае отсутствия врача-рентгенолога результаты проведенного рентгенологического исследования анализируются врачом, направившим пациента на рентгенологическое исследование, о чем в медицинской документации пациента делается соответствующая запись.

14. При необходимости для консультирования могут привлекаться другие врачи-специалисты медицинской организации, проводящей рентгенологическое исследование, а также врачи-специалисты, принимавшие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента. В этом случае протокол также подписывается врачом-специалистом, осуществлявшим консультирование.

Алгоритм проведения диагностических ультразвуковых исследований пациентам, доставленным в приёмное отделение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

1. Ультразвуковые исследования в приемном отделении проводятся в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами лечения заболеваний и повреждений, в специально оборудованных кабинетах ультразвуковой диагностики, оснащенных УЗ-аппаратами.

2. Ультразвуковые исследования проводятся при оказании плановой, экстренной и неотложной медицинской помощи. Диагностические ультразвуковые исследования проводятся только по клиническим показаниям. Лечащий врач, направляющий больного на исследование, обязан установить характер решаемой клинической проблемы и реально оценить возможность получения полезной диагностической информации в результате того или иного исследования.

3. Ультразвуковые диагностические исследования проводятся по направлению лечащего врача, которое оформляется на отдельном бланке или в истории болезни стационарного больного. В направлении на исследование указываются клинический или предварительный диагноз, предполагаемая методика ультразвукового исследования, анатомическая область или орган (органы), подлежащие обследованию, и конкретная цель назначаемого исследования. Направление на ультразвуковое исследование стационарного больного может быть изложено в истории болезни в виде обоснования (эпикриза). Ультразвуковое диагностическое исследование без направления врача с обоснованием его необходимости проводить не разрешается.

4. В случае невозможности или нецелесообразности проведения назначенного ультразвукового исследования врач ультразвуковой диагностики обязан в письменном виде обосновать отказ от его проведения. В медицинской карте стационарного больного, амбулаторного больного делается запись с указанием конкретных причин, послуживших основанием для отказа в проведении исследования, а также конкретные рекомендации по выбору других, альтернативных, видов инструментальных исследований.

5. При отсутствии противопоказаний врач ультразвуковой диагностики проводит диагностическое исследование в соответствии с технологическими стандартами, клиническими рекомендациями и методическими указаниями. При невозможности провести исследование с соблюдением принятых технологических стандартов, рекомендаций и указаний в заключении указывается конкретная причина и возможные последствия отступления от установленной методики исследования.

6. Перед ультразвуковым исследованием врач должен предоставить пациенту полную информацию о целях исследования или процедуры, методах оказания помощи и возможных рисках, последствиях и предполагаемых результатах. Врач, направляющий пациента на ультразвуковое исследование, обязан предварительно выяснить наличие или отсутствие у пациента противопоказаний к проведению такого исследования и указать эти сведения в направлении на исследование. При отказе от исследования пациент должен быть информирован врачом также предварительно и в полном объеме о потенциальных рисках такого отказа. Информированное добровольное согласие или отказ от исследования должны быть оформлены письменно, подписаны лично пациентом или его законным представителем и храниться в медицинской карте пациента.

7. Перед транспортировкой больного в кабинет ультразвуковой диагностики в зависимости от состояния больного проводится санитарная обработка, при крайне тяжёлом состоянии санитарная обработка не проводится.

8. При удовлетворительном состоянии пациента из приёмного покоя в диагностический кабинет пешком сопровождает медсестра, либо санитарка. Тяжёлых больных транспортируют на каталке или на кресле-каталке. Больным нетранспортабельным, для которых перевозка может угрожать жизни, исследования проводятся только на передвижных портативных ультразвуковых аппаратах в условиях отделения реанимации или в операционной.

9. Перекладывание больного на каталку может быть с или без его участия. В кабинете ультразвуковой диагностики каталку подкатывают к УЗ-аппарату.

10. В зависимости от вида исследования может занять от нескольких минут до одного часа.

11. По результатам ультразвукового исследования составляется протокол ультразвукового исследования, который оформляется на бланке медицинской организации, заполняется разборчиво от руки или в печатном виде, заверяется личной подписью медицинского работника, проводившего ультразвуковое исследование.

12. При проведении ультразвукового исследования в рамках оказания медицинской помощи в экстренной форме Протокол составляется непосредственно после проведения ультразвукового исследования и передается в течение 5 минут врачу, направившему пациента на исследование.

13. При состояниях, угрожающих жизни пациента (внутрибрюшное кровотечение, сочетанные травмы с разрывом паренхиматозных органов), ультразвуковое исследование выполняется в течение 2–5 минут по FAST-протоколу – выполнение ультразвукового исследования в стандартных 6 точках с целью определения свободной жидкости в брюшной полости, наличия травматических повреждений паренхиматозных органов и наличия дополнительных образований.

14. При необходимости для консультирования могут привлекаться другие врачи-специалисты медицинской организации, а также врачи-специалисты, принимавшие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента. В этом случае Протокол также подписывается врачом-специалистом, осуществлявшим консультирование.

Алгоритм оказания экстренной эндоскопической помощи

1. Пациент в приемном отделении с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК).

1.1. Осмотр дежурного хирурга (определение тяжести состояния). При удовлетворительной и средней степени тяжести больного – промывание желудка в приёмном отделении и фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) в условиях эндоскопического отделения с выявлением источника кровотечения, определения возможности выполнения эндоскопического гемостаза и если он выполнен – с последующим эндоскопическим гемостазом (инъекционный, клипирование, аргано-плазменная коагуляция (АПК), лигирование, химические средства гемостаза (нитрат серебра, endoClot, вещества с клеевым субстратом).

1.2. При тяжелой и крайне тяжелой степени больного – транспортировка в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)/противошоковую палату (ППШП)/операционный блок с последующим анестезиологическим пособием и коррекцией витальных функций, промывание желудка, ФГДС с определением источника кровотечения и последующим возможным эндоскопическим гемостазом (клипирование, аргано-плазменная коагуляция, лигирование).

1.3. При первичном временном эндоскопическом гемостазе – контрольная ФГДС через 2 часа с последующим повторным возможным эндогемостазом; при первичном окончательном гемостазе – повторная ФГДС через 12 часов с последующей коррекцией последствий кровопотери.

1.4. При невозможности выполнения первичного эндоскопического гемостаза или при его неэффективности – оперативное лечение.

1.5. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода у пациента независимо от степени тяжести состояния – установка зонда Блэкмора или стента Даниша.

1.6. При кровотечении из варикозно-расширенных вен желудка попытки любого эндоскопического гемостаза противопоказаны.

1.7. Определение показаний и противопоказаний к эндоскопическому исследованию, особенно экстренному, находится в прямой зависимости от опыта врача-эндоскописта, оснащённости необходимым оборудованием, возможности оказания необходимого пособия пациенту. Кроме того, абсолютное противопоказание для планового эндоскопического исследования при определенных urgentных условиях может стать относительным.

1.8. Абсолютным противопоказанием для экстренного эндоскопического исследования является агональное состояние больного.

1.9. При определении показаний для эндоскопического исследования и вмешательства необходимо руководствоваться следующим:

– риск развития осложнений не должен превышать диагностическую и лечебную эффективность исследования;

– диагностические исследования должны иметь практическую значимость и играть существенную роль при определении тактики лечения.

2. Пациент в приемном отделении с инородным телом (ИТ) пищевода.

2.1. Осмотр дежурного хирурга (определение тяжести состояния).

2.2. Рентгеноскопическое исследование с водорастворимым контрастом.

2.3. ЭКГ.

2.4. ФГДС с выявлением инородного тела (или его последствий) и возможным его удалением.

2.5. При извлечении инородного тела – повторный осмотр врачом стационара для решения вопроса о последующей госпитализации пациента в круглосуточный хирургический стационар или на койку скорой медицинской помощи.

2.6. При невозможности эндоскопической экстракции инородного тела пищевода в условиях эндоскопического кабинета (отделения) – транспортировка больного в операционную с повторной попыткой эндоскопического извлечения после анестезиологического пособия.

2.7. При неэффективности повторно произвести экстракцию ИТ эндоскопически или при повреждении стенки пищевода – экстренное оперативное лечение.

3. Пациент в приемном отделении с подозрением на спонтанный разрыв пищевода.

3.1. Осмотр хирурга (торакального хирурга) (определение тяжести состояния).

3.2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.

3.3. Рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом.

3.4. ЭКГ.

3.5. ФГДС с выявлением дефекта стенки пищевода.

3.6. Эндоскопическая установка стента Даниша, либо оперативное лечение.

4. Пациент (стабильный) в приемном отделении с инородным телом ротоглотки, трахеобронхиального дерева.

4.1. Осмотр хирурга (определение тяжести состояния).

4.2. Осмотр ЛОР-врача.

4.3. Осмотр торакального хирурга.

4.4. Обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом воротниковой зоны.

4.5. ЭКГ.

4.6. Фибробронхоскопия (ФБС) с последующим выявлением ИТ и его эндоскопической экстракцией в условиях эндоскопического кабинета (отделения).

4.7. При успешной экстракции ИТ эндоскопически – госпитализация пациента в круглосуточные ЛОР-отделения или отделение торакальной хирургии.

5. Пациент (в тяжелом или крайне тяжелом состоянии) в приемном отделении с инородным телом ротоглотки, трахеобронхиального дерева.

5.1. Осмотр хирурга (определение тяжести состояния).

5.2. Транспортировка пациента в ПШП/ ОРИТ/ операционный блок с консилиумом в составе анестезиолога, ЛОР-врача, торакального хирурга.

5.3. Экстренная трахеостомия.

5.4. Эндоскопическая экстракция инородного тела, ФБС.

6. Пациент с флегмоной дна полости рта, шеи, медиастенитом в приемном отделении.

6.1. Осмотр челюстно-лицевого, торакального хирурга (определение тяжести состояния).

6.2. Эндоскопическая интубация трахеи производится строго согласно алгоритму при трудной интубации трахеи.

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действия дежурного персонала приемного отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, террористических актов

1. При чрезвычайных ситуациях (ЧС) вводится в действие схема-взаимодействие ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (схема прилагается), вызываются экстренные службы (список телефонов специальных служб прилагается).

2. При чрезвычайных ситуациях осуществляется оповещение руководящего состава ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (список прилагается).

3. При угрозе или возникновении ЧС, террористических актов в рабочее время:

3.1. В случае возникновения ЧС в больнице (пожар, аварии, повлекшие за собой отключение электроэнергии, прекращение подачи тепла и водоснабжения, нарушение работы канализации или лифтов и т.п.), угрозы или возникновения террористического акта, произошедших в рабочее время, дежурный персонал приемного отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко сообщает об этом диспетчеру по тел. 3-60, главному врачу по тел. 3-41, директору больницы по тел. 2-29, начальнику отдела по ГО и МР по тел. 2-04, 2-72, а также оперативному дежурному ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф» (ТЦМК) по тел. 48-80-53, 55-86-63.

3.2. При возникновении пожара кроме вышеперечисленных лиц необходимо позвонить также в пожарную часть по тел. 01, 112, а при угрозе или возникновении террористического акта – дежурному УФСБ по Пензенской области по тел. 56-13-21 и дежурному УВД по тел. 56-31-11.

4. При угрозе ил возникновении ЧС, террористических актов в нерабочее время, выходные и праздничные дни:

4.1. При аварии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, повлекшей отключение электроснабжения, газоснабжения и лифтов, сообщить начальнику службы газовой, лифтовой и энергетической Шумилину В.А. по тел. 8-908-528-93-47, а в его отсутствие – инженеру Мирному С.Н. по тел. 8-902-200-84-15.

4.2. При аварии, повлекшей отключение или нарушение работы теплоснабжения, водоснабжения и канализации – начальнику службы водопроводно-канализационной и отопления Мокрову Н.В. (тел. 32-12-57; 8-962-471-28-71), а также сообщить о принятых мерах главному врачу по тел. 8-927-289-59-99, директору больницы по тел. 8-927-380-03-73, начальнику отдела по ГО и МР по тел. 8-987-525-35-40, оперативному дежурному ТЦМК по тел. 48-80-53, дежурному в приемную Министерства здравоохранения и социального развития Пензенской области по тел. 48-81-01.

4.3. При возникновении пожара кроме вышеперечисленных лиц необходимо позвонить также в пожарную часть по тел. 01, 112, а при угрозе или возникновении террористического акта – дежурному УФСБ по Пензенской области по тел. 56-13-21 и дежурному УВД по тел. 56-31-11.

4.4. График дежурства работников административно-хозяйственной части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на каждый месяц представляется в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

5. Оказание медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при массовом поступлении пораженных в чрезвычайных ситуациях осуществляется согласно приказу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 05.10.2015 № 130 «Об оказании медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н. Н. Бурденко при массовом поступлении пораженных в чрезвычайных ситуациях».

Вызов экстренных служб

Список телефонов специальных служб для организации взаимодействия

При угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций	Телефон дежурного
Оперативный штаб по проведению контртеррористических операций на территории Пензенской области	59-22-37
УВД по Пензенской области	56-31-11
УФСБ по Пензенской области	56-13-21
МЧС России по Пензенской области	49-04-14; 94-30-22; 68-11-12; 68-13-45
МКУ «Управление по делам ГОЧС г. Пензы»	63-10-03; 63-10-16; 05
Поисково-спасательная служба	56-28-66
Правительство Пензенской области	56-11-94
ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»	45-47-67; 42-09-47

При различных видах ЧС на системах жизнеобеспечения, которые приведут к особой организации работы учреждений здравоохранения и социальной защиты	Телефон дежурного
Администрация г. Пензы	68-14-63
МПЖХ	48-72-62
МУП «Горводоканал»	32-55-40
МУП «Гортеплоэнергия»	68-19-65
МУП «Электросети»	57-99-32 56-22-11
МП «Горгаз»	56-28-34
ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»	45-46-67; 42-09-47
При биолого-социальных происшествиях	Телефон дежурного
МЧС России по Пензенской области	49-04-14; 94-30-22; 68-11-12; 68-13-45
Территориальное управление Роспотребнадзора по Пензенской области	55-37-77 55-26-06
Дезинфекционная станция	56-28-66
ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области»	45-47-67; 42-09-47
При дорожно-транспортных происшествиях	Телефон дежурного
ГИБДД Пензенской области	68-09-50
ГБУЗ «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы»	57-22-17 57-22-10 57-21-97

Вызов экстренных служб с сотового телефона

Оператор/служба	Билайн	МегаФон	МТС	Пенза-GSM	Любой оператор
Пожарная	001	010	010	01*	112 (экстренный вызов)
Милиция	002	020	020	02*	
Скорая помощь	003	030	030	03*	
Служба газа	004	040	040	04*	

Алгоритм оценки степени тяжести состояния пациента

1. Смерть до прибытия в приёмное отделение.

Признаки биологической смерти.

Биологическую смерть констатируют по наличию достоверных признаков. До того, как они появятся, можно предположить по совокупности признаков.

1.1. Совокупность признаков смерти:

- отсутствие деятельности сердца. Не прощупывается пульс на магистральных артериях, не выслушиваются сердечные тоны, изолиния на электроэнцефалограмме (ЭЭГ);
- отсутствие дыхания;
- точное время отсутствия деятельности сердца – более 30 минут;
- мидриаз – расширение зрачка и отсутствие его реакции на свет и внешние раздражители;
- гипостатические пятна – темно-синие пятна в отлогих местах тела человек.

1.2. Достоверные признаки:

- «симптом кошачьего зрачка» – наиболее ранний признак, появляется через 15 минут. При сдавливании пальцами глазного яблока в вертикальном или горизонтальном направлении зрачок принимает узкую овальную форму;
- высыхание и помутнение роговицы глаза;
- трупные пятна – участки кожи сине-фиолетового цвета;
- трупное окоченение – это тугоподвижность и затвердение мышц трупa. Наступает через 2–4 часа после смерти.

2. Состояние клинической смерти и предагональное состояние.

Независимо от причины развития данного состояния, при нем должно быть сочетание трех симптомов:

- кома – отсутствие сознания;
- апноэ – отсутствия дыхания;
- асистолия – отсутствие фиксируемой эффективной сердечной деятельности.

3. Крайне тяжёлое состояние:

- состояние сознания – умеренная кома или оглушение;
- витальные функции – грубые нарушения одновременно по нескольким параметрам;
- признаки декомпенсированного шока;
- признаки декомпенсированной полиорганной недостаточности.

4. Тяжёлое состояние:

- сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора;
- имеются выраженные нарушения дыхательной либо сердечно-сосудистой систем;
- имеются признаки выраженной полиорганной недостаточности;
- имеются признаки выраженного эндо- или экзотоксикоза;
- выраженный, интенсивный болевой синдром.

5. Состояние средней степени тяжести:

- сознание не нарушено или имеется незначительное оглушение;
- показатели гемодинамики без склонности к гипотонии, может быть умеренная гипертензия и умеренная тахикардия;
- дыхательная функция не нарушена или нарушения незначительные – умеренное тахипноэ, отсутствие клинических признаков дыхательной недостаточности;
- болевой синдром умеренный;
- признаки эндо- или экзотоксикоза незначительные, отсутствие клинических признаков полиорганной недостаточности.

5. Удовлетворительное состояние:

- наличие каких-либо жалоб без объективного подтверждения инструментальными и (или) лабораторными методами исследования;
- наличие каких-либо жалоб при наличии хронического заболевания вне обострения или в невыраженной активности, подтверждённого инструментальными и (или) лабораторными методами;
- наличие каких-либо жалоб при наличии острого состояния, не сопровождающегося нарушением функции.

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
инициальная больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий при остановке сердечной деятельности

Приемное отделение

1. При поступлении пациента в приемное отделение с признаками неэффективности кровообращения начинаются первоочередные мероприятия:

1.1. Пациент незамедлительно транспортируется в третью смотровую комнату.

1.2. Врач приемного отделения проводит первичную диагностику неэффективности кровообращения (оценка дыхания, сердечной деятельности и сознания).

1.3. Медицинская сестра незамедлительно осуществляет вызов врача-реаниматолога и медицинской сестры функциональной диагностики с целью регистрации ЭКГ. После осуществления вызова направляется в третью смотровую комнату.

1.4. После первичной диагностики неэффективности кровообращения врач и медицинская сестра приемного отделения начинают базовые реанимационные мероприятия.

1.5. Медицинская сестра приемного отделения осуществляет венозный доступ.

1.6. Врач приемного отделения осуществляет восстановление проходимости дыхательных путей (запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, открывание рта) и компрессию грудной клетки.

2. Действия медицинской сестры функциональной диагностики:

2.1. После получения вызова медицинская сестра функциональной диагностики в течение 5 минут является в приемное отделение.

2.2. При приходе в приемное отделение медицинская сестра функциональной диагностики незамедлительно регистрирует ЭКГ.

3. Действия врача-реаниматолога:

3.1. После получения вызова врач-реаниматолог является в приемное отделение в течение 5 минут.

3.2. Продолжает первичные (базовые) мероприятия сердечно-легочной реанимации (СЛР) совместно с врачом приемного отделения (дежурным врачом) и медицинской сестрой приемного отделения.

3.3. Выполняет интубацию трахеи, проводит искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) мешком Амбу.

3.4. В ходе проведения первичных (базовых) мероприятий СЛР врач-реаниматолог проводит анализ ЭКГ с целью выявления вида остановки кровообращения.

3.5. Далее определяет квалифицированные (дифференцированные) мероприятия СЛР в зависимости от вида остановки кровообращения.

4. Последовательность действий при фибрилляции желудочков:

4.1. Дефибрилляция 120–200 Дж при двуфазных импульсах; 360 Дж – при однофазных импульсах.

4.2. Компрессия грудной клетки и ИВЛ в течение 2 минут.

4.3. Повтор дефибрилляции.

4.4. Базовые действия в течение 2 минут.

4.5. Повтор дефибрилляции.

4.6. Внутривенное введение адреналина 1 мг и амиодарона 300 мг после третьего неэффективного разряда дефибрилляции.

4.7. При сохраняющейся фибрилляции желудочков (ФЖ):

- компрессия грудной клетки и ИВЛ;
- адреналин внутривенно 1 мг каждые 3–5 минут;
- амиодарон внутривенно 150 мг;
- электроимпульсная терапия каждые 2 минуты.

4.8. При переходе ФЖ в асистолию – действия при асистолии (см. ниже).

5. Последовательность действий при асистолии и беспульсовой электрической активности:

5.1. Компрессия грудной клетки и ИВЛ.

5.2. Адреналин внутривенно 1 мг каждые 3–5 минут.

При неэффективности СЛР в течение 30 минут констатируется смерть пациента. СЛР прекращается.

При восстановлении сердечной деятельности пациент транспортируется в ОРИТ на ИВЛ мешком

Амбу в сопровождении врача-реаниматолога с помощью медицинского персонала приемного отделения.

Первоочередные мероприятия в ОРИТ после сердечно-легочной реанимации:

1. Подключение пациента к аппарату ИВЛ и монитору пациента.
2. Оценка витальных функций (сознание, сердечная деятельность, дыхание).
3. Регистрация ЭКГ.
4. Забор крови на анализ газового состава крови, тропонин, креатининфосфокиназу (КФК-МВ), Д-димер.
5. Подбор параметров ИВЛ по газовому составу крови.
6. Вазопрессорная поддержка (при необходимости) с коррекцией дозы по параметрам гемодинамики.
7. Вызов на консультацию кардиолога и невролога.

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бур-
денко»
от _____ № _____

Алгоритм мероприятий при анафилактическом шоке

Приемное отделение

1. При поступлении в приемное отделение пациента с клиникой анафилактического шока начинаются первоочередные мероприятия:

1.1. Пациент незамедлительно транспортируется в третью смотровую комнату.

1.2. Пациент укладывается в горизонтальное положение с возвышенным ножным концом.

1.3. Медицинская сестра приемного отделения осуществляет венозный доступ и устанавливает инфузию раствора хлорида натрия 0,9 % 400 мл.

1.4. Врач приемного отделения проводит быструю первичную оценку состояния больного: краткий сбор жалоб и анамнеза, измерение пульса и артериального давления, осмотр кожных покровов.

1.5. При подтверждении диагноза анафилактического шока врач приемного отделения назначает внутривенно струйно на физиологическом растворе 0,1 % адреналина 0,5 мл и осуществляет вызов врача-реаниматолога.

Медицинская сестра приемного отделения выполняет назначения врача приемного отделения.

2. Действия врача реаниматолога:

2.1. При получении вызова врач-реаниматолог в течение 5 минут является в приемное отделение.

2.2. Повторно проводит быструю первичную оценку состояния больного.

2.3. При необходимости повторно назначает внутривенно струйно на физиологическом растворе 0,1 % адреналина 0,5 мл.

2.4. Транспортирует пациента в ОРИТ с помощью медицинского персонала приемного отделения с постоянной инфузией раствора хлорида натрия 0,9 % и контролем витальных функций.

Отделение реанимации и интенсивной терапии

1.1. Повторная оценка состояния больного, подключение к монитору пациента.

1.2. Продолжение инфузионной терапии раствором хлорида натрия 0,9 % со скоростью 20–40 мл/кг в час до стабилизации гемодинамики.

1.3. Адреналин – постоянная инфузия. Скорость зависит от степени нормализации АД: 0,005–0,05 мкг/кг/мин. Если на фоне титрования адреналина сохраняется артериальная гипотензия или тахикардия, переходят на титрование раствора норадреналина 0,05 мкг/кг/мин до получения желаемого эффекта.

1.4. Глюкокортикоиды: преднизолон 5–10 мг/кг внутривенно.

1.5. Димедрол 1 % раствор 0,05–0,1 мл/кг, не более 5 мл внутривенно.

1.6. При бронхоспазме 1–2 дозы сальбутамола с интервалом 15–20 минут, но не более 8 доз.

1.7. При судорогах – диазепам 0,5 % раствор 0,05–0,1 мл/кг внутривенно.

1.8. Провести обследование больного: общий анализ крови, ЭКГ, рентгенография легких, белок крови, калий, натрий, глюкоза, мочевины, креатинин; общий билирубин.

1.9. Проводить мониторинг жизненно важных функций, психоневрологического статуса и диуреза.

1.10. Перевод в отделение не ранее чем через 12 часов после стабилизации гемодинамики и купирования симптомов.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий при желудочно-кишечном кровотечении

Приемное отделение

1. Осмотр пациента с картиной желудочно-кишечного кровотечения дежурным хирургом проводится не позднее часа с момента поступления в стационар. В случае средней степени тяжести состояния пациента или при тяжелом состоянии осмотр проводится незамедлительно. После осмотра пациента определяется необходимость госпитализации его в отделение реанимации и интенсивной терапии. Показания к госпитализации пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии:

- тяжелое состояние пациента;
- нарушений функций хотя бы одной из органных систем (дыхательная, сердечно-сосудистая, печечно-почечная, церебральная);
- тяжелая степень постгеморрагической анемии;
- неустойчивый гемостаз (по Forrest II A–B).

2. Обследование. В течение часа с момента поступления пациента в стационар определяется уровень гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов с подсчетом лейкоцитарной формулы, гематокрита, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов, общетерапевтического биохимического анализа крови с определением билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатамино-трансферазы (АСТ), мочевины, креатинина, амилазы, глюкозы крови, натрия и калия.

3. Эндоскопическое исследование. Проводится в течение 1,5 часов с момента поступления пациента в стационар в случае легкой степени и средней степени тяжести состояния или незамедлительно в случае тяжелого состояния.

4. Трактовка результата эндоскопического исследования:

4.1. В случае выявления во время проведения фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) продолжающегося кровотечения по классификации Forrest I A – I B (острая язва, эрозия, хроническая язва, злокачественная опухоль желудка) проводится попытка эндоскопического гемостаза (клипирование, орошение раствором нитрата серебра, обкалывание раствором адреналина, аргонно-плазменная коагуляция). Исключение составляет кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода. При отсутствии эффекта остановки кровотечения от эндоскопического гемостаза выставляются показания к экстренной операции по остановке кровотечения.

4.2. В случае выявления во время проведения ФЭГДС остановившегося кровотечения по классификации Forrest II A – II B с высоким риском рецидива кровотечения (острая язва, эрозия, хроническая язва, злокачественная опухоль желудка) дежурным хирургом устанавливается назогастральный зонд для объективной оценки возможного рецидива кровотечения, пациент транспортируется в отделение хирургии или в отделение реанимации и интенсивной терапии в зависимости от тяжести кровотечения.

и степени кровопотери, после чего начинается проведение консервативной терапии. Контроль эндоскопической картины в данном случае проводится через 6–8 часов или ранее по показаниям.

4.3. В случае выявления во время проведения ФЭГДС остановившегося кровотечения по классификации Forrest IIC – III с устойчивым гемостазом и низким риском рецидива кровотечения (острая язва, эрозия, хроническая язва, злокачественная опухоль желудка) дежурным хирургом устанавливается назогастральный зонд для объективной оценки возможного рецидива кровотечения, пациент транспортируется в отделение хирургии или в отделение реанимации и интенсивной терапии в зависимости от тяжести кровотечения и степени кровопотери, после чего начинается проведение консервативной терапии (схема рассмотрена ниже). Контроль эндоскопической картины в данном случае проводится через 24–48 часов или ранее по показаниям.

4.4. Наличие рецидива кровотечения из желудочно-кишечного тракта (эрозия, острая язва, хроническая язва, желудочно-пищеводный разрыв) является показанием к незамедлительному проведению экстренной операции, направленной на остановку кровотечения хирургическим путем.

5. Показания к проведению гемотрансфузии:

5.1. Тяжелая и средней степени тяжести постгеморрагическая анемия со снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л.

5.2. Массивное кровотечение тяжелой степени даже при значениях уровня гемоглобина выше 70 г/л на момент проведения исследования общего анализа крови.

6. Схема консервативной терапии при язвенных гастродуоденальных и гастроеюнальных кровотечениях:

6.1. Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству.

6.2. Проводится инфузионно-трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний).

В условиях отделения реанимации

1. Первоочередные мероприятия при поступлении пациента в ОРИТ:

1.1. Измерение АД и ЧСС.

1.2. Осуществление венозного доступа, установка назогастрального зонда и уретрального катетера.

1.3. ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки (если не выполнено на этапе приемного отделения).

1.4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ газового состава крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий билирубин с фракциями, общий белок, калий, натрий).

1.5. Коагулограмма (время свертывания крови, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО)).

1.6. Вызов эндоскописта с целью проведения ФЭГДС (если не выполнено на этапе приемного отделения).

1.7. Определение степени тяжести кровопотери.

2. Инфузионно-трансфузионная терапия:

2.1. Объем и состав инфузионно-трансфузионной терапии зависит от величины кровопотери.

2.2. Дефицит объема циркулирующей крови необходимо восполнять в течение 6 часов на 60–70 %, а к исходу первых суток – полностью.

3. Системная гемостатическая терапия:

3.1. Базисная системная гемостатическая терапия включает:

– дицинон (этамзилат натрия) 12,5 % 2 мл до 4 раз в сутки внутривенно;

– транексамовая кислота 10–15 мг/кг до 3–4 раз в сутки внутривенно.

3.2. У всех пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями повышение АЧТВ более 40 секунд и МНО более 1,3 свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначения 2–3 доз свежзамороженной плазмы.

4. Антисекреторная терапия:

4.1. Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией на протяжении не менее 72 часов от момента выполнения эндоскопического гемостаза при высоком риске рецидива кровотечения и/или при наличии медицинских противопоказаний к хирургическому вмешательству.

5. Эндоскопическое исследование.

Проводится в течение 10 минут с момента поступления пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии после установки назогастрального зонда и отмывания желудка от содержимого.

6. Трактовка результата эндоскопического исследования:

6.1. Трактовка проводится согласно алгоритму действий при желудочно-кишечных кровотечениях на этапе приемного отделения или стационара.

6.2. Наличие рецидива кровотечения из желудочно-кишечного тракта (эрозия, острая язва, хроническая язва, желудочно-пищеводный разрыв) является показанием к незамедлительному проведению экстренной операции, направленной на остановку кровотечения хирургическим путем.

7. Показания к проведению гемотрансфузии:

7.1. Тяжелая и средней степени тяжести постгеморрагическая анемия со снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л.

7.2. Массивное кровотечение тяжелой степени даже при значениях уровня гемоглобина выше 70 г/л на момент проведения исследования общего анализа крови.

8. Показания к переводу пациента в отделение хирургического профиля:

8.1. Ликвидация высокого риска рецидива кровотечения, подтвержденная эндоскопической картиной (не менее Forrest II C).

8.2. Стабильные показатели гемодинамики без вазопрессорной поддержки (систолическое артериальное давление не менее 100 мм рт. ст.).

8.3. Ликвидация анемии (уровень гемоглобина не менее 80 г/л).

8.4. Компенсация сопутствующей патологии при ее наличии.

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОНМК

Приемное отделение

1. Больные с признаками ОНМК при поступлении в смотровой кабинет отделения осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:

– оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;

– по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;

– организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения, активированного частичного тромбопластинового времени.

Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу отделения.

2. После проведения указанных в п. 1 мероприятий больной с признаками ОНМК направляется в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано отделение, в котором осуществляется проведение компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга для уточнения диагноза. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в отделение до получения дежурным врачом-неврологом отделения заключения КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

3. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в блок реанимации и интенсивной терапии отделения.

4. Пациенты, у которых по результатам исследований исключён диагноз ОНМК, после осмотра профильными специалистами при наличии медицинских показаний для стационарного лечения госпитализируются в другие отделения ЛПУ.

5. В приемном отделении на каждого госпитализированного пациента медицинской сестрой заполняется медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) и проставляется канал госпитализации.

Результаты первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, оформляются записью в стационарной карте с установлением предварительного диагноза врачом-неврологом не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию с формированием плана обследования и лечения пациента согласно стандартам оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций с учётом нозологической формы заболеваний.

6. Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.

7. В случае отсутствия медицинских показаний для стационарного лечения или отказа пациента от госпитализации после проведения необходимых диагностических исследований, осмотра дежурным врачом по профилю заболевания и оказания медицинской помощи данные о больном, данные объективного осмотра, данные обследования и рекомендации заносятся дежурным врачом по профилю заболевания в «Журнал учета амбулаторных больных» (форма 074/у) и в федеральную типовую медицинскую информационную систему (ФТМИС), а пациенту выдается справка с заключением врача и рекомендациями.

8. В случае категорического отказа от госпитализации (стационарного лечения) пациента, поступившего в приемное отделение в ургентном порядке с абсолютными и относительными показаниями к госпитализации, врач приемного отделения обязан:

- разъяснить пациенту и сопровождающим его родственникам необходимость госпитализации;
- в случае, когда отказ от госпитализации угрожает жизни пациента – немедленно вызвать ответственного дежурного администратора;
- записать в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) результаты осмотра совместно с ответственным дежурным администратором;
- взять с пациента расписку об отказе от госпитализации с указанием точного времени (часы, минуты) проведения с пациентом беседы о необходимости стационарного лечения и возможных последствиях отказа;
- выдать пациенту результаты осмотров специалистов, специальных и лабораторных методов исследования, диагноза, лечебных и трудовых рекомендаций;
- сообщить о пациенте по телефону в районную поликлинику по месту жительства или на станцию скорой и неотложной медицинской помощи для проведения ими «активного вызова».

10. Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой принимается решение о тактике лечения.

Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования установлены признаки субарахноидального кровоизлияния, проводится КТ-ангиография, МР-ангиография или рентгеноконтрастная церебральная ангиография. При выявлении интракраниальных сосудистых аномалий проводится консультация нейрохирурга с целью определения возможности оперативного лечения в условиях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. При технической невозможности оказания высокотехнологической медицинской помощи происходит направление пациента в федеральный центр нейрохирургии.

При наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии проводится спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости с целью уточнения диагноза.

11. Пациентам с ишемическим инсультом, поступившим в течение 4,5 часов от начала заболевания, дежурным неврологом принимается решение о проведении системной внутривенной тромболитической терапии препаратом Актилизе (Алтеплаза) в дозе 0,9 мг/кг с учетом индивидуальных показаний и противопоказаний согласно действующим Клиническим рекомендациям по проведению тромболитической терапии пациентам с ишемическим инсультом не позднее 40 минут от момента установления диагноза.

Отделение неврологическое для лечения больных с НМК

1. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал (шкала комы Глазго (ШКГ), NIHSS, Ренкин, Ревермид, пациентам с субарахноидальным кровоизлиянием (САК) – Hunt-Hess);

- оценка соматического статуса;

- стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания;

- оценка нутритивного статуса;

- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;

- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;

- дуплексное сканирование транскраниальное;

- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

2. В блоке реанимации и интенсивной терапии отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг лабораторных показателей;

- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

- оценка нутритивного статуса и назначение индивидуальной нутритивной поддержки не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией;

- ранняя медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар;

- лечебные и диагностические мероприятия согласно стандартам оказания медицинской помощи по отдельным нозологическим формам заболеваний с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний и индивидуальной непереносимости лекарственных средств.

3. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой принимается решение о тактике лечения.

4. Длительность пребывания больного с ОНМК в блоке реанимации и интенсивной терапии (БРИТ) отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

5. По истечении 24 часов нахождения пациента в БРИТ лечащий врач устанавливает клинический диагноз на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций и определения патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST.

6. При стабилизации состояния пациента, но не ранее 24 часов нахождения пациента в БРИТ заведующим отделением (а в его отсутствие дежурным неврологом) принимается решение о переводе в палаты ранней реабилитации.

7. Проведение в обязательном порядке осмотра заведующим отделением в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в отделение, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим отделением.

8. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. При некардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта назначаются лекарственные препараты группы антиагрегантов или при кардиоэмболическом варианте транзиторной ишемической атаки и ишемического инсульта – лекарственные препараты группы антикоагулянтов (при отсутствии медицинских противопоказаний).

9. По окончании срока лечения в отделении в стационарных условиях после оценки состояния по шкале Ренкин и Ревермид с учётом реабилитационного потенциала лечащим врачом совместно с заведующим отделением коллегиально принимается решение о дальнейшей тактике ведения и медицинской реабилитации больного:

- в отделение для лечения больных с поражением нервной системы и органов чувств с койками реабилитации ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (стационарный этап);
- амбулаторный этап;
- отделения паллиативной помощи Пензенской области.

10. В рамках реализации на территории Пензенской области проекта «Вторичная профилактика повторных кардиоэмболических инсультов» после выписки из стационара пациентов с ишемическим инсультом с постоянной формой фибрилляции предсердий им выдаются препараты группы пероральных антикоагулянтов на 1 месяц.

11. На всех этапах оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК медицинская сестра приемного отделения, блока реанимации и интенсивной терапии выполняет назначения лечащего врача, касающиеся вопросов заполнения медицинской документации, транспортировки, выполнения медицинских манипуляций, ухода за пациентом.

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм лечения кардиогенного шока в условиях приемного отделения и стационара

Общие положения: лечение любого шока должно предусматривать доставку больного в ОРИТ в кратчайшие сроки. Начало терапии при первом контакте с пациентом в приемном отделении. Лечение и транспортировка пациента совместно с врачом-реаниматологом и анестезисткой. Основой лечения кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является скорейшее восстановление перфузии инфаркт-связанной коронарной артерии. Необходимо рассмотреть вопрос о быстрой доставке в рентгеноперационную, как только представится такая возможность.

С целью обеспечения преемственности работы с бригадой скорой помощи необходимо выяснить, как и в каком объеме проводилась терапия шока на догоспитальном этапе.

Алгоритм действий персонала:

1. Пациента уложить, ножной конец приподнять.
2. Оксигенотерапия (при уровне сатурации $O_2 < 90 \%$ – ингаляция 40–60 % кислородом 4–8 л/мин через маску, титруя концентрацию до $Sp O_2 > 90 \%$).
3. При отсутствии застоя в легких и признаках гиповолемии – быстрая инфузия 200 мл физиологического раствора хлорида натрия 200 мл за 10 минут. Возможно повторное введение при необходимости до достижения суммарного объема 400 мл.
4. Для подъема АД – вазопрессоры (желательно введение через дозатор):
 - Допамин с начальной скоростью 2–10 мкг/кг*мин. При отсутствии эффекта скорость увеличивается каждые 5 минут до 20–50 мкг/кг*мин. Эффект наступает быстро, в первые минуты, но при прекращении инфузии длится 10 минут. Стандартный раствор готовится путем добавления 400 мг допамина к 250 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, что дает концентрацию 1600 мкг на 1 мл. Не смешивать со щелочными растворами! При отсутствии дозатора начальная скорость введения 4–8 капель в минуту. Инфузию прекращать постепенно. Дозы до 5 мкг/л*мин улучшают почечный кровоток, 5–10 мкг/л*мин обеспечивают позитивный инотропный эффект, свыше 10 мкг/л*мин вызывают вазоконстрикцию;
 - Добутамин – 250 мг лиофилизата растворяют в 10 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, доразводят до объема 50 мл и добавляют в 200 мл 0,9 % раствора хлорида натрия, инфузия со скоростью 2.5–10 мкг/кг*мин с увеличением ее при необходимости на 2,5 мкг/кг*мин до максимальной 20 мкг/кг*мин (без инфузомата начать с 8–16 капель в минуту). Эффект развивается через 1–2 минуты, при остановке продолжается 5 мин.

5. При отсутствии эффекта от допамина/добутамина, прогрессирующей гипотонии с систолическим артериальным давлением (САД) <80 мм рт. ст. возможно введение адреналина (эпинефрин) в дозе 2–4 мкг в минуту в виде инфузии или норадреналина (с учетом понимания того, что последний усугубляет вазоконстрикцию) –0,2–1,0 мкг/кг/мин внутривенно капельно. При отеке легких после стабилизации САД выше 100 мм рт. ст. добавить внутривенно нитраты, начиная с малых доз, и морфин дробно по 2 мг (последний хорош и для адекватного обезболивания).

6. Рассмотреть необходимость назначения аспирина (250–325 мг разжевать) и антикоагулянтов (гепарин 70 ед. на кг массы тела, не более 4000 ед.) или эноксапарин 1 мг на кг массы тела внутривенно.

7. Тщательное мониторирование АД, ЧСС, аритмий, диуреза (катетер в мочевого пузыря желателен).

Приложение № 13
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм

лечения кардиогенного отека легких в условиях приемного отделения и стационара

В блоке реанимации и интенсивной терапии отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводится мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще).

Общие положения: лечение отека легких должно предусматривает доставку больного в ОРИТ в кратчайшие сроки. Начало терапии при первом контакте с пациентом в приемном отделении. Лечение и транспортировка пациента совместно с врачом-реаниматологом и анестезисткой. Основой лечения кардиогенного отека легких при остром инфаркте миокарда является скорейшее восстановление перфузии инфаркт-связанной коронарной артерии. Необходимо рассмотреть вопрос о быстрой доставке в рентгенооперационную, как только представится такая возможность. При отсутствии клинических и лабораторных данных об остром инфаркте миокарда транспортировка пациента в ОРИТ производится, минуя приемное отделение.

С целью обеспечения преемственности работы с бригадой скорой помощи необходимо выяснить, как и в каком объеме проводилась терапия шока на догоспитальном этапе.

Немедикаментозное лечение

1. Придать пациенту положение с приподнятым головным концом.

2. Оксигенотерапия:

– в случае гипоксемии ($\text{SaO}_2 < 90\%$) (I C);

– неинвазивная вентиляция легких – проводится у пациентов с респираторным дистресс-синдромом (ЧД >25 в мин., $\text{SpO}_2 < 90\%$) (раннее проведение неинвазивной вентиляции легких снижает потребность в эндотрахеальной интубации) (IIa B).

Показания к ИВЛ с интубацией трахеи:

– признаки слабости дыхательных мышц – уменьшение частоты дыхания в сочетании с нарастанием гиперкапнии и угнетением сознания;

– тяжелое нарушение дыхания (с целью уменьшить работу дыхания);

– необходимость защиты дыхательных путей от регургитации желудочного содержимого;

– устранение гиперкапнии и гипоксемии у больных без сознания после длительных реанимационных мероприятий или введения лекарственных средств;

– необходимость санации трахеобронхиального дерева для предупреждения обтурации бронхов и ателектазов;

– необходимость в немедленной инвазивной вентиляции при отеке легких на фоне острого коронарного синдрома (ОКС).

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение при кардиогенном отеке легких проводится с учетом цифр АД и/или степени перегрузки:

– внутривенное введение петлевых диуретиков;

– фuroсемид может применяться внутривенно в начальной дозе 20–40 мг.

В случаях перегрузки объемом дозировка вводимого диуретика должна корректироваться согласно типу отека легких:

– при впервые возникшей клинике отека лёгких или при отсутствии поддерживающей диуретической терапии фuroсемид вводится 40 мг внутривенно;

– при отеке легких, развившемся при хронической пероральной терапии диуретиками, фuroсемид вводится в/в болюсно в дозе, по меньшей мере эквивалентной пероральной дозе (I B).

Диуретики можно вводить в виде болюса или непрерывной инфузии, дозы и длительность должны быть скорректированы в зависимости от симптомов пациента и клинического состояния (I B).

Вазодилататоры могут быть рассмотрены у симптомных пациентов при отеке легких, при САД > 90 мм рт.ст. (и при отсутствии симптомов гипотензии) (II A);

– нитроглицерин (стартовая доза 20 мкг/мин, до 200 мкг/мин), изосорбида динитрат (стартовая доза 1 мг/ч, до 10 мг/ч). Возможно применение нитратов при кардиогенном отеке легких только у нормотензивных пациентов.

Инотропные агенты (добутамин, допамин, левосимендан, ингибиторы фосфодиэстеразы III (PDE III): краткосрочное применение внутривенно инотропных агентов можно рассматривать у пациентов с гипотонией (САД <90 мм рт.ст.) и симптомами гипоперфузии для увеличения сердечного выброса, улучшения периферической перфузии и внутриорганной гемодинамики (IIb C).

Внутривенную инфузию левосимендана или ингибитора фосфодиэстеразы III можно рассматривать при состояниях гипотензии и гипоперфузии, развившихся в результате применения бета-блокаторов (IIb C).

При необходимости применения инфузия добутамина проводится в дозе 2–20 мг/кг/мин.

Вазопрессоры (предпочтительно норадреналин) можно рассматривать у пациентов с сохраняющейся симптоматикой кардиогенного шока, несмотря на применение инотропных препаратов, для повышения АД и обеспечения перфузии в жизненно важных органах (IIb B). Рекомендуется контролировать ЭКГ и АД при использовании инотропных агентов и вазопрессоров, так как они могут вызвать аритмии, ишемию миокарда, а также в случае применения левосимендана и ингибиторов PDE III гипотонию (I C). В таких случаях возможно измерение внутриартериального давления (IIb C). Норадреналин вводится в дозе 0,2–1,0 мг/кг/мин.

Профилактика тромбоэмболических осложнений.

Профилактика тромбоэмболии (например, с низкомолекулярным гепарином (НМГ) рекомендуется у пациентов, не принимающих антикоагулянты при отсутствии противопоказаний к антикоагулянтной терапии, чтобы уменьшить риск тромбоза глубоких вен и легочной эмболии (I B).

Другие препараты. Для контроля ЧСС у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) дигоксин и/или бета-блокаторы являются препаратами выбора (IIa). Возможно использование амиодарона (IIb).

Наркотические анальгетики (опиаты) могут быть рассмотрены для осторожного использования для облегчения одышки и тревоги у больных с тяжелой одышкой, но необходимо учитывать вероятность появления тошноты и угнетение дыхания в результате их использования, в связи с чем рутинное использование опиатов не рекомендовано при кардиогенном отеке лёгких (II b).

Приложение № 14
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм мероприятий при травматическом шоке

1. Неотложный осмотр:

– нитроглицерин (стартовая доза 20 мкг/мин, до 200 мкг/мин), изосорбида динитрат (стартовая доза 1 мг/ч, до 10 мг/ч). Возможно применение нитратов при кардиогенном отеке легких только у нормотензивных пациентов;

– исследование дыхания (частота и характер дыхания, аускультативная картина), гемодинамики (АД и ЧСС), сознания (оценка по шкале Глазго);

– раздевание и визуальный осмотр пациента;

– забор крови на анализы: ОАК, группа крови и Rh-фактор, биохимический анализ крови (общий билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, амилаза, К, Na, общий белок), время свертывания крови, АЧТВ, ПТИ.

2. Проведение мероприятий, поддерживающих жизнь:

- обеспечение адекватного венозного доступа;
- адекватное обезболивание;
- поддержание проходимости дыхательных путей с защитой шейного отдела позвоночника, обеспечение дыхания, включая интубацию трахеи и перевод на ИВЛ;
- при пневмо-гемотораксе – дренирование плевральной полости;
- при видимом наружном кровотечении – остановка кровотечения;
- иммобилизация переломов (если не выполнено на догоспитальном этапе);
- инфузионная терапия;
- при продолжающемся кровотечении – транексамовая кислота 15–20 мг/кг внутривенно;
- при пневмо-гемотораксе – дренирование плевральной полости;
- при видимом наружном кровотечении – остановка кровотечения.

3. Инструментальные исследования:

- обзорная рентгенография черепа, таза, конечностей, органов грудной клетки в двух проекциях;
- ультразвуковое исследование плевральной и брюшной полости;
- фиброbronхоскопия (ФБС) – при поступлении алой крови из дыхательных путей;
- спиральная компьютерная томография (СКТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника.

4. Интенсивная терапия в условиях отделения реанимации:

4.1 Адекватное обезболивание.

4.2 Лечение циркуляторных расстройств:

- мониторинг АД, ЧСС, центрального венозного давления (ЦВД);
- согревание;
- инфузионная терапия (объем и характер растворов зависит от степени кровопотери);
- коррекция метаболического ацидоза;
- вазопрессорная поддержка при сохраняющейся артериальной гипотензии на фоне инфузионной терапии;
- при пневмо-гемотораксе – дренирование плевральной полости.

4.3 Коррекция респираторных расстройств:

- контроль газового состава крови;
- респираторная поддержка: оксигенотерапия, ИВЛ (в зависимости от выраженности дыхательной и церебральной недостаточности).

4.4 Трансфузионная терапия:

- трансфузия эритроцитной массы показана при снижении гемоглобина ниже 70 г/л;
- трансфузия свежезамороженной плазмы (СЗП) показана при массивной кровопотере и коагулопатии (тромбиновое время или АЧТВ более чем в 1,5 раза дольше нормального);
- трансфузия тромбоконцентрата показана при снижении тромбоцитов ниже $50 \times 10^9/\text{л}$.

4.5 Нутритивная поддержка:

- раннее назначение нутритивной поддержки (сразу после нормализации центральной гемодинамики и тканевой перфузии), суточная энергетическая ценность питания должна составлять не менее 25–30 ккал/кг.

4.6 Контроль инфекционных осложнений:

- бактериологические исследования сред организма (крови, мочи, трахеобронхиального аспирата) при появлении признаков инфекции.

4.7 Профилактика основных осложнений:

- для профилактики развития венозных тромбоэмболических осложнений назначаются препараты гепарина (согласно клиническим рекомендациям);
- для профилактики стресс-язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) назначают ингибиторы протонной помпы или H₂-блокатор;
- противопролежневые мероприятия.

Алгоритм мероприятий при недифференцированном шоке

Шаг 1. Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание), температуры тела, темпа диуреза.

Шаг 2. Если возможно, устранение причины шока (например, остановка наружного кровотечения).

Шаг 3. Осуществление венозного доступа. Начало инфузионной терапии физиологическим раствором 400 мл.

Шаг 4. Оксигенотерапия.

Шаг 5. Госпитализация в ОРИТ.

Шаг 6. Лабораторная диагностика: анализ газового состава крови (включая лактат), общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, билирубин, С-реактивный белок), при подозрении на острый коронарный синдром – тропонин I, при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии – Д-димер.

Шаг 7. Инструментальная диагностика: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек.

Шаг 8. Дифференциальная диагностика шоков:

Кровотечение, рвота, диарея, острая кишечная непроходимость	Гиповолемический шок: лечение основного заболевания, проведение инфузионно-трансфузионной терапии
Аллергия, укусы насекомых, зуд, эритема, крапивница, отек гортани	Анафилактический шок (см. алгоритм)
Ангинозные боли, гипотензия, отек легких, коронарные изменения на ЭКГ	Кардиогенный шок (см. алгоритм)
Лихорадка, ознобы, предполагаемый или верифицированный инфекционный очаг	Септический шок

Алгоритм мероприятий при судорожном синдроме

1. Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание).

2. Неотложная терапия:

1-й этап:

- обеспечение проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия;
- обеспечение венозного доступа;
- инфузионная терапия физиологическим раствором 400 мл.

2-й этап (быстрое прекращение судорожного припадка):

- препараты 1-го ряда: диазепам 10–20 мл внутривенно болюсно;
- препараты 2-го ряда: барбитураты 2–4 мг/кг/час.

3-й этап (диагностическая оценка):

- глюкоза крови;
- электролитный состав крови (К, Na, Ca, Mg);
- газовый анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий билирубин, мочевина, креатинин);
- рассмотреть необходимость выполнения КТ головного мозга, люмбальной пункции.

3. Консультация специалистов: невролога, нейрохирурга.

Алгоритм мероприятий при асфиксии

- Шаг 1. Устранение причины асфиксии.
- Шаг 2. Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание) – при необходимости проведение сердечно-легочной реанимации.
- Шаг 3. Иммобилизация воротниковой шиной.
- Шаг 4. Санация верхних дыхательных путей с помощью прямой ларингоскопии.
- Шаг 5. Оксигенотерапия.
- Шаг 6. Осуществление венозного доступа.
- Шаг 7. Консультация ЛОР-врача, при необходимости – невролога.

Алгоритм ведения пациентов с острым коронарным синдромом

1. Обследование пациента с острым коронарным синдромом в приемном отделении:

- вызов дежурного врача-кардиолога палаты реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ) кардиологического отделения осуществляется сразу при поступлении пациента в приемное отделение;
- больной осматривается дежурным врачом-кардиологом незамедлительно при диагнозе в направлении «острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ» или «острый инфаркт миокарда»;
- в течение 10 минут при диагнозе в направлении «острый коронарный синдром», «острый коронарный синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ», «нестабильная стенокардия» в приемное отделение незамедлительно вызывается реанимационная бригада отделения анестезиологии и реанимации;
- при необходимости для сопровождения обследования диагностически неясного пациента (отсутствие убедительных признаков острого инфаркта миокарда (ОИМ) при первичном осмотре дежурного врача-кардиолога) в тяжелом состоянии с пациентом на все время обследования остается дежурный анестезиолог-реаниматолог – до момента передачи пациента анестезиологу-реаниматологу ОРИТ;
- в случае выявления другого, кроме ОКС, заболевания, обуславливающего тяжелое состояние больного, не допускающего транспортировку пациента в больницу скорой медицинской помощи (БСМП), вызов дежурного врача соответствующего профиля (терапевт, невролог, хирург), при необходимости дежурного анестезиолога-реаниматолога соответствующего подразделения;
- дежурная медицинская сестра выполняет ЭКГ в 12 отведениях в течение 10 минут от момента поступления пациента в приемный покой – регистрация ЭКГ осуществляется в зависимости от текущей клинической ситуации в приемном покое или рентгенооперационной (ЭКГ оценивается дежурным врачом-кардиологом);
- обследование и оформление документации пациентов с любой формой острого коронарного синдрома осуществляется в первую очередь, при этом медицинская карта стационарного больного доставляется санитаркой приемного отделения вслед за больным по месту его нахождения – рентгенооперационная или ОРИТ;
- по назначению дежурного врача-кардиолога дежурная медицинская сестра выполняет:
 - а) качественный тест на тропонин (оценивается дежурным врачом-кардиологом);
 - б) забор крови для лабораторных исследований перед направлением на коронарографию (КАГ).

Клинический анализ крови:

- на калий, креатинин, аланинаминотрансферазу (АлАТ), аспартатаминотрансферазу (АсАТ), билирубин, глюкозу;
- на активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновый индекс, фибриноген, международное нормализованное отношение (при указаниях на терапию варфарином), забор крови для лабораторных исследований, указанных дежурным врачом-кардиологом.
- направление на рентгенологическое исследование, эхокардиоскопию (ЭхоКС), спиральную компьютерную томографию, ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- время забора крови для лабораторных исследований перед КАГ, включая тест на тропонин, не должно занимать более 10 минут (при свободной ангиографической операционной) для минимизации временных задержек с чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ);
- в случае технических сложностей (пункция периферической вены) забор крови осуществляется в приемном отделении или ангиографической операционной анестезисткой.

2. ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ

- оценка прогноза по шкале GRACE (табл. 1, 2), оценка наличия первичных и вторичных факторов риска (табл. 3);
- определение тактики ведения пациента (срочная КАГ (раздел 2.1.), ранняя инвазивная стратегия (раздел 2.2.), отсроченная инвазивная стратегия (раздел 2.2.), консервативное ведение (раздел 2.3.) (табл. 4).

Таблица 1. Шкала GRACE

Клинические признаки		Баллы
Возраст, лет	≤30	0
	30–39	8
	40–49	25
	50–59	41
	60–69	58
	70–79	75
	80–89	91
	≥90	100
Частота сердечных сокращений, ударов в минуту	≤50	0
	50–69	3
	70–89	9
	90–109	15
	110–149	24
	150–199	38
	≥200	46
Систолическое артериальное давление, мм рт.ст.	≤80	58
	80–99	53
	100–119	43
	120–139	34
	140–159	24
	160–199	10
	≥200	0
Уровень креатинина сыворотки, мкмоль/л	0–35,3	1
	35–70	4
	71–105	7
	106–140	10

	141–176	13
	177–353	21
	≥354	28
Класс сердечной недостаточности по классификации Killip	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Остановка сердца на момент поступления пациента	Нет	0
	Да	39
Девияция сегмента ST	Нет	0
	Да	28
Наличие диагностически значимого повышения уровня тропонина	Нет	0
	Да	14

Таблица 2. Оценка результатов по шкале GRACE

	Балл по шкале GRACE	Госпитальная смертность, %
Низкий	≤108	<1
Умеренный	109–140	1–3
Высокий	>140	>3

Таблица 3. Факторы высокого риска при ОКС без стойкого подъема ST на ЭКГ

Первичные
Значимое повышение уровня тропонина
Динамические изменения сегмента ST или зубца T (с симптоматикой или без нее)
Вторичные
Сахарный диабет
Почечная недостаточность (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м ²)
Снижение сократительной способности левого желудочка (ЛЖ) (фракция выброса (ФВ) ЛЖ <40 %)
Ранняя постинфарктная стенокардия
Перенесенное ЧКВ
Аортокоронарное шунтирование в анамнезе
Высокий или умеренный риск по шкале GRACE

Таблица 4. Определение тактики ведения при ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ

Срочная КАГ (<2 часов) рекомендуется при очень высоком риске ишемических событий: рефрактерная стенокардия; жизнеугрожающие желудочковые нарушения ритма сердца; гемодинамическая нестабильность; ассоциированная сердечная недостаточность.
Ранняя инвазивная стратегия (<24 часов) рекомендуется при наличии: >140 баллов по шкале GRACE; хотя бы одного первичного фактора высокого риска.

Отсроченная инвазивная стратегия (в течение 72 часов от начала симптоматики) показана при наличии:
хотя бы одного вторичного фактора высокого риска;
повторных симптомов.

Для решения вопроса о необходимости КАГ у пациентов низкого риска рекомендуется неинвазивное подтверждение ишемии.

При отказе больного от КАГ, ЧКВ (оформляется письменный отказ в медицинской карте стационарного больного) или невозможности проведения КАГ, ЧКВ (делается соответствующая запись в медицинской карте стационарного больного) антитромбоцитарная терапия осуществляется по принципам консервативного лечения (раздел 2.3).

2.1. ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ (срочная КАГ)

Пациенту объясняются цели и характер вмешательства (КАГ, ЧКВ), дальнейшие действия осуществляются при наличии письменного согласия больного на вмешательство.

При возможности незамедлительной КАГ операционная бригада и дежурный анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации (ОАР) должны быть готовы принять пациента в ангиографической операционной в течение 10 минут после телефонного звонка дежурного врача-кардиолога о необходимости проведения вмешательства.

При возможности незамедлительной КАГ пациент транспортируется в ангиографическую операционную непосредственно из приемного покоя:

- дежурной медицинской сестрой приемного отделения осуществляется забор крови для лабораторных исследований перед направлением на КАГ;

- дежурной санитаркой приемного отделения осуществляется подготовка области вмешательства (в зависимости от выбора сосудистого доступа);

- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня;

- тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной хронической болезнью почек (ХБП), а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином;

- клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг, если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 600 мг);

- информирование эндоваскулярного хирурга о факте введения и дозе антикоагулянта на догоспитальном этапе.

При невозможности незамедлительной КАГ пациент транспортируется в ПРИТ кардиологического отделения:

- дежурной медицинской сестрой ПРИТ осуществляется забор крови для лабораторных исследований перед направлением на КАГ;

- дежурной санитаркой ПРИТ осуществляется подготовка области вмешательства (в зависимости от выбора сосудистого доступа);

- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня;

- тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной ХБП, а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином;

- клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг, если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 600 мг);

- нефракционированный гепарин (НФГ) в/в болюс 60 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД), если не вводился догоспитально;

- купирование болевого синдрома:

- а) морфин 1 % – 1,0 мл;

- б) в/в дробно с 4–6 мг, повторное введение по 2–4 мг каждые 5–15 минут;

- при развитии брадикардии атропин в/в болюсно под контролем ЭКГ и АД – 0,5–1 мг, при необходимости введение повторяют через 3–5 минут;
- при развитии тошноты, рвоты в/в метоклопрамид 10 мг;
- нитроглицерин 0,1 % – 10 мл в/в с коррекцией дозы до купирования болей, снижения САД до 100 мм рт.ст. или на 20 % от исходного в/в через перфузор.

Лечение острой левожелудочковой сердечной недостаточности (ОЛЖСН) по общим принципам (табл. 5).

Внутривенное ведение бета-адреноблокатора (бета-АБ) (метопролол 5 мг (5 мл) со скоростью 1– 2 мг/мин) может осуществляться на усмотрение дежурного врача-кардиолога при наличии артериальной гипертензии, тахикардии и стабильной гемодинамики (ОЛЖСН Killip I-II).

Таблица 5. Ведение ОЛЖСН

Killip II
Ингаляция O ₂ (поддержание SaO ₂ >95 %)
Петлевые диуретики (в/в фуросемид 20–40 мг повторно)
Нитраты в/в
Killip III
Ингаляция O ₂ (поддержание SaO ₂ >95 %)
ИВЛ при необходимости
Петлевые диуретики (в/в фуросемид 20–40 мг повторно)
Морфин в/в дробно
Нитраты в/в
Инотропные агенты (допамин, добутамин), вазопрессоры (мезатон) при гипотонии
Killip IV (кардиогенный шок)
Ингаляция O ₂ (поддержание SaO ₂ >95 %)
ИВЛ при необходимости
Срочная ЭхоКС (механические осложнения, оценка систолической функции)
Инотропные агенты (допамин, добутамин), вазопрессоры (мезатон) при гипотонии

Пациенту объясняются цели и характер вмешательства (КАГ, ЧКВ), дальнейшие действия осуществляются при наличии письменного согласия больного на вмешательство.

При наличии признаков кардиогенного шока с эндоваскулярным хирургом обсуждается возможность полной реваскуляризации.

Решение о необходимости введения ингибиторов GPIIb/IIIa (эптифибатид) принимается совместно эндоваскулярным хирургом и дежурным врачом-кардиологом в ходе ЧКВ (предпочтительна группа пациентов с низким риском кровотечений).

Эптифибатид противопоказан:

- СКФ менее 30 мл/мин/1,73м²;
- геморрагический инсульт в анамнезе;
- острое нарушение мозгового кровообращения в предшествующие 30 дней;
- большое кровотечение (желудочно-кишечное, урологическое, гинекологическое) в предшествующие 30 дней;
- большое хирургическое вмешательство в предшествующие 6 недель;
- терапия оральными антикоагулянтами с МНО 2,0 и более;
- тромбоцитопения (<100 000/мм³);
- клинически значимая печеночная недостаточность.

В/в болюс 180 мкг/кг (не более 22,6 мг) перед ЧКВ, затем в/в инфузия со скоростью 2 мкг/кг/мин (не более 15мг/ч), через 10 минут после первого болюса повторный болюс 180 мкг/кг (не более 22,6 мг), дальнейшая в/в инфузия со скоростью 2 мкг/кг/мин (не более 15 мг/ч) длительностью 12–24 часа.

При СКФ менее 50 мл/мин/1,73м² доза болюса не изменяется, скорость инфузии снижается до 1 мкг/кг/мин (не более 7,5 мг/ч).

При безуспешной попытке ЧКВ или отсутствии технической возможности ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ кардиологического отделения или ОРИТ, лечение соответствует принципам консервативного ведения (раздел 2.3).

После успешного ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ:

- дежурной медицинской сестрой ПРИТ выполняется ЭКГ в 12 отведениях сразу после транспортировки из ангиографической операционной;
- по рекомендации эндоваскулярного хирурга в сроки до 24 часов может быть продолжена в/в инфузия нефракционного гепарина (НФГ) под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);
- в отсутствие продленной в/в инфузии НФГ, введения ингибиторов ГРПб/Ша (эптифибатид) контроль АЧТВ для решения вопроса об удалении интрадьюсера осуществляется через 3–4 часа после ЧКВ.

Номограмма введения НФГ с использованием относительных изменений АЧТВ (по отношению к контрольной величине конкретной лаборатории)

Начальная доза	80 Ед/кг болюс*, затем 18 Ед/кг/час*
АЧТВ <1,2 контрольной величины	80 Ед/кг болюс* и увеличить скорость инфузии на 4 Ед/кг/час
АЧТВ 1,2–1,5 контрольной величины	40 ед/кг болюс и увеличить скорость инфузии на 2 Ед/кг/час
АЧТВ 1,5–2,3 контрольной величины	Без изменений
АЧТВ 2,3–3 контрольной величины	Уменьшить скорость инфузии на 2 Ед/кг/час
АЧТВ > 3 контрольной величины	Остановить введение на 1 час, затем продолжить его, уменьшив скорость введения на 3 Ед/кг/час

- аспирин в поддерживающей дозе 75–125 мг/сут;
- тикагрелор (если использовался в качестве начального ингибитора Р2Y12) 90 мг 2 раза в сутки;
- клопидогрел (если использовался в качестве начального ингибитора Р2Y12) 150 мг 1 раз в сутки в течение 1 недели после ЧКВ (при низком риске кровотечений), далее 75 мг 1 раз в сутки;
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут.) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия глюкокортикостероидами (ГКС) или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП));
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (лизиноприл, зофеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл;
- антагонисты к рецепторам ангиотензина II (АРАII) (лозартан, кандесартан) при непереносимости иАПФ;
- эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и с клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);
- статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более верхней границы нормы (ВГН) в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут);

- при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);
- при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма), в качестве начальной терапии назначается метопролола тартрат с делением суточной дозы на 2–3 приема;
- пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-моонитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;
- антагонисты кальция (недигидропиридиновые) дилтиазем или верапамил назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии;
- при первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста);
- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

2.2. ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ (ранняя, отсроченная инвазивная стратегия)

Пациенту объясняются цели и характер вмешательства (КАГ, ЧКВ), дальнейшие действия осуществляются при наличии письменного согласия больного на вмешательство.

Пациенты, планируемые для ранней инвазивной стратегии, госпитализируются в ПРИТ кардиологического отделения.

Пациенты, планируемые для отсроченной инвазивной стратегии, госпитализируются в общие палаты кардиологического отделения:

- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня, поддерживающая доза 75–125 мг/сут;
- тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной ХБП, а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином; поддерживающая доза 90 мг 2 раза в сутки;
- клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг (ЧКВ планируется более чем через 24 часа от момента госпитализации), если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 300 мг), поддерживающая доза 75 мг 1 раз в сутки;
- клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг (ЧКВ планируется менее чем через 24 часа от момента госпитализации), если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 600 мг), поддерживающая доза 75 мг 1 раз в сутки;
- эноксапарин п/к 1 мг/кг 2 раза в день (в возрасте 75 лет и старше 0,75 мг/кг 2 раза в день) до проведения ЧКВ;
- при СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м² суточная доза эноксапарина снижается на 50 % (п/к 1 введение разовой дозы в сутки);
- при проведении ЧКВ в случае последнего введения эноксапарина менее 8 часов назад без дополнительного в/в болюса, в случае последнего введения эноксапарина более 8 часов назад дополнительный в/в болюс 0,3 мг/кг;
- в отсутствие эноксапарина вводится НФГ в виде в/в болюса 60–70 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД) с последующей в/в инфузией с начальной скоростью 12 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч) под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут.) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия ГКС или НПВП);

– иАПФ всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (лизиноприл, зофеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл;

– АРАП (лозартан, кандесартан) при непереносимости иАПФ;

– эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и с клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);

– статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут. (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более ВГН в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут.);

– при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);

– при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма);

– пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-мононитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;

– антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;

– антагонисты кальция (недигидропиридиновые) верапамил или дилтиазем назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии.

При безуспешной попытке ЧКВ или отсутствии технической возможности ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ (исходно госпитализирован в ПРИТ, имеются осложнения) или общую палату (исходно госпитализирован в общую палату, отсутствуют осложнения), лечение соответствует принципам консервативного ведения (раздел 2.3).

После успешного ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ (ведение после успешного ЧКВ описано в соответствующем разделе 2.1).

При первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста).

Повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

2.3. ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ (консервативная стратегия)

При первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста).

Проводится пациентам низкого риска, больным, которым показана КАГ, ЧКВ в отсутствие технической возможности ее проведения или при отказе больного от инвазивного вмешательства, а также после выполненной КАГ при технической невозможности ЧКВ или безуспешной попытке ЧКВ (тактика описана выше).

Пациенты низкого риска госпитализируются в общие палаты кардиологического отделения.

Пациенты групп высокого и промежуточного риска (после КАГ или при отказе от вмешательства) транспортируются в ПРИТ или общие палаты (разделы 2.1, 2.2).

При поступлении в ПРИТ после КАГ дежурной медицинской сестрой ПРИТ выполняется ЭКГ в 12 отведениях сразу после транспортировки из ангиографической операционной.

При поступлении в ПРИТ дежурной медицинской сестрой ПРИТ осуществляется забор крови для лабораторных исследований (кроме пациентов с результатами лабораторных тестов, выполненных в стационаре, давностью не более 3 суток):

– клинический анализ крови – кровь на калий, креатинин, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкозу; на АЧТВ, ПТИ, фибриноген, МНО (при указаниях на терапию варфарином);

- при поступлении в ПРИТ контроль АЧТВ для решения вопроса об удалении интрадьюсера осуществляется через 3–4 часа после КАГ;
- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня, поддерживающая доза 75–125 мг/сут;
- тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной ХБП, а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином, поддерживающая доза 90 мг 2 раза в сутки;
- клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг, если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 300 мг), поддерживающая доза 75 мг 1 раз в сутки;
- фондапаринукс п/к 2,5 мг 1 раз в сутки (кроме больных с СКФ < 20 мл/мин./1,73 м², а также получивших эноксапарин перед КАГ) до 8 дней;
- при проведении в последующем ЧКВ на фоне терапии фондапаринуксом во время вмешательства необходимо введение гепарина 85 ЕД/кг в виде в/в болюса;
- при отсутствии фондапаринукса, а также у пациентов, получивших эноксапарин перед КАГ, эноксапарин п/к 1 мг/кг 2 раза в день (в возрасте 75 лет и старше 0,75 мг/кг 2 раза в день) до 8 дней;
- при СКФ менее 30 мл/мин./1,73 м² суточная доза эноксапарина снижается на 50 % (п/к 1 введение разовой дозы в сутки);
- при проведении ЧКВ в случае последнего введения эноксапарина менее 8 часов назад без дополнительного в/в болюса, в случае последнего введения эноксапарина более 8 часов назад дополнительный в/в болюс 0,3 мг/кг;
- в отсутствие фондапаринукса, эноксапарина может быть назначен другой низкомолекулярный гепарин п/к (лечебная доза по рекомендациям производителя) на срок до 8 дней;
- в отсутствие фондапаринукса, эноксапарина, других НМГ может вводиться НФГ в виде в/в болюса 60–70 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД) с последующей в/в инфузией с начальной скоростью 12 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч) под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут.) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия ГКС или НПВП);
- иАПФ всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (лизиноприл, зофеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл;
- АРАП (лозартан, кандесартан) при непереносимости иАПФ;
- эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);
- статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут. (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более ВГН в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут.);
- при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);
- при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма);
- пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-мононитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;

- антагонисты кальция (недигидропиридиновые) верапамил или дилтиазем назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии;
- при первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста);
- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

Приложение № 19
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий при остром инфаркте миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ

- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро;
- как можно более раннее начало мониторинга ЭКГ;
- оценка необходимости реперфузионной терапии (табл. 1).

Таблица 1. Показания для реперфузионной терапии

Реперфузионная терапия показана всем больным с симптомами длительностью менее 12 часов и персистирующей элевацией сегмента ST или (предположительно) новой блокадой левой ножки пучка Гисса (ЛНПГ) на ЭКГ.
Реперфузионная терапия (первичное ЧКВ предпочтительнее) показана при наличии признаков сохраняющейся ишемии, даже если симптоматика развилась более 12 часов назад или боли и ЭКГ изменения носят волнообразный характер.
Возможность реперфузионной терапии может обсуждаться у стабильных пациентов в сроки 12–24 часа от появления симптомов.
Не рекомендуется рутинное ЧКВ на полностью окклюзированной артерии в сроки более 24 часов от появления симптомов у стабильных пациентов при отсутствии признаков сохраняющейся ишемии.

- ожидание результатов лабораторных исследований крови, включая тропонин, не должно вызывать задержки с проведением реперфузионной терапии (кроме МНО при решении вопроса о тромболитической терапии (ТЛТ) на фоне предшествующего приема варфарина);
- преимущественным методом реперфузионной терапии является ЧКВ;
- ТЛТ проводится в отсутствие противопоказаний при значительных временных задержках с проведением ЧКВ (табл. 2), а также при отказе пациента от КАГ, ЧКВ (табл. 3).

Таблица 2. ТЛТ при ОИМ со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ

Проведение ТЛТ рекомендуется в течение 12 часов от появления симптомов при отсутствии противопоказаний в случае, если первичное ЧКВ не может быть выполнено опытной бригадой в течение 120 минут от ПКМР.
В случае раннего обращения (<2 часов от появления симптомов) при наличии признаков большого инфаркта и низкого риска кровотечений ТЛТ должна проводиться в случае, если время от ПКМР до раздувания баллона в коронарном сосуде превышает 90 минут.

Таблица 3. Противопоказания для ТЛТ

Абсолютные
• геморрагический инсульт или инсульт неизвестного характера в анамнезе • ишемический инсульт в предшествующие 6 месяцев

- травма, новообразование ЦНС или артериовенозная мальформация
- недавняя (в предшествующие 3 месяца) большая травма/хирургическое вмешательство /травма головы
- гастродуоденальное кровотечение в предшествующий месяц
- известные кровотечения (кроме menses)
- расслоение аорты
- не подлежащие компрессии пункции в предшествующие 24 часа (биопсия печени, люмбальная пункция)

Относительные
• транзиторная ишемическая атака в предшествующие 6 месяцев • терапия оральными антикоагулянтами • беременность или 1 месяц после родоразрешения • рефрактерная артериальная гипертензия ($>180/110$ мм рт.ст.) • тяжелое поражение печени • инфекционный эндокардит • активная пептическая язва • продолжительная или травматичная реанимация

После проведения ТЛТ необходимо приложить максимальные усилия для проведения КАГ в сроки, зависящие от клинической ситуации (табл. 4).

Таблица 4. Подходы к КАГ после ТЛТ

При безуспешной ТЛТ (снижение сегмента ST <50 % на ЭКГ через 60 минут) показано незамедлительное проведение спасительного ЧКВ.
Неотложное ЧКВ показано при возвратной ишемии или признаках реокклюзии в случае исходно успешной ТЛТ.
Неотложная КАГ показана с целью возможной реваскуляризации при наличии сердечной недостаточности, кардиогенного шока.
КАГ с целью возможной реваскуляризации инфаркт-связанной артерии показана при успешной ТЛТ.
Оптимальное время для КАГ у стабильных пациентов после успешной ТЛТ составляет 3–24 часа.

Острый инфаркт миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ (первичное ЧКВ)

Пациенту объясняются цели и характер вмешательства (КАГ, ЧКВ), дальнейшие действия осуществляются при наличии письменного согласия больного на вмешательство.

При возможности незамедлительной КАГ операционная бригада и дежурный анестезиолог-реаниматолог ОАР № 2 должны быть готовы принять пациента в ангиографической операционной в течение 10 минут после телефонного звонка дежурного врача-кардиолога о необходимости проведения вмешательства

При возможности незамедлительной КАГ пациент транспортируется в ангиографическую операционную непосредственно из приемного покоя:

– дежурной медицинской сестрой приемного отделения осуществляется забор крови для лабораторных исследований перед направлением на КАГ;

– дежурной санитаркой приемного отделения осуществляется подготовка области вмешательства (в зависимости от выбора сосудистого доступа);

– аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня;

– тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной ХБП, с проведенной ТЛТ, а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином;

– клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг, если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 600 мг);

– информирование эндоваскулярного хирурга о факте введения и дозе антикоагулянта на догоспитальном этапе.

При невозможности незамедлительной КАГ пациент транспортируется в ПРИТ кардиологического отделения:

– дежурной медицинской сестрой ПРИТ осуществляется забор крови для лабораторных исследований перед направлением на КАГ;

– дежурной санитаркой ПРИТ осуществляется подготовка области вмешательства (в зависимости от выбора сосудистого доступа);

– аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут. в предшествующие 3 дня;

– тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг, кроме больных с терминальной ХБП, с проведенной ТЛТ, а также пациентов, имеющих видимые показания для последующей длительной терапии варфарином;

– клопидогрел в нагрузочной дозе 600 мг, если нет тикагрелора и догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 600 мг);

– НФГ в/в болюс 70 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД), если не вводился догоспитально;

– купирование болевого синдрома: морфин 1 % – 1,0 мл в/в дробно с 4–6 мг, повторное введение по 2–4 мг каждые 5–15 минут;

– при развитии брадикардии в/в атропин болюсно под контролем ЭКГ и АД – 0,5–1 мг, при необходимости введение повторяют через 3–5 минут;

– при развитии тошноты, рвоты в/в метоклопрамид 10 мг;

– нитроглицерин 0,1 % – 10 мл в/в с коррекцией дозы до купирования болей, снижения САД до 100 мм рт.ст. или на 20 % от исходного в/в через перфузор;

– лечение ОЛЖСН по общим принципам (табл. 5);

– при наличии признаков кардиогенного шока с эндоваскулярным хирургом обсуждается возможность поэтапной реваскуляризации;

– решение о необходимости введения ингибиторов GPIIb/IIIa принимается совместно эндоваскулярным хирургом и дежурным врачом-кардиологом в ходе ЧКВ.

Эптифибатид противопоказан:

– СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м²;

– геморрагический инсульт в анамнезе;

– острое нарушение мозгового кровообращения в предшествующие 30 дней;

– большое кровотечение (желудочно-кишечное, урологическое, гинекологическое) в предшествующие 30 дней;

– большое хирургическое вмешательство в предшествующие 6 недель;

– терапия оральными антикоагулянтами с МНО 2,0 и более.

В/в болюс 180 мкг/кг (не более 22,6 мг) перед ЧКВ, затем в/в инфузия со скоростью 2 мкг/кг/мин (не более 15 мг/ч), через 10 минут после первого болюса повторный болюс 180 мкг/кг (не более 22,6 мг), дальнейшая в/в инфузия со скоростью 2 мкг/кг/мин (не более 15 мг/ч) длительно – 12–24 часа.

При СКФ менее 50 мл/мин/1,73 м² доза болюса не изменяется, скорость инфузии снижается до 1 мкг/кг/мин (не более 7,5 мг/ч).

При безуспешной попытке ЧКВ или отсутствии технической возможности ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ, лечение соответствует принципам консервативного ведения (раздел 3.3).

После успешного ЧКВ пациент транспортируется в ПРИТ:

– дежурной медицинской сестрой ПРИТ выполняется ЭКГ в 12 отведениях сразу после транспортировки из ангиографической операционной;

– введение антикоагулянта прекращают после успешного ЧКВ до появления новых показаний;

– по рекомендации эндоваскулярного хирурга в сроки до 24 часов может быть продолжена в/в инфузия НФГ под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);

– в отсутствие продленной в/в инфузии НФГ, введения ингибиторов GPIIb/IIIa контроль АЧТВ для решения вопроса об удалении интрадьюсера осуществляется через 3–4 часа после ЧКВ;

- аспирин в поддерживающей дозе 75–125 мг/сут;
- тикагрелор (если использовался в качестве начального ингибитора P2Y₁₂) 90 мг 2 раза в сутки;
- клопидогрел (если использовался в качестве начального ингибитора P2Y₁₂) 150 мг 1 раз в сутки в течение 1 недели после ЧКВ (при низком риске кровотечений), далее 75 мг 1 раз в сутки;
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия ГКС или НПВП);
- иАПФ всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (эналаприл, лизиноприл, зофеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл;
- АРАП (лозартан, кандесартан) при непереносимости иАПФ;
- эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и с клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);
- статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более ВГН в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут);
- при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);
- при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма), в качестве начальной терапии назначается метопролола тартрат с делением суточной дозы на 2–3 приема;
- пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-мононитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;
- антагонисты кальция (недигидропиридиновые) верапамил или дилтиазем назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии;
- при первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста);
- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

Острый инфаркт миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ (ТЛТ)

Пациент, планируемый для ТЛТ, госпитализируется в ПРИТ:

- дежурной медицинской сестрой ПРИТ осуществляется забор крови для лабораторных исследований перед ТЛТ:
 - а) клинический анализ крови;
 - б) кровь на калий, креатинин, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкозу;
 - в) кровь на АЧТВ, ПТИ, фибриноген, МНО (при указаниях на терапию варфарином);
- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут в предшествующие 3 дня, поддерживающая доза 75–125 мг/сут;
- клопидогрел в нагрузочной дозе 300 мг (в возрасте 75 лет и старше 75 мг), если догоспитально не давался клопидогрел (в случае, если догоспитально давался клопидогрел в меньшей нагрузочной дозе, суммарная доза должна быть доведена дополнительным приемом до 300 мг, кроме пациентов в возрасте 75 лет и старше), поддерживающая доза 75 мг/сут;

- эноксапарин в/в болюс 30 мг с последующим (первая инъекция через 15 минут) п/к введением 1 мг/кг каждые 12 часов, первые две дозы суммарно не должны превышать 100 мг (в возрасте 75 лет и старше без в/в болюса начинать с п/к введения (первая доза 0,75 мг/кг), первые две дозы суммарно не должны превышать 75 мг);
- при СКФ менее 30 мл/мин./1,73 м² не вводится болюс эноксапарина, суточная доза эноксапарина снижается на 50 % (п/к 1 введение разовой дозы в сутки);
- введение эноксапарина продолжается до момента успешного ЧКВ или до 8 дней;
- в отсутствие эноксапарина НФГ в/в болюс 60 ЕД/кг (максимально 4000 ЕД), если не вводился догоспитально, с последующей в/в инфузией с начальной скоростью 12 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч) под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);
- альтеплаза в/в болюс 15 мг, далее в/в инфузия 0,75 мг/кг (максимально 50 мг) в течение 30 минут, далее в/в инфузия 0,5 мг/кг (максимально 35 мг) в течение 60 минут;
- купирование болевого синдрома:
 - а) морфин 1 %–1,0 мл;
 - б) в/в дробно с 4–6 мг, повторное введение по 2–4 мг каждые 5–15 минут;
- при развитии брадикардии в/в атропин болюсно под контролем ЭКГ и АД – 0,5–1 мг, при необходимости введение повторяют через 3–5 минут;
- при развитии тошноты, рвоты в/в метоклопрамид 10 мг;
- нитроглицерин 0,1 %–10 мл в/в с коррекцией дозы до купирования болей, снижения САД до 100 мм рт.ст. или на 20 % от исходного в/в через перфузор;
- лечение ОЛЖСН по общим принципам (табл. 5);
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия ГКС или НПВП);
- иАПФ всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (лизиноприл, зофеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл;
- АРАП (валсартан) при непереносимости иАПФ;
- эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и с клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);
- статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более ВГН в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут);
- при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);
- при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма), в качестве начальной терапии назначается метопролола тартрат с делением суточной дозы на 2–3 приема;
- пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-мононитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;
- антагонисты кальция (недигидропиридиновые) верапамил или дилтиазем назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии при первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста);
- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

Острый инфаркт миокарда со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ (без реперфузионной терапии)

- пациент в сроки развития ОИМ менее 3 суток, при наличии осложнений или ранней постинфарктной стенокардии госпитализируется в ПРИТ;
- пациент в сроки развития ОИМ более 3 суток, без осложнений и ранней постинфарктной стенокардии госпитализируется в общую палату отделения;
- при поступлении в ПРИТ дежурной медицинской сестрой ПРИТ осуществляется забор крови для лабораторных исследований:
 - а) клинический анализ крови;
 - б) кровь на калий, креатинин, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкозу;
 - в) кровь на АЧТВ, ПТИ, фибриноген, МНО (при указаниях на терапию варфарином);
- аспирин (не кишечнорастворимый) в нагрузочной дозе 150–300 мг, если не давался в нагрузочной дозе 150–300 мг догоспитально и не принимался в дозе ≥ 75 мг/сут в предшествующие 3 дня, поддерживающая доза 75–125 мг/сут;
- клопидогрел в дозе 75 мг, если не давался догоспитально;
- фондапаринукс п/к 2,5 мг 1 раз в сутки (кроме больных с СКФ < 20 мл/мин./1,73 м², а также получивших эноксапарин перед КАГ) до 8 дней;
- при отсутствии фондапаринукса, а также у пациентов, получивших эноксапарин перед КАГ, эноксапарин п/к 1 мг/кг каждые 12 часов до 8 дней;
- при СКФ менее 30 мл/мин./1,73 м² суточная доза эноксапарина снижается на 50 % (п/к 1 введение разовой дозы в сутки);
- в отсутствие фондапаринукса, эноксапарина НФГ в/в болюс 60 ЕД/кг (максимально 4000 ЕД), если не вводился догоспитально, с последующей в/в инфузией с начальной скоростью 12 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч) под контролем АЧТВ (целевые значения 60–90 секунд);
- ингибитор протонной помпы в профилактической дозе (омепразол 20 мг/сут) при наличии высокого риска кровотечений (в анамнезе язвенная болезнь, продолжающаяся терапия антикоагулянтами, возраст 65 лет и старше, сопутствующая терапия ГКС или НПВП);
- иАПФ всем пациентам при отсутствии противопоказаний (гиперкалиемия, беременность, двусторонний стеноз почечных артерий, стеноз артерии единственной почки, гипотония, тяжелый аортальный стеноз) с первых суток (каптоприл, лизиноприл, зовеноприл), отсроченно (с третьих суток) рамиприл, эналаприл, периндоприл;
- АРАП (лозартан, кандесартан) при непереносимости иАПФ;
- эплеренон в дозе 25 мг 1 раз в сутки при подтверждении инфаркта миокарда и с клиническими признаками сердечной недостаточности, если уже проводится терапия иАПФ и бета-АБ при наличии ФВ ЛЖ ≤ 40 %, уровне калия сыворотки крови менее 5,0 ммоль/л, без значимой почечной дисфункции (сывороточный креатинин более 221 мкмоль/л у мужчин и более 177 мкмоль/л у женщин);
- статины всем пациентам независимо от исходного уровня общего холестерина и ЛПНП, в качестве начальной терапии назначается аторвастатин 80 мг/сут (высокие дозы статинов не назначаются при наличии цирроза печени, хронического гепатита, пациентам в возрасте старше 75 лет – в указанных ситуациях при отсутствии повышения трансаминаз более ВГН в 3 раза назначается аторвастатин 20 мг/сут);
- при проводившейся до госпитализации регулярной терапии бета-АБ продолжить их применение в отсутствие противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония);
- при отсутствии проводившейся ранее терапии бета-АБ назначить их всем пациентам при отсутствии противопоказаний (ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокада II–III степени, остановка синусового узла, гипотония, бронхиальная астма), в качестве начальной терапии назначается метопролола тартрат с делением суточной дозы на 2–3 приема;
- пролонгированные нитраты назначаются при сохранении стенокардии, режим назначения изосорбида-5-мононитрата 40 мг (1 или 2 приема в сутки) определяется частотой ангинозных болей;
- антагонисты кальция (дигидропиридиновые) назначаются для устранения стенокардии (при условии проводимой терапии нитратами, бета-АБ), артериальной гипертензии (при условии проводимой терапии иАПФ, бета-АБ, диуретиками), в качестве начальной терапии назначается амлодипин;

- антагонисты кальция (недигидропиридиновые) верапамил или дилтиазем назначаются для устранения стенокардии при наличии противопоказаний к бета-АБ в отсутствие ОЛЖСН Killip III–IV, ЧСС менее 55 в минуту, АВ-блокады II–III степени, остановки синусового узла, гипотонии;
- при первой возможности выполняется количественное определение уровня тропонина в крови (на усмотрение дежурного врача-кардиолога ранее возможно повторное выполнение качественного тропонинового теста);
- повторная ЭКГ на следующее после дня госпитализации утро.

Показания для консультации сердечно-сосудистого хирурга при ОКС:

- механические осложнения ОИМ или ЧКВ (разрывы миокарда, дисфункция клапанов, жидкость в полости перикарда с расхождением листков 20 мм и более), подтвержденные ЭхоКС;
- пульсирующая гематома в результате ЧКВ, подтвержденная триплексным сканированием;
- признаки сохраняющейся ишемии миокарда (рецидивирующий болевой синдром) при наличии многососудистого поражения коронарных артерий и отсутствии технической возможности ЧКВ.

Ведение больного после перевода в общую палату отделения

Всем больным необходимо проведение следующих инструментальных исследований:

- ЭхоКС (кроме случаев нестабильной стенокардии с известными результатами ЭхоКС, выполненной в течение последнего месяца);
- суточное мониторирование ЭКГ;
- рентгенография легких при наличии клиники сердечной недостаточности с клиническими признаками венозного застоя в легких (для оценки в динамике);
- фиброгастродуоденоскопия при наличии в анамнезе эрозивно-язвенного поражения желудка или 12-перстной кишки, клинических признаков язвы желудка или 12-перстной кишки;
- выполнение теста на *H. pylori* при выявлении эрозивно-язвенного поражения впервые, наличии указаний на язвенную болезнь в анамнезе (в том числе без признаков обострения при условии, что ранее эрадикационная терапия не проводилась);
- при положительном тесте показано проведение эрадикационной терапии на амбулаторном этапе;
- стресс-тест (пациентам низкого риска ОКС без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ и стабильным больным с перенесенным ОИМ, обратившимся в поздние сроки, для решения вопроса о необходимости КАГ, пациентам с многососудистым поражением по результатам КАГ для решения вопроса о необходимости и объемах реваскуляризации в дальнейшем);
- проведение доступных в стационаре инструментальных исследований возможно при обоснованном подозрении на самостоятельную сопутствующую патологию, требующую коррекции терапии и тактики ведения ОКС (необходимый объем определяется лечащим врачом);
- лечебная физкультура;
- продолжить антитромботическую терапию, начатую при поступлении (см. соответствующие разделы);
- продолжить профилактику ингибитором протонной помпы при наличии высокого риска кровотечений;
- продолжить терапию бета-АБ, иАПФ (АРАП), статинами;
- продолжить терапию эплереноном (контроль уровня калия крови через 1 неделю от начала приема);
- при сохранении стенокардии – антиишемические средства (нитраты, антагонисты кальция).

При направлении документов в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ) для решения вопроса об оперативном лечении ИБС необходимо выполнение следующих исследований:

- ЭхоКС;
- суточное мониторирование ЭКГ;
- рентгенограмма органов грудной полости;
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости, у мужчин малого таза;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- ФГДС;
- анализ крови на ТТГ.

Подготовить к моменту перевода подлинники следующих документов: паспорт, полис, СНИЛС.

Глава 4. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор

Утверждены принципы обеспечения лекарственной безопасности, инструкция по обеспечению «холодовой цепи» при транспортировке и хранении медицинских иммунобиологических препаратов, алгоритм сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях, алгоритм направления сведений о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в Росздравнадзор, принципы определения степени достоверности причинно-следственной связи «лекарство-НПР» с использованием алгоритма ВОЗ, хранения информации о нежелательной реакции лекарственного средства (осуществлять в базе данных «Извещения о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства»), порядок назначения и рационального применения лекарственных препаратов, памятка для пациентов «Правила приема лекарственных препаратов», памятка для врачей при назначении и применении терапии, алгоритм действий персонала при передозировке или отравлениях лекарственными препаратами, перечень антидотов при отравлениях лекарственными препаратами; приведены высшие и разовые дозы лекарственных препаратов; разработаны типовые листы назначений лекарственных препаратов и лечебно-диагностических процедур в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи; определены лица, ответственные за осуществление мониторинга безопасности лекарственных средств.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

25.12.2018

№ 183

г. Пенза

Об организации лекарственной безопасности и фармаконадзора в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 03.09.2010 № 674 «Об утверждении Правил уничтожения недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных средств и контрафактных лекарственных средств», приказом Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», приказом Минздрава России от 16.07.1997 № 214 «О контроле качества лекарственных средств, изготавливаемых в аптечных организациях (аптеках)», приказом Минздрава России от 21.10.1997 № 308 «Об утверждении инструкции по изготовлению в аптеках жидких лекарственных форм», приказом Минздрава России от 21.10.1997 № 309 «Об утверждении инструкции по санитарному режиму аптечных организаций (аптек)», приказом Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств», приказом Минздрава России от 26.10.2015 № 751н «Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность», приказом Минздрава России от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора», приказом Минздрава России от 31.08.2016 № 646н «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения»,

приказом Минздрава России от 11.07.2017 № 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность», приказами ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”», от 27.06.2017 № 100 «Правила оформления медицинских документов в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”, хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну», от 06.07.2017 № 112 «О назначении ответственных лиц по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения и по надзору за осуществлением мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов, выявлением нежелательных последствий применения лекарственных препаратов в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить принципы обеспечения лекарственной безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 1).

2. Утвердить инструкцию по обеспечению «холодовой цепи» при транспортировке и хранении медицинских иммунобиологических препаратов (Приложение № 2).

3. Утвердить алгоритм сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 3).

4. Утвердить алгоритм направления сведений о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в Росздравнадзор (Приложение № 4).

5. Определение степени достоверности причинно-следственной связи «лекарство-НПР» проводить с использованием алгоритма ВОЗ (Приложение № 5).

6. Хранение информации о нежелательной реакции лекарственного средства осуществлять в базе данных «Извещения о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства» (Приложение № 6).

7. Утвердить Порядок назначения и рационального применения лекарственных препаратов (Приложение № 7).

8. Утвердить памятку для пациентов «Правила приема лекарственных препаратов» (Приложение № 8).

9. Утвердить памятку для врачей при назначении и применении терапии (Приложение № 9).

10. Назначение лекарственных препаратов осуществлять с учетом высших и разовых доз (Приложение № 10).

11. Утвердить алгоритм действий персонала при передозировке или отравлениях лекарственными препаратами (Приложение № 11).

12. Утвердить перечень антидотов при отравлениях лекарственными препаратами (Приложение № 12).

13. Заведующим отделениями разработать типовые листы назначений лекарственных препаратов и лечебно-диагностических процедур в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи.

14. Врача клинического фармаколога Маркину И.Н. назначить ответственным лицом за осуществление мониторинга безопасности лекарственных средств в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

15. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

16. Ответственность за актуализацию данного приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

17. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

И.о. главного врача

И.В. Фролова

Принципы обеспечения лекарственной безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Создание эффективной системы лекарственной безопасности осуществляется за счет:

1. Соблюдения правил закупки лекарственных средств.
2. Организации контроля качества лекарственных средств, изготовленных в аптеке.
3. Работы информационной системы наличия лекарственных препаратов.
4. Контроля утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности.
5. Соблюдения правил хранения лекарственных средств в аптеке и подразделениях.
6. Соблюдения порядка обеспечения лекарственными препаратами подразделений.

1. Закупка лекарственных средств

Закупка лекарственных средств осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Закупка лекарственных средств осуществляется только у поставщиков, имеющих соответствующую лицензию, в соответствии с единым порядком формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в учреждении, утвержденным приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 24.12.2013 № 159.

2. Организация контроля качества лекарственных средств, изготовленных в аптеке

Контроль качества лекарственных средств, изготовленных в аптеке, осуществляется в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 16.07.1997 № 214, СОП «Порядок проведения контроля качества изготовленных в аптеке лекарственных препаратов», утвержденной приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 29.12.2017 № 218.

Качество изготовленного лекарственного препарата определяется его соответствием требованиям фармакопейной статьи, общей фармакопейной статьи, либо в случае их отсутствия – документа в области контроля качества, содержащего требования и методы определения качества изготовленных лекарственных препаратов.

Контроль качества изготавливаемых и изготовленных лекарственных препаратов осуществляется посредством:

- приемочного контроля;
- письменного контроля;
- опросного контроля;
- органолептического контроля;
- физического контроля;
- химического контроля;
- контроля при отпуске лекарственных препаратов.

Изготовление лекарственных препаратов для медицинского применения в аптеке учреждения осуществляется на основании лицензии № ЛО-58-02-001191 от 12.09.2016 на осуществление фармацевтической деятельности.

В аптеке ведется приготовление растворов для внутреннего, местного и наружного применения, мазей, порошков для внутреннего, местного и наружного применения.

Все изготовленные в аптеке лекарственные препараты подлежат обязательному письменному, органолептическому контролю и контролю при отпуске.

3. Информационная система наличия лекарственных препаратов

Работа информационной системы наличия лекарственных препаратов осуществляется за счет функционирования на рабочих местах в аптеке и кабинетах старших медицинских сестер подразделений программного обеспечения Федеральной типовой медицинской информационной системы

(ФТМИС) «Управление аптечной деятельностью», функционал которой отражает всю информацию об имеющихся в аптеке лекарственных препаратах: торговом наименовании, дозировке, фасовке, количестве, серии, сроках годности, стоимости.

4. Контроль утилизации лекарственных средств с истекшим сроком годности

Уничтожение и списание лекарственных средств с истекшим сроком годности осуществляется в соответствии с требованиями, изложенными в Постановлении Правительства РФ от 03.09.2010 № 674.

Уничтожение лекарственных средств осуществляется организацией, имеющей лицензию на деятельность по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке и размещению отходов I–IV класса опасности (организация, осуществляющая уничтожение лекарственных средств).

Процедура уничтожения и списания лекарственных средств с истекшим сроком годности включает в себя:

- изъятие из обращения лекарственных средств с истекшим сроком годности;
- организацию хранения лекарственных средств с истекшим сроком годности, подлежащих уничтожению (карантинная зона);
- определение поставщика услуги и заключение договора/контракта с организацией, имеющей лицензию на деятельность по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке и размещению отходов I–IV класса опасности (организация, осуществляющая уничтожение лекарственных средств);
- составление акта списания лекарственных средств с истекшим сроком годности, подлежащих уничтожению;
- передачу лекарственных средств с истекшим сроком годности, подлежащих уничтожению, организации, осуществляющей уничтожение;
- составление акта об уничтожении лекарственных средств организацией, осуществляющей уничтожение лекарственных средств.

Контрактной службой учреждения ежегодно проводится конкурс на определение организации по оказанию услуг по вывозу и утилизации медицинских отходов. По итогам проведенного конкурса заключается государственный контракт (договор).

5. Хранение лекарственных средств

Хранение лекарственных средств в аптеке и подразделениях осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 706н, приказом Минздрава России от 31.08.2016 № 646н, СОП «Хранение лекарственных препаратов», утвержденной приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 29.12.2017 № 216, СОП «Выявление фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов», утвержденной приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 29.12.2017 № 215.

Поставка лекарственных средств в аптеку осуществляется поставщиком в соответствии с графиком поставки, предусмотренным условиями заключенного государственного контракта, что позволяет равномерно распределять запас лекарственных препаратов и рационально использовать складские помещения в аптеке.

Поступившие в аптеку или подразделения лекарственные средства незамедлительно размещаются по местам хранения с учетом, в первую очередь, требуемого температурного режима (холодное место, прохладное место, комнатная температура) и других условий (защита от света, от влаги), с учетом фармакологической группы и способа применения.

В процессе хранения контролируются показатели температуры и влажности воздуха, сроки годности лекарственных средств. Учет показателей ведется в Карте регистрации параметров воздуха.

Контроль соблюдения сроков годности осуществляется посредством стеллажных карт, журнала учета лекарственных средств с ограниченным сроком годности.

При выявлении любых отклонений температуры или влажности воздуха принимаются меры по приведению показателей к норме.

Идентификация хранящихся лекарственных средств осуществляется посредством стеллажной карты, содержащей информацию о хранящемся лекарственном средстве (наименование, форма выпуска и дозировка, номер серии, срок годности, производитель лекарственного средства).

В аптеке допускается вскрытие первичной упаковки лекарственного средства и его расфасовка в другую упаковку с обязательным оформлением этикеток установленного образца.

После вскрытия первичной упаковки лекарственного препарата в подразделении его расфасовка в другую упаковку не допускается, содержимое первичной упаковки должно быть использовано в течение 12 часов, если иное (возможность хранения вскрытой первичной упаковки) не предусмотрено в инструкции по применению лекарственного препарата.

Мероприятия для обеспечения оптимального режима хранения и транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов от пункта поступления до пункта их использования, в том числе при авариях и нештатных ситуациях, отражены в инструкции по обеспечению «холодовой цепи», утвержденной приказом главного врача (Приложение 2).

Порядок оповещения подразделений в случае поступления официальной информации о выявлении фальсифицированного или недоброкачественного лекарственного средства с целью оперативно-го изъятия из мест хранения или использования утвержден приказом главного врача.

Порядок ведения учета лекарственных средств с ограниченным сроком годности утвержден приказом главного врача.

Информация о наличии в аптеке лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности доводится до сведения заведующих подразделениями на конференциях заведующим аптекой по мере необходимости. Контроль своевременности использования лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности подразделениями осуществляет заместитель главного врача по медицинской части и заместитель главного врача по хирургической помощи.

Сотрудники аптеки учреждения осуществляют отпуск лекарственных препаратов по требованиям-накладным подразделений в первую очередь с наименьшим сроком годности.

При отпуске из аптеки учреждения лекарственного препарата с ограниченным сроком годности предусматривается возможность его полного курсового использования до истечения срока годности.

На основании мониторинга сроков годности производится изъятие из обращения пришедших в негодность лекарственных средств с истекшим сроком годности.

В случае истечения срока годности лекарственные средства размещаются отдельно от других групп лекарственных средств в специально выделенной и обозначенной карантинной зоне для последующего списания и уничтожения.

6. Обеспечение лекарственными препаратами подразделений

Обеспечение лекарственными препаратами подразделений осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», приказом Минздрава России от 11.07.2017 № 403н «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность», СОП «Порядок отпуска лекарственных препаратов», утвержденной приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 29.12.2017 № 220.

С целью своевременного и качественного обеспечения лекарственными препаратами подразделений в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко разработан принцип формирования заявок на предстоящий год в соответствии с планом финансирования:

- формирование плана финансирования экономической службой и ознакомление с данным планом всех руководителей подразделений;
- формирование заявок на лекарственные препараты в соответствии с планом финансирования;
- проведение экспертизы заявок на лекарственные препараты клиническим фармакологом;
- формирование консолидированной заявки заведующим аптекой;
- формирование документации по определению поставщиков специалистами контрактной службы и закупка лекарственных препаратов.

Отпуск лекарственных препаратов из аптеки производится материально ответственным лицам по накладным-требованиям подразделений в плановом порядке 2 раза в неделю. При экстренной необходимости ЛП отпускаются немедленно, при соответствующей пометке в накладной-требовании Cito! или Statim!

Приказом главного врача установлен норматив хранения в подразделениях лекарственных препаратов с учетом специфики подразделений. Основной запас лекарственных препаратов в подразделениях

хранится в кабинетах старших медицинских сестер, суточный запас – в процедурных и перевязочных кабинетах. В процедурных кабинетах также имеется запас лекарственных препаратов для посиндромной терапии. Состав укладок для посиндромной терапии утвержден приказом главного врача.

Для обеспечения лекарственными препаратами в нерабочее и/или ночное время, а также в выходные и/или праздничные дни информация о необходимости экстренного обеспечения поступает дежурному врачу, который дает указание персоналу приемного отделения о доставке старшей медицинской сестры какого-либо подразделения или дежурного сотрудника аптеки для выдачи лекарственных препаратов.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Инструкция по обеспечению «холодовой цепи» при транспортировке и хранении иммунобиологических лекарственных препаратов

1. При транспортировке и хранении иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) должны соблюдаться условия, обеспечивающие сохранность качества препарата и защиту его от воздействия вредных факторов окружающей среды (температуры, влажности, света), от повреждения групповой, первичной и вторичной упаковки ИЛП.

1.1. Транспортировка и хранение большинства ИЛП, в том числе содержащих в упаковке растворитель, осуществляется при температуре в пределах от +2°C до +8°C включительно.

1.2. Каждая партия ИЛП должна иметь термометр и термоиндикатор с термокартой (термоиндикатор при условии транспортирования ИЛП более 1 часа).

1.3. Не допускается замораживание адсорбированных препаратов, содержащих адъюванты (коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины, дифтерийно-столбнячного анатоксина, вакцин против гепатита В и А, субъединичных гриппозных вакцин, инактивированной вакцины против полиомиелита), а также растворителей для вакцин при их транспортировании и хранении.

1.4. Запрещается использовать оборудование «холодовой цепи» для совместного с ИЛП хранения и транспортирования продуктов питания, других лекарственных средств, а также сырья, материалов, оборудования и предметов, которые могут повлиять на качество ИЛП и/или повредить их упаковку.

2. Термоконтейнеры многократного применения должны быть укомплектованы паспортом, термокартой, инструкцией по применению; должны иметь покрытие, легко поддающееся санитарной обработке; должны иметь знак биологической опасности и маркировку «ИЛП».

2.1. Запрещается использование термоконтейнеров с механическими повреждениями стенок и/или крышки как внутри, так и снаружи.

2.2. Санитарная обработка термоконтейнеров многократного применения проводится перед загрузкой и после использования, а также по мере необходимости, с использованием дезинфицирующих средств.

2.3. Загрузка ИЛП производится в термоконтейнер, предварительно охлажденный до температуры от +2°C до +8°C с помощью резервного запаса хладоэлементов.

3. Хладоэлементы, содержащие в качестве наполнителя воду, должны иметь маркировку «вода».

3.1. Хладоэлементы, содержащие другие наполнители, должны иметь маркировку рабочих температур, указанных в инструкции на хладоэлемент. Запрещается использование сухого льда в пассивных термоконтейнерах при транспортировании и хранении ИЛП.

3.2. Хладоэлементы используются в соответствии с инструкцией их производителя.

4. Правила подготовки сумки холодильника для транспортировки ИЛП.

4.1. Замороженные хладоэлементы выдерживают при комнатной температуре 5–10 минут до исчезновения инея с их поверхностей с последующим вытиранием насухо перед укладкой в термоконтейнеры и укладывают таким образом, чтобы они покрыли его внутренние стенки и дно.

4.2. На дно термоконтейнера кладут термометр и закрывают его крышкой. После охлаждения термоконтейнера до температуры от +2°C до +8°C хладоэлементы, находящиеся внутри него, заворачивают в тканевые салфетки или прокладывают другим изолирующим материалом (картон, пенопласт), затем внутрь термоконтейнера помещают коробки с ИЛП, термометр и термоиндикатор с термокартой помещают между коробками с ИЛП.

4.3. Коробки полностью покрывают хладоэлементами и плотно закрывают крышку термоконтейнера. В таком состоянии термоконтейнер объемом до 50 л поддерживает температуру от +2°C

до +8°C в течение 24 часов. После каждого использования следует держать термоконтейнер открытым для удаления влаги.

5. Загрузка и разгрузка ИЛП должна проводиться в максимально сжатые сроки, ИЛП при комнатной температуре вне холодильника могут находиться не более 10 минут.

5.1. Ответственное за прием, хранение, транспортировку и утилизацию ИЛП лицо при загрузке и разгрузке ИЛП фиксирует в журнале учета поступления и расхода ИЛП дату поступления, наименование препарата, его количество, серию, срок годности, фирму-производителя, условия транспортирования, показания термометра и термоиндикатора, его идентификационный номер.

5.2. Проводит выборочный визуальный контроль поступившей партии препаратов. При обнаружении фактов нарушения «холодовой цепи», целостности упаковки, отсутствия сопровождающих документов и т.д. получатель имеет право отказаться от приема партии препаратов.

5.2.1. При документальном подтверждении нарушений температурного режима при транспортировании ИЛП ответственный за прием ИЛП работник обязан доложить об этом главному врачу и составить акт. Решение об отказе в получении ИЛП принимается главным врачом. Порядок действий получателя при отказе от приемки ИЛП определяется условиями договора между получателем и поставщиком ИЛП.

5.3. Проходит инструктаж в эпидемиологическом отделе по правилам соблюдения «холодовой цепи».

6. Помещение для хранения ИЛП должно быть отапливаемое, оборудовано вентиляцией, иметь подводку воды с раковиной, освещенность не менее 200 ЛК; стены и пол должны быть покрыты материалами, выдерживающими влажную уборку и дезинфекцию; площадь помещения определяется габаритами используемого оборудования.

7. Холодильники для ИЛП должны быть оборудованы дверцами без полок, встроенным термометром с дисплеем для визуального контроля температуры и температурной звуковой сигнализацией. Загрузка холодильника для ИЛП должна осуществляться не более чем на 2/3 объема камеры, хладоэлементы должны занимать не более 1/6 объема холодильника. Помимо встроенного термометра холодильник для ИЛП должен иметь 2 автономных термометра и 2 термоиндикатора, которые размещаются друг рядом с другом на полках с ИЛП в двух контрольных точках – наиболее удаленной от источника холода и наиболее близкой к источнику холода, но не ближе 10 см.

8. Медицинской сестрой прививочного кабинета и фармацевтом аптеки контроль показаний каждого термометра и термоиндикатора осуществляется 2 раза в сутки (в начале и в конце рабочего дня) и регистрируется в «Журнале регистрации температуры в холодильном оборудовании», который ведется отдельно на каждую единицу холодильного оборудования.

9. Медицинская сестра прививочного кабинета и фармацевт аптеки следят за тем, чтобы в холодильнике всегда был запас хладоэлементов.

10. Генеральная уборка холодильника с отключением от источника электроснабжения, мытьем и обработкой дезинфицирующими средствами проводится не реже 1 раза в месяц, текущая уборка по мере необходимости. Проведение генеральных уборок холодильника фиксируется в «Журнале регистрации температуры в холодильном оборудовании». В морозильной камере холодильника для ИЛП могут храниться форма для льда и пузыри со льдом для оказания экстренной медицинской помощи.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях (НР) в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

1. Медицинские работники незамедлительно сообщают лечащему врачу, который незамедлительно сообщает заведующему отделением при выявлении следующих ситуаций:

- о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению лекарственного средства;
- о серьезных нежелательных реакциях на лекарственные препараты, в том числе с летальным исходом;
- в случаях передачи инфекционного заболевания через лекарственный препарат;
- при отсутствии заявленной эффективности лекарственных препаратов при заболеваниях с угрозой жизни и здоровью человека, вакцин для профилактики инфекционных заболеваний,

лекарственных препаратов для предотвращения беременности, если отсутствие клинического эффекта не связано с индивидуальными особенностями пациента или его спецификой заболевания;

– о нежелательных реакциях в случаях передозировки лекарственного препарата при воздействии, связанном с профессиональной деятельностью или в случаях использования лекарственного препарата в целях умышленного причинения вреда жизни и здоровью человека.

2. Лечащий врач незамедлительно сообщает врачу клиническому фармакологу Маркиной И.Н. вышеуказанную информацию, предоставляет подробную информацию о пациенте (выписка из истории болезни). В случае отсутствия клинического фармаколога сведения передаются Моисеевой Л.Н.

3. Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. о выявлении серьезных и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов незамедлительно ставит в известность заместителя главного врача по медицинской части.

В выходные и праздничные дни медицинские работники при выявлении вышеизложенных ситуаций незамедлительно сообщают дежурному врачу, который ставит в известность дежурного администратора. Дежурный администратор о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях сообщает клиническому фармакологу и заместителю врача по медицинской части.

4. Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. (либо дежурный администратор в выходные и праздничные дни) ставит в известность заведующего аптекой. Серия лекарственного средства, предположительно вызвавшая непредвиденную побочную реакцию, в аптеке помещается в карантинную зону до соответствующего решения Росздравнадзора. В отделениях медицинской организации лекарственное средство, предположительно вызвавшее непредвиденную побочную реакцию, помещается в карантинную зону в кабинет старшей сестры отделения (отдельная полка соответствующего шкафа либо сейфа или холодильника) до соответствующего решения Росздравнадзора о безопасности.

Приложение № 4

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм направления сведений о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в Росздравнадзор

Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. направляет сведения о серьезных нежелательных реакциях с летальным исходом или угрозой жизни в срок не более 3 рабочих дней, обо всех иных случаях в срок не более 15 календарных дней в Росздравнадзор через Автоматизированную информационную систему (АИС) Росздравнадзора, либо по электронной почте pharm@roszdravNadzor.ru. В случае выявления серьезных нежелательных реакций в выходные и праздничные дни данные в Росздравнадзор отправляются в следующий первый рабочий день.

Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. направляет стандартное извещение о нежелательной реакции в случаях с летальным исходом или угрозой жизни в срок не более 3 рабочих дней, обо всех иных случаях в срок не более 15 календарных дней реакции в Управление Росздравнадзора по Пензенской области (ответственный специалист Бузина Ирина Александровна, ведущий специалист-эксперт отдела по надзору за медицинской и фармацевтической деятельностью, тел. 88412421688, электронная почта: buzina@reg58.roszdravnadzor.ru).

При отсутствии персонализированного доступа в АИС Росздравнадзора в течение суток направляет сведения о летальных нежелательных реакциях в Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Пензенской области по факсу (8412) 48-50-02 или электронной почте на электронные адреса: zninfo@reg58.roszdravnadzor.ru, roszdravnadzor58@mail.ru либо ответственному специалисту Бузиной Ирине Александровне (ведущий специалист-эксперт отдела по надзору за медицинской и фармацевтической деятельностью, тел. 88412421688, электронная почта: buzina@reg58.roszdravnadzor.ru) с последующей досылкой на бумажном носителе.

Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. при определении степени достоверности причинно-следственной связи «лекарство-НПР» использует алгоритм ВОЗ (Приложение № 5).

Врач клинический фармаколог Маркина И.Н. хранит информацию о нежелательной реакции лекарственного средства в базе данных «Извещения о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства» (Приложение № 6).

Классификация степеней достоверности причинно-следственной связи «лекарство-НПР» ВОЗ

Степень достоверности	Описание
Определенная	Клинические проявления НПР, нарушения лабораторных показателей возникают в период приема препарата, не могут быть объяснены наличием существующих заболеваний и влиянием других факторов. Проявления НПР регрессируют после отмены лекарства и возникают вновь при повторном назначении препарата
Вероятная	Клинические проявления НПР, нарушения лабораторных показателей связаны по времени с приемом лекарства, вряд ли имеют отношение к сопутствующим заболеваниям или другим факторам, регрессируют с отменой препарата. Ответная реакция на повторное назначение препарата неизвестна
Возможная	Клинические проявления НПР, изменения лабораторных показателей связаны по времени с приемом препарата, но их можно объяснить наличием сопутствующих заболеваний или приемом других лекарств и влиянием химических соединений. Информация о реакции на отмену лекарства неясная
Сомнительная	Клинические проявления НПР, изменения лабораторных показателей возникают при отсутствии четкой временной связи с приемом лекарства; присутствуют другие факторы (лекарства, заболевания, химические вещества), которые могут быть причиной их возникновения
Условная	Клинические проявления НПР, нарушения лабораторных показателей, отнесенные к НПР, трудно оценивать. Необходимы дополнительные данные для оценки, или же эти данные в настоящее время анализируются
Неклассифицируемая	Сообщения о подозреваемой НПР нельзя оценить, так как нет достаточной информации, или же она противоречива

Извещение о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата

☐

Первичное

Дополнительная информация к сообщению
№ _____ от _____

Данные пациента		
Инициалы пациента (код пациента) <*> _____	Пол ☐ М ☐ Ж	Вес ____ кг
Возраст _____ Беременность ☐ , срок ____ недель		
Аллергия ☐ Нет ☐ Есть, на _____		

Лечение ☐ амбулаторное ☐ стационарное ☐ самолечение							
Лекарственные средства, предположительно вызывающие НР							
	Наименование ЛС (торговое) <*>	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
Нежелательная реакция						Дата начала НР _____	
Описание реакции <*> (укажите все детали, включая данные лабораторных исследований)						Критерии серьезности НР:	
						☐ Смерть	
						☐ Угроза жизни	
						☐ Госпитализация или ее продолжение	
						☐ Инвалидность	
						☐ Врожденные аномалии	
						☐ Клинически значимое событие	
Дата разрешения НР _____						☐ Не применимо	
Предпринятые меры							
☐ Без лечения ☐ Отмена подозреваемого ЛС ☐ Снижение дозы ЛС							
☐ Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирургическое вмешательство)							
☐ Лекарственная терапия _____							
Исход							
☐ Выздоровление без последствий ☐ Улучшение состояния ☐ Состояние без изменений							
☐ Выздоровление с последствиями (указать) _____							
☐ Смерть ☐ Неизвестно ☐ Не применимо							

Сопровождалась ли отмена ЛС исчезновением НР? ☐ Нет ☐ Да ☐ ЛС не отменялось ☐ Не применимо 							
Назначалось ли лекарство повторно? Результат _____ ☐ Не применимо ☐ Нет ☐ Да							
Другие лекарственные средства, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС, принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию)							
	Наименование ЛС (торговое)	Производитель	Номер серии	Доза, путь введения	Дата начала терапии	Дата окончания терапии	Показание
Данные сообщающего лица							
☐ Врач ☐ Другой специалист системы здравоохранения ☐ Пациент ☐ Иной Контактный телефон/e-mail: <*> _____							
ФИО _____							
Должность и место работы _____							
Дата сообщения _____							

Приложение № 7
 к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
 клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
 от _____ № ____

Порядок назначения и рационального применения лекарственных препаратов

1. Назначение лекарственных препаратов

Лекарственные препараты назначаются с учетом показаний и отсутствия противопоказаний к их применению в соответствии со стандартами либо клиническими рекомендациями по ведению данной патологии. Доза лекарственного препарата подбирается лечащим врачом индивидуально в соответствии с клиническими рекомендациями, инструкцией по применению лекарственного препарата, наличием сопутствующей патологии (для лекарственных препаратов, выделяемых через почки, доза корректируется с учетом СКФ). Путь введения лекарственного препарата определяется лечащим врачом исходя из состояния пациента. Кратность введения лекарственного препарата выбирается врачом исходя из клинических рекомендаций по ведению данной патологии, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства. Назначение 5 и более препаратов согласовывается с заведующим отделением. Пациенты с сочетанной патологией, требующие индивидуального подбора и дозирования лекарственных средств, консультируются клиническим фармакологом.

Запись о назначенных лекарственных препаратах, лечебно-диагностических процедурах вносится в разработанный с учетом стандартов специализированной медицинской помощи лист назначений.

2. Контроль качества письменных назначений лекарственных препаратов

После осмотра лечащий врач информирует пациента о назначенных ему лекарственных препаратах, возможных альтернативах, побочных эффектах лекарственных средств. Назначение лекарственного препарата фиксируется лечащим врачом в лист назначения с указанием: лекарственного средства, его дозы и кратности применения в соответствии с приказом главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 27.06.2017 № 100. Ответственным лицом за качество письменных назначений является врач, назначающий лекарственные препараты. Ответственным лицом за контроль качества письменных назначений является заведующий отделением, который производит контроль качества лекарственных назначений у каждого пациента, оформляя карту внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3. Контроль качества вербальных назначений лекарственных препаратов

При оказании экстренной помощи допускается вербальное назначение лекарственных препаратов (при этом врач, оказывающий экстренную помощь, повторяет наименование лекарственного препарата, его дозу и путь введения и требует от исполнителя назначений сообщить об окончании введения препарата) с последующей фиксацией назначений в медицинской документации.

4. Контроль эффективности назначения лекарственных препаратов

Лечащим врачом оценивается эффективность назначенной лекарственной терапии исходя из жалоб пациента, клинических проявлений заболевания, данных лабораторных и инструментальных методов исследования с фиксацией данных в медицинскую документацию. При необходимости изменения дозы, кратности применения лекарственного препарата, смены лекарственного препарата врачом производится запись в истории болезни с обоснованием необходимости коррекции лекарственной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению данной патологии (клинические рекомендации размещены в папке общего доступа, папка «Клинические рекомендации»). Ответственным лицом за мониторинг эффективности лекарственной терапии является лечащий врач. Ответственным лицом за контроль эффективности назначенной лекарственной терапии является заведующий отделением, который производит контроль качества эффективности назначенной терапии у каждого пациента, оформляя карту внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

5. Система обучения и информирования пациентов

Лечащий врач при беседе с пациентом информирует его о назначенном лечении, возможных альтернативах, побочных эффектах лекарственных средств. Лечащий врач при работе с пациентом использует методики по формированию приверженности пациентов к лечению (Приложения № 8, 9).

6. Технологии, снижающие риски при использовании лекарственных препаратов

С целью снижения рисков при использовании лекарственных средств лечащий врач использует алгоритм идентификации пациента. Доза лекарственного препарата подбирается индивидуально в соответствии с сопутствующей патологией, возрастом, учитывая взаимодействие назначаемого препарата с другими применяемыми лекарственными средствами. При множественной лекарственной аллергии максимально сокращается количество применяемых лекарственных средств. Для исключения полипрагмазии врачом одновременно не назначаются лекарственные средства со схожим механизмом действия. Раздача лекарственных препаратов осуществляется медицинской сестрой непосредственно пациенту, при этом пациент принимает лекарственные средства в присутствии медицинской сестры.

7. Прогнозирование риска при использовании лекарственных препаратов (побочные реакции, токсическое действие, учет обстоятельств сопутствующих заболеваний)

С целью прогнозирования риска при использовании лекарственных препаратов лечащий врач при оформлении истории болезни фиксирует в медицинской документации следующие факторы риска возникновения нежелательной реакции: аллергоанамнез, возраст пациента, сопутствующие заболевания, применяемые лекарственные средства, беременность либо период лактации, заболевания печени и почек, психические заболевания, курение, прием алкоголя, применении наркотических средств.

Риск развития нежелательных эффектов существенно выше у определённых групп риска. Помимо возраста на вероятность появления нежелательных эффектов влияет наличие недостаточности органов, участвующих в метаболизме и экскреции лекарственных средств (прежде всего, почечной и печёночной). Имеют значение доза и длительность приёма ЛС (Приложение № 10).

При передозировке или отравлении лекарственным препаратом медперсонал действует по соответствующему алгоритму (Приложение № 11).

Группы риска развития нежелательных эффектов

Группа риска	Факторы, предрасполагающие к развитию нежелательных эффектов
Дети (особенно младшего возраста)	Наибольшая в популяции частота нежелательных эффектов. Подбор стандартных доз затруднён. Активность метаболизма и экскреции, как правило, снижена.
Пожилые лица	Приём большого количества ЛС, нередко неконтролируемый. Функции почек и печени нередко бывают снижены.
Хроническая почечная недостаточность (ХПН)	Концентрация препарата в крови может быть выше терапевтической, что связано со снижением его экскреции. Лекарственные препараты могут вызывать дальнейшее ухудшение функций почек.
Хроническая печёночная недостаточность	Снижение скорости метаболизма многих лекарственных средств, обуславливающее пролонгирование их действия. Возможность усугубления печёочно-клеточной недостаточности под действием лекарств.
Больные отделений интенсивной терапии (особенно с нарушениями сознания)	Полиорганная недостаточность. Трудность контроля переносимости препаратов.
Больные с нарушениями психики	Трудность контроля переносимости лекарственных препаратов. Риск приёма избыточных доз (в том числе с суицидальной целью).
Больные с непереносимостью ЛС и/или клинически значимыми нежелательными эффектами в анамнезе	Риск непереносимости нескольких групп препаратов одинакового механизма действия и/или одного и того же класса (например, пенициллинов и цефалоспоринов).
Злоупотребление алкоголем, наркотиками	Трудность контроля приёма лекарственных препаратов. Потенцирование токсического действия многих лекарственных средств.

Особый риск с точки зрения развития нежелательных эффектов представляют лекарственные средства с узким терапевтическим диапазоном. К ним относят: антикоагулянты, антиаритмические препараты, противосудорожные и антипсихотические препараты, сердечные гликозиды, препараты лития.

У этих лекарственных препаратов невелик диапазон доз, оказывающих лечебный эффект, и даже его незначительное превышение может приводить к развитию лекарственной интоксикации. Для данных групп лекарственных препаратов наиболее целесообразным является определение отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения. Одним из методов оценки отношения польза/риск при применении лекарственных средств является метод «Принцип троек».

Факторы и степень их выраженности	Высокая	Умеренная	Низкая
1. Симптоматика, при которой применяется лекарственный препарат			
Выраженность симптоматики	30	20	10
Длительность симптоматики	30	20	10
Частота возникновения симптоматики	30	20	10
2. Польза: положительные эффекты при применении препарата			
Выраженность эффекта	30	20	10
Длительность эффекта	30	20	10

Частота достижения пользы	30	20	10
3. Риск: симптомы нежелательных реакций при применении препарата			
Выраженность симптоматики	30	20	10
Длительность симптоматики	30	20	10
Частота возникновения симптоматики	30	20	10

Шкала пользы рассчитывается как произведение трех показателей: «частота излечения» (по данным литературы), «симптоматика, при которой применяется лекарственный препарат» (выбирается наибольший показатель) и «польза» (выбирается наибольший показатель). Для расчета шкалы вреда необходимо оценить сумму произведений трех самых частых и трех самых серьезных нежелательных реакций (из инструкции по применению) и разделить полученную сумму на 6.

При показателе польза/риск, превышающем 1,0, можно сделать вывод, что применение данного лекарственного средства показано.

8. Информирование персонала о лекарственных препаратах

О новых лекарственных препаратах и методах лечения на врачебных планерках докладывают участники конференций, клинический фармаколог. Более подробную информацию о препаратах врачи могут посмотреть на сайте госреестра лекарственных средств: www.grls.rosminzdrav.ru (ссылка на данный сайт находится в папке общего доступа).

На еженедельной врачебной планерке клинический фармаколог докладывает о лекарственных препаратах с недоказанной эффективностью применения и доказанной неэффективностью применения. По мере поступления информации о новых данных по эффективности и безопасности лекарственных средств, требований об изменении инструкции по применению лекарственных препаратов, клинический фармаколог докладывает на еженедельных планерках.

Более подробная информация о препаратах с недоказанной эффективностью действия и доказанной неэффективностью действия, новых данных по эффективности и безопасности лекарственных средств, требований об изменении инструкции по применению лекарственных препаратов находится в папке общего доступа (папка «Клинический фармаколог»). Клинические рекомендации и протоколы ведения пациентов также размещены в папке общего доступа (папка «Клинические рекомендации»)

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № ____

Памятка для пациентов «Правила приема лекарственных препаратов»

1. Не допускается самолечение (лекарственную терапию назначает только лечащий врач, лекарственные средства по рекомендации родственников и знакомых принимать не должны!).
2. Не допускается прием лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. Это также касается и препаратов, которые хранились ненадлежащим образом (не соблюдалась температура, влажность, световые предостережения).
3. Если назначено несколько лекарственных препаратов, принимать их необходимо отдельно, прием лекарственных средств необходимо разделить по времени, чтобы промежуток между приемом составлял не менее 30 минут.
4. Не допускается деление лекарственного средства, покрытого кишечнорастворимой оболочкой, пролонгированных лекарственных форм, нарушение целостности капсулы.
5. Не допускается прием алкоголя во время лечения (алкоголь может как усиливать действие препарата, так и ослаблять его, возможно образование метаболитов лекарственных средств, вызывающих жизнеугрожающие состояния).
6. Лекарственные препараты для приема внутрь запиваются только водой (за редким случаем, освещенным в инструкции по применению препарата). Не допускается запивание лекарственных препаратов фруктовыми соками, чаем, кофе.

7. Самостоятельное применения растительных лекарственных средств в дополнение к назначенной лекарственной терапии не допустимо. Фитопрепараты могут оказывать влияние на биотрансформацию лекарственных средств в организме, наиболее выраженное влияние имеют такие растительные препараты как гинкго билоба, горький апельсин, зверобой продырявленный, солодка, мать-и-мачеха, расторопша. Фитотерапия согласовывается с лечащим врачом.

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № ____

Памятка для врачей при назначении и применении терапии

1. Информирование пациента о заболевании и лечении:
 - оценка понимания и принятия факта болезни пациентом, его ожиданий от длительного наблюдения и лечения;
 - обсуждение сомнений и разрешение имеющихся вопросов;
 - согласование с пациентом его индивидуальных целей лечения (АД, масса тела, отсутствие обострений и т.д.);
 - подробное информирование пациента о назначенных препаратах, возможных альтернативах, побочных эффектах;
 - акцент на необходимости длительного лечения.
2. Подбор индивидуального режима терапии:
 - упрощение режима терапии;
 - прием фиксированных комбинаций, использование ретардных форм;
 - включение терапии в образ жизни пациента;
 - постановка реальных целей по изменению образа жизни и соблюдения режима лечения;
 - посещение пациентом школы по заболеванию (школа для пациентов с сахарным диабетом);
 - поощрение самоконтроля АД, массы тела, ведение дневника самоконтроля;
 - минимизация стоимости лечения, использование больших упаковок.
3. Закрепление достигнутого:
 - обсуждение с пациентом динамики состояния во время визитов;
 - поощрение поведения, направленного на достижение целевых значений;
 - получение подтверждения усвоения пациентом рекомендаций по лечению;
 - назначение конкретной даты следующего визита.
4. Обеспечение социальной поддержки:
 - обучение семьи пациента для поддержки в достижении поставленных целей терапии;
 - организация группы пациентов для взаимной поддержки и улучшения мотивации.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № ____

Максимальные разовые и суточные дозы наиболее часто назначаемых лекарственных препаратов

Лекарственный препарат	Максимальная разовая доза	Максимальная суточная доза
Агомелатин	-	50 мг
Адеметионин	-	1600 мг
Азитромицин	1,0 г	1,0 г

Акарбоза	0,2 г	0,6 г
Альфакальцидол	0,5 мкг	20 мкг
Амантадин	0,2 г	0,8 г
Амброксол	-	90 мг
Амлодипин	10 мг	10 мг
Амоксициллин	-	6,0 г
Амиодарон	-	1200 мг
Атенолол	200 мг	200 мг
Аторвастатин	80 мг	80 мг
Ацезоламид	0,5 г	1,5 г
Ацетилцистеин	-	600 мг
Баклофен	-	100 мг
Бенциклана фумарат	-	400 мг
Бетаксолол	10 мг	20 мг
Бетагистин		48 мг
Бисопролол	-	20 мг
Бромокриптин	-	30 мг
Валсартан	160 мг	320 мг
Ванкомицин	-	2,0 г
Венлафаксин	-	375 мг
Верапамил	160 мг	480 мг
Габапентин	-	3600 мг
Галантамин	10 мг	20 мг
Гимекромон	-	800 мг
Гидроксизин	200 мг	300 мг
Гидрохлортиазид	-	200 мг
Глибенкламид	-	15 мг
Гликлазид	160 мг	320 мг
Гликовидон	-	120 мг
Далтепарин	18 000 МЕ	-
Декскетопрофен	25 мг	75 мг
Джозамицин	-	3,0 г
Диазепам	-	60 мг
Диклофенак	-	150 мг
Дигоксин	-	1,25 мг
Дилтиазем	180 мг	360 мг
Дипиридамол	-	600 мг
Домперидон	-	80 мг
Доксазозин	-	16 мг
Дротаверин	-	240 мг
Дулоксетин	-	120 мг
Ибупрофен	-	1200 мг
Имипенем	-	4,0 г
Индапамид	2,5 мг	2,5 мг
Индометацин	-	200 мг
Ипидакрин	-	200 мг
Ирбесартан	300 мг	300 мг
Изосорбида мононитрат	-	120 мг
Изосорбида динитрат	-	120 мг
Ивабрадин	-	15 мг
Ипратропия бромид	-	2 мг (8 мл)
Золмитриптан	-	10 мг
Кандесартан	-	32 мг
Карведилол	-	100 мг
Каптоприл	-	150 мг
Кетопрофен	-	200 мг

Кеторолак	-	40 мг
Кларитромицин	-	1000 мг
Лансопрозол	-	60 мг
Левифлоксацин	-	1000 мг
Лизиноприл	-	40 мг
Лозартан	-	100 мг
Ломефлоксацин	-	800 мг
Лоперамид	-	16 мг
Лорноксикам	-	16 мг
Мемантин	-	20 мг
Мелоксикам	-	15 мг
Метамизол натрия	1000 мг	3000 мг
Метоклопрамид	10 мг	30 мг
Метилдопа	-	2,0 г
Метопролол	-	200 мг
Метформин	-	3000 мг
Меропенем	-	6,0 г
Месалазин	-	8 мг
Молсидомин	-	6,0 г
Моксонидин	400 мг	600 мг
Напроксен	-	1,75 г
Небивалол	-	10 мг
Нимесулид	-	200 мг
Нимодипин	-	360 мг
Нифедипин	-	120 мг
Норфлоксацин	-	1200 мг
Омепразол	-	120 мг
Орнитин	-	200 мг
Осельтамивир	-	150 мг
Офлоксацин	-	800 мг
Пантопрозол	-	80 мг
Парацетамол	-	4,0 г
Пентоксифиллин	400 мг	1200 мг
Периндоприл	-	10 мг
Пароксетин	-	50 мг
Пиоглитазон	-	45 мг
Пирацетам	-	160 мг
Прегабалин	-	600 мг
Пропафенон	-	900 мг
Пропранолол	-	320 мг
Пефлоксацин	-	1200 мг
Рабепразол	-	120 мг
Рамиприл	-	10 мг
Ранитидин	-	600 мг
Ривастигмин	-	12 мг
Рифампицин	-	600 мг
Розиглитазон	-	8 мг
Розувастатин	-	40 мг
Сертралин	-	200 мг
Симвастатин	80 мг	80 мг
Спиринолактон	-	400 мг
Соталол	-	640 мг
Спарфлоксацин	-	400 мг
Сульфасалазин	-	800 мг
Телмисартан	-	160 мг
Тизанидин	-	24 мг

Тофизопам	-	300 мг
Трандолаприл	-	8 мг
Фамотидин	-	480 мг
Феназепам	-	10 мг
Фенотропил	-	750 мг
Фелодипин	-	20 мг
Флуконазол	-	400 мг
Фозиноприл	-	40 мг
Фондапаринукс натрия	-	10 мг
Хинаприл	-	80 мг
Целекоксиб	-	400 мг
Цефазолин	-	6,0 г
Цефиксим	-	400 мг
Цефотаксим	-	12,0 г
Цефтазидим	-	6,0 г
Цефтриаксон	-	4,0 г
Цефуроксим	-	6,0 г
Ципрофлоксацин	-	1000 мг
Цитиколин	-	2000 мг
Эналаприл	-	40 мг
Эпросартан	-	600 мг
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	-	800 мг
Морфин	0,02 г	0,05 г
Оmnopон	0,03 г	0,1 г
Промедол	0,04 г	0,016 г
Бупренорфин	0,25 мг/кг	2,4 мг/кг
Дигидрокодеин	120 мг	240 мг
Фентанил	1,0	3,0
Золпидем	10 мг	10 мг
Клоназепам		20 мг
Лоразепам		10 мг
Медазепам		Амбулаторно 40 мг. В стационаре до 70 мг

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм действий персонала при передозировке или отравлениях лекарственными препаратами

- Шаг 1. Сообщить о случае передозировки или отравлении лекарственным препаратом заведующему отделению, который организует все дальнейшие действия, в том числе сообщит об инциденте заместителю главного врача по медицинской части.
- Шаг 2. Оценить степень нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание).
- Шаг 3. Освоение периферической вены, начало инфузионной терапии физиологическим раствором.
- Шаг 4. Сбор токсикологического анамнеза:
- название принятого (введенного) лекарственного препарата);
 - доза принятого (введенного) лекарственного препарата);
 - время приема (введения) лекарственного препарата).
- Шаг 5. Консультация с врачом-токсикологом по тел. 98-46-20.
- Шаг 6. Сбор биологических жидкостей (кровь, моча, рвотные массы) для токсикологического анализа.
- Шаг 7. Промывание желудка до чистых вод при приеме лекарственного препарата через рот.
- Шаг 8. Введение противоядия.

Антидоты при передозировке лекарственных препаратов

Лекарственный препарат	Антидот	Способ применения								
Опиоидные анальгетики (морфин, промедол, трамадол)	Налоксон	Внутривенно, внутримышечно, подкожно в дозе 0,4–2 мг; если применение в указанной дозе не приносит ожидаемого эффекта, введение в той же дозе повторяют через 2–3 мин. Максимальная суммарная доза – 10 мг/сут.								
Варфарин	Викасол (витамин К)	При МНО более 20 и/или клинически значимом кровотечении витамин К в дозе 10 мг в/м, максимальная разовая доза 30 мг, максимальная суточная доза 60 мг/сут.								
Инсулины	40 % раствор глюкозы	40 % раствор глюкозы 10,0 под контролем уровня глюкозы крови, при необходимости глюкагон 1 мг в/в, в/м, п/к.								
Гепарин	Протамина сульфат	1. При болюсных инъекциях гепарина доза протамина сульфата уменьшается в зависимости от времени, прошедшего от введения гепарина, так как последний непрерывно удаляется из организма. <table><tr><td>Время, прошедшее после инъекции гепарина</td><td>Доза протамина сульфата в расчете на 100 МЕ гепарина</td></tr><tr><td>15–30 минут</td><td>1–1,5 мг</td></tr><tr><td>30–60 минут</td><td>0,5–0,75 мг</td></tr><tr><td>Свыше 2 часов</td><td>0,25–0,375 мг</td></tr></table> 2. Если гепарин вводился внутривенно капельно, необходимо прекратить его инфузию и ввести 25–30 мг протамина сульфата. 3. При подкожных инъекциях гепарина доза протамина сульфата составляет 1–1,5 мг на каждые 100 МЕ гепарина. Первые 25–50 мг протамина сульфата следует ввести внутривенно медленно, а оставшуюся дозу – внутривенно капельно в течение 8–16 часов. Возможно дробное введение протамина сульфата, что требует контроля активированного частичного тромбопластинового времени. Например, если введено подкожно 20 000 МЕ гепарина, через 2 часа происходит резорбция гепарина из комплексов с протамином по 3333 МЕ гепарина, в связи с этим следующая доза протамина сульфата составляет 33 мг. 4. В случае использования экстракорпорального кровообращения при оперативном вмешательстве доза протамина сульфата составляет 1,5 мг на каждые 100 МЕ гепарина. При определении дозы протамина необходимо учитывать путь введения гепарина.	Время, прошедшее после инъекции гепарина	Доза протамина сульфата в расчете на 100 МЕ гепарина	15–30 минут	1–1,5 мг	30–60 минут	0,5–0,75 мг	Свыше 2 часов	0,25–0,375 мг
Время, прошедшее после инъекции гепарина	Доза протамина сульфата в расчете на 100 МЕ гепарина									
15–30 минут	1–1,5 мг									
30–60 минут	0,5–0,75 мг									
Свыше 2 часов	0,25–0,375 мг									
Диазепам, оксазепам, мидазолам	Флумазенил	Анестезиология Рекомендованная начальная доза составляет 0,2 мг в/в за 15 секунд. Если через 60 секунд после первой внутривенной дозы желаемого восстановления сознания не происходит, то можно ввести вторую дозу (0,1 мг). При необходимости эту процедуру можно проводить с 60-секундными интервалами до достижения суммарной								

		дозы – 1 мг. Обычно доза равняется 0,3–0,6 мг, однако индивидуальная потребность может значительно варьировать в зависимости от дозы и продолжительности действия введенного ранее бензодиазепина и особенностей больного. <i>Интенсивная терапия и ведение больных с потерей сознания неясной этиологии</i> Рекомендованная начальная доза составляет 0,3 мг в/в. Если желаемого уровня восстановления сознания не происходит, флумазенил можно вводить повторно, как описано выше, до достижения суммарной дозы не более 2 мг. При рецидивировании спутанности сознания рекомендуется внутривенно вводить препарат повторно: либо болюсно, либо в виде внутривенной инфузии со скоростью 0,1–0,4 мг в час. Скорость инфузии подбирают индивидуально до достижения необходимого уровня восстановления сознания. Если после повторного введения флумазенила сознание или функция дыхания восстанавливаются недостаточно, следует предположить небензодиазепиновую этиологию нарушения сознания. У пациентов в отделениях интенсивной терапии, а также у пациентов, длительно получавших большие дозы бензодиазепинов, индивидуально подобранные дозы флумазенила при медленном введении не должны вызывать симптомов отмены. При возникновении нежелательных симптомов гиперстимуляции внутривенно вводят диазепам или мидазолам, тщательно титруя их дозы в зависимости от реакции пациента.

Глава 5. Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и трансфер в другие медицинские организации

Утверждены алгоритм перевода пациентов в другие медицинские организации, алгоритм организации перевода пациентов внутри медицинской организации, алгоритм перевода пациента из операционного блока в профильное отделение, алгоритм перевода пациента из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение, алгоритм транспортировки пациента на каталке, алгоритм транспортировки тяжелого пациента на кресле-каталке, алгоритм действия при выполнении транспортировки пациента в лечебное отделение, чек-лист перевода пациента между ОРИТ и палатным отделением, правила движения пациентов.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

__31.01.2019__

№ 17

г. Пенза

О преемственности медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациента в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации из ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций», постановлением Правительства Пензенской области от 30.09.2011 № 681-пп «О порядке и условиях оказания медицинской помощи и сроках ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке и по экстренным показаниям» (Приложение № 9), приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области, приказами Минздрава Пензенской области от 19.04.2013 № 224 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “эндокринология”», от 16.08.2013 № 375 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “ревматология”», от 24.06.2013 № 311 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “пульмонология”», от 26.12.2013 № 750 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с урологическими заболеваниями», от 05.08.2013 № 359 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания

медицинской помощи при заболеваниях нервной системы», от 20.01.2014 № 6 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “онкология”», от 20.01.2014 № 7 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “гастроэнтерология”», от 07.04.2014 № 135 «О реализации на территории Пензенской области Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “травматология и ортопедия”», от 17.04.2014 № 144 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания акушерско-гинекологической помощи», от 08.05.2015 № 100 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», от 30.12.2016 № 557 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”» (редакция 2017 г.), от 27.10.2016 «О внесении изменения в приказ МЗ ПО от 19.04. 2013 № 225», от 30.12.2016 № 556 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “нейрохирургия”» (редакция от 2017 г.), от 30.12.2016 № 558 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “торакальная хирургия”» (редакция от 2017 г.), от 15.06.2017 № 188 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”», от 29.06.2018 № 179 «О внесении изменений в маршрутизацию больных при оказании экстренной специализированной медицинской помощи по профилю “хирургия”, утвержденную приказом МЗ ПО от 30.12.2016 № 557», от 02.07.2018 № 183 «О реализации на территории Пензенской области порядка организации медицинской реабилитации, утвержденного приказом Минздрава РФ от 29.12.2012 № 1705н», от 06.09.2018 № 264 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», положением о плановой госпитализации пациентов в стационар, утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 135 от 31.07.2012, положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 119 от 23.09.2015, правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну, утвержденными приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 100 от 27.06.2017, приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 63 от 17.05.2017 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности” и с целью оказания своевременной, эффективной, безопасной экстренной помощи в ближайшее время после поступления или обращения пациента, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить алгоритм перевода пациентов в другие медицинские организации (Приложение № 1).
2. Утвердить алгоритм организации перевода пациентов внутри медицинской организации (Приложение № 2).
3. Утвердить алгоритм перевода пациента из операционного блока в профильное отделение (Приложение № 3).
4. Утвердить алгоритм перевода пациента из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение (Приложение № 4).
5. Утвердить алгоритм транспортировки пациента на каталке (Приложение № 5).
6. Утвердить алгоритм транспортировки тяжелого пациента на кресле-каталке (Приложение № 6).
7. Утвердить алгоритм действия при выполнении транспортировки пациента в лечебное отделение (Приложение № 7).
8. Утвердить чек-лист перевода пациента между ОРИТ и палатным отделением (Приложение № 8).
9. Утвердить правила движения пациентов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 9).
10. Ответственным за актуализацию приказа назначить заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.
11. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. внести изменения в должностные инструкции сотрудников, персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

А.В. Никишин

Алгоритм перевода пациентов в другие медицинские организации

1. Перевод пациента в другую медицинскую организацию (МО) осуществляется при необходимости оказания пациенту специализированной медицинской помощи (отсутствующей в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) соответствующего профиля на более высоком уровне (МО федерального уровня). Также перевод осуществляется для оказания медицинской помощи в медицинской организации по месту жительства.

2. Показания для перевода пациента в другую медицинскую организацию более высокого (федерального) уровня для оказания специализированной медицинской помощи устанавливаются по результатам консилиума под руководством заместителя главного врача соответствующего профиля. При необходимости для участия в консилиуме привлекаются профильные специалисты других медицинских организаций.

3. Решение о переводе пациента в медицинскую организацию более высокого уровня оформляется соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного, заверяется подписями всех участников консилиума и согласовывается с руководством принимающей медицинской организации.

4. При переводе пациента в медицинскую организацию I и II уровня решение о переводе оформляется соответствующей записью в медицинской документации. О принятом решении уведомляется администрация принимающей медицинской организации.

5. Лечащий врач несет персональную ответственность за оформление медицинской документации, необходимой для перевода в медицинскую организацию более высокого уровня (выписка из истории болезни, направление). После заполнения медицинская документация подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, визируется заместителем главного врача соответствующего профиля и заверяется печатью медицинской организации.

6. Заведующий отделением лично определяет, каким транспортом пациент должен переводиться в медицинскую организацию более высокого уровня, организует предоставление транспорта и сопровождающего медицинского персонала.

7. При переводе пациента в другую медицинскую организацию I и II уровня лечащий врач оформляет необходимую медицинскую документацию (выписка из истории болезни) и заверяет ее у заведующего отделением.

8. Лечащий врач определяет вид транспорта, которым будет осуществляться перевод пациента в медицинскую организацию низшего уровня и уведомляет администрацию принимающей медицинской организации о времени предоставления транспорта и необходимого сопровождающего медицинского персонала.

9. Согласованное и утвержденное решение о переводе пациента в другую медицинскую организацию доводится до старшей медицинской сестры отделения, из которого переводится пациент. Старшая медицинская сестра является ответственным исполнителем и организует все необходимое для перевода пациента.

10. Перед транспортировкой пациента необходимо идентифицировать путем личного опроса с целью уточнения основных данных (фамилия, имя, отчество, дата, месяц и год рождения). В случае невозможности, в связи с тяжестью состояния, получения идентификационных данных лично от пациента идентификация подтверждается лечащим врачом и медицинской сестрой палатной.

11. Транспортировка пациента до приемного отделения, куда подается транспорт для дальнейшего трансфера, осуществляется силами того структурного подразделения, откуда переводится пациент.

12. Способ транспортировки пациента до приемного отделения определяется лечащим врачом (пешком, на коляске, на каталке) в зависимости от текущего состояния пациента. Определенный способ транспортировки соблюдается неукоснительно. Ответственность несет старшая медицинская сестра отделения.

13. После доставки пациента в приемное отделение для дальнейшего трансфера в другую медицинскую организацию лечащий врач пациента должен лично удостовериться в том, что предоставленный транспорт полностью соответствует требованиям транспортировки данного пациента, в наличии необходимого оборудования и соответствующего медицинского персонала.

14. Медицинская документация переводимого пациента передается сопровождающему медицинскому персоналу лично лечащим врачом.

15. Лечащий врач должен обеспечить осмотр пациента перед транспортировкой сопровождающим медицинским персоналом.

16. После совместного осмотра и передачи соответствующей медицинской документации сопровождающему медицинскому персоналу клиническая ответственность за пациента переходит к транспортирующей медицинской организации.

17. Погрузка пациента в предоставленный транспорт осуществляется силами медицинского персонала, сопровождающего пациента.

18. После отправки пациента лечащий врач докладывает заведующему отделением о выполнении решения о переводе. Заведующий отделением докладывает заместителю главного врача соответствующего профиля.

19. Заведующий отделением лично получает информацию о состоянии пациента после его прибытия в медицинскую организацию назначения, о чем докладывает заместителю главного врача соответствующего профиля.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм организации перевода пациентов внутри медицинской организации

1. Перевод пациента внутри отделения

1.1. Перевод пациента внутри отделения (в другую палату) осуществляется для обеспечения нахождения в одной палате пациентов с аналогичной патологией, требующей стандартного однотипного лечения и однотипных диагностических процедур.

1.2. Перевод пациента внутри отделения (в другую палату) осуществляется по санитарно-эпидемиологическим показаниям при возникновении очага инфекционного заболевания (при подозрении на наличие инфекционного заболевания).

1.3. Перевод пациента внутри отделения (в другую палату) осуществляется при необходимости оптимального размещения пациентов при поступлении большого числа пациентов по экстренным показаниям.

1.4. Решение о переводе пациента внутри отделения принимает лечащий врач по согласованию с заведующим отделением. Непосредственно перед транспортировкой лечащим врачом проводится осмотр пациента. Решение о переводе доводится до старшей медицинской сестры отделения, которая является ответственным исполнителем решения о переводе и организует процедуру перевода пациента внутри отделения.

1.5. Перед транспортировкой пациента необходимо идентифицировать последнего путем личного опроса с целью уточнения основных данных (фамилия, имя, отчество, дата, месяц и год рождения).

1.6. Способ транспортировки пациента при переводе определяется лечащим врачом (пешком, на коляске, на каталке) в зависимости от текущего состояния пациента. Определенный способ транспортировки соблюдается неукоснительно. Ответственность несет старшая медицинская сестра отделения.

1.7. При необходимости во время транспортировки осуществляется сопровождение пациента младшим медицинским персоналом или медицинской сестрой палатной (в зависимости от состояния пациента). При транспортировке на колесном средстве (кресло, каталка) должны быть приняты все меры безопасности, исключающие возможность получения пациентом травматических повреждений.

1.8. После окончания транспортировки пациента старшая медицинская сестра отделения докладывает об исполнении поручения лечащему врачу (в случае смены лечащего врача – врачу, принявшему на курацию пациента). Лечащий врач обязан провести осмотр пациента после транспортировки.

1.9. Палатная медицинская сестра после завершения перевода пациента производит соответствующую маркировку номера палаты на лицевой стороне медицинской карты стационарного больного соответствующего пациента.

2. Перевод пациента между отделениями

2.1. Перевод пациента между структурными подразделениями осуществляется при необходимости оказания пациенту медицинской помощи в условиях другого структурного подразделения с учетом соответствия профиля отделения клинико-статистическим группам (Приложения № 3, 4).

2.2. Показания для перевода пациента в другое структурное подразделение устанавливаются только по результатам совместного осмотра пациента заведующими структурными подразделениями (при необходимости решением консилиума). Решение о переводе пациента в другое структурное подразделение утверждается заместителем главного врача соответствующего профиля.

2.3. Решение о переводе пациента в другое структурное подразделение оформляется соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного, заверяется подписями заведующими отделениями (если решение принято консилиумом, то подписями всех участников консилиума).

2.4. Согласованное и утвержденное решение о переводе пациента в другое структурное отделение доводится до старшей медицинской сестры отделения, из которого переводится пациент. Старшая медицинская сестра является ответственным исполнителем и организует все необходимое для перевода пациента.

2.5. Перед транспортировкой пациента необходимо идентифицировать последнего путем личного опроса с целью уточнения основных данных (фамилия, имя, отчество, дата, месяц и год рождения). В случае невозможности, в связи с тяжестью состояния, получения идентификационных данных лично от пациента идентификация подтверждается лечащим врачом и медицинской сестрой палатной.

2.6. Способ транспортировки пациента при переводе определяется лечащим врачом (пешком, на коляске, на каталке) в зависимости от текущего состояния пациента. Определенный способ транспортировки соблюдается неукоснительно. Ответственность несет старшая медицинская сестра отделения (Приложения № 5–7).

2.7. Транспортировка пациента осуществляется силами того структурного подразделения, откуда переводится пациент.

2.8. Медицинская документация переводимого пациента передается в отделение назначения вместе с пациентом. Прием пациента в другое отделение без соответствующим образом оформленной медицинской документации (в соответствии с приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.06.2017 № 100) не допускается.

2.9. При необходимости во время транспортировки осуществляется сопровождение пациента лечащим врачом, медицинской сестрой палатной или младшим медицинским персоналом (в зависимости от состояния пациента). При транспортировке на колесном средстве (кресло, каталка) должны быть приняты все меры безопасности, исключающие возможность получения пациентом травматических повреждений.

2.10. Ответственным за пациента до момента его помещения в палату отделения, куда осуществляется перевод, является медицинский персонал отделения, откуда переводится пациент.

2.11. Старшая медицинская сестра отделения, откуда переводится пациент, контролирует процесс транспортировки, лично передает пациента старшей медицинской сестре отделения назначения и докладывает заведующему отделением отправления о выполнении поручения. При возникновении каких-либо непредвиденных обстоятельств в процессе транспортировки пациента докладывать заведующему отделением следует незамедлительно.

2.12. Если пациента сопровождает лечащий врач, то функция контроля процесса транспортировки возлагается на него.

2.13. После помещения пациента в палату отделения назначения ответственность за него возлагается на медицинский персонал отделения назначения.

2.14. Старшая медицинская сестра отделения назначения докладывает заведующему отделением о поступлении переведенного пациента и наносит соответствующую маркировку на лицевую сторону медицинской карты стационарного больного пациента.

2.15. Заведующий отделением назначает лечащего врача переведенному пациенту и проводит совместный осмотр пациента с соответствующей отметкой в медицинской документации.

2.16. Старшая медицинская сестра исходного отделения вносит соответствующие изменения в МИС «ПРОМЕД» о переводе пациента, а старшая медицинская сестра отделения назначения вносит сведения о приеме пациента на койку соответствующего отделения.

2.17. Ответственность за правильность заполнения медицинской документации переведенного пациента (медицинская карта стационарного больного, статистическая карта выбывшего из стационара) несет лечащий врач отделения, откуда пациент выбывает.

2.18. При переводе пациента из ОРИТ в палатное отделение лечащим врачом и медсестрой заполняется чек-лист перевода (Приложение № 8).

2.19. Самостоятельное движение пациентов в больнице осуществляется согласно правилам (Приложение № 9).

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм перевода пациента из операционного блока в профильное отделение

1. Врач-анестезиолог является ответственным лицом за перевод больного из операционного блока в профильное отделение.
2. С операционного стола больного перекладывают на каталку и на ней перевозят в палату профильного отделения.
3. При транспортировке больных в бессознательном состоянии голову больного необходимо повернуть набок.
4. При сердечно-сосудистой недостаточности транспортировать в положении полусидя.
5. При острой сосудистой недостаточности уложить больного так, чтобы голова была ниже уровня ног.
6. При ожогах уложить по возможности на неповреждённую сторону, обожженную поверхность закрыть стерильным бинтом или стерильной простыней.
7. При переломе костей черепа на носилках в положении лежа на спине с опущенным подголовником носилок и без подушки, вокруг головы валик из одеяла, одежды или умеренно надутого воздухом подкладного круга.
8. При переломе грудного и поясничного отделов позвоночника на жестких носилках – лежа на спине лицом вверх (не в сторону), на обычных – на животе лицом вниз.
9. При переломе ребер в положении полусидя.
10. При переломе костей таза лежа на спине в «положении лягушки», подложив под колени свернутое одеяло или подушку.
11. Транспортировку больных с острыми заболеваниями или ранениями живота проводят в положении на спине с чуть согнутыми в коленях ногами, подкладывая под колени свернутое одеяло.
12. При большом объеме операции пациент из операционного блока переводится в отделение анестезиологии-реанимации, при небольшом объеме операции – согласно прилагаемой схеме.

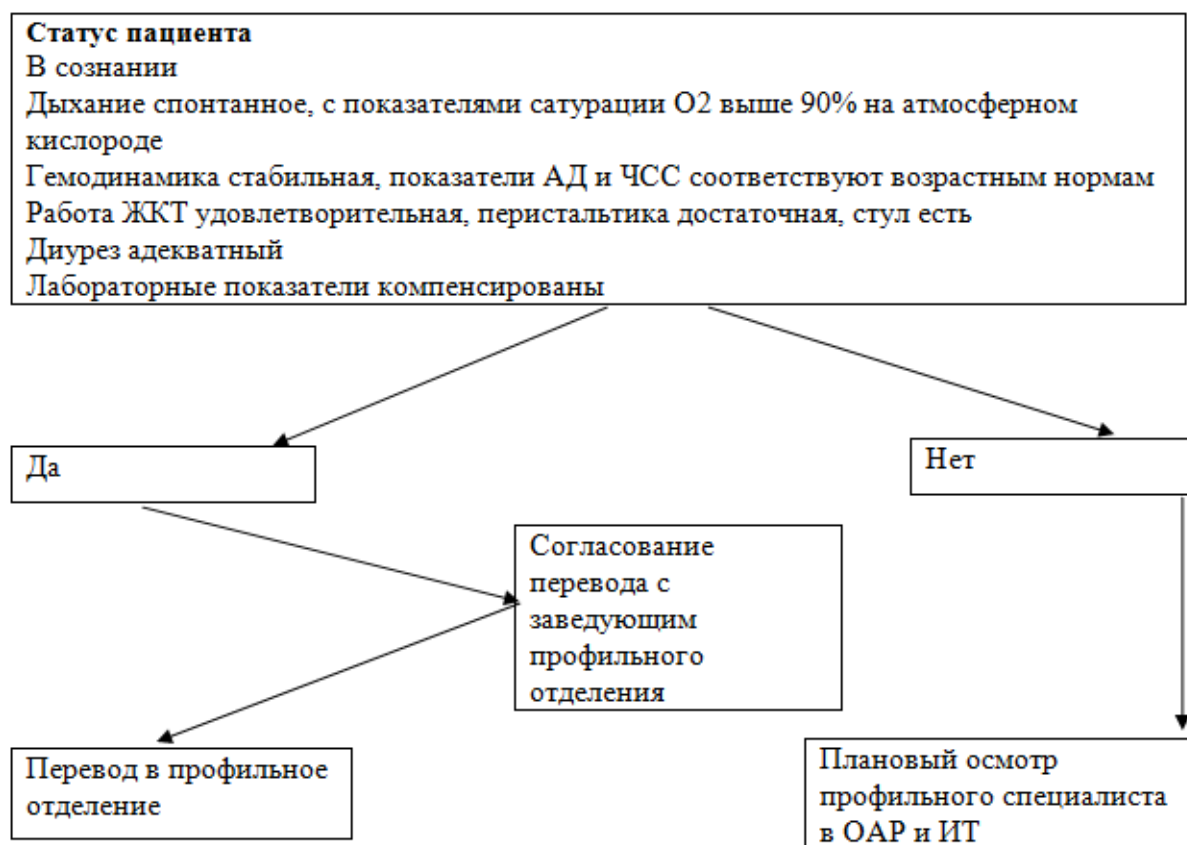


Схема перевода пациентов из операционного блока в профильное отделение

Алгоритм перевода пациента из отделения анестезиологии-реанимации

1. Решение о переводе пациентов из ОАР и ИТ в профильное отделение принимает заведующий ОАР и ИТ больницы или лицо, его замещающее, совместно с заведующим или лечащим врачом отделения.
2. Заведующий ОАР и ИТ или лицо, его замещающее:
 - является ответственным лицом за обоснованность перевода пациента и состояние больного при переводе;
 - несет ответственность за своевременное предоставление переводного эпикриза и других медицинских документов (снимки, результаты анализов и др.);
 - своевременно информирует заместителя главного врача по медицинской части о переводе пациента;
 - информирует родных или законных представителей пациента о его переводе в профильное отделение.
3. Заведующий ОАР и ИТ или лицо, его замещающее, информирует палатную медицинскую сестру отделения ОАР и ИТ о подготовке пациента к транспортировке в профильное отделение.
4. Палатная медсестра ОАР и ИТ по телефону сообщает постовой или дежурной медсестре профильного отделения о переводе пациента и готовит его к транспортировке.
5. Палатная медсестра ОАР и ИТ по телефону сообщает постовой или дежурной медсестре профильного отделения о готовности пациента к транспортировке.
6. Постовая или дежурная медсестра профильного отделения готовит койко-место для пациента.
7. Постовая или дежурная медсестра профильного отделения, которая будет транспортировать пациента, сообщает сестре ОАР и ИТ о прибытии за больным.
8. Постовая или дежурная медсестра профильного отделения идентифицирует больного, сверяет данные идентификационного браслета с информацией медицинской документации.
9. Палатная медсестра ОАР и ИТ помогает переложить пациента на транспортную каталку, передает необходимую медицинскую документацию постовой или дежурной медсестре профильного отделения.
10. Постовая или дежурная медсестра профильного отделения транспортирует пациента с использованием специализированных средств для транспортировки пациентов.
11. Палатная медсестра ОАР и ИТ делает соответствующую отметку в журнале «Движение больных» о переводе пациента и вносит данные в МИС «ПРОМЕД».
12. Заведующий профильным отделением или лицо, его замещающее, несет ответственность за дальнейшее лечение, проведение дальнейших обследований и консультаций, своевременность оформления медицинской документации.

Схема перевода пациента из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение



Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм транспортировки пациента на каталке в профильное отделение

Врач-анестезиолог является ответственным лицом за перевод больного из операционного блока в профильное отделение.

С операционного стола больного перекладывают на каталку и на ней перевозят в палату профильного отделения.

I. Подготовка к транспортировке:

1. Представиться пациенту, идентифицировать пациента и объяснить, как себя вести при транспортировке (если пациент без сознания – информация передается доверенному лицу пациента).

2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.

3. Определить готовность к транспортировке каталки, ее техническое состояние.

4. Постелить на каталку простыню, положить подушку, клеенку с пеленкой (при необходимости).

II. Перемещение пациента на каталку (должно осуществляться тремя медицинскими работниками):

5. Поставить каталку ножной частью под углом к изголовью кровати или другим способом, более удобным в данной ситуации. Отрегулировать высоту каталки по высоте кровати.

6. Приподнять пациента – один медицинский работник подводит руки под голову и лопатки пациента, второй – под таз и верхнюю часть бедер, третий – под середину бедер и голени.

7. Одновременно поднять пациента, вместе с ним повернуться в сторону каталки, уложить пациента на каталку. Положить руки пациента ему на грудь или живот.
8. Укрыть пациента одеялом.
- III. Осуществление транспортировки на каталке:
9. Встать у каталки – один медицинский работник спереди, другой – сзади, лицом к пациенту. В таком положении осуществить транспортировку внутри учреждения.
10. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.
- IV. Окончание транспортировки:
11. Поставить каталку так, как позволяет площадь палаты.
12. Снять с кровати одеяло, раскрыть пациента и доступным способом переложить его на кровать (на руках или на простыне).
13. Укрыть пациента и убедиться, что он чувствует себя комфортно (если пациент в сознании).
14. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм транспортировки тяжелого пациента на кресле-каталке

- I. Подготовка к транспортировке:
1. Представиться пациенту, идентифицировать пациента, объяснить, как себя вести при транспортировке.
2. Сообщить в соответствующее отделение факт транспортировки пациента, его состояние, уточнить номер палаты для пациента, приготовить его историю болезни.
3. Определить готовность к транспортировке кресла-каталки.
- II. Перемещение пациента на кресло-каталку (выполняется одной медицинской сестрой, если пациент может помочь):
4. Поставить кресло-каталку рядом с кроватью, закрепить тормоза. По возможности опустить кровать до уровня кресла.
5. Помочь пациенту занять сидячее положение на кровати.
6. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.
7. Поставить ногу, которая дальше от кресла-каталки, между коленями пациента коленом к нему, а другую ногу по направлению движения.
8. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кресло-каталка.
9. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не займет положение спиной к креслу-каталке.
10. Опустить пациента в кресло-каталку. Для этого: согнуть колени и придерживать ими колени пациента; держать спину прямо; пациент может помочь, если положит руки на подлокотники кресла-каталки, чтобы опуститься в него.
11. Отпустить пациента, только убедившись, что он надежно сидит в кресле. Попросить пациента поставить ноги на подставку для ног.
- III. Осуществление транспортировки на кресле-каталке:
12. Снять кресло-каталку с тормозов и транспортировать пациента.
13. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.
- IV. Окончание транспортировки на кресле-каталке:
14. Поставить кресло-каталку у кровати, закрепить тормоза.

15. Встать напротив пациента: ноги должны быть расставлены на ширину 30 см, согнуты в коленях, одна нога выдвинута вперед.
16. Прижав пациента к себе, плавно поднять его, не дергая и не поворачивая. Необходимо держать свою голову с той стороны головы пациента, где находится кровать.
17. Поставив пациента на ноги, поворачиваться одновременно с ним до тех пор, пока он не почувствует край кровати задней поверхностью бедер.
18. Посадить пациента на кровать.
19. Уложить пациента, укрыть одеялом, убедиться, что он чувствует себя комфортно.
20. Передать историю болезни дежурной палатной медицинской сестре. Дежурная медицинская сестра обязана срочно доложить о поступлении тяжелобольного пациента дежурному или лечащему врачу.
21. Провести дезинфекцию использованных для транспортировки средств.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм транспортировки пациента на носилках вдвоем

1. Идентифицируйте пациента и информируйте его о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Подготовьте носилки к транспортировке, постелите на носилки простынь.
3. Приподнимите пациента: один медицинский работник подводит руки под шею пациента и туловище, другой – под поясницу и бедра.
4. Поднимите пациента, вместе с ним повернитесь на 90 градусов в сторону носилок и уложите его.
5. Укройте пациента простыней.
6. Встаньте: один медицинский работник спереди носилок спиной к пациенту, другой сзади носилок, лицом к пациенту.
7. Транспортируйте пациента в отделение с историей болезни.
8. Особенности транспортировки носилками:
 - вниз по лестнице пациента несут ногами вперед, причем передний конец носилок приподнят, а задний опущен для того, чтобы достигнуть горизонтального положения носилок;
 - вверх по лестнице пациента несут головой вперед и также в горизонтальном положении;
 - при транспортировке пациента на носилках надо идти не в ногу, короткими шагами, слегка сгибая ногу в коленях и удерживая носилки в горизонтальном положении.
9. Во время транспортировки осуществляется непрерывное наблюдение за состоянием пациента.
10. Переложите пациента на кровать, используя безопасную методику.
11. Передайте пациента и его историю болезни палатной медицинской сестре.

**Чек-лист перевода пациента между отделением анестезиологии-реанимации
и палатным отделением**

	Передающая медицинская сестра	Принимающая медицинская сестра
Идентификация пациента проведена (ФИО, дата рождения)		
История болезни передана		
Направления на лабораторные исследования: – Все выполнены – Не все выполнены, переданы		
Направления на инструментальные исследования: – Все выполнены – Не все выполнены, переданы		
Направления на консультации: – Все выполнены – Не все выполнены, переданы		
Пациенту выдана и надета сорочка		
Личные вещи переданы на хранение (возвращены)		
Пациенту требуется кислородная поддержка		
Дренажи (место установки, состояние)		
Центральные венозные катетеры (место установки, дата установки, состояние)		
Периферические венозные катетеры (место установки, дата установки, состояние)		
Мочевой катетер (дата установки, состояние)		
Пролежни (если есть – стадия пролежня при переводе)		
Риск падений	Высокий _____	Высокий _____
Помощь при передвижении	Требуется _____	Требуется _____
ФИО лечащего врача		
ФИО медсестер		
Подписи медсестер		
Дата	_____	_____
Время	_____	_____

**Правила движения пациентов ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»**

В соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» для обеспечения эпидемиологической безопасности больных, госпитализированных в больницу, осуществляется строгий ограничительный режим передвижения пациентов:

1. Пациенты должны пребывать в том отделении, в которое они госпитализированы или переведены. При переводе в другое отделение пациент следует в сопровождении медсестры.
2. Перевод пациентов осуществляется круглосуточно согласно алгоритмам.
3. Покидать отделение (этаж в составе отделения) разрешено:
 - для проведения диагностических процедур (УЗИ, ЭКГ, рентген и другие) без сопровождения;
 - для проведения лечебных процедур (физиотерапии, электротерапии и другие) без сопровождения.
4. Покидать отделение пациентам разрешено:
 - для прогулок на территории больницы в установленное время;
 - для проведения назначенных лечащим врачом консультаций и диагностических процедур, проведение которых возможно только на базе другого лечебного учреждения. Пациента сопровождает медсестра.

Глава 6. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий

Утверждены основные направления деятельности в сфере контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий, правила хранения медицинских изделий в учреждении в соответствии с «Инструкцией по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения», алгоритм сбора и направления информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения; определены лица, ответственные за метрологическое обеспечение, надзор за обращением и использованием изделий медицинского назначения, сроки исполнения периодичности поверки средств измерений согласно ежегодно утверждаемым графикам поверки и перечню средств измерений (медицинских изделий) в учреждении, порядок выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

01.04.2019

№ 39

г. Пенза

Об организации контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.12.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании», от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений», от 30.12.2001 № 195-ФЗ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях», Постановлениями Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий», от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий», от 05.02.2015 № 102 «Об ограничениях и условиях допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд», от 19.12.2018 № 1590 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2015 № 102», приказами Минздрава России от 21.12.2012 № 1353н «Порядок экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий», от 21.02.2014 № 81н «Об утверждении Перечня измерений, относящихся к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, выполняемых при осуществлении деятельности в области здравоохранения, и обязательных метрологических требований к ним, в том числе показателей точности измерений», от 15.08.2012 № 89н «Об утверждении Порядка проведения испытаний в целях утверждения типа средств измерений, а также

перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, в отношении которых проводятся испытания в целях утверждения типа средств измерений», от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий», от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий», от 16.05.2013 № 300н «Об утверждении требований к медицинским организациям, проводящим клинические испытания медицинских изделий, и порядка установления соответствия медицинских организаций этим требованиям», от 19.01.2017 № 11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия», от 05.04.2013 № 196н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по контролю за обращением медицинских изделий», приказами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 20.12.2017 № 10449 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий», от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”», п р и к а з ы а ю:

1. Утвердить основные направления деятельности в сфере контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 1).

2. Обеспечить хранение медицинских изделий в учреждении в соответствии с «Инструкцией по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (Приложение № 4).

3. Начальника технического отдела Козина А.Ю. назначить ответственным лицом за метрологическое обеспечение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

4. Старшим медицинским сестрам структурных подразделений обеспечить во вверенных подразделениях контроль за сроками исполнения периодичности поверки средств измерений согласно ежегодно утверждаемым главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» графикам поверки и перечню средств измерений (медицинских изделий) в учреждении.

5. Заведующего операционным блоком Умнова Н.П. назначить ответственным лицом по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

6. Руководителям структурных подразделений обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщать заведующему операционным блоком Умнову Н.П.

7. Утвердить алгоритм сбора и направления информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Приложение № 5).

8. Считать утратившими силу приказы ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 06.07.2017 № 112 «О назначении ответственных лиц по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения и по надзору за осуществлением мониторинга эффективности и безопасности лекарственных препаратов, выявлением нежелательных последствий применения лекарственных препаратов в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”», от 05.11.2015 № 138 «О метрологическом обеспечении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

9. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. внести изменения в должностные инструкции персонала в соответствии с настоящим приказом, персонально, под роспись ознакомить с ним всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

10. Ответственность за актуализацию данного приказа возложить на заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Рыжонину Т.В.

11. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

А.В. Никишин

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Основные направления деятельности в сфере внутреннего контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

В соответствии со ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

На территории Российской Федерации допускается обращение зарегистрированных медицинских изделий в порядке, установленном законодательством РФ (ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В соответствии с номенклатурной классификацией медицинские изделия подразделяются на виды (приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий»). Номенклатурная классификация медицинских изделий по видам содержит числовое обозначение (номер) вида медицинского изделия, наименование вида медицинского изделия, а также девятизначные цифровые коды (ААА ББ ВВ ГГ), используемые для определения видов медицинских изделий.

В зависимости от степени потенциального риска их применения в медицинских целях медицинские изделия подразделяются на четыре класса: 1 класс – медицинские изделия с низкой степенью риска; 2а – медицинские изделия со средней степенью риска; 2б – медицинские изделия с повышенной степенью риска; 3 – медицинские изделия с высокой степенью риска (Решение Евразийской экономической комиссии от 22.12.2015 № 173 «Об утверждении Правил классификации медицинских изделий в зависимости от потенциального риска применения»).

Основными направлениями деятельности в сфере контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий являются:

1. Закупка и прием закупленных медицинских изделий.
2. Организация хранения и учета медицинских изделий.
3. Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий.
4. Соблюдение метрологических требований, норм и правил для медицинских изделий, требующих периодических поверок.
5. Организация системы сбора информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий.
6. Мониторинг безопасности медицинских изделий.

1. Закупка медицинских изделий

1.1. Закупка медицинских изделий осуществляется в соответствии с требованиями федеральных законов от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц», от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

1.2. Закупочная деятельность учреждения, в том числе порядок подготовки и проведения процедур закупки (включая способы закупки) и условия их применения, порядок заключения и исполнения договоров, а также иные связанные с обеспечением закупки процедуры регламентируется «Положением о закупке товаров, работ и услуг» в соответствии с Федеральным законом № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (с последующими изменениями) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», утвержденным 25.12.2018 министром здравоохранения Пензенской области, в случаях осуществления закупки:

а) за счет грантов, передаваемых безвозмездно и безвозвратно гражданами и юридическими лицами, в том числе иностранными гражданами и юридическими лицами, а также международными организациями субсидий (грантов), предоставляемых на конкурсной основе из соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, если условиями, определенными грантодателями, не установлено иное;

б) в качестве исполнителя по контракту в случае привлечения на основании договора в ходе исполнения данного контракта иных лиц для поставки товара, выполнения работы или оказания услуги, необходимых для исполнения предусмотренных контрактом обязательств Заказчика (учреждения);

в) за счет средств, полученных при осуществлении им иной приносящей доход деятельности от физических лиц, юридических лиц, в том числе в рамках предусмотренных его учредительным документом основных видов деятельности (за исключением средств, полученных на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию).

1.3. Закупка медицинских изделий осуществляется у организаций, зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, у поставщиков в соответствии с единым порядком формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в учреждении, утвержденным приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 24.12.2013 № 159 «О порядке формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко» (с последующими изменениями и дополнениями), в соответствии с приказом от 22.01.2018 № 17 «Об утверждении положения о комиссии по осуществлению закупок ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», состава постоянно действующей комиссии и Порядка проведения процедур закупок, заключения контрактов (договоров) по итогам проведения закупок по Федеральному закону от 18.07.2011 № 223-ФЗ и приемки результата по контрактам (договорам)».

1.4. Учреждение как Заказчик в соответствии с требованиями федеральных законов от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» обязано установить обязательное требование к участникам закупки о наличии лицензии на осуществление технического обслуживания медицинской техники.

1.5. При составлении заявки на медицинскую технику нельзя объединять в один объект закупки услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, требующие наличие лицензии Роспотребнадзора на осуществление деятельности в области использования источников ионизирующего излучения, и услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, не требующей наличия такой лицензии.

1.6. Прием закупленных медицинских изделий проводится в два этапа.

1. Этап приемки товара включает:

– проверку основной документации: товарная накладная; регистрационное удостоверение медицинского изделия, название которого должно строго соответствовать маркировке на самом изделии и его названию в накладной; нанесенная на медицинское изделие маркировка на русском языке; дата производства товара и его срок годности; маркировка, содержащая информацию об условиях хранения и транспортирования медицинского изделия. Маркировка медицинского изделия должна соответствовать требованиям, утвержденным Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 12.02.2016 № 27

«Об утверждении Общих требований безопасности и эффективности медицинских изделий, требований к их маркировке и эксплуатационной документации на них» (Приложение № 2);

– проверку упаковки (медицинские изделия упаковываются таким образом, чтобы их эксплуатационные характеристики и эффективность не нарушались при транспортировке и в процессе хранения в соответствии с инструкцией по применению).

Если по маркировке на медицинское изделие провести его идентификацию является невозможным, то его прием запрещается. Ответственный сотрудник должен составить акт о несоответствии, подписать его у руководителя учреждения и передать этот акт поставщику товара.

Информация о медицинских изделиях (инструментах, аппаратах, приборах, оборудовании, материалах и прочих изделиях, применяемых в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенных производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболитического воздействия на организм человека) помимо сведений, указанных в п. 11 и 12 «Правил продажи отдельных видов товаров, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему на период ремонта или замены аналогичного товара, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих возврату или обмену на аналогичный товар других размера, формы, габарита, фасона, расцветки или комплектации» (утверждены Постановлением Правительства РФ от 19.01.1998 № 55), должна содержать сведения о номере и дате регистрационного удостоверения на МИ, выданного Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в установленном порядке, а также с учетом особенностей конкретного вида товара сведения о его назначении, способе и условиях применения, действии и оказываемом эффекте, ограничениях (противопоказаниях) для применения. В случае несоответствия поставленных МИ условиям договора, данным сопроводительных документов ответственное лицо заполняет Журнал регистрации результатов приемочного контроля. В случае отсутствия документов, подтверждающих качество, или сомнения в качестве МИ размещают отдельно с обозначением «Забраковано при приемочном контроле» – в «Карантинную зону» с оформлением соответствующего Акта.

2. Этап до начала использования и эксплуатации медицинского изделия предусматривает изучение инструкции по применению медицинского изделия на русском языке. Эксплуатационная документация (паспорт или руководство (инструкция) по эксплуатации медицинского изделия) должна соответствовать требованиям, утвержденным приказом Минздрава России от 19.01.2017 № 11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия» (Приложение № 3). В случае отсутствия полной информации необходимо запросить недостающую информацию у поставщика или производителя для полноты сведений. Если же запрос завершается отказом, то необходимо обратиться ответственному лицу по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», который должен направить запрос через специальную систему «Мониторинг безопасности медицинских изделий».

1.7. В учреждении создается комиссия по приемке медицинских изделий в составе инженера по медицинской технике, материально ответственного лица, бухгалтера и руководителя структурного подразделения в соответствии с Перечнем должностных лиц, участвующих в приемке товаров, выполнении работ, оказании услуг в качестве экспертов с подготовкой экспертных заключений о соответствии товара, результата работ, услуг, указанным требованиям в контракте, заключенном по результатам проведения определения поставщиков на поставку товара, выполнение работ, оказание услуг для нужд ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 17.03.2017 № 35 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” от 24.12.2013 № 159».

1.8. При приемке медицинских изделий, требующих особых температурных условий транспортировки и хранения, необходимо проверить соблюдение холодовой цепи.

1.9. При приемке анализаторов, аппаратов и приборов для диагностики необходимо провести установку поставщиком оборудования, что включает в себя комплекс мероприятий по обучению медперсонала работе с новым высокотехнологичным оборудованием.

1.10. Принятое комиссией медицинское изделие ставится на бухгалтерский учет.

2. Организация хранения и учета медицинских изделий

2.1. Требования к хранению и транспортировке медицинских изделий устанавливаются производителем медицинских изделий в нормативной, технической и (или) эксплуатационной документации. Хранение медицинских изделий в учреждении и подразделениях осуществляется в соответствии с правилами хранения медицинских изделий, утвержденными приказом Минздрава России от 13.11.1996 № 377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (Приложение № 4).

Хранение реактивов в клинико-диагностической лаборатории и питательных сред в бактериологической лаборатории осуществляется в соответствии с инструкцией по их использованию.

Хранение изделий, требующих особых температурных условий, осуществляется с соблюдением холодовой цепи.

2.2. Учет медицинских изделий в учреждении и подразделениях осуществляется в соответствии с учетной политикой для целей бухгалтерского и налогового учета, утвержденной приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 31.05.2017 № 74/1.

2.3. Поступление и выбытие (списание) медицинских изделий в учреждении осуществляется в соответствии с Положением о комиссии по поступлению и выбытию нефинансовых активов, в том числе особо ценного имущества, утвержденным приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 31.05.2017 № 74/1.

3. Соблюдение правил эксплуатации медицинских изделий

3.1. Эксплуатация медицинских изделий в учреждении и подразделениях осуществляется в соответствии с требованиями, изложенными в Постановлениях Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий», от 12.11.2012 № 1152 (ред. от 30.11.2018) «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», в письме Минздрава России от 27.10.2003 № 293-22/233 «О введении в действие методических рекомендаций “Техническое обслуживание медицинской техники”».

3.2. Эксплуатация медицинских аппаратов в учреждении осуществляется в соответствии с Регламентами действий ответственных сотрудников по работе на медицинских аппаратах, утвержденных приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 02.06.2017 № 81 «Об утверждении регламентов действий ответственных сотрудников по работе на медицинских аппаратах».

3.3. Техническому обслуживанию и ремонту подлежат медицинские изделия, техническое обслуживание и ремонт которых предусмотрен в нормативной, технической и (или) эксплуатационной документации производителя. Обязанность осуществления технического обслуживания и ремонта медицинского изделия в гарантийный период будет лежать на производителе медицинского изделия или уполномоченном представителе производителя, а в послегарантийный период – на учреждении. Техническое обслуживание медицинских аппаратов проводится организацией, выигравшей конкурс и имеющей соответствующую лицензию.

3.4. Техническое обслуживание медицинской техники включает:

- ввод в эксплуатацию;
- контроль технического состояния;
- периодическое и текущее техническое обслуживание;
- текущий ремонт.

3.5. Ввод в эксплуатацию.

3.5.1. Ввод в эксплуатацию изделий медицинской техники охватывает комплекс работ по их распаковке, расконсервации, установке, монтажу, сборке, настройке и регулировке, сдаче-приемке в эксплуатацию.

3.5.2. Ввод в эксплуатацию медицинской техники производится в соответствии с условиями договора (контракта) поставки и указаниями, содержащимися в эксплуатационной документации.

3.5.3. Монтаж медицинской техники осуществляется только при наличии подготовленного в соответствии с нормативными требованиями помещения или рабочего места пользователя.

3.5.4. Монтаж медицинской техники осуществляется в соответствии с требованиями нормативной документации с учетом класса электробезопасности и других требований безопасности медицинской техники.

3.5.5. Подготовка к монтажу включает вскрытие упаковки, проверку комплектности и целостности и приемку изделия медицинской техники под монтаж.

3.5.6. Вскрытие упаковки и проверка комплектности и целостности изделия медицинской техники должны проводиться представителем организации, осуществляющей монтаж, в присутствии представителя ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.5.7. Приемка под монтаж оформляется актом, в котором отражается внешний вид, комплектность и целостность монтируемого изделия медицинской техники. При обнаружении некомплектности или дефектов оформляется акт для предъявления претензии изготовителю (поставщику).

3.5.8. По окончании монтажных и пусконаладочных работ проводятся следующие мероприятия:

- контрольные технические испытания с целью оценки работоспособности изделия и, в необходимых случаях, сравнения полученных результатов с характеристиками (требованиями), установленными в эксплуатационной документации. Результаты испытаний оформляются протоколом;

- обучение медицинского персонала правилам технической эксплуатации изделия с оформлением соответствующей записи в акте сдачи-приемки работ.

3.5.9. Сдача медицинской техники в эксплуатацию оформляется актом сдачи-приемки работ в соответствии с порядком, предусмотренным для данного вида медицинской техники.

3.6. Контроль технического состояния медицинской техники в учреждении проводится в соответствии с «Положением о техническом контроле медицинских аппаратов», утвержденным приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 02.06.2017 № 81 «Об утверждении регламентов действий ответственных сотрудников по работе на медицинских аппаратах».

3.7. Виды, объемы, технологическая последовательность работ по периодическому и текущему техническому обслуживанию медицинских аппаратов определяются требованиями эксплуатационной документации, а также результатами контроля технического состояния изделий.

3.8. Решение о необходимости проведения текущего ремонта принимается службой технического обслуживания медицинских аппаратов совместно с ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по результатам контроля технического состояния медицинских аппаратов.

3.9. Ответственными лицами за контроль технического состояния медицинских аппаратов и ведение журналов работы и контроля медицинского аппарата являются сотрудники отделений, непосредственно осуществляющих работу с использованием медицинских аппаратов. Ответственные лица должны обеспечить эксплуатацию медицинского изделия при наличии полного комплекта сопроводительной документации на оборудование, хранящегося непосредственно в отделении, эксплуатирующем данное изделие. Запрещается эксплуатация медицинского изделия без сопроводительных документов, без соблюдения Руководства по эксплуатации и Инструкции по охране труда, утвержденной приказом от 02.04.2018 № 56 «О внесении изменений в приказ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 07.07.2015 № 76 «Об утверждении и введении в действие перечня инструкций по охране труда, программ первичного инструктажа на рабочем месте в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

3.10. Утилизация или уничтожение медицинских изделий осуществляются в соответствии с классификацией, правилами сбора, использования, обезвреживания, размещения, хранения, транспортировки, учета и утилизации медицинских отходов, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Соблюдение метрологических требований, норм и правил для медицинских изделий, требующих периодических поверок

4.1. Метрологическая деятельность в учреждении организована в соответствии с требованиями Федерального закона от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений», приказом Минпромторга России от 02.07.2015 № 1815 «Об утверждении Порядка проведения поверки средств измерений, требования к знаку поверки и содержанию свидетельства о поверке», приказом Минздрава России от 21.02.2014 № 81н «Об утверждении Перечня измерений, относящихся к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, выполняемых при осуществлении деятельности в области здравоохранения, и обязательных метрологических требований к ним, в том числе показателей точности измерений», письмом Минздрава России от 26.07.2001 № 2510/8058–01–32 «О перечне медицинских изделий, относящихся к средствам измерений медицинского назначения и подлежащих государственному метрологическому надзору и контролю», письмом Минздравсоцразвития России от 06.04.2012 № 25-4/10/2-3381 «О признании не подлежащим применению перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений медицинского назначения».

и подлежащих государственному метрологическому надзору и контролю, утвержденного письмом Минздрава России от 26.07.2001 № 2510/8058-01-32».

4.2. Ответственное за метрологическое обеспечение ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» лицо несет обязанности по:

4.2.1. Проведению систематической проверки состояния средств измерений (в организациях, имеющих соответствующую лицензию и выигравших конкурс), а также обеспечению условий правильной их эксплуатации.

4.2.2. Даче предложений о необходимости замены физически и морально устаревших средств измерений.

4.2.3. Составлению графика поверки средств измерений и осуществлению контроля за его выполнении.

4.2.4. Организации и осуществлению поверки средств измерений медицинского назначения.

4.2.5. Осуществлению ремонта средств измерений в организациях, имеющих лицензию на право ремонта.

5. Организация системы сбора информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий

Система сбора информации и регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий в учреждении организована в соответствии с приказами Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий», от 14.09.2012 № 175н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий», письмом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 28.12.2012 № 04и-1308/12 «О порядке проведения мониторинга безопасности медицинских изделий для организаций здравоохранения».

Медицинские работники обязаны сообщать информацию обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Система сбора информации включает:

- сбор информации о неблагоприятных событиях, связанных с применением, хранением, обработкой, обслуживанием, утилизацией медицинских изделий в учреждении, в том числе – применяемых выездными бригадами;

- осуществление сбора информации о неблагоприятных событиях, связанных с применением медицинских изделий индивидуальными пользователями, обслуживаемыми учреждением (имплантированные МИ, изделия, используемые самостоятельно на дому);

- получение и доведение до руководства учреждения информации о необходимых мерах (управляющих и корректирующих воздействиях);

- проверка фиксации медицинской и технической информации, связанной с неблагоприятным событием, в медицинской и эксплуатационной документации соответственно (карта пациента, формуляр медицинского изделия и т.п.).

Сбор информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций в учреждении осуществляется согласно «Алгоритму сбора и направления информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения» (Приложение № 5).

6. Мониторинг безопасности медицинских изделий

В соответствии с п. 1 ст. 96 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские изделия, находящиеся в обращении, подлежат мониторингу безопасности в целях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между

собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

Ответственное лицо по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующий операционным блоком Умнов Н.П. во всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий заполняет с соблюдением порядка заполнения (Приложение № 6) карту-извещение (Приложение № 7), размещенную в электронном виде на сайте www.roszdravnadzor.ru в подразделе «Мониторинг безопасности медицинских изделий» раздела «Изделия медицинского назначения» с возможностью подачи в персонифицированном режиме (Приложение № 8) и предоставляет информацию в Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Пензенской области.

Ответственное лицо по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующий операционным блоком Умнов Н.П. ежемесячно до 1-го числа месяца, следующего за отчетным, направляет информацию о проведенных мероприятиях по предотвращению обращения изделий медицинского назначения, не соответствующих установленным требованиям (Приложение № 9) в Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в Пензенской области по электронному адресу makurkova@reg58.roszdravnadzor.ru или по факсу: 8(412) 48-50-02.

Приложение № 2

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Требования к маркировке медицинских изделий

(Извлечение из Решения Совета Евразийской экономической комиссии от 12.02.2016 № 27 «Об утверждении Общих требований безопасности и эффективности медицинских изделий, требований к их маркировке и эксплуатационной документации на них»)

58. Маркировка медицинского изделия должна содержать следующую информацию:

1) наименование и (или) торговое наименование медицинского изделия;

2) информация, необходимая для идентификации медицинского изделия, а также информация о его назначении (при необходимости);

3) сведения о производителе, включая полное и сокращенное (при наличии) наименования юридического лица, место нахождения (фамилия, имя, отчество (при наличии) и место жительства физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя), почтовый адрес производителя, страна происхождения медицинского изделия. Почтовый адрес производителя может не указываться в маркировке, если он содержится в инструкции по применению, прилагаемой к медицинскому изделию.

На медицинские изделия, произведенные в государстве, не являющемся членом Союза, может наноситься дополнительная маркировка, содержащая сведения об уполномоченном представителе иностранного производителя, включая полное и сокращенное (при наличии) наименования юридического лица, место нахождения (фамилия, имя, отчество (при наличии) и место жительства физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя), почтовый адрес уполномоченного представителя производителя. Дополнительная маркировка не должна скрывать маркировку, содержащую сведения о производителе медицинского изделия;

4) информация о наличии в медицинском изделии лекарственных средств или биологических материалов, а также наноматериалов, если такие наноматериалы не содержатся в связанном состоянии, исключающем возможность их попадания в организм пользователя при использовании медицинского изделия по назначению, определенному производителем;

5) код (номер) партии или серийный номер медицинского изделия;

6) срок (с указанием года и месяца), до истечения которого медицинское изделие может безопасно использоваться;

7) год выпуска медицинского изделия, если не указан срок, до истечения которого медицинское изделие может безопасно использоваться. Год выпуска медицинского изделия включается в номер партии или серийный номер при условии, что год выпуска легко идентифицируется в составе такого номера;

8) информация об особых условиях хранения и (или) обращения медицинского изделия (при необходимости);

9) информация о стерильности медицинского изделия (если медицинское изделие поставляется в стерильном виде) с указанием метода стерилизации;

10) предупреждение или меры предосторожности, которые указываются таким образом, чтобы привлечь внимание пользователя или третьего лица. Эта информация может быть сведена к минимуму в случае, если более детальная информация содержится в инструкции по применению;

11) информация об одноразовом использовании медицинского изделия (если медицинское изделие предназначается для одноразового использования);

12) информация о восстановлении медицинского изделия с указанием числа произведенных циклов восстановления и любых ограничений по числу циклов восстановления (если медицинское изделие для одноразового использования является восстановленным);

13) информация об изготовлении медицинского изделия по индивидуальному заказу пользователя исключительно для личного применения в соответствии с назначением медицинского специалиста, выданным в письменной форме;

14) информация о предназначении медицинского изделия только для проведения клинических испытаний в целях регистрации;

15) информация о предназначении медицинского изделия только для выставочных или демонстрационных целей. В этом случае требования по маркировке, указанные в подпунктах 1–14 настоящего пункта, не являются обязательными;

16) информация об инаktivации возможных вирусов и других инфекционных агентов в медицинском изделии, наносимая в виде надписи «антитела к ВИЧ 1, 2 и вирусам гепатитов С и HBsAg отсутствуют» (если медицинское изделие имеет в своем составе сыворотку (плазму) крови человека или элементы ткани человека).

59. В случае если медицинские изделия или их компоненты, предназначенные для введения в организм и выведения из организма человека лекарственных средств, жидкостей организма или других веществ либо для транспортировки и хранения таких средств, жидкостей или веществ, содержат вредные вещества, обладающие в зависимости от их концентрации канцерогенными, мутагенными или токсичными для репродуктивной функции свойствами, или содержат фталаты, то такие медицинские изделия подлежат специальной маркировке. Эта специальная маркировка наносится на медицинское изделие и его упаковку либо при необходимости на внешнюю упаковку, используемую для хранения и транспортировки медицинского изделия.

60. Маркировка стерильных и нестерильных медицинских изделий должна обеспечивать возможность разграничения идентичных или схожих видов медицинских изделий, выпущенных в обращение в стерильном и нестерильном виде, и различаться таким образом, чтобы пользователь мог с помощью маркировки отличить стерильное медицинское изделие от нестерильного.

61. Маркировка должна быть нанесена на медицинское изделие. Если это невозможно или нецелесообразно, маркировка (частично или полностью) может быть нанесена на упаковку для каждой единицы медицинского изделия, и (или) на групповую упаковку, и (или) на инструкцию по применению.

62. Маркировка может быть дополнена информацией о медицинском изделии в машиночитаемом формате, в том числе с использованием радиочастотной идентификации или штрих-кодов.

63. Медицинские изделия, прошедшие установленные в рамках Союза процедуры регистрации и подтверждения соответствия общим требованиям безопасности и эффективности медицинских изделий, требованиям к внедрению и поддержанию системы менеджмента качества медицинских изделий, перед выпуском в обращение в рамках Союза подлежат обязательной маркировке специальным знаком обращения медицинского изделия на рынке Союза (далее – специальный знак обращения).

Маркировка специальным знаком обращения, наносимая на медицинское изделие, выполняется любым технологическим способом, обеспечивающим четкое и ясное его изображение в течение всего срока службы (годности) медицинского изделия.

Специальный знак обращения не наносится на медицинское изделие в случае, если это технологически невозможно или будет представлять угрозу жизни и здоровью пользователя.

**Требования к содержанию эксплуатационной документации производителя (изготовителя)
медицинского изделия**

(Извлечение из приказа Минздрава России от 19.01.2017 № 11н «Об утверждении требований к содержанию технической и эксплуатационной документации производителя (изготовителя) медицинского изделия»)

6. Эксплуатационная документация производителя (изготовителя) на медицинское изделие (далее – эксплуатационная документация), представляемая производителем (изготовителем) или уполномоченным представителем производителя (изготовителя), в составе регистрационного досье на медицинское изделие должна содержать:

1) наименование медицинского изделия;

2) в отношении производителя (изготовителя) медицинского изделия – полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, организационно-правовую форму юридического лица, адрес места нахождения или фамилию, имя и (в случае, если имеется) отчество, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства индивидуального предпринимателя, а также номера телефонов и (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица или индивидуального предпринимателя;

в отношении уполномоченного представителя производителя (изготовителя) медицинского изделия – полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, организационно-правовую форму юридического лица, адрес (место нахождения), а также номера телефонов и (в случае, если имеется) адрес электронной почты юридического лица;

3) назначение медицинского изделия с указанием потенциального потребителя (например, медицинский работник);

4) функциональные характеристики и назначение медицинского изделия;

5) риски применения медицинского изделия, противопоказания, ожидаемые и предсказуемые побочные эффекты, связанные с применением медицинского изделия по назначению;

6) технические характеристики медицинского изделия;

7) описание принадлежностей, медицинских изделий или изделий, не являющихся медицинскими, но предусмотренных для использования в комбинации с медицинским изделием (при наличии);

8) информацию о наличии в медицинском изделии лекарственного средства для медицинского применения, материалов животного и (или) человеческого происхождения;

9) информацию о порядке установки, монтажа, настройки, калибровки и иных действиях, необходимых для ввода медицинского изделия в эксплуатацию;

10) требования к помещениям, в которых предполагается установка (монтаж) медицинского изделия, а также требования к подготовке или квалификации лиц, осуществляющих установку (монтаж) медицинского изделия (при наличии);

11) информацию для проверки правильности установки (монтажа) медицинского изделия и его готовности к безопасной работе эксплуатации, включая:

а) содержание и периодичность технического обслуживания, включая очистку и дезинфекцию медицинского изделия;

б) перечень предоставленных производителем (изготовителем) медицинского изделия сведений, ключей, паролей доступа, программ, необходимых для монтажа, наладки, эксплуатации и технического обслуживания медицинского изделия;

в) перечень расходных материалов (компонентов, реагентов), а также процедуру их применения и замены;

г) необходимость калибровки для обеспечения надлежащей и безопасной работы медицинского изделия в течение срока его службы;

д) методы снижения рисков, связанных с установкой, калибровкой или техническим обслуживанием медицинского изделия;

е) информацию о монтаже, наладке, настройке, калибровке и иных действиях, необходимых для ввода медицинского изделия в эксплуатацию и его правильной эксплуатации (применения);

ж) информацию о перечне основных характеристик по эксплуатации (применению) медицинского изделия, условиям транспортировки и хранения (например, температура и влажность воздуха, освещение и иные характеристики);

з) перечень применяемых производителем (изготовителем) медицинского изделия национальных стандартов;

12) информацию о стерильном состоянии медицинского изделия, методе его стерилизации и о порядке действий в случае нарушения стерильной упаковки (если медицинское изделие поставляется в стерильном виде) или, если медицинское изделие поставляется нестерильным, указание на необходимость его стерилизации перед использованием;

13) информацию о порядке обработки медицинского изделия для его повторного использования, включая очистку, дезинфекцию, упаковку и при необходимости метод повторной стерилизации (если медицинское изделие предназначено для многократного использования), а также критерии непригодности медицинского изделия для применения;

14) информацию, необходимую для идентификации медицинских изделий с целью получения безопасной комбинации, и информацию об известных ограничениях по совместному использованию медицинских изделий (для медицинских изделий, предназначенных для использования вместе с другими медицинскими изделиями и (или) принадлежностями);

15) информацию о природе, типе, а также (при необходимости) об интенсивности и распределении излучения (электромагнитное, ионизирующее, иное) медицинского изделия и способах защиты потребителей и третьих лиц от непреднамеренного излучения в процессе эксплуатации медицинского изделия (если медицинское изделие создает опасный или потенциально опасный уровень излучения при использовании по назначению);

16) информацию о мерах предосторожности, предпринимаемых в случае:

а) неисправности медицинского изделия, сбоя в его работе или отклонений в функционировании, которые могут влиять на безопасность медицинского изделия, в том числе определяемых по внешним признакам;

б) воздействия на функционирование медицинского изделия внешних факторов, связанных с применением медицинского изделия в комбинации с другими медицинскими изделиями и (или) оборудованием, или таких предсказуемых факторов, как внешние электромагнитные поля, электростатические разряды, излучение (электромагнитное, ионизирующее, иное), атмосферное давление и его перепады, влажность и температура воздуха;

в) риска электромагнитных помех, создаваемых медицинским изделием для других медицинских изделий, оборудования и средств связи при проведении и оценке результатов диагностики, лечения или при его применении по назначению (например, электромагнитное излучение медицинского изделия, оказывающее влияние на другое оборудование);

17) предупреждения и (или) меры предосторожности, предпринимаемые потребителем при применении медицинского изделия, содержащего лекарственное средство для медицинского применения, материал животного и (или) человеческого происхождения, материалы, которые являются канцерогенными, мутагенными или токсичными, возможное выделение или вымывание которых приводит к сенсибилизации, аллергической реакции или отрицательно влияет на репродуктивную функцию;

18) предупреждения и (или) меры предосторожности, предпринимаемые потребителем при утилизации медицинского изделия, принадлежностей и расходных материалов, используемых вместе с ним (при наличии), включая сведения об инфекционной, микробной, экологической или физической опасности медицинского изделия;

19) информацию об обстоятельствах, при которых потребитель должен проконсультироваться с медицинским работником;

20) информацию о первоначальном выпуске или последнем пересмотре эксплуатационной документации;

21) порядок и условия утилизации или уничтожения медицинского изделия.

7. Эксплуатационная документация медицинского изделия для диагностики *in vitro* помимо информации, указанной в п. 6 настоящих Требований, должна содержать:

1) сведения о назначении медицинского изделия:

а) описание целевого анализа с указанием качественного, полуколичественного или количественного вида;

- б) специфическое расстройство, состояние или фактор риска, для обнаружения, определения или дифференцирования которого предназначено медицинское изделие;
- в) тип анализируемого образца;
- 2) информацию о предназначении для клинической лабораторной диагностики;
- 3) описание порядка выполнения тестирования с применением медицинского изделия, описание реагентов, калибраторов и контрольных материалов;
- 4) перечень материалов и специальных материалов, которые требуются для проведения тестирования (анализа), но не содержатся в комплекте поставки медицинского изделия;
- 5) информацию для идентификации медицинских изделий с целью получения безопасной комбинации и (или) информацию об известных ограничениях по совместному применению медицинских изделий по назначению (для медицинских изделий, предназначенных для применения по назначению в комбинации с другими медицинскими изделиями, включая медицинские изделия для диагностики *in vitro*);
- 6) информацию о характеристиках стабильности медицинского изделия (например, условия хранения, срок годности после вскрытия первичной упаковки);
- 7) информацию для потребителей медицинского изделия о мерах предосторожности, предпринимаемых в случае необходимости, а также о мерах предосторожности и (или) мерах, предпринимаемых в отношении потенциально инфекционного материала, содержащегося в медицинском изделии;
- 8) информацию о предназначении медицинского изделия только для однократного применения по назначению;
- 9) информацию о необходимой обработке медицинского изделия для целей его повторного применения по назначению, включая очистку, дезинфекцию, упаковку и при необходимости метод повторной стерилизации (если медицинское изделие предназначено для многократного применения по назначению);
- 10) информацию об условиях, необходимых для сбора, обработки и подготовки образцов, данные по стабильности анализируемых образцов, в том числе условия и длительность хранения, условия транспортировки, ограничения по циклам заморозки (размораживания);
- 11) информацию о подготовке к применению по назначению, эксплуатации медицинского изделия;
- 12) информацию о прослеживаемости значений, заданных для калибраторов или контрольных материалов, которая обеспечивается посредством доступных референтных методик (методов) измерения и (или) эталонов;
- 13) описание процедуры тестирования, включая расчеты и интерпретации результатов тестирования и, при необходимости, информацию о целесообразности проведения подтверждающих тестов;
- 14) характеристики аналитической эффективности: чувствительность, специфичность, правильность, повторяемость, воспроизводимость, предел обнаружения (детекции) и диапазон измерения, включая информацию о влиянии известных интерферентов, об ограничениях метода и использовании доступных референтных материалов и методов анализа;
- 15) характеристики клинической эффективности: диагностическая чувствительность и диагностическая специфичность;
- 16) биологический референтный интервал применения медицинского изделия;
- 17) информацию об интерферирующих веществах или ограничениях, связанных с пробой, которые могут повлиять на результат исследования;
- 18) предупреждение и (или) специальные меры предосторожности в отношении безопасной утилизации медицинского изделия и его принадлежностей, которые должны описывать:
- а) инфекционные или микробные риски, в том числе возможность загрязнения расходных материалов инфекционными агентами человеческого происхождения;
- б) экологические риски, связанные с потенциально опасными материалами и веществами;
- в) физические риски, в том числе возможность взрыва или возгорания;
- 19) в отношении медицинского изделия, предназначенного для самотестирования потребителем, указывается информация:
- а) о процедуре тестирования (подготовке реагентов, отборе (подготовке) пробы, порядке выполнения и интерпретации результатов тестирования);
- б) описание действий потребителя в случае положительного, отрицательного или неопределенного результата тестирования;

в) о погрешностях теста и возможности получения ложноположительных или ложноотрицательных результатов тестирования, а также относительно факторов, влияющих на результат тестирования;

г) о недопустимости принятия потребителем по результатам тестирования решений медицинского характера без предварительной консультации с медицинским работником.

8. Эксплуатационная документация предоставляется производителем (изготовителем) для ознакомления потребителю на бумажном носителе (вместе с медицинским изделием или отдельно от него) и в форме электронного документа посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Эксплуатационная документация может быть предоставлена потребителю для ознакомления в форме электронного документа посредством размещения на экране, являющемся частью медицинского изделия.

В отношении медицинских изделий 1 и 2а классов потенциального риска их применения потребителю для ознакомления может быть предоставлена эксплуатационная документация в сокращенном виде при условии, что объем предоставляемой информации достаточен для применения медицинского изделия по назначению и такое применение безопасно.

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Правила хранения изделий медицинского назначения

(Извлечение из приказа Минздрава России от 13 ноября 1996 № 377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения»)

8. Хранение изделий медицинского назначения

8.1. Резиновые изделия

8.1.1. Для наилучшего сохранения резиновых изделий в помещениях хранения необходимо соблюдать:

- защиту от света, особенно прямых солнечных лучей, высокой (более 20°C) и низкой (ниже 0°C) температуры воздуха; текучего воздуха (сквозняков, механической вентиляции); механических повреждений (сдавливания, сгибания, скручивания, вытягивания и т.п.);

- для предупреждения высыхания, деформации и потери их эластичности относительную влажность не менее 65 %;

- изоляцию от воздействия агрессивных веществ (йод, хлороформ, хлористый аммоний, лизол, формалин, кислоты, органические растворители, смазочные масла и щелочи, хлорамин Б, нафталин);

- условия хранения вдали от нагревательных приборов (не менее 1 м).

8.1.2. Помещения хранения резиновых изделий должны располагаться не на солнечной стороне, лучше в полуподвальных темных или затемненных помещениях. Для поддержания в сухих помещениях повышенной влажности рекомендуется ставить сосуды с 2 % водным раствором карболовой кислоты.

8.1.3. В помещениях, шкафах рекомендуется ставить стеклянные сосуды с углекислым аммонием, способствующим сохранению эластичности резины.

8.1.4. Для хранения резиновых изделий помещения хранения оборудуются шкафами, ящиками, полками, стеллажами, блоками для подвешивания, стойками и другим необходимым инвентарем, с учетом свободного доступа.

8.1.5. При размещении резиновых изделий в помещениях хранения необходимо полностью использовать весь его объем. Это предотвращает вредное влияние избыточного кислорода воздуха. Однако резиновые изделия (кроме пробок) нельзя укладывать в несколько слоев, так как предметы, находящиеся в нижних слоях, сдавливаются и слеживаются.

Шкафы для хранения медицинских резиновых изделий и парафармацевтической продукции этой группы должны иметь плотно закрывающиеся дверцы. Внутри шкафы должны иметь совершенно гладкую поверхность.

Внутреннее устройство шкафов зависит от вида хранящихся в них резиновых изделий. Шкафы, предназначенные для:

- хранения резиновых изделий в лежачем положении (бужи, катетеры, пузыри для льда, перчатки и т.п.) оборудуются выдвижными ящиками с таким расчетом, чтобы в них можно было размещать предметы на всю длину, свободно, не допуская их сгибов, сплющивания, скручивания и т.п.;
- хранения изделий в подвешенном состоянии (жгутов, зондов, ирригаторной трубки) оборудуются вешалками, расположенными под крышкой шкафа. Вешалки должны быть съемными с тем, чтобы их можно было вынимать с подвешенными предметами. Для укрепления вешалок устанавливаются накладки с выемками.

8.1.6. Резиновые изделия размещают в хранилищах по наименованиям и срокам годности. На каждой партии резиновых изделий прикрепляют ярлык с указанием наименования, срока годности.

8.1.7. Особое внимание следует уделить хранению некоторых видов резиновых изделий, требующих специальных условий хранения:

- круги подкладные, грелки резиновые, пузыри для льда рекомендуется хранить слегка надутыми, резиновые трубки хранятся со вставленными на концах пробками;
- съемные резиновые части приборов должны храниться отдельно от частей, сделанных из другого материала;
- изделия, особо чувствительные к атмосферным факторам – эластичные катетеры, бужи, перчатки, напальчники, бинты резиновые и т.п. хранят в плотно закрытых коробках, густо пересыпанных тальком. Резиновые бинты хранят в скатанном виде пересыпанные тальком по всей длине;
- прорезиненную ткань (одностороннюю и двухстороннюю) хранят в горизонтальном положении в рулонах, подвешенных на специальных стойках. Прорезиненную ткань допускается хранить уложенной не более чем в 5 рядов на гладко оструганных полках стеллажей;
- эластичные лаковые изделия – катетеры, бужи, зонды (на этилцеллюлозном или копаловом лаке), в отличие от резины, хранят в сухом помещении. Признаком старения является некоторое размягчение, клейкость поверхности. Такие изделия бракуют.

8.1.8. Резиновые пробки должны храниться упакованными в соответствии с требованиями действующих технических условий.

8.1.9. Резиновые изделия необходимо периодически осматривать. Предметы, начинающие терять эластичность, должны быть своевременно восстановлены в соответствии с требованиями НТД.

8.1.10. Резиновые перчатки рекомендуется, если они затвердели, слиплись и стали хрупкими, положить, не расправляя, на 15 минут в теплый 5 % раствор аммиака, затем перчатки разминают и погружают их на 15 минут в теплую (40–50°C) воду с 5 % глицерина. Перчатки снова становятся эластичными.

9. Пластмассовые изделия

Изделия из пластмасс следует хранить в вентилируемом темном помещении, на расстоянии не менее 1 м от отопительных систем. В помещении не должно быть открытого огня, паров летучих веществ. Электроприборы, арматура и выключатели должны быть изготовлены в противопожарном (противопожарном) исполнении. В помещении, где хранятся целлофановые, целлулоидные, аминопластовые изделия следует поддерживать относительную влажность воздуха не выше 65 %.

10. перевязочные средства и вспомогательный материал

10.1. перевязочные средства хранят в сухом проветриваемом помещении в шкафах, ящиках, на стеллажах и поддонах, которые должны быть выкрашены изнутри светлой масляной краской и содержаться в чистоте. Шкафы, где находятся перевязочные материалы, периодически протирают 0,2 % раствора хлорамина или другими разрешенными к применению дезинфекционными средствами.

10.2. Стерильный перевязочный материал (бинты, марлевые салфетки, вата) хранятся в заводской упаковке. Запрещается их хранение в первичной вскрытой упаковке.

10.3. Нестерильный перевязочный материал (вата, марля) хранят упакованным в плотную бумагу или в тюках (мешках) на стеллажах или поддонах.

10.4. Вспомогательный материал (фильтровальная бумага, бумажные капсулы и др.) необходимо хранить в промышленной упаковке в сухих и проветриваемых помещениях в отдельных шкафах в строго гигиенических условиях. После вскрытия промышленной упаковки расфасованное или оставшееся количество вспомогательного материала рекомендуется хранить в полиэтиленовых, бумажных пакетах или мешках из крафт-бумаги.

11. Изделия медицинской техники

11.1. Хирургические инструменты и другие металлические изделия надлежит хранить в сухих отапливаемых помещениях при комнатной температуре. Температура и относительная влажность воздуха в помещениях хранения не должны резко колебаться. Относительная влажность воздуха не должна превышать 60 %. В климатических зонах с повышенной влажностью относительная влажность воздуха в помещении хранения допускается до 70 %. В этом случае контроль за качеством медицинских изделий должен проводиться не реже одного раза в месяц.

11.2. Хирургические инструменты и другие металлические изделия, полученные без антикоррозийной смазки, смазывают тонким слоем вазелина, отвечающим требованиям Государственной Фармакопеи. Перед смазкой хирургические инструменты тщательно просматривают и протирают марлей или чистой мягкой ветошью. Смазанные инструменты хранят завернутыми в тонкую парафинированную бумагу.

11.3. Во избежание появления коррозии на хирургических инструментах при их осмотре, протирании, смазке и отсчитывании не следует прикасаться к ним незащищенными и влажными руками. Все работы необходимо проводить, держа инструмент марлевой салфеткой, пинцетом.

11.4. Режущие предметы (скальпели, ножи) целесообразно хранить уложенными в специальные гнезда ящиков или пеналов во избежание образования зазубрин и затупления.

11.5. Хирургические инструменты должны храниться по наименованиям в ящиках, шкафах, коробках с крышками с обозначением наименования хранящихся в них инструментов.

11.6. Инструменты, особенно хранящиеся без упаковки, должны быть защищены от механических повреждений, а острые режущие детали, даже завернутые в бумагу, предохранены от соприкосновения с соседними предметами.

11.7. При переносе хирургических инструментов и других металлических изделий из холодного места в теплое обработку (протирка, смазка) и укладку их на хранение следует производить лишь после того, как прекратится «отпотевание» инструмента.

11.8. Хранение металлических изделий (из чугуна, железа, олова, меди, латуни и др.) должно производиться в сухих и отапливаемых помещениях. В этих условиях медные (латунные) нейзильберные и оловянные предметы не требуют смазывания.

11.9. При появлении ржавчины на окрашенных железных изделиях она удаляется, и изделие вновь покрывается краской.

11.10. Серебряные и нейзильберные инструменты нельзя хранить совместно с резиной, серой и серосодержащими соединениями вследствие почернения поверхности инструментов.

11.11. Категорически запрещается хранить хирургические инструменты навалом, а также вместе с медикаментами и резиновыми изделиями.

Приложение № 5

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм сбора и направления информации обо всех случаях выявления побочных действий, нежелательных реакций в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения

1. Медицинские работники незамедлительно сообщают лечащему врачу, который незамедлительно сообщает заведующему отделением при выявлении следующих ситуаций:

- о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия;
- о нежелательных реакциях при его применении;
- об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой;
- о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

2. Лечащий врач незамедлительно сообщает ответственному лицу по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующему операционным блоком Умнову Н.П. вышеуказанную информацию, предоставляет подробную информацию о возникшей ситуации. В случае отсутствия ответственного лица по надзору за обращением и использованием изделий медицинского

назначения, заведующего операционным блоком Умнова Н.П., информация передается заместителю главного врача Рыжониной Т.В.

3. Ответственное лицо по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующий операционным блоком Умнов Н.П. о выявлении побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий незамедлительно ставит в известность заместителя главного врача по медицинской части.

В выходные и праздничные дни медицинские работники при выявлении вышеизложенных ситуаций незамедлительно сообщают дежурному врачу, который ставит в известность дежурного администратора. Дежурный администратор о выявлении побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий сообщает ответственному лицу по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующему операционным блоком Умнову Н.П. и заместителю главного врача по медицинской части.

4. Ответственное лицо по надзору за обращением и использованием изделий медицинского назначения, заведующий операционным блоком Умнов Н.П. (либо дежурный администратор в выходные и праздничные дни) в течение двадцати рабочих дней со дня выявления указанных побочных действий направляет сообщение в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения по электронному адресу www.@roszdravnadzor.ru или по факсу 8 (495) 689-23-73.

5. В отделениях, структурных подразделениях медицинской организации медицинское изделие, предположительно вызвавшее непредвиденное побочное действие, помещается в отдельное помещение (карантинную зону) до соответствующего решения Росздравнадзора о безопасности.

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок заполнения извещения о неблагоприятном событии, связанном с применением медицинского изделия

(Извлечение из приказа Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»)

Поля формы заполняются без сокращений на русском языке разборчивым почерком или машинописным текстом.

Вносимая информация должна быть максимально полной, достоверной и актуальной.

Информация в поля, содержащие перечни для выбора, вносится путем отметки соответствующего пункта (пунктов), за исключением необходимых пояснений, которые вносятся письменно.

Информация о МИ заполняется на основании имеющихся в наличии документов, как то: паспорта, формуляра, копии регистрационного удостоверения, сертификата соответствия, руководства пользователя, гарантийного талона и т.п.

Для идентификации пострадавшего (Инд. № пострадавшего) может использоваться СНИЛС или номер документа, удостоверяющего личность с указанием вида кода.

Для идентификации медработника (Инд. № медработника) может использоваться код в регистре медицинских работников, ИНН или СНИЛС с указанием вида кода.

Фамилия, имя, отчество пострадавшего, медработника или индивидуального пользователя, а также адрес пострадавшего или индивидуального пользователя указываются только с их согласия в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Идентификаторами изделия являются его наименование, марка, модель, заводской (серийный) номер или номер партии, номер государственного реестра медицинских изделий (регистрационного удостоверения).

Идентификаторами организации (производителя, медицинской или фармацевтической организации, сервисной организации и т.д.) являются ее наименование, юридический адрес, код ИНН или ОГРН (с указанием вида кода).

Контактные данные должны содержать телефон, адрес электронной почты, фамилию, имя, отчество контактного лица, позволяющие при необходимости обеспечить получение дополнительных сведений о неблагоприятном событии (НС).

Минимальный объем данных в сообщении о НС.

1) сведения о субъекте обращения медицинских изделий:

а) полное наименование и организационно-правовая форма, адрес местонахождения – для юридических лиц;

б) фамилия, имя и отчество (последнее – при наличии), адрес местожительства – для физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей;

в) номер контактного телефона;

г) адрес электронной почты (при наличии);

2) наименование медицинского изделия, в отношении которого выявлены НС, с указанием заводского номера;

3) наименование производителя медицинского изделия;

4) описание НС (в объеме имеющихся на момент сообщения сведений).

В случае необходимости сведения, касающиеся НС, могут быть приведены как приложение к Извещению. В этом случае в правом верхнем углу на листе приложения указывается регистрационный номер и дата сообщения о НС.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Карта извещения

(Утверждена приказом Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»)

ИЗВЕЩЕНИЕ

о неблагоприятном событии (инциденте),

связанном с применением медицинского изделия
(конфиденциально – только для мониторинга безопасности)

Номер извещения о
НС в АИС

□□.□□.□□□□

Дата принятия к учету
в АИС

Источник информации

- ☐ производитель (представитель)
- ☐ дистрибьютор (поставщик)
- ☐ медицинская организация
- ☐ сервисная организация
- ☐ страховая организация

Исход

- ☐ смерть
- ☐ утрата трудоспособности
- ☐ выздоровление с последствиями
- ☐ состояние без изменений
- ☐ улучшение состояния

Вид сообщения

- ☐ первичное
- ☐ последующее
- ☐ заключительное

☐ медицинский специалист	☐ выздоровление без последствий	Номер предыдущего извещения (для всех, кроме пер- вичного)
☐ пациент	☐ неприменимо	
☐ индивидуальный пользователь	☐ неизвестно	
☐ регуляторный орган	☐ иное (указать):	
☐ иное (указать):		

Описание события:	□□.□□.□□□□ Дата события

Пострадавший:	Причиненный вред:	Место события:
☐ пациент на дому	☐ смерть	☐ в организации здравоохранения
☐ амбулаторный пациент	☐ угрожающее жизни поражение	☐ на дому
☐ стационарный пациент	☐ неустранимый вред здоровью	☐ иное (указать):
☐ медицинский персонал	☐ требуется вмешательство	
☐ посетитель	☐ необходимость госпитализации	Нарушение работы изделия
☐ технический персонал	☐ нарушение дееспособности	☐ нарушение функционирования
☐ индивидуальный пользователь	☐ нарушение плода, смерть плода	☐ некорректные показания
☐ иное (указать):	☐ иное (указать)	☐ иное (указать):
☐ отсутствует	☐ отсутствует	☐ отсутствует

Данные об изделии:

Наименование медицинского изделия	Марка, модель изделия	Код вида изделия ☐ НБМИ / ☐ GMDN
Заводской (серийный) номер / Номер партии	Версия программного продукта	Инвентарный номер
□□.□□.□□□□	□□.□□.□□□□	□□.□□.□□□□
Дата выпуска	Дата приобретения	Дата истечения срока годности
Совместно используемые изделия (если применимо):		
Срок службы	Ресурс (если применимо)	Общая наработка на момент НС
□□.□□.□□□□	□□.□□.□□□□	□□.□□.□□□□
Дата последнего использования	□ Данное изделие использовалось ранее	□ Имплантируемое изделие
□□.□□.□□□□	□ Изделие однократного применения	
	□ Изделие использовалось самостоятельно	

Дата имплантации	Текущее местоположение изделия	Дата деимплантации
□□.□□.□□□□	Организация, осуществляющая техническое обслуживание	Причина обслуживания
Дата последнего обслуживания	Неисправности, выявленные при обслуживании:	☐ плановое ТО
		☐ неисправность
		☐ иное (указать):
N договора на обслуживание		
	Доступность изделия для исследования	

	Извещение о неблагоприятном событии (инциденте)		
Номер извещения о НС в АИС	(продолжение)		
Организация здравоохранения:	Наименование организации здравоохранения	Индекс, адрес юридический	
Код ОКПО	Наименование структурного подразделения	Фактический адрес расположения подразделения	
Код ОКФС	Телефон, факс	Электронная почта	Адрес сайта
	ФИО Уполномоченного по безопасности	Должность Уполномоченного по безопасности	

Пострадавший:	ФИО пострадавшего	Адрес / должность пострадавшего
Ид. N пострадавшего	Диагноз перед наступлением события	
	Состояние перед наступлением события	
☐ М / ☐ Ж	Физические особенности пострадавшего	Противопоказания
Пол, возраст (полных лет)		

Пользователь:	ФИО пользователя	Вид пользователя:
		☐ медицинский специалист
Ид. N пользователя	Должность / адрес пользователя	☐ сиделка
		☐ индивидуальный пользователь
	Контактные данные пользователя	☐ технический персонал
		☐ отсутствует
		☐ иное (указать):

Производитель:	Наименование производителя	Индекс, адрес
Страна производителя	Телефон, факс	Электронная почта
		Адрес сайта

Представитель в РФ:

	Наименование организации-представителя		Индекс, адрес	
	Телефон, факс		Электронная почта	Адрес сайта
Код ОКПО	ФИО Уполномоченного по безопасности		Должность Уполномоченного по безопасности	

Н отчета по безопасности □□.□□.□□□□ Дата отчета по безопасности	Предпринимаемые действия: ☐ отзыв МИ ☐ восстановление ☐ замена ☐ изменение в маркировке ☐ изменение в руководстве ☐ уведомление ☐ исследование ☐ наблюдение пациента ☐ модификация/настройка ☐ утилизация ☐ не требуется ☐ иное (указать):	Кому адресованы меры: ☐ медицинский специалист ☐ индивидуальный пользователь ☐ сервисная организация ☐ поставщик ☐ иное (указать):
Количество аналогичных НС по той же причине с такими же изделиями Закключение по безопасности Кем выдано заключение:	Номера извещений в АИС Росздравнадзора, на которые распространяются действия:	

Сообщивший о НС:

☐ Уполномоченный произв.	ФИО сообщившего о НС		Должность сообщившего о НС	
☐ Уполномоченный ОЗ	Телефон, факс		Электронная почта	Личная подпись
☐ Иное:				

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Сведения о субъектах обращения медицинских изделий, необходимые для получения персонифицированного доступа к системе АИС «Мониторинг безопасности МИ»

(Приложение к письму Росздравнадзора от 15.08.2012 № 04И-749/12 «О предоставлении информации»)

Название организации, сфера деятельности	ФИО руководителя организации	Юридический адрес	Почтовый адрес	И Н Н	О Г Р Н	ФИО уполномоченного по надзору	Должность	Телефон	E-mail

Информация о проведенных мероприятиях по предотвращению обращения изделий медицинского назначения, не соответствующих установленным требованиям

(письмо Росздравнадзора от 02.06.2010 № 04И-519/10 «Об организации работы территориальных управлений Росздравнадзора с информацией об изделиях медицинского назначения, не соответствующих установленным требованиям»)

№ п/п	Изделие медицинского назначения				Характер выявленных несоответствий (краткое изложение)			Принятые меры
	наименование	№ регистрационного удостоверения (при наличии)	кол-во, штук (упаковок)	реквизиты изготовителя	отсутствие регистрации	несоответствие установленным требованиям	истекший срок годности	

Глава 7. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

Утверждены порядок обеспечения эпидемиологической безопасности, порядок проведения профилактики и контроля за инфекциями, связанными с медицинской помощью (ИСМП), положение о комиссии по контролю за эпидемиологической безопасностью и профилактике ИСМП, порядок учета и регистрации ИСМП и инфекционных заболеваний, бланк «Эпидемиологическое расследование случая инфекции связанной с медицинской помощью (ИСМП)», бланк «Микробиологический мониторинг», алгоритм выявления инфекций, связанных с медицинской помощью, программа производственного контроля, порядок противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с карантинной инфекцией, порядок действий при раневой инфекции, порядок проведения обследования эпидемического очага, порядок профилактики ИСМП при оперативных вмешательствах, алгоритм забора материала для микробиологического исследования, алгоритм выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции, алгоритм гигиенической обработки рук медицинского персонала, алгоритм экспресс-тестирования на ВИЧ, алгоритм действий медицинского работника при аварийной ситуации во время проведения инвазивных манипуляций и при работе с биологическими жидкостями с целью экстренной профилактики гемоконтактных инфекций – ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, алгоритм изоляции пациента с инфекционным заболеванием, алгоритм обработки пациента с педикулезом, алгоритм дезинфекции анестезиологического оборудования, алгоритм использования индивидуальных средств защиты медицинского персонала при уходе за пациентом с инфекционным заболеванием.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

05.04.2019

№ 63

г. Пенза

Об организации эпидемиологической безопасности медицинской деятельности и внутреннего контроля качества профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В целях независимой системы оценки качества работы, а также в целях совершенствования внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и обеспечения прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества согласно Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Пензенской области, руководствуясь Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом Российской Федерации от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора)

и муниципального контроля», Федеральным законом Российской Федерации от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Федеральным законом Российской Федерации от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов», Федеральным законом Российской Федерации от 28.12.2013 № 426 «О специальной оценке условий труда», Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», Постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”», от 03.06.2003 № 118 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03», от 09.06.2003 № 131 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.5.1378-03», от 06.04.2003 «О введении в действие СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03», от 22.04.2003 № 64 «О введении в действие Санитарных правил и нормативов СанПиН 2.2.4.1294-03», от 26.04.2010 № 40 «Об утверждении СП 2.6.1.2612-10 “Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010)”», от 07.07.2009 № 47 «Об утверждении СанПиН 2.6.1.2523-09», Письмом Роспотребнадзора от 13.04.2009 № 01/4801-9-32 «О типовых программах производственного контроля», утвержденным Руководителем Роспотребнадзора Г.Г. Онищенко 10.03.2009, Методическими указаниями по микробиологическому контролю в аптеках Минздрава России от 29.12.1984 № 3182-84; приказом Минздрава СССР от 04.11.1986 № 1453 «О введении в действие отраслевого стандарта ОСТ 42-21-16-86 “ССБТ. Отделения, кабинеты физиотерапевтические. Общие требования безопасности”», Руководством Р 3.5.1904-04 «Дезинфектология. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях», утвержденным и введенным в действие Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004, Инструкцией по эксплуатации и контролю эффективности вентиляционных устройств на объектах здравоохранения, утвержденной заместителем Главного государственного санитарного врача СССР от 20.03.1975 № 1231-75, Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 09.12.2010 № 163 «Об утверждении СанПин 2.1.7.2790-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами”», Санитарными правилами и нормами 2.2.4/2.1.8.582-96 «Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контрастного ультразвука промышленного, бытового и медицинского назначения», утвержденными Постановлением Госкомсанпиднадзора России от 31.10.1996 № 51, Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача РФ от 22.09.2014 № 58 «Об утверждении СП 3.5.3.3223-14 “Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 07.06.2017 № 83 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СанПин 3.5.2.3472-17 “Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий в борьбе с членистоногими, имеющими эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение”», «Инструкцией по дезинфекции и дезинсекции в паровоздушно-формалиновых, паровых и комбинированных дезинфекционных камерах», утвержденными заместителем Председателя Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации в 1996 г.; Методическими указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения МУ № 287-113, утвержденными Руководителем Департамента госсанэпиднадзора Минздрава России от 30.12.1998, Методическими указаниями по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов № 15/6-5, утвержденными начальником Главного эпидемиологического управления Минздрава СССР от 28.02.1991, Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.06.2015 № 20 «Об утверждении СП 3.1.3263-15 “Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах”», Санитарными правилами СП 2.3.6.1079-01, утвержденными Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2001 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья», Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», утвержденными Главным государственным санитарным врачом РФ и первым заместителем Министра здравоохранения РФ 06.11.2001, Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.3.21324-03 «Гигиенические требования к срокам и условиям хранения пищевых продуктов», утвержденными Главным государственным санитарным врачом РФ и первым заместителем министра здравоохранения РФ 21.05.2003, Приказом Минздрава

России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации», Техническим регламентом таможенного союза ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции», утвержденным решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 880, Национальным стандартом РФ ГОСТ Р 52556-2006 «Вода для гемодиализа. Технические условия» (дата изменения 21.12.2017), Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача России от 29.11.2016 № 178 «О внесении изменения № 3 в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 “Санитарная охрана территории Российской Федерации”», Методическими указаниями МУ 3.4.2552-09.3.4 «Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание инфекционными болезнями, вызванными чрезвычайными ситуациями в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения», утвержденными Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.09.2009, Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача РФ от 28.11.2013 № 64 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 “Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача РФ от 29.03.2017 № 44 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.7.3465-17 “Профилактика чумы”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача РФ от 09.06.2009 № 43 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2521-09 “Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой на территории Российской Федерации”», Методическими указаниями МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности учреждений на случай возникновения очага холеры», утвержденными руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ 06.08.2007, Методическими указаниями МУК 4.2.2218-07 «Лабораторная диагностика холеры», утвержденными руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ 31.05.2007, Методическими указаниями МУ 1.3.1877-04 «Порядок сбора, упаковки, хранения, транспортировки и проведения лабораторного анализа биологического материала от больных (и умерших) пациентов с подозрением на тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС)», утвержденными руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004, Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ от 18.05.2009 № 33 «Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.2512-09 “Профилактика менингококковой инфекции”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ от 22.08.2014 № 50 «Об утверждении СанПиН 3.2.3215-14 “Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации”», Методическими указаниями МУ 3.1.3.2600-10 «Мероприятия по борьбе с лихорадкой Западного Нила на территории Российской Федерации», утвержденными Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ 19.04.2010, Методическими указаниями МУ 3.1.3.2488-09 «Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки», утвержденными Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главным государственным санитарным врачом РФ от 26.02.2009, Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2009 № 29 «О мерах по предотвращению завоза и распространения высокопатогенного вируса гриппа на территории Российской Федерации»; Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав

потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.11.2013 № 63 «Об утверждении санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций»», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2010 № 54 «Об утверждении СП 3.1.7. 2627-10 «Профилактика бешенства среди людей»», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 59 «Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3113-13 “Профилактика столбняка”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 “Профилактика ВИЧ-инфекции”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.12.2010 № 190 «Об утверждении СП 3.1.2825-10 “Профилактика вирусного гепатита А”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 58 «Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 “Профилактика вирусного гепатита С”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.02.2008 № 14 «Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2341-08 “Профилактика вирусного гепатита В”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 № 53 «Об утверждении СП 3.1.1.3108-13 “Профилактика острых кишечных инфекций”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.07.2011 № 108 «Об утверждении СП 3.1.2952-11 “Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 09.10.2013 № 54 «Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 “Профилактика дифтерии”», Постановлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 “Профилактика туберкулеза”», приказа Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», Федеральным клиническим рекомендациям по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях (разработанные Национальной ассоциацией специалистов по контролю инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, далее НП «НАСКИ», ноябрь 2014 г.), Федеральным клиническим рекомендациям «Эпидемиологическое наблюдение за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи» (разработанные НП «НАСКИ», ноябрь 2014 г.), Федеральным клиническим рекомендациям «Обеспечение эпидемиологической безопасности при оказании помощи пациентам с сахарным диабетом» (разработанные НП «НАСКИ», 2016 г.), Федеральным клиническим рекомендациям «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока и уход за центральным венозным катетером (ЦВК)» (разработанные НП «НАСКИ», 2015 г.), Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок обеспечения эпидемиологической безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 1).
2. Утвердить порядок проведения профилактики и контроля за инфекциями, связанными с медицинской помощью (Приложение № 2).
3. Утвердить Положение о комиссии по контролю за эпидемиологической безопасностью и профилактике ИСМП (Приложение № 3).
4. Утвердить Порядок учета и регистрации ИСМП и инфекционных заболеваний (Приложение № 4).
5. Утвердить бланк «Эпидемиологическое расследование случая инфекции, связанной с медицинской помощью (ИСМП)» (Приложение № 5).
6. Утвердить бланк «Микробиологический мониторинг» (Приложение № 6).

7. Утвердить Алгоритм выявления инфекций, связанных с медицинской помощью (Приложение № 7).
8. Утвердить программу производственного контроля (Приложение № 8).
9. Утвердить Порядок противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с карантинной инфекцией (Приложение № 9).
10. Утвердить Порядок действий при раневой инфекции (Приложение № 10).
11. Утвердить Порядок проведения обследования эпидемического очага (Приложение № 11).
12. Утвердить Порядок профилактики ИСМП при оперативных вмешательствах (Приложение № 12).
13. Утвердить Алгоритм забора материала для микробиологического исследования (Приложение № 13).
14. Утвердить Алгоритм выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (Приложение № 14).
15. Утвердить Алгоритм гигиенической обработки рук медицинского персонала (Приложение № 15).
16. Утвердить Алгоритм экспресс-тестирования на ВИЧ (Приложение № 16).
17. Утвердить Алгоритм действий медицинского работника при аварийной ситуации во время проведения инвазивных манипуляций и при работе с биологическими жидкостями с целью экстренной профилактики гемоконтактных инфекций – ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С (Приложение № 17).
18. Утвердить Алгоритм изоляции пациента с инфекционным заболеванием (Приложение № 18).
19. Утвердить Алгоритм обработки пациента с педикулезом (Приложение № 19).
20. Утвердить Алгоритм дезинфекции анестезиологического оборудования (Приложение № 20).
21. Утвердить Алгоритм использования индивидуальных средств защиты медицинского персонала при уходе за пациентом с инфекционным заболеванием (Приложение № 21).
22. Утвердить состав комиссии по ИСМП в следующем составе:
Председатель:
Фролова И.В. – заместитель главного врача по медицинской части.
Секретарь:
Шахова В.А. – помощник врача-эпидемиолога.
Члены комиссии:
Нестеров А.В. – заместитель главного врача по хирургической помощи;
Рыжонина Т.В. – заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом;
Краснов М.В. – заведующий региональным сосудистым центром;
Миронова Е.Н. – врач-эпидемиолог;
Мазурова Е.В. – врач-эпидемиолог;
Логинов С.Н. – заведующий хирургическим торакальным отделением;
Ковешникова Т.М. – заведующий бактериологической лабораторией;
Юматов М.В. – заведующий отделением анестезиологии – реанимации № 2;
Палиенко Л.В. – заведующий аптекой;
Просточенко О.В. – врач-колопроктолог;
Маркина И.Н. – врач – клинический фармаколог.
23. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.06.2017 № 102 «О профилактике внутрибольничных инфекций».
24. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
25. Назначить ответственным лицом за актуализацию приказа врача-эпидемиолога Миронову Е.Н.
26. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

Никишин А.В.

**Порядок
обеспечения эпидемиологической безопасности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»**

1. Настоящий порядок обеспечения эпидемиологической безопасности ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Порядок) разработан на основании СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» в целях оптимизации мероприятий по обеспечению безопасности медицинской деятельности, предупреждения возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – учреждение).

2. Эпидемиологическая безопасность медицинской помощи – состояние, характеризующееся совокупностью условий, при которых отсутствует недопустимый риск возникновения у пациентов и медицинского персонала заболевания инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи, состояния носительства, интоксикации, сенсибилизации организма, травм, вызванных микро- и макроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности, а также культурами клеток и тканей.

3. Эпидемиологическое обеспечение – комплекс диагностических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний, включая инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, инфекционные болезни, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также актуальных неинфекционных заболеваний среди населения, пациентов и персонала в медицинских организациях. Наличие программы обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской организации.

4. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий. Критерии качества:

- одно нестерильное изделие на 1 млн простерилизованных;
- наличие централизованного стерилизационного отделения, соответствующего стандарту;
- соответствие технологии гигиены рук стандарту;
- наличие утвержденных эпидемиологически безопасных алгоритмов инвазивных манипуляций, операций, процедур и соблюдение их по оценке эксперта не менее, чем в 95 %;
- соответствие выполняемых эндоскопических технологий стандарту эпидемиологической безопасности;
- обоснованность назначения инвазивных манипуляций на уровне 100 % по оценке эксперта;
- обеспечение выполнения изоляционно-ограничительных и противоэпидемических мероприятий в 100 % от необходимого по оценке эксперта.

5. Обеспечение эпидемиологической безопасности больничной среды. Критерии качества:

- соответствие технологии обращения с медицинскими отходами санитарному законодательству;
- охват камерной дезинфекцией постельных принадлежностей 100 % от числа выписанных пациентов и 100 % случаев, определенных санитарным законодательством при инфекционных заболеваниях;
- соответствие обеспеченности дезинфицирующими и антисептическими средствами расчетному количеству и соответствие их критериям выбора;
- обеспеченность моечно-дезинфекционными машинами, судномоечными машинами, оборудованием для дезинфекции 100 % от требуемого стандартом эпидемиологической безопасности;
- наличие технологии клининга;
- соответствие качества текущей, заключительной, профилактической дезинфекции требованиям санитарного законодательства.

6. Обеспечение эффективного микробиологического мониторинга. Критерии качества:

- обеспеченность микробиологическим исследованием клинического материала от пациентов с инфекционными, в том числе гнойными заболеваниями в 100 % случаев;
- наличие системы микробиологического мониторинга и ее соответствие стандарту;

- обеспечение внутривидового типирования микроорганизмов, мониторинга устойчивости к антимикробным препаратам;
- наличие молекулярно-генетического мониторинга циркулирующих в медицинской организации штаммов микроорганизмов;

- наличие программного обеспечения для микробиологического мониторинга.

7. Обеспечение эпидемиологической диагностики. Критерии качества:

- использование стандартных определений случая инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи для целей эпидемиологической диагностики;
- наличие программного обеспечения для эпидемиологической диагностики;
- полнота выявления случаев ИСМП на уровне 100 % по оценке эксперта;
- соответствие технологии эпидемиологической диагностики стандарту.

8. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинского персонала. Критерии качества:

- охват иммунопрофилактикой, регламентированной санитарным законодательством;
- обеспеченность индивидуальными средствами защиты в соответствии со стандартом эпидемиологической безопасности и алгоритмами эпидемиологически безопасных медицинских технологий;
- охват своевременными медицинскими осмотрами 100 %.

9. Кадровое обеспечение эпидемиологической безопасности. Критерии качества:

- укомплектованность врачами-эпидемиологами и помощниками эпидемиолога в соответствии с порядком эпидемиологического обеспечения медицинской деятельности;
- укомплектованность медицинским персоналом в соответствии со штатным расписанием;
- охват тематическим усовершенствованием по обеспечению эпидемиологической безопасности медицинской организации 100 % от численности медицинского персонала 1 раз в 3 года.

10. Контроль за ИСМП можно определить как постоянное эпидемиологическое наблюдение (эпидемиологический надзор) внутри учреждения с эпидемиологическим анализом результатов этого наблюдения и проведение на основе эпидемиологической диагностики целенаправленных мероприятий для повышения качества медицинской помощи.

10.1. Эпидемиологический надзор предусматривает:

- обеспечение активного выявления, учета и регистрации ИСМП;
- выявление факторов риска возникновения ИСМП у отдельных категорий пациентов;
- эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;
- осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП;
- определение спектра устойчивости микроорганизмов к антимикробным средствам (антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др.) для разработки тактики их применения;
- эпидемиологическую оценку лечебно-диагностического процесса;
- эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания в учреждении здравоохранения пациентов и медицинских работников;
- оценку эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- прогнозирование эпидемической ситуации.

10.2. С целью обеспечения безопасности и безвредности для человека среды обитания и вредного влияния производственных факторов в медицинской организации разрабатывается Программа производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, разработанная в соответствии с санитарными правилами СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий». Производственный контроль охватывает все области жизнедеятельности учреждения, включая его санитарно-техническое состояние и содержание, организацию питания пациентов, соблюдение противоэпидемического, в том числе дезинфекционно-стерилизационного режима, утилизацию медицинских отходов, условия труда персонала, защиту его от вредных факторов внутрибольничной среды.

11. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

11.1. ИСМП – серьезная проблема современного здравоохранения. В среднем один из десяти пациентов, поступивших в больницу, страдает той или иной формой предотвратимого вреда, вызванного лечением. Это может приводить к серьезным расстройствам здоровья и даже к смерти. Действенная

программа системы эпидемиологической безопасности и инфекционного контроля – одна из актуальных задач здравоохранения в снижении уровня ИСМП. Термин «инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи», является более точным в сравнении с ранее существующим – внутрибольничные инфекции (ВБИ), в настоящее время используется как в научной литературе, так и в публикациях ВОЗ и документах большинства стран мира. ИСМП подлежат учету и регистрации.

Общим критерием для отнесения случаев инфекций к ИСМП является непосредственная связь их возникновения с оказанием медицинской помощи (лечением, диагностическими исследованиями, иммунизацией и т.д.). Именно поэтому к ИСМП относят случаи инфекции, не только присоединяющиеся к основному заболеванию у госпитализированных пациентов, но и связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому и др.), а также случаи инфицирования медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

11.2. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог и помощник врача-эпидемиолога.

11.3. Контроль за внутрибольничной инфекцией осуществляет комиссия по профилактике ИСМП, председатель комиссии – заместитель главного врача по медицинской части, члены комиссии: заместитель главного врача по хирургической помощи, врач-эпидемиолог, помощник врача-эпидемиолога, главная медицинская сестра, врачи-хирурги (заведующий отделением), врач анестезиолог-реаниматолог (заведующий отделением), врач-бактериолог (заведующий лабораторией), заведующий аптекой, патологоанатом (заведующий отделением). Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.

11.4. Основными задачами комиссии являются: принятие решений по результатам эпидемиологического анализа, разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации, координация мероприятий с руководством лечебной организации; обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения), а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

12. Вводный и периодический инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит заведующий отделением, старшая медицинская сестра.

13. Учебу медицинского персонала по санитарному законодательству и по профилактике инфекционной патологии в соответствии с планом своей работы проводит врач-эпидемиолог.

14. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога. В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год. Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

14.1. Медицинские работники проходят следующие обследования:

- рентгенологическое обследование на туберкулез – крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на гепатит В (в дальнейшем – 1 раз в год);
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем – по показаниям);
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем – 1 раз в год).

14.2. Проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.

14.3. В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

14.4. К работе не допускаются лица с изменениями в легких туберкулезного характера, а также лица с гнойно-воспалительными заболеваниями.

14.5. Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка не проводится. Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

14.6. Персонал стационаров (отделений) хирургического профиля подлежит профилактической иммунизации против гепатита В в обязательном порядке при поступлении на работу в случае отсутствия данных о прививке. Один раз в 10 лет персоналу проводится прививка против дифтерии и столбняка.

В связи с задачей ликвидации кори в стране проводится дополнительная иммунизация лиц до 35 лет, не болевших корью и не привитых живой коревой вакциной или привитых однократно. Иммунизация против других инфекционных заболеваний проводится в соответствии с национальным календарем прививок, а также по эпидемиологическим показаниям.

14.7. Весь персонал должен проходить ежегодное диспансерное наблюдение для своевременного выявления заболеваний и проведения соответствующих лечебных мероприятий.

14.8. Результаты периодических осмотров, лечения, сведения о профилактических прививках заносятся в контрольную карту диспансерного наблюдения и доводятся до сведения лица, ответственного за организацию и проведение мероприятий по профилактике ВБИ.

15. Профилактика внутрибольничного инфицирования ВИЧ.

15.1. Соблюдение установленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортированию медицинских отходов, образующихся в учреждении.

15.2. Оснащение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современным медицинским инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты (специальная одежда, перчатки и т.д.) в соответствии с нормативно-методическими документами.

15.3. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

15.4. С целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией:

15.4.1. В каждом кабинете, где осуществляются парентеральные манипуляции или работа с биологическими жидкостями, должен быть укомплектован аптечкой АнтиСПИД. Состав аптечки для оказания скорой медицинской помощи при возникновении аварийных ситуациях у медицинского персонала:

- спирт 70 % – 150 мл;

- 5 % спиртовой раствор йода – 25 мл;

- две навески сухого марганцевокислого калия (по 50 мг, одну навеску растворяют в 100 мл дистиллированной воды для получения 0,05 % раствора для промывания ротоглотки и носа, по 10 мг, одну навеску растворяют в 100 мл дистиллированной воды для получения 0,01 % раствора для промывания глаз);

- два флакона с дистиллированной водой по 100 мл;

- стерильный перевязочный материал в заводской упаковке;

- бактерицидный пластырь, лейкопластырь – 1 шт.;

- глазная пипетка в футляре – 2 шт.

15.4.2. В журналах аварийных ситуаций, которые ведутся в каждом отделении, проводится учет случаев получения при исполнении профессиональных обязанностей травм, микротравм персоналом, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

15.4.3. Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 % спиртом, смазать ранку 5 % спиртовым раствором йода;

- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70 % спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70 % спиртом;

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70 % раствором этилового спирта, слизистую оболочку носа и глаза обильно промыть водой (не тереть);

- при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор;

- как можно быстрее начать прием антиретровирусных препаратов в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ.

15.4.4. Не позднее 2 часов обследовать на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С пациента, который может явиться потенциальным источником заражения, и пострадавшего медицинского работника. Обследование проводят методом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации с обязательным направлением образца из той же порции крови для стандартного тестирования на ВИЧ в иммуноферментном анализе (ИФА) в центр СПИД Пензенской области.

15.4.5. Пострадавшего медработника и пациента необходимо опросить о носительстве вирусных гепатитов, инфекций, передаваемых половым путём (ИППП). Если пострадавшая – женщина, необходимо провести тест на беременность и выяснить, не кормит ли она грудью ребенка.

При положительном результате тест-полоски на ВИЧ-инфекцию постконтактную профилактику начать немедленно.

15.4.6. Проведение постконтактной профилактики заражения ВИЧ антиретровирусными препаратами.

15.4.7. Прием антиретровирусных препаратов должен быть начат в течение первых 2 часов после аварии, но не позднее 72 часов.

15.4.8. Стандартная схема постконтактной профилактики заражения ВИЧ – комбивир+калетра, назначает терапию врач-инфекционист Центра СПИД и проводит консультацию пострадавшего.

15.4.9. Оформление аварийной ситуации проводится в соответствии с установленными требованиями:

- сотрудники учреждения должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю, заместителю главного врача по хирургической помощи, врачу-эпидемиологу;

- травмы, полученные медработниками, должны учитываться в специальном журнале по аварийным ситуациям с составлением Акта;

- необходимо провести эпидрасследование причины травмы и установить связь причины травмы с исполнением медработником служебных обязанностей.

15.5. Средства индивидуальной защиты.

15.5.1. Все инвазивные вмешательства медицинским персоналом проводятся в спецодежде – халат, колпак, маска, очки или экраны, резиновые перчатки, клеенчатые фартуки.

15.5.2. В стерильных перчатках проводят манипуляции, при которых используются стерильные инструменты и материалы, при контакте с раневой поверхностью или со слизистой оболочкой пациента.

15.5.3. При проведении инъекций, перевязок, при заборе крови медицинские сестры и лаборанты работают в нестерильных одноразовых перчатках.

15.5.4. При работе в очаге карантинной инфекции персонал надевает противочумный костюм. Комплекты противочумных костюмов находятся в укладках приемного отделения, поликлиники и патологоанатомического отделения.

15.5.5. При проведении оперативного вмешательства ВИЧ-инфицированному пациенту комплект защитной одежды находится в приемном отделении и центральном операционном блоке.

16. Все пациенты поступают в стационар через приемное отделение, амбулаторный прием пациентов в отделениях стационара запрещен.

16.1. Одна из основных функций приемного отделения – барьерная, по выявлению и изоляции пациентов с инфекционной патологией.

16.2. Каждый поступающий пациент должен быть осмотрен врачом приемного отделения – кожные покровы, слизистые оболочки, должен быть собран эпидемиологический и прививочный анамнез, проведен осмотр волосистой части головы на наличие педикулеза, измерена температура тела, собраны жалобы.

16.3. Должна быть проведена санитарная обработка пациента при экстренной госпитализации.

16.4. При выявлении инфекционной патологии или подозрении на неё пациент изолируется в приемном отделении в смотровой, вызывается врач-инфекционист, ставится в известность администрация больницы.

16.5. При выявлении карантинной инфекции дежурным врачом проводится план мероприятий в соответствии с приказом по больнице, по списку оповещения собирается руководящий состав больницы.

16.6. При выявлении пациента с инфекционной патологией в отделении стационара или в поликлинике он изолируется в отдельную палату или кабинет, лечащим врачом вызывается на консультацию врач-инфекционист, врач-эпидемиолог, ставится в известность администрация учреждения, организуется дезинфекционные мероприятия.

16.7. При выявлении карантинной инфекции в стационаре и поликлинике врач, выявивший больного, проводит мероприятия в соответствии с приказом по больнице, по списку оповещения собирается руководящий состав учреждения.

16.8. При выявлении любой инфекционной патологии, включая ИСМП или паразитарной патологии, а также носительстве не позднее 6 часов от момента выявления – на каждого выявленного пациента подается экстренное извещение уч. ф. 0-58у врачу-эпидемиологу учреждения, экстренное извещение регистрируется в журнале уч. ф. № 60 «Журнал учета инфекционных заболеваний», затем врач-эпидемиолог передает информацию о больном в Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области, организует противоэпидемические мероприятия в очаге.

17. Бельевой режим в отделении.

17.1. На каждую медицинскую процедуру или на курс лечения (массаж, УЗ-исследование, Rg-исследование, осмотр гинеколога, уролога, физиопроцедура, ЭКГ и т.д.) пациент обеспечивается чистой салфеткой или простыней.

17.2. Смену белья проводить с использованием барьерных средств защиты: халат, косынка, маска, перчатки, обувь:

- не реже 1 раза в 7 дней и после выписки пациента;
- при загрязнении белья выделениями больного;
- после оперативного вмешательства;
- у послеоперационных больных до прекращения выделений из ран;
- в случае возникновения инфекционных заболеваний в отделении перед заключительной дезинфекцией.

17.3. Белье собирается в палатах в непромокаемый мешок, наполнять его на 2/3, чтобы можно было завязать, при этом обеспечивайте минимальный контакт с загрязненным бельем.

17.4. Запрещается сортировать и разбирать белье в палатах или других помещениях отделения – это инфицирует руки, одежду, воздух.

17.5. Белье относится в специально выделенное помещение.

17.6. Для уборки надеваются халат, перчатки и маска.

17.7. Грязное белье сортируется с учетом степени загрязнения, сворачивается загрязненными частями внутрь, складывается в мешки из клеенки, плотной ткани или полипропилена.

17.8. Перчатки погружаются после разбора грязного белья в раствор хлорсодержащих средств.

17.9. Влажная уборка проводится сразу после разбора грязного белья с применением дезинфицирующего раствора.

17.10. Грязное белье хранится в мешках (бачках) в специально выделенном помещении не более 12 часов.

17.11. Белье спускается в мешках на каталке для грязного белья в специально выделенном лифте (подъемнике) или по лестнице.

17.12. Мешки выносятся через отдельный выход для перевозки его в прачечную на автомашине для транспортировки белья.

17.13. Сдача и получение чистого белья проводится по утвержденному графику.

17.14. Комплекты постельных принадлежностей (подушка, одеяло, матрас) сдаются для камерной обработки в следующих случаях:

17.14.1. После выписки (смерти) пациента.

17.14.2. При возникновении случаев инфекционных заболеваний в отделении, перед заключительной дезинфекцией.

17.15. Комплекты постельных принадлежностей собираются в палате в непромокаемый мешок с использованием барьерных средств защиты: халат, косынка, маска, перчатки, обувь.

17.16. В отделении должен иметься обменный фонд постельных принадлежностей.

18. Организация дезинфекционных мероприятий в учреждении.

В учреждении подвергаются дезинфекции биологические жидкости пациентов и все изделия, соприкасающиеся с ними и с пациентом (кожа, слизистые оболочки, раневая поверхность) в соответствии с инструкцией к дезинфицирующему средству.

Дезинфекции подлежат следующие объекты:

– любые биологические жидкости – кровь, мокрота, сперма, спинномозговая жидкость, отделяемое из ран, синовиальная жидкость, околоплодные воды, промывная жидкость, внутрисуставная жидкость, экссудат, рвотные массы и т.д.;

– медицинский инструментарий – смотровой, хирургический, гинекологический, стоматологический, эндоскопический лабораторный, инъекционный, инфузионный, урологический и т.д.;

– предметы ухода – клизменные наконечники, кружки Эсмарха, газоотводные трубки, катетеры, зонды, поильники, емкости для умывания и мытья пациентов, градусники, пузыри со льдом, грелки, подкладные клеенки, мочеприемники, судна и т.д. после использования;

– медицинские отходы класса Б и В – использованные одноразовые шприцы, системы для внутривенных вливаний, клизменные наконечники, зонды, катетеры, дренажи, резиновые перчатки, перевязочный материал, одноразовые салфетки, тампоны, турунды, одноразовое белье и спецодежда, одноразовые диализные системы, лабораторная одноразовая посуда и скарификаторы, одноразовые скальпели,

одноразовые смотровые инструменты и т.д.), запрещается повторное использование медицинских изделий одноразового использования;

- медицинское оборудование и мебель (рабочие части, соприкасающиеся с пациентом, различного вида фильтры и наконечники, электроды и проводники, медицинские шкафы, инструментальные столы, операционные столы, смотровые кресла и кушетки и т.д.) – после каждого контакта с пациентом;

- постельные принадлежности подлежат камерной дезинфекции после выписки пациента из стационара и по мере загрязнения;

- столовая посуда после каждого приема пищи;

- мебель в отделении – кровати, прикроватные тумбочки, кушетки – после каждого пациента и по мере загрязнения; холодильники 1 раз в неделю и по мере загрязнения; обеденные столы после каждого приема пищи, и т.д.;

- санитарно-техническое оборудование – ванны, душевые кабины, унитазы, биде, резиновые коврики – после каждого контакта с пациентом и по мере загрязнения;

- уборочный инвентарь – ведра, тазы, швабры, ветошь – после проведенной уборки;

- полы во всех помещениях и все поверхности в режимных помещениях, где проводятся парентеральные манипуляции, хранение или приготовление стерильного материала (центральное стерилизационное отделение (ЦСО), операционные реанимационные, палаты интенсивной терапии, процедурные, перевязочные и т.д.).

19. Ежедневно 2 раза в день во всех подразделениях учреждения должны проводиться текущие влажные уборки помещений (мытьё полов, протирание пыли с горизонтальных поверхностей влажной ветошью с использованием дезинфицирующих средств).

20. Генеральные уборки помещений проводятся с кратностью 1 раз в неделю в режимных кабинетах (в операционных и предоперационных, в стерилизационных, процедурных, перевязочных, стоматологических, гинекологических, отоларингологических, хирургических, урологических, колопроктологических смотровых и манипуляционных, кабинетах забора крови, буфетных, эндоскопических), во всех остальных помещениях генеральные уборки проводятся 1 раз в месяц по графику, утвержденному заведующим подразделением.

21. Вся ветошь, уборочный инвентарь, емкости для обеззараживания, мытья, хранения, транспортировки должны быть промаркированы и использоваться строго по назначению.

22. Предстерилизационной обработке и стерилизации подвергаются все медицинские изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью и со слизистыми оболочками, а также все изделия, соприкасающиеся со стерильными лекарственными и диагностическими препаратами (в т.ч. эндоскопы, используемые для оперативных вмешательств, и все инструменты для смотровых и хирургических эндоскопов).

23. Дезинфекции высокого уровня (ДВУ) подвергаются смотровые эндоскопы.

24. Врач-эпидемиолог совместно со специалистами учреждения разрабатывает и внедряет в практику алгоритмы, СОПы, инструкции, которые утверждаются главным врачом и не противоречат действующим нормативным документам:

24.1. Алгоритмы (технологии) дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинского инструментария и оборудования, памятки по организации противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционного больного.

24.2. Правила организации дезинфекционного режима в подразделениях больницы с учетом требований эпидемиологической безопасности.

25. Кварцевание воздуха. Эксплуатировать бактерицидные облучатели необходимо согласно паспорту. Приступать к работе с бактерицидными облучателями разрешается только после прохождения соответствующего инструктажа, который проводят сотрудники технического отдела больницы.

25.1. График работы бактерицидных ламп:

- бактерицидные лампы открытого типа (ОБН-150, ОБН-300, ОБП-450) включаются через каждые 2 часа по 15 минут в течение всего времени работы режимного кабинета (с асептическим режимом работы), до работы режимных кабинетов – 30 минут, в конце работы – 60 минут, во время генеральных уборок – 2 часа, в палатах и других помещениях ЛПУ кварцевание проводится по эпидемическим показаниям, после проведения заключительной дезинфекции, после проведения генеральной уборки в течение времени, рассчитанного в соответствии с кубатурой помещения и в соответствии с паспортом на бактерицидную лампу;

- бактерицидные лампы закрытого типа (рециркуляторы: ОБНР 2х8-01, РБ 2х15, ОРУБ-Кронт («Дезар»)) рассчитаны на непрерывную работу в течение 8 часов и более в присутствии людей. Средняя

продолжительность горения ламп: ОБНР 2х8-01 – 7,5 тыс. ч, РБ 2х15 и «Дезар» – 8 тыс. ч, другие марки ламп – в соответствии с паспортом.

25.2. Необходимо проветривать помещение после каждой обработки бактерицидными облучателями открытого типа.

25.3. Еженедельно освобождать от пыли поверхности бактерицидного облучателя:

- отключить его от сети, развернуть марлевую салфетку в длину, смочить 70 % этиловым или изопропиловым спиртом;

- перекинуть один конец салфетки на другую сторону лампы, охватив ее в кольцо, зажать оба конца салфетки одной рукой и протереть лампу вдоль;

- арматуру бактерицидной лампы обработать 3 % раствором перекиси водорода с добавлением 0,5 % моющего средства (или другим дез. средством, разрешенным к применению: на основе четвертичных аммониевых соединений (ЧАС), хлорсодержащим).

25.4. Ежемесячно проводить чистку или замену фильтров у рециркуляторов закрытого типа.

25.5. Необходимо проводить учет и суммирование часов работы облучателей. Заносить в «Журнал регистрации и контроля работы бактерицидного облучателя».

25.6. При нарушении целостности бактерицидных ламп проводится демеркуризация. Бактерицидные лампы, прогоревшие срок службы, заменяются на новые. В «Журнале регистрации и контроля работы бактерицидного облучателя» указывается дата замены лампы.

25.7. Бактерицидные лампы относятся к медицинским отходам класса Г. Хранить бактерицидные лампы с истекшим сроком годности необходимо запечатанными герметично в картонной коробке в отдельном помещении. Утилизация проводится согласно договору со специальной организацией, имеющей лицензию на данный вид деятельности и работу с отходами класса Г.

26. Соблюдение эпидемиологической безопасности при организации питания пациентов.

26.1. Перечень разрешенных продуктов для передачи пациентам, находящимся на стационарном лечении в больнице:

- кисломолочные продукты в фабричной упаковке;
- вода питьевая бутилированная;
- мясные, рыбные бульоны, кисели, компоты свежеприготовленные.

26.2. Запрещаются для передачи пациентам продукты:

- куры, цыплята (отварные);
- паштеты, студни, заливные (мясные, рыбные);
- пельмени, блинчики, беляши с мясом;
- заправленные винегреты, салаты (овощные, рыбные, мясные);
- кондитерские изделия с заварными и сливочными кремами;
- бутерброды с колбасой, ветчиной, рыбой и т.д.;
- простокваши (самоквасы);
- сырые яйца.

26.3. К особо скоропортящимся относятся продукты, в которых при нарушении температуры условий и сроков реализации могут размножаться микроорганизмы, вызывающие порчу продуктов, острые кишечные инфекции и пищевые отравления (мясные, рыбные, творожные, овощные блюда, молоко, кисломолочные продукты, вареная колбаса, кулинарные изделия, кремовые кондитерские изделия, изделия из крови и субпродуктов). Хранение в отделении скоропортящихся продуктов допускается только с разрешения лечащего врача в соответствии с назначенной диетой при условии соблюдения температурного режима (от +4°C до +8°C).

26.4. Правила инфекционной безопасности на пищеблоке:

- верхняя одежда, обувь, головной убор хранятся в шкафу, отдельно от спецодежды;
- необходимо сообщать администрации и обращаться в медицинское учреждение при появлении признаков простудного заболевания, кишечной дисфункции, гнойничковых заболеваний кожи рук;
- перед началом работы необходимо снимать часы, ювелирные украшения;
- ногти должны быть коротко подстрижены, без лака;
- мыть тщательно руки с мылом и обрабатывать спиртовым антисептиком, перед приготовлением пищи, перед входом в горячий цех, кондитерский цех, после посещения санузла, душевой, хозяйственных помещений, при переходе от одного вида работ к другому – более чистому, после ведения документации, после разговора по телефону, после уборки помещений и т.д.; надевать чистую санитарную

одежду на каждую рабочую смену, не застегивать ее булавками, менять при загрязнении, снимать санитарную одежду при посещении туалета;

- убирать волосы под колпак или косынку.

26.5. Проводить в производственном цехе ежедневно влажную уборку с применением моющего и дезинфицирующего средства по режиму бактериальных инфекций в соответствии с инструкцией к препарату; производственные столы мыть горячей водой с моющим средством, протирать ветошью с дезинфицирующим раствором;

- один раз в месяц проводить генеральную уборку; хранить дезсредства и дезрастворы в цехах приготовления пищи запрещается;

- замачивать ветошь после мытья пола в растворе хлорсодержащего средства, прополоскать и хранить на краю ведра в расправленном виде;

- промаркировать посуду и инвентарь, использовать согласно маркировке.

26.6. Этапы обработки и мытья кухонной посуды:

- проводить механическую очистку посуды от остатков пищи;

- обезжиривать посуду в моющем средстве («Капля», «Аос», «Фейри» и др.) при температуре 50°C или растворе кальцинированной соды (100 г и до 10 л воды);

- промывать посуду щеткой, ветошью;

- ополаскивать посуду под проточной водой при температуре 65°C;

- просушивать в опрокинутом виде на стеллажах или полках;

- промывать ветошь и щетки для мытья посуды в моющем средстве при температуре не ниже 45°C, замачивать в растворе хлорсодержащего средства или кипятить 15 минут в специальной емкости.

26.7. Не использовать посуду с трещинами, сколами, отбитыми краями, деформированную, с поврежденной эмалью.

26.8. Пищевые отходы собирать в маркированное ведро с крышкой. После удаления отходов промывать ведро с моющим средством, далее с раствором хлорсодержащего средства ополоснуть горячей водой 40–50°C, просушить.

27. Правила работы в буфетных стационара:

- пища из пищеблока перевозится в плотно закрывающейся посуде или термосе на каталке для транспортировки готовой пищи или подъемнике;

- каталка промывается ежедневно (при загрязнении после перевозки – немедленно) горячей водой с моющим средством с использованием для этого отдельной ветоши;

- хлеб перевозится в хлопчатобумажном и клеенчатом мешке, который промывается каждую неделю горячей водой и просушивается;

- хлеб хранится в специальном шкафу;

- для резки хлеба используются только маркированные ножи и разделочные доски;

- готовая пища раздается в течение 2 часов с момента ее приготовления и доставки в отделение;

- раздача пищи проводится в халате «для раздачи пищи»;

- халат и косынка для раздачи пищи меняются ежедневно, для уборки – 2 раза в неделю. Халаты для раздачи пищи и уборки хранятся раздельно на разных вешалках.

28. Правила мытья кухонной посуды в буфетной:

- емкости для перевозки готовой пищи освобождаются от остатков ложкой;

- промываются в горячей воде не ниже 50°C с кальцинированной содой (100 г на 10 л) в ванне, используя щетку для мытья;

- ополаскиваются под горячей (65°C) проточной водой;

- просушиваются на стеллаже «для кухонной посуды»;

- используется отдельная чистая ветошь для мытья посуды после каждого приема пищи;

- кипятится ветошь в 1 % растворе кальцинированной соды в течение 15 минут, просушивается;

- хранится ветошь в кастрюле с крышкой с маркировкой «для чистой ветоши»;

- используется не менее 9 ветошей на день работы: три для мытья посуды, три для протирания стола в буфетной, три для протирания столов в столовой или палате;

- посуда моется в спецодежде, перчатках и фартуке.

29. Правила мытья столовой посуды в буфетной:

- остатки пищи удаляются с посуды столовой ложкой;

- остатки пищи собираются в ведро с крышкой с маркировкой «пищевые отходы»;

- набирается вода, имеющая температуру 50°C до отметки «10 литров» (20 л, 30 л) в ванну № 1 «для обезжиривания посуды»;
- добавляется 100 г кальцинированной соды (или 200 г питьевой соды) или 50 г разрешенного моющего средства «Прогресс», «Лотос», «Астра»;
- посуда промывается щеткой, ветошью;
- готовится дезинфицирующий раствор по режиму бактериальных инфекций;
- посуда погружается после обезжиривания в ванну № 2 «для дезинфекции посуды» в дезинфицирующее средство;
- использовать готовые дезинфицирующие растворы в течение дня;
- посуда ополаскивается в ванне № 3 под проточной водой при температуре 65°C;
- обезжиривание и дезинфекция посуды совмещаются в одной ванне при использовании дезинфицирующего средства с моющими свойствами, разрешенными для мытья посуды в учреждении;
- посуда просушивается на решетчатой сушилке для посуды;
- чистая посуда хранится на сушилке или в шкафу;
- отдельно моются в той же последовательности стаканы и столовые приборы;
- столовые приборы хранятся в чистой емкости;
- горячим моющим раствором протираются столы в столовой после каждого приема пищи, с использованием таза «для мытья столов»;
- промаркированный уборочный инвентарь хранится в специально отведенном шкафу;
- ветошь замачивается после мытья пола в дезинфицирующем средстве;
- ветошь прополаскивается и хранится на краю ведра;
- освобожденное от остатков пищи ведро заливается горячей водой с 0,5 % моющего средства и промывается специально выделенным ершом;
- прополаскивается горячей водой и просушивается;
- ерш хранится сухим в специально отведенном месте.

30. Правила соблюдения инфекционной безопасности в буфетных отделениях:

- пища с пищеблока принимается по весу, под роспись в раздаточной ведомости;
- халат и косынка для раздачи пищи меняются ежедневно, для уборки – 2 раза в неделю;
- халаты для раздачи пищи и уборки хранятся раздельно на разных вешалках;
- раздачу пищи в халате «для раздачи пищи» проводить в течение 2 часов с момента ее приготовления и доставки в буфетную;
- посуда и инвентарь маркируются;
- промаркированный уборочный инвентарь хранится в специально отведенном месте;
- ежедневно проводится текущая уборка в раздаточной с использованием дезинфицирующего средства;
- горячим моющим раствором протираются столы в столовой после каждого приема пищи, с использованием емкости «для мытья столов». Ветошь кипятится в течение 30 минут или дезинфицируется в дезинфицирующем растворе;
- ветошь замачивается после мытья пола в растворе хлорсодержащего средства, полоскается и хранится на краю ведра в расправленном виде;
- остатки пищи выносятся в конце дня из буфетной, емкость для отходов моется горячей водой с 0,5 % моющим средством специально выделенным ершом, ополаскивается горячей водой и просушивается. Ерш хранится сухим в специально отведенном месте.

Порядок проведения профилактики и контроля за ИСМП

1. Настоящий порядок проведения профилактики и контроля за ИСМП в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – Порядок) разработан на основании СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» с целью оптимизации мероприятий по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, улучшения учета и регистрации ИСМП в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – учреждение).

2. Ответственным за организацию и выполнение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко является главный врач.

3. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог и помощник эпидемиолога эпидемиологического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

4. С целью контроля ИСМП в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко утверждается комиссия по профилактике ИСМП, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. В своей деятельности комиссия по профилактике ИСМП руководствуется положением, утвержденным главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3 к приказу).

6. Заведующие структурными подразделениями ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в работе по профилактике ИСМП обеспечивают:

- учет и регистрацию ИСМП в медицинской документации в соответствии с МКБ-10 (Приложение № 6, 7);

- передачу информации о случае ИСМП, а также изменении диагноза ИСМП, летальном исходе от ИСМП в эпидемиологический отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко не позднее 2 часов от момента выявления по телефону или не позднее 6 часов на бланке «Экстренное извещение» уч. ф. 058-у, на другие инфекционные заболевания, выявленные во время пребывания в лечебной организации в том же порядке и в те же сроки подается экстренное извещение (Приложение № 6);

- этиологическую расшифровку каждого случая ВБИ для определения тактики лечения;

- забор материала на бактериологический посев проводить непосредственно из патологического очага до начала антибактериальной терапии, а также во время операции по поводу гнойных процессов; при вялотекущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и др. целесообразно проводить обследование на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы; к клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и дата рождения больного, название клинического отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о ранее проводимой антибактериальной терапии, подпись врача;

- изоляцию пациентов с хирургической инфекцией в отдельную палату или перевод в отделение гнойной хирургии;

- перевод пациентов с острым инфекционным заболеванием в инфекционный стационар или изоляцию в отдельную палату (по жизненным показаниям);

- индивидуальное использование перчаток медперсоналом для каждого пациента при проведении различных манипуляций;

- использование стерильных перчаток при постановке сосудистого катетера, трахеотомической трубки, мочевого катетера, при проведении зондирования, при эндоскопических вмешательствах и других манипуляциях, связанных с использованием стерильных инструментов и других стерильных предметов медицинского назначения;

- минимальные сроки пребывания пациента в стационаре в период предоперационной подготовки;

- профилактическое назначение антибиотиков за 30–45 минут до хирургического разреза, о чем оставляют запись в листе назначения;

- обязательное использование средств индивидуальной защиты (очки или экраны, резиновые перчатки, клеёночные фартуки, маски, колпаки, костюмы, халаты, бахилы) персоналом отделений при выполнении оперативных вмешательств и других парентеральных манипуляций, при уходе за больным, а также при проведении лабораторных исследований, сопровождающихся образованием брызг крови и других биологических жидкостей.

4. Заместитель главного врача по хирургической помощи осуществляет надлежащий контроль за исполнением персоналом хирургических отделений требований настоящего Порядка, алгоритма периоперационной профилактики ИСМП, постконтактной профилактики ИСМП, за техникой и тактикой оперативного вмешательства, за обоснованностью использования имплантатов, за лечением пациентов с гнойными процессами и ИСМП, за выполнением лабораторного контроля ИСМП; за выполнением правил асептики и антисептики хирургическими бригадами во время оперативных вмешательств, за выполнением требований «красной черты» в операционных, за правилами транспортировки пациентов на оперативное вмешательство, за правилами послеоперационного ведения пациентов, за сроками предоперационной подготовки и своевременной выписки пациентов.

5. Заведующий поликлиникой обеспечивает:

- выполнение требований СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (далее – СанПиН 2.1.3.2630-10) при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров среди сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- организует проведение профилактических прививок сотрудникам ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко в соответствии с действующим Национальным календарем профилактических прививок;

- обеспечивает предварительное обследование пациентов, поступающих на плановые оперативные вмешательства, в амбулаторно-поликлинических условиях в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10;

- организует выявление и санацию очагов хронической инфекции на догоспитальном этапе у пациентов, направляемых на плановые оперативные вмешательства.

6. Врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко:

- осуществляет эпидемиологический надзор за ИСМП;

- анализирует результаты антибактериального спектра ИСМП 1 раз в год и доводит до сведения заведующих клиническими подразделениями ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в виде таблиц на электронном носителе;

- проводит эпидемиологическое расследование каждого случая ИСМП;

- готовит информацию о случае ИСМП на комиссию по профилактике ИСМП;

- контролирует полноту проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении ИСМП;

- осуществляет контроль за этиологической расшифровкой всех ИСМП;

- проводит методическое руководство и контроль за проведением профилактических мероприятий, направленных на предупреждение ИСМП;

- обеспечивает своевременную передачу экстренных извещений в Центр Госсанэпиднадзора;

- обеспечивает представление внеочередных донесений в учреждения Госсанэпиднадзора о возникновении групповых внутрибольничных заболеваний (5 и более случаев ИСМП, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи).

7. Врач-фармаколог:

- осуществляет методическое руководство и контроль за антибактериальной терапией пациентов стационарных отделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н.Бурденко;

- принимает участие в обходах и консилиумах при выявлении ИСМП;

- принимает участие в комиссии по профилактике ИСМП;

- принимает участие в составлении заявок на антибактериальные средства.

8. Врач-бактериолог бактериологической лаборатории обеспечивает проведение микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП, видовую идентификацию возбудителей ИСМП, выделенных от пациентов и персонала, из объектов внешней среды, определяет чувствительность/резистентность выделенных штаммов к антибактериальным средствам: антибиотикам, антисептикам, дезинфектантам и др., результаты мониторинга в непрерывном режиме передает в эпидемиологический отдел; при выявлении патогенной флоры по телефону сообщает врачу-эпидемиологу о результате исследования в режиме онлайн.

9. Главная медицинская сестра обеспечивает работу среднего и младшего медицинского персонала в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10, проводит учебу медицинского персонала и контролирует: правила выполнения режима асептики и антисептики; правила выполнения парентеральных вмешательств, ухода за пациентами, перевязок и обработок ран, профилактики пролежней; правила накрытия стерильного стола, обработки рук медицинского персонала, обработки операционного поля, санитарной обработки пациентов, дезкамерной обработки постельных принадлежностей, кратности смены спецодежды и постельного белья пациентов, профилактических осмотров на педикулез у пациентов при поступлении в стационар и во время пребывания в стационаре; правила обработки столовой посуды

и предметов ухода за больными; правила хранения и использования лекарственных препаратов; правила проведения текущих и генеральных уборок, кварцевания воздуха; правила хранения и транспортировки пищевых продуктов; режим кормления пациентов; правила обеззараживания и утилизации медицинских отходов, стирки белья, а также контролирует обеспечение структурных подразделений расходными материалами – шприцами, иглами, системами, перевязочным материалом, перчатками, спецодеждой, бельем, медицинской мебелью, медицинским инструментарием, уборочным инвентарем, инвентарем для утилизации медицинских отходов, посудой для питания больных, предметами ухода.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Положение
о комиссии по профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи**

1. Общие положения.

Комиссия создана во исполнение требований СанПиНа 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

2. Задачи.

Контроль за санитарно-противоэпидемиологическим режимом в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) в целях своевременного выявления и снижения инфекционной заболеваемости и предупреждения групповой и вспышечной заболеваемости.

Принятие решений осуществляется по результатам эпидемиологического расследования случаев ИСМП, анализа показателей заболеваемости, результатов выполнения программы производственного контроля, результатов эпидемиологического надзора в учреждении, при координации мероприятий с руководством ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при обеспечении взаимодействия всех служб стационара, а также при взаимодействии с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3. Состав комиссии.

Постоянно действующая комиссия по ИСМП состоит из председателя, членов комиссии и секретаря.

Постоянный состав комиссии по ИСМП утверждает главный врач своим приказом по ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Председателем является заместитель главного врача по медицинской части.

Члены и секретарь комиссии по ИСМП назначаются из числа наиболее опытных и авторитетных специалистов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

В необходимых случаях по распоряжению председателя комиссии по ИСМП на заседание могут быть приглашены заведующие отделениями, старшие медицинские сестры и другие сотрудники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а также представители Госсанэпиднадзора.

Комиссия по ИСМП правомочна принимать решения, если на заседании присутствует не менее 2/3 от числа членов постоянного состава, включая председателя и секретаря.

Решение считается принятым, если за него проголосовало не менее 2/3 от числа членов комиссии по ИСМП, присутствующих на заседании.

4. Компетенция.

Предметом обсуждения на комиссии являются:

- случаи внутрибольничного инфицирования пациента или сотрудника ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- рациональность и правильность использования антибиотиков, антисептиков, дезинфектантов и стерилизантов;
- анализ эпидемиологической ситуации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- основные санитарные показатели работы;
- качество проведения медицинских осмотров среди сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- организация работы по вакцинации сотрудников и пациентов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- качество проведения лабораторного обследования пациентов.

5. Полномочия председателя, секретаря и членов комиссии по профилактике ИСМП.

Председатель определяет порядок работы комиссии по профилактике ИСМП, день и час очередного заседания, повестку дня, назначает ответственных лиц для подготовки материала к заседанию комиссии и т.д.

Секретарь комиссии заблаговременно оповещает постоянных и приглашенных участников данного заседания комиссии по профилактике ИСМП о времени и месте его проведения, повестке дня.

Члены комиссии в соответствии с повесткой дня готовят рабочий материал для обсуждения, для чего могут использовать медицинскую документацию, которую имеют право потребовать в любом структурном подразделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам, отнесенным к компетенции комиссии по профилактике ИСМП.

Врач-эпидемиолог и помощник врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела проверяют санитарное состояние структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по плану работы и составляют акт обследования с предложениями; отбирают истории болезни для проведения эпидемиологического расследования; выполняют разовые поручения заведующего эпидемиологическим отделом; контролируют ведение журналов стерилизации, дезинфекции высокого уровня, журналов генеральных уборок, журналов кварцевания помещений, журналов предстерилизационной обработки, выполнение режимов стерилизации; контролируют выполнение мер профилактики гемоконтактных инфекций, постинъекционных и послеоперационных гнойно-септических осложнений; контролируют качество предстерилизационной обработки; контролируют качество приготовления дезинфицирующих растворов, качество проведения текущей дезинфекции, условия хранения пищевых продуктов в отделениях; имеют право отбирать пробы воздуха, смывы и материал на стерильность по эпидемическим показаниям; ведут журнал учетной формы № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»; «Экстренные извещения» – учетная форма № 058-у в ГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области»; принимают участие в подготовке ежемесячных, квартальных и годовых отчетов по ИСМП.

Сотрудники эпидемиологического отдела имеют право беспрепятственно посещать любое структурное подразделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения контроля за выполнением требований СанПиНа 2.1.3.2630-10, Программы производственного контроля для проведения эпидемиологического расследования случая ИСМП, а также имеют право требовать медицинскую документацию в целях эпидемиологического расследования и организации противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге, имеют право получать информацию в больничной аптеке об имеющихся антибиотиках и антисептических средствах, о количестве имеющегося перевязочного материала, средствах индивидуальной защиты, медицинском инструментарии; составлять годовые заявки на дезинфицирующие средства, стериллянты, ферменты для обработки эндоскопов и кожные антисептики. Кроме того, сотрудники эпидемиологического отдела имеют право получать информацию от сотрудников бактериологической лаборатории по бактериологическому контролю за санитарным состоянием подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, отчеты по бактериологическим посевам клинического материала от больных и о чувствительности выделяемой флоры к антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам. Сотрудники эпидемиологического отдела используют представленную информацию для проведения эпидемиологического анализа и выносят полученный материал на обсуждение комиссии по профилактике ИСМП.

Сотрудники бактериологической лаборатории проводят мониторинг за внутрибольничной микробной флорой и представляют необходимую информацию на комиссию по профилактике ИСМП.

Лечащий врач, выявивший пациента с ИСМП, представляет на комиссию по профилактике ИСМП всю необходимую информацию о пациенте и докладывает её, анализирует и представляет причины возникновения ИСМП.

Остальные члены комиссии выполняют задания председателя и помогают сотрудникам эпидемиологического отдела в подготовке обсуждаемого материала, а также оказывают консультативную помощь при решении вопросов, обсуждаемых на заседании комиссии по профилактике ИСМП.

6. Процедура проведения заседания комиссии по профилактике ИСМП.

Заседание комиссии открывает председатель, который объявляет присутствующих, оглашает повестку дня и руководит ходом заседания комиссии по профилактике ИСМП. На заседании комиссии по профилактике ИСМП врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела в краткой, сжатой, но информативной форме излагает существо проблемы. Лечащий врач докладывает о проведенном лечении больного с ИСМП. Проводится обсуждение проблемы членами комиссии по профилактике ИСМП.

Выслушивают при необходимости консультантов и приглашенных ответственных лиц (врачей, медицинских сестер и т.д.). Председатель комиссии подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы, оглашает решение, дает задание для подготовки следующего заседания комиссии по профилактике ИСМП. Секретарь в специальном журнале ведет протокол заседания комиссии по профилактике ИСМП, в котором фиксирует:

- дату и время заседания комиссии по профилактике ИСМП;
- ФИО присутствующих на заседании постоянных и приглашенных участников;
- основные моменты обсуждения (со ссылкой на ФИО выступающего);
- вопросы, поставленные членами комиссии по профилактике ИСМП;
- решение комиссии по профилактике ИСМП.

7. Решение комиссии по профилактике ИСМП доводится до сведения врачебного и сестринского персонала ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко председателем комиссии по профилактике ИСМП на ближайшем производственном совещании. Решение комиссии является обязательным для выполнения в установленные сроки каждым сотрудником ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. В случае невыполнения решения комиссии по профилактике ИСМП председатель вправе ходатайствовать перед главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко о вынесении дисциплинарного взыскания лицам, не выполняющим, либо ненадлежащим образом выполняющим возложенные на них трудовые обязанности.

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Правила учета и регистрации ИСМП и инфекционных заболеваний

1. В ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко учету и регистрации подлежат как инфекции, связанные с медицинской помощью, так и классические инфекционные заболевания, выявленные в процессе клинико-лабораторного исследования пациентов.

2. К инфекциям, связанным с медицинской помощью, относятся гнойно-септические заболевания после операции (инъекции) и других парентеральных манипуляций, возникших в течение 30 дней после медицинского вмешательства, а при наличии имплантата в месте вмешательства – до одного календарного года. Учету подлежат гнойно-воспалительные осложнения после любых операций: чистых, условно-чистых, загрязненных (контаминированных), грязных (гнойных).

3. При выявлении ИСМП лечащий врач, выявивший заболевание, формулирует диагноз в соответствии с МКБ-10, доводит информацию до врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по телефону не позднее 2 часов от момента выявления и заполняет бланк экстренного извещения уч. ф. 058-1/у (см. ниже).

4. При выявлении классического инфекционного заболевания, пищевого отравления, острого профессионального отравления, укусов и ослюнения животными, присасывания клещей, необычных реакций на профилактические прививки лечащий врач формулирует диагноз в соответствии с МКБ-10, доводит информацию до врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по телефону не позднее 2 часов от момента выявления и заполняет бланк экстренного извещения уч. ф. 058-у (см. ниже).

5. В случае изменения диагноза ИСМП или инфекционного заболевания и в случае смерти пациента подается повторное экстренное извещение уч. ф. 058-у врачу-эпидемиологу не позднее 2 часов по телефону и не позднее 12 часов в письменном виде на бланке уч. ф. 058-у.

6. Врач-эпидемиолог или помощник врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко при получении экстренного извещения о случае ИСМП, инфекционном заболевании, пищевом отравлении, остром профессиональном отравлении, укусе или ослюнении животным, присасывании клеща, необычной реакции на профилактические прививки регистрирует его в «Журнале учета инфекционных заболеваний» уч. ф. № 60 и передает в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» по телефону не позднее 2 часов, а затем по электронной почте не позднее 12 часов от момента выявления.

Экстренное извещение о гнойно-воспалительном осложнении после медицинского вмешательства

Наименование отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко _____

ФИО больного _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Пол М Ж (выделить) _____

Адрес _____

Место работы (должность) учебы _____

Дата _____ и диагноз при обращении _____

Дата _____ и наименование операции, манипуляции _____

Дата _____ и наименование осложнения _____

ЛПУ, где проводилась операция, манипуляция _____

ЛПУ, в котором выявлено гнойно-воспалительное осложнение _____

Первичные противоэпидемические мероприятия _____

Дата и наименование клинического материала, направленного на бактериологическое исследование _____

ФИО лечащего врача, сообщившего об осложнении _____

ФИО сообщившего _____

Дата _____ и время сообщения _____

Кто принял (ФИО, должность) _____

Регистрационный номер в журнале уч. ф. № 060/у _____

Перечень инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи***

№ п/п	Нозологическая форма	Код МКБ-10
Внутриутробные инфекции новорожденных		
1.	Гонококковая инфекция глаз	A54.3
2.	Врожденная пневмония	P23
3.	Врожденные вирусные инфекции	P35
4.	Бактериальный сепсис новорожденного	P36
5.	Другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни	P37
Внутрибольничные гнойно-воспалительные инфекции новорожденных		
6.	Бактериальный сепсис новорожденного	P36
7.	Омфалит новорожденного с небольшим кровотечением или без него	P38
8.	Другие инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода	P39
9.	Неонатальный инфекционный мастит	P39.0
10.	Конъюнктивит и дакриоцистит у новорожденного	P39.1
11.	Бактериальный менингит	G00
12.	Пузырчатка новорожденного Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей (пузырчатка)	L00
13.	Импетиго, везикулопустулёз	L01

14.	Абсцесс кожи, фурункул и карбункул	L02
15.	Флегмона	L03
16.	Пиодермия (дерматит гнойный, септический, гноеродный)	L08.0
17.	Другие уточненные местные инфекции кожи и подкожной клетчатки	L08.8
18.	Местная инфекция кожи и подкожной клетчатки неуточненная, панариций, паронихий	L08.9
19.	Остеомиелит	M86.0, 1, 2, 8, 9
20.	Пневмонии (вирусные, бактериальные, вызванные иными возбудителями, не уточненные)	J12-J18
21.	Острый гнойный средний отит	H66.0
22.	Флебит пупочной вены	I80.8
Прочие инфекции новорожденных		
23.	Бактериальная кишечная инфекция неуточнённая (энтероколит)	A04.9
24.	Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (постинъекционные инфекции)	T80.2
25.	Другие сальмонеллёзные инфекции	A02
26.	Острый гепатит В	B16
27.	Острый гепатит С	B17.1
Гнойно-воспалительные инфекции родильниц		
28.	Острый перитонит	K65.0
29.	Другие инфекции во время родов	O75.3
30.	Сепсис послеродовый	O85
31.	Другие послеродовые инфекции (эндометрит)	O86.8
32.	Расхождение швов после кесарева сечения	O90.0
33.	Расхождение швов промежности	O90.1
34.	Инфекции соска, связанные с деторождением, абсцесс молочной железы, связанный с деторождением	O91.0 O91.1
35.	Острый цистит	N30.0
36.	Другие болезни мочевыделительной системы (пиелонефрит)	N39.0
37.	Уретрит, уретральный абсцесс	N34.0
Прочие инфекции родильниц		
38.	Другие сальмонеллёзные инфекции	A02
39.	Острый гепатит В	B16
40.	Острый гепатит С	B17.1
41.	Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (постинъекционные инфекции)	T80.2
42.	Пневмонии (вирусные, бактериальные, вызванные иными возбудителями, не уточненные)	J12-J18
Послеоперационные, постинъекционные инфекции		
43.	Инфекция и воспалительная реакция, связанная с протезом сердечного клапана	T82.6
44.	Инфекция и воспалительная реакция, связанная с другими сердечными и сосудистыми устройствами, имплантатами и трансплантатами	T82.7
45.	Инфекция и воспалительная реакция, обусловленная протезным устройством, имплантатом и трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5 T83.6
46.	Инфекция и воспалительная реакция, обусловленная эндопротезированием,	T 84.5

	внутренним фиксирующим устройством любой локализации, другими внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T 84.6 T 84.7
47.	Инфекция и воспалительная реакция, обусловленные другими внутренними протезными устройствами, имплантатами и трансплантатами	T85.7
48.	Расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
49.	Инфекция, связанная с процедурой, не классифицированная в других рубриках	T81.4
50.	Инфекция ампутационной культы	T87.4
51.	Стрептококковая септицемия	A40
52.	Другая септицемия	A41
53.	в том числе другая уточненная септицемия	A41.8
54.	Газовая гангрена	A48.0
55.	Бактериальный менингит	G00
56.	Бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированные в других рубриках	G04.2
57.	Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит	G04.8
58.	Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточнённый	G04.9
59.	Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
60.	Острый перитонит	K65.0
61.	Остеомиелит	M86
62.	Флебит и тромбоз флебит	I80
63.	Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением	N98.0
Постинъекционные инфекции		
64.	Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией	T80.2
65.	Инфекция, связанная с иммунизацией	T88.0
Инфекции мочеполовой системы		
66.	Острый цистит	N30.0
67.	Уретрит, уретральный абсцесс	N34.0
68.	Инфекция мочевыводящих путей без уточненной локализации	N39.0
Прочие		
69.	Пневмонии (внутрибольничные)	J12-J18,
70.	Острые кишечные инфекции (тиф и паратифы, шигеллезы, другие бактериальные кишечные инфекции, другие бактериальные пищевые отравления, вирусные и другие уточненные кишечные инфекции, диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения, острый гепатит А)	A01,03, 04, 05, 08, 09, B15
71.	Другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний	Обозначаются кодами по 10 МКБ соответственно нозологической форме****

* Регистрации подлежат больные, возраст которых на момент заболевания составляет не более 14 лет 11 месяцев и 29 дней

**** Перечень поствакцинальных осложнений утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 02.08.1999 № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».**

*****Учету подлежат гнойно-воспалительные осложнения после любых операций: чистых, условно-чистых, загрязненных (контаминированных), грязных (инфицированных).**

Инфекция, связанная с медицинской помощью – любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре или после его выписки, а также гнойно-септическое или инфекционное заболевание сотрудника лечебной организации вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации.

Считать послеоперационной (постинъекционной) ИСМП гнойно-воспалительные заболевания, возникающие в течение 30 дней после медицинского вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до 1 года.

Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 7 дней после выписки, подлежат учету по данному стационару.

Генерализованные формы (сепсис, остеомиелит, менингит) учитываются за стационаром в течение месяца после рождения.

Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и/или в течение 30 дней после родов, подлежат учету за акушерским стационаром.

Независимо от внутрибольничного или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар, а также проведения комплекса мероприятий, предусмотренного в данных случаях.

Министерство здравоохранения РФ

Учетная форма № 058/у

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении

1. Диагноз _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. М Ж (выделить) 4. Дата рождения: _____
5. Адрес: _____
6. Место работы, учебы: _____
7. Дата заболевания: _____
8. Дата первичного обращения: _____
9. Дата и место госпитализации: _____
10. Если отравление – указать, где произошло отравление и чем отравлен _____
11. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия: _____
12. Дата и час первичной сигнализации о заболевании по телефону в Центр гигиены и эпидемиологии _____
- ФИО сообщившего врача: _____
- Кто принял: _____
13. Наименование учреждения, пославшего извещение: _____
- Регистрационный № в журнале № 060/у _____

14. Дата и час отсылки извещения _____ ФИО пославшего извещения _____

15. Дата и час получения извещения в Центре Госсанэпиднадзора _____ Регистрационный № в журнале _____

Подпись получившего извещение _____

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или при подозрении на них, а также при изменении диагноза и посылается в Центр гигиены и эпидемиологии по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае изменения диагноза в п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

******Перечень инфекционных и паразитарных болезней
и других состояний, подлежащих регистрации и учету**

№ п/п	Нозологическая форма	Код по МКБ-10*
1.	Оспа	B 03
2.	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A 80.1, A80.2
3.	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом	J 10; J 11
4.	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	
5.	Холера	A.00.0,1, 9
6.	Чума	A20.1, 2, 3, 7, 8, 9
7.	Желтая лихорадка	A95.0,1, 9
8.	Лихорадка Ласа	A96.2
9.	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
10.	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
11.	Малярия, в том числе вызванная:	B50, B51, B52, B53.0
12.	Plasmodiumfalciparum	B50
	Plasmodium vivax	B51
13.	Plasmodium malariae	B52
14.	Plasmodium ovale	B53.0
15.	Лихорадка Западного Нила	A92.3
16.	Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)	A98.0
17.	Лихорадка Денге	A90, A91
18.	Лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт)	A92.4
19.	Менингококковая болезнь	A39.0, A39.1, A39.2
20.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	B20-B24
21.	Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека	Z21
22.	Сифилис всех форм	A50 – A53
23.	Гонорея острая и хроническая (гонококковая инфекция)	A54
24.	Трихофития	B35
25.	Микроспория	B35
26.	Чесотка	B86
27.	Туберкулёз – активные формы	A15 – A19
28.	Туберкулёз органов дыхания	A15, A16, часть A19

29.	Туберкулёз органов дыхания, подтверждённый бактериологически и гистологически	A15
30.	Туберкулёз органов дыхания, не подтверждённый бактериологически или гистологически	A16, A19
31.	Туберкулез нервной системы	A17
32.	Туберкулез других органов	A18
33.	Милиарный туберкулез	A19
34.	Острая инфекция верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	J06
35.	Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа	J10
36.	Грипп, вирус не идентифицирован	J11
37.	Пневмония (внебольничная)	J12, J13, J15, J16, J18
38.	из нее: вирусная	J12
39.	Бактериальная	J13, J15
40.	из них вызванная пневмококками	J13
41.	Острая инфекция нижних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации	J22
42.	Острые вирусные гепатиты, в т.ч.	B15-B17, B19
43.	Острый гепатит А	B15
44.	Острый гепатит В	B16
45.	Острый гепатит С	B17.1
46.	Острый гепатит Е	B17.2
47.	Хронический вирусный гепатит В	B18.0,18.1
48.	Хронический вирусный гепатит С	B18.2
49.	Носительство возбудителя вирусного гепатита В	Z 22.5
50.	Обнаружение маркеров парентеральных вирусных гепатитов В, С, D, G, TTV у медицинских работников	
51.	Брюшной тиф	A01.0
52.	Паратифы А, В, С и неуточненный	A01.1,2,3,4
53.	Носительство возбудителя брюшного тифа, паратифа	Z22.0, Z22.1
54.	Другие сальмонеллезные инфекции	A02
55.	Носительство возбудителей других сальмонеллезных инфекций	Z22.1
56.	Шигеллез, вызванный <i>Shigella dysenteriae</i> (Григорьева-Шига, Штуцера-Шмитца, Лардж-Сакса)	A03.0
57.	Шигеллез, вызванный <i>Shigella flexneri</i> (Флекснер)	A03.1
58.	Шигеллез, вызванный <i>Shigella boydii</i> (Бойди)	A03.2
59.	Шигеллез, вызванный <i>Shigella sonnei</i> (Зонне)	A03.3
60.	Другой шигеллез	A03.8
61.	Шигеллез (дизентерия клинически)	A03.9
62.	Носительство возбудителя дизентерии (шигеллеза)	Z22.1
63.	Эшерихиозы	A04.0-4
64.	Энтеропатогенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.0
65.	Энтеротоксигенная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.1
66.	Энтероинвазивная инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.2
67.	Энтерогеморрагическая инфекция, вызванная <i>Escherichia coli</i>	A04.3
68.	Другие кишечные инфекции, вызванные <i>Escherichia coli</i>	A04.4
69.	Энтерит, вызванный <i>Campylobacter</i> (Кампилобактериоз)	A04.5

70.	Энтерит, вызванный <i>Yersinia enterocolitica</i> (иерсиниоз)	A04.6
71.	Энтероколит, вызванный <i>Clostridium difficile</i>	A04.7
72.	Другие уточненные бактериальные кишечные инфекции	A04.8
73.	Ротавирусный энтерит	A08.0
74.	Острая гастроэнтеропатия, вызванная возбудителем Нор-волк	A08.1
75.	Аденовирусный энтерит	A08.2
76.	Другие вирусные энтериты	A08.3
77.	Носительство возбудителя других кишечных инфекций	Z22.1, Z22.8
78.	Пищевые токсикоинфекции установленной этиологии, в т.ч.:	
79.	Стафилококковое пищевое отравление	A05.0
80.	Ботулизм	A05.1
81.	Пищевое отравление, вызванное <i>Clostridium perfringens</i> [<i>Clostridium welchii</i>]	A05.2
82.	Пищевое отравление, вызванное <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	A05.3
83.	Пищевое отравление, вызванное <i>Bacillus cereus</i>	A05.4
84.	Другие уточненные бактериальные пищевые отравления	A05.8
85.	Колит, Энтерит, Энтероколит, Гастроэнтероколит, Гастро-энтерит	A09
86.	Бактериальное пищевое отравление неуточненное (ПТИ неустановленной этиологии)	A05.9
87.	Бактериальная кишечная инфекция неуточненная	A04.9
88.	Вирусная кишечная инфекция неуточненная	A08.4
89.	Острый паралитический полиомиелит, в т. ч.:	A80.0,1,2,3
90.	другой и неуточненный	A80.3
91.	ассоциированный с вакциной	A80.0
92.	Острые вялые параличи*, в т.ч.:	G04, G 04.8,9, G 56, G 57, G 61, G 61.0,8,9
93.	Энцефалит, миелит и энцефаломиелит	G04
94.	Острый диссеминированный энцефалит	G04.0
95.	Постинфекционный энцефалит, миелит и энцефаломиелит	G04.8
96.	Неуточненный энцефалит, миелит и энцефаломиелит	G04.9
97.	Мононевропатии верхней конечности	G56
98.	Мононевропатии нижней конечности	G57
99.	Воспалительная и токсическая невропатия (полинейропатии), в т.ч.	G61.0,8,9
100.	Синдром Гийена-Барре	G61.0
101.	Энтеровирусный энцефалит, энцефаломиелит	A85.0 (G05.1)
102.	Энтеровирусный менингит	A87.0 (G02.0)
103.	Энтеровирусная экзантематозная лихорадка	A88.0
104.	Энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой	B08.4
105.	Энтеровирусный везикулярный фарингит, герпетическая ангина	B08.5
106.	Энтеровирусный лимфодулярный фарингит	B08.8
107.	Острый эпидемический геморрагический конъюнктивит (энтеровирусный)	B30.3(H13.1)
108.	Энтеровирусная инфекция неуточнённая	B 34.1
109.	Энтеровирусы как причина болезни, классифицирующейся в других рубриках	B 97.1

110.	Острый бронхит, вызванный вирусом Коксаки	J20.3
111.	Острый бронхит, вызванный эховирусом	J20.7
112.	Инфекционный миокардит, вызванный энтеровирусами	I40.0, B 97.1
113.	Болезнь Крейтцфельда-Якоба	A81.0
114.	Подострый склерозирующий панэнцефалит	A81.1
115.	Куру	A81.8
116.	Другие медленные вирусные инфекции центральной нервной системы	A81.2, A81.8, A81.9
117.	Дифтерия	A36
118.	Носительство возбудителя дифтерии (токсигенных штаммов)	Z22.2
119.	Коклюш	A37
120.	Коклюш, вызванный Bordetellapertussis (паракоклюш)	A37.1
121.	Носительство возбудителя коклюша	Z22.8
122.	Носительство возбудителя паракоклюша	Z22.8
123.	Скарлатина	A38
124.	Ветряная оспа	B01
125.	Корь	B05
126.	Краснуха	B06
127.	Врожденная краснуха (синдром)	P35.0
128.	Паротит эпидемический	B26
129.	Инфекционный мононуклеоз	B27
130.	Болезнь легионеров	A48.1
131.	Болезнь легионеров без пневмонии [лихорадка Понтиак]	A48.2
132.	Менингококковая инфекция, в т.ч.:	A39, G01,
133.	Генерализованные формы	A39.0,1,2
134.	Носительство возбудителя менингококковой инфекции	Z22.8
135.	Гемофильная инфекция (Haemophilus influenzae), в т.ч.:	A41.3, G00.0, J14, J20.1, H62.0, H60.1
136.	Септицемия, вызванная Haemophilus influenzae	A41.3
137.	Менингит, вызванный Haemophilus influenzae	G00.0
138.	Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae	J14
139.	Острый бронхит, вызванный Haemophilus influenzae	J20.1
140.	Наружный отит, вызванный Haemophilus influenzae	H62.0
141.	Целлюлит наружного уха, вызванный Haemophilus influenzae	H60.1
142.	Другие бактериальные менингиты	G00
143.	Бактериальный менингоэнцефалит и менингомиелит, не классифицированный в других рубриках	G04.2
144.	Зоонозы, в т.ч.:	
	Возвратные лихорадки	A68
145.	Туляремия	A21
146.	Сибирская язва	A22
147.	Бруцеллез	A23
148.	Сап и мелойдоз	A24
149.	Лихорадка от укуса крыс (болезнь Содоку)	A25
150.	Стрептобациллез	A25.1
151.	Эризипеллоид	A26

152.	Лептоспироз	A27
153.	Бешенство	A82
154.	Укусы, ослюнения, оцарапывания животными	W53, W54, W55
155.	из них дикими животными	W53, W55
156.	Другие бактериальные зоонозы	A28
157.	Пастереллез	A28.0
158.	Лихорадка от кошачьих царапин	A28.1
159.	Псевдотуберкулез (экстраинтестинальный иерсиниоз)	A28.2
160.	Листерия	A32
161.	Столбняк	A35
162.	Геморрагические лихорадки, в т.ч.:	A92.3, A98, A99
163.	Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	A 98.5
164.	Омская геморрагическая лихорадка	A98.1
165.	Лихорадка геморрагическая вирусная неутонченная	A99
166.	Ареновирусная геморрагическая лихорадка	A96
167.	Вирусные энцефалиты, в т.ч.:	A83-A86
168.	Японский энцефалит	A83.0
169.	Другие комариные вирусные энцефалиты	A83.1-A83.9
170.	Другие вирусные энцефалиты	A85
171.	Клещевой вирусный энцефалит	A84.0
172.	Вирусный энцефалит неутонченный	A86
173.	Риккетсиозы, в т.ч.: Эпидемический сыпной тиф (вшиный тиф, вызываемый <i>Rickettsia prowazekii</i>)	A75.0
174.	Рецидивирующий тиф [болезнь Брилла]	A75.1
175.	Сибирский клещевой тиф (пятнистая лихорадка, вызываемая <i>Rickettsia siberica</i>)	A77.2
176.	Лихорадка Ку	A78
177.	Моноцитарный эрлихиоз, гранулоцитарный анаплазмоз	A79.8
178.	Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	A69.2
179.	Другие уточненные спирохетозные инфекции	A69.8
180.	Орнитоз (инфекция, вызываемая <i>Chlamydia psittaci</i>)	A70
181.	Эрлихиоз	A79.8, A79.9
182.	Гранулоцитарный анаплазмоз	A 79.9
183.	Паразитоносители малярии	Z22.8
184.	Синдром токсического шока	A48.3
185.	Укус или ужаление неядовитым насекомым и другими неядовитыми членистоногими	W57
186.	Поствакцинальные осложнения**	Y58, Y59
187.	Педикулёз	B85
188.	Амебиаз	A06
189.	Балантидиаз	A07.0
190.	Лямблиоз (с клиническими проявлениями)	A07.1
191.	Криптоспориоз	A07.2
192.	Изоспороз	A07.3
193.	Другие уточненные протозойные кишечные болезни (кишечный трихомониаз, саркоцистоз, саркоспориоз)	A07.8
194.	Лейшманиоз	B55
195.	Африканский трипаносомоз	B56

196.	Болезнь Шагаса	B57
197.	Бабезиоз	B60.0
198.	Акантамебиаз	B60.1
199.	Спарганоз	B70.1
200.	Токсоплазмоз	B58
201.	Пневмоцистоз	B59
202.	Аскаридоз	B77
203.	Трихоцефалез	B79
204.	Трихинеллез	B75
205.	Токсокароз	B83.0
206.	Тениоз	B68.0
207.	Тениаринхоз	B68.1
208.	Цистицирроз	B69
209.	Гименолепидоз	B71.0
210.	Дифиллоботриоз	B70.0
211.	Эхинококкоз	B67
212.	Множественный эхинококкоз (альвеококкоз)	B67.6
213.	Описторхоз	B66.0
214.	Шистосомоз	B65
215.	Церкариальный дерматит	B65.3
216.	Клонорхоз	B 66.1
217.	Дикроцелиоз	B 66.2
218.	Фасциолез	B 66.3
219.	Парагонимоз	B 66.4
220.	Фасциолопсидоз	B 66.5
221.	Инвазии, вызванные другими двуустками	B 66.8
222.	Дипилидиоз	B 71.1
223.	Дракункулез	B72
224.	Онхоцеркоз	B73
225.	Филяриатоз	B74.0
226.	Лоаоз	B74.3
227.	Дирофиляриатоз	B74.8
228.	Анкилостомоз	B76.0
229.	Некатороз	B76.1
230.	Стронгилоидоз	B78
231.	Энтеробиоз	B80
232.	Анизакидоз	B81.0
233.	Кишечный капилляриоз	B81.1.
234.	Трихостронгилоидоз	B81.2
235.	Кишечный ангиостронгилоидоз	B81.3
236.	Ангиостронгилоидоз, вызванный <i>Parastrongylus cantonensis</i>	B83.2
237.	Гельминтозы неуточненные	B83.9
238.	Носители возбудителей лямблиоза	Z22.8
239.	Носители возбудителей амебиаза	Z22.8

Бланк

Эпидемиологическое расследование случая инфекции, связанной с медицинской помощью
№ _____

1. № истории болезни _____ наименование отделения _____
№ палаты _____
2. ФИО пациента _____ пол _____
3. Дата рождения _____ возраст _____ Домашний адрес _____
4. Место работы (учебы) _____
5. Дата поступления _____ кем направлен _____ дата выписки (смерти) _____ кой-
ко/день _____
6. Переводы в др. отд. _____
7. Диагноз при поступлении _____
8. Манипуляции, после которых возникли осложнения: ФИО лечащего врача _____

Дата, время манипуляции	Очередность манипуляции (экстренная, плановая)	Класс операции (I, II, III, IV)	Наименование манипуляции, в т.ч. анестезия, ИВЛ, постановка катетеров и т.д.	Используемые инородные материалы (лекарства, имплантаты, контрастные в-ва, кровь, плазма, вакцины, сыворотки)	Мед. персонал, проводивший манипуляции (ФИО, должность)	Дата осложнения/ дата экстренного извещения	Наименование осложнения

9. Результаты бактериологического исследования

Дата забора	Дата результата	Наименование клинического материала	Возбудитель	Чувствительность к антибиотикам

10. Сроки назначения антибиотиков: _____
11. Наличие инфекции иной локализации _____

Предоперационная АБ-профилактика	Дата назначения	Дата отмены	Наименование АБ	Доза и схема введения
Послеоперационная АБ-терапия				

12. Сопутствующие заболевания

13. Патологоанатомический диагноз

Причина смерти _____

14. Сведения о контактных по палате, операционной, перевязочной

Наименование помещения	ФИО контактного – источника инфекции	Диагноз ГВЗ	Возбудитель	Чувствительность к АБ

15. Выявленные несоответствия в работе по профилактике ИСМП :

16. Результаты лабораторных исследований по Программе производственного контроля:

Стерильность /неуд./%	Смывы на УПМ /неуд./%	Воздух /неуд./%	Кол-во проб дезрастворов /неуд./%	Азопир./ фенолфтал./неуд. / %

17. Результаты лабораторных исследований по эпидемическим показаниям:

Стерильность /неуд./%	Смывы на УПМ/неуд./%	Воздух неуд./%	Кол-во проб дезрастворов /неуд./%	Азопир./ фенолфтал./неуд. / %

18. Эпидемиологическое заключение:

19. Риск развития ИСМП обусловлен следующими факторами:

20. Механизм передачи и путь передачи

21. Возможные источники

22. Противоэпидемические мероприятия:

**Бланк
«Микробиологический мониторинг»**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Наименование отделения _____ АНТИМИКРОБНЫЙ СПЕКТР _____ квартал _____ 20__ г.

	Всего культур		
	%		
	Наименование выделенных от пациентов культур микроорганизмов из патологического очага		
	Окраска по граму		
	оксациллин	пенициллины	
	карбенициллин		
	имипенем/меропенем	карбапенемы	
	эртапенем		
	цефазолин	1	цефалоспорины
	цефуроксим	2	
	цефотаксим, цефтриаксон	3	
	цефоперазон, цефоперабол	4	
	цефтазидим, вицеф		аминогликозиды
	цефепим		
	нетилмицин		
	гентамицин		
	канамицин		
	амикацин		нитрофураны
	тобрамицин		
	хлорамфенокол		
	тетрациклин	тетрациклины	макролиды
	доксидиклин		
	эритромицин, азитромицин		
	klarитромицин		линкозамиды
	олеандомицин,		
	линкомицин		гликопептиды
	клиндамицин		
	ванкомицин		рифампицины
	рифампицин		оксазолинолены
	линезолид		фторхинолоны
	ципрофлоксацин		
	офлоксацин		
	норфлоксацин		

Алгоритм выявления инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

1. Выявление ИСМП осуществляется в следующем порядке:

а) поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 дней после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из поверхностного разреза;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

- имеется не менее двух из следующих симптомов: боль или болезненность; ограниченная припухлость; краснота; местное повышение температуры.

2. Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (нагноение послеоперационной раны и другие);

б) глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, фасциальный и мышечный слой) в области разреза; у пациента имеется хотя бы одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте данного хирургического вмешательства, но не из органа/полости;

- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления;

- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются следующие признаки и симптомы: лихорадка ($>37,5^{\circ}\text{C}$), локализованная боль или болезненность;

- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области глубокого разреза.

3. Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (абсцесс, флегмона и другие);

в) инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции; у пациента имеется одно из перечисленного:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из органа/полости;

- лихорадочное состояние;

- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган/полость.

4. Диагноз ставится хирургом или другим лечащим врачом (перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и др., возникшие после операции на соответствующем органе).

5. К внутрибольничным послеоперационным инфекциям или инфекциям, связанным с медицинской помощью, относятся заболевания, возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – до года.

6. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, доводит информацию до врача-эпидемиолога ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий (Приложение № 4 настоящего приказа).

7. О каждом случае ИСМП у оперированных больных врач-эпидемиолог информирует органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

8. Поскольку внутрибольничные инфекции развиваются и выявляются не только во время пребывания больного в стационаре, но и после выписки или перевода в другой стационар и характеризуются многообразием клинических проявлений, организация сбора информации осуществляется не только в стационарах, но и в других лечебных организациях. Все эти лечебные организации должны оперативно

сообщать в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и в стационар, в котором проводилась операция, об установленном диагнозе ИСМП у оперированного пациента.

9. Врач-эпидемиолог лечебной организации совместно с заведующими структурными подразделениями проводит активное выявление ИСМП путем проспективного наблюдения, оперативного и ретроспективного анализа.

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Программа
производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

1. Наименование учреждения: государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

2. Юридический адрес объекта: 440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 28.

3. Фактический адрес, телефон: 440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 28Б, ул. Лермонтова, 30; 440052, г. Пенза, ул. Тамбовская/Богданова, 32/53А (поликлиника), тел. (8412)54-86-00, факс (8412)54-85-34

4. ФИО руководителя: главный врач – Никишин Александр Викторович.

5. Виды осуществляемой деятельности: медицинская деятельность, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь; фармацевтическая деятельность; деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

6. Количество работающих всего – 2027 человек, из них относятся к декретированному контингенту – 102 человека, работающих с источниками ионизирующего излучения – 155 человек, относятся к группе риска по работе с кровью – 1254 человека.

7. Лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-58-01-002198 от 29.12.2018 на срок – бессрочно; лицензия на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров № ЛО-58-03-000024 от 10.07.2013 на срок – бессрочно; лицензия на фармацевтическую деятельность ЛО-58-02-001191 от 12.09.2016 на срок – бессрочно.

8. Санитарно-эпидемиологическое заключение № 58.02.02.000. М. 000357.11.14 от 20.11.2014 о соответствии санитарным правилам видов медицинской деятельности выдано управлением Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пензенской области.

9. Ответственным лицом за выполнение настоящей Программы производственного контроля является: главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – Никишин Александр Викторович, тел. 54-86-00.

1. Общие положения

1. Настоящая Программа производственного контроля государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – программа) определяет порядок организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и предусматривает обязанности учреждения и его работников по выполнению этих требований.

2. Программа направлена на выполнение требований санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний и санитарно-эпидемиологических заключений должностных лиц органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор путем разработки и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечения безопасности для здоровья человека оказываемых услуг, осуществления производственного контроля, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарных правил и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при оказании услуг.

3. Целью производственного контроля является обеспечение безопасности и безвредности для человека и среды обитания вредного влияния объектов производственного контроля путем должного выполнения санитарных правил, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, организации и осуществления контроля за их соблюдением.

4. Объектами производственного контроля являются производственные, общественные помещения, здания, сооружения, санитарно-защитные зоны, зоны санитарной охраны, оборудование, транспорт, технологическое оборудование, технологические процессы, рабочие места, используемые для оказания услуг, а также отходы производства и потребления.

5. Производственный контроль включает:

а) наличие официально изданных санитарных правил, методов и методик контроля факторов среды обитания в соответствии с осуществляемой деятельностью;

б) осуществление (организацию) лабораторных исследований и испытаний в случаях, установленных санитарными правилами и другими государственными санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами;

в) организацию медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации работников;

г) контроль за наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, иных документов, подтверждающих качество, безопасность оказываемых медицинских и иных услуг;

д) обоснование безопасности для человека и окружающей среды новых видов услуг и технологии их оказания, критериев безопасности и (или) безвредности факторов производственной и окружающей среды и разработка методов контроля, в том числе в процессе оказания услуг;

е) ведение учета и отчетности, установленной действующим законодательством по вопросам, связанным с осуществлением производственного контроля;

ж) своевременное информирование населения, органов местного самоуправления, органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации об аварийных ситуациях, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;

з) визуальный контроль специально уполномоченными работниками учреждения за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарных правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

6. Настоящая программа разработана в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в соответствии с положениями которого отсутствие или не должное осуществление производственного контроля, согласно утвержденной и согласованной программе, является основанием для принятия мер, вплоть до закрытия, со стороны учреждений Госсанэпиднадзора.

7. Настоящая программа устанавливает систему контроля ответственного лица, осуществляющего производственный контроль.

8. Для осуществления производственного контроля (ПК) назначаются ответственные лица. Ответственный за производственный контроль при использовании рентгеновского оборудования и радиационную безопасность должен иметь специальную подготовку, владеть методиками измерений и методами контроля в объеме, необходимом для выполнения своих функций, быть допущен к работе с ИИИ и включен в список персонала группы «А» облучаемых лиц. Приказ от 06.07.2016 № 88 «О назначении ответственных лиц за радиационную безопасность, учет и хранение рентгеновских аппаратов, производственный радиационный контроль в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

9. Ответственный за ПК должен повышать свою квалификацию в соответствии с нормативными документами один раз в пять лет и ежегодно проходить проверку знаний правил безопасности работ и личной гигиены.

10. Ответственный за ПК учитывает свою работу в журналах, протоколах и других формах учетной документации, утвержденной в установленном порядке.

11. Программа подлежит пересмотру не реже одного раза в три года, необходимые изменения, дополнения в программу вносятся при изменении (дополнении) вида деятельности, других существенных изменениях деятельности учреждения, влияющих на санитарно-эпидемиологическую обстановку и (либо) создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, а также при изменении требований норм и правил санитарно-противоэпидемического режима.

2. Нормативные документы

- 2.1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
- 2.2. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов».
- 2.3. Федеральный закон от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».
- 2.4. Федеральный закон от 28.12.2013 № 426 «О специальной оценке условий труда».
- 2.5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.6. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
- 2.7. Федеральный закон от 09.01.1996 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения».
- 2.8. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».
- 2.9. Технический регламент ТС «О безопасности молока и молочной продукции» (ТР ТС 033/2013) (принят Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 09.10.2013 № 67).
- 2.10. СП 1.1.1058-01. «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
- 2.11. Письмо Роспотребнадзора от 13.04.2009 № 01/4801-9-32 «О типовых программах производственного контроля».
- 2.12. СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».
- 2.13. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
- 2.14. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
- 2.15. СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III–IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней».
- 2.16. СП 1.2.1318-03 «Порядок выдачи санитарно-эпидемиологического заключения о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека I–IV групп патогенности (опасности), генно-инженерно-модифицированными микроорганизмами, ядами биологического происхождения и гельминтами», утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 30.04.2003 № 85.
- 2.17. СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации».
- 2.18. СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней».
- 2.19. СНиП 2.08.02-89 «Общественные здания и сооружения».
- 2.20. ГОСТ 12.0.003-2015 «Система стандартов безопасности труда. Опасные и вредные производственные факторы. Классификация».
- 2.21. ГОСТ 12.2.007.0-75 «Система стандартов безопасности труда. Изделия электротехнические. Общие требования безопасности».
- 2.22. ГОСТ 12.1.001-89 «Система стандартов безопасности труда. Ультразвук. Общие требования безопасности».
- 2.23. Приказ Минздрава СССР от 30.12.1980 № 1348 «Операционные блоки. Правила эксплуатации, техники безопасности и производственной санитарии».
- 2.24. ОСТ 42-21-16-86 Система стандартов безопасности труда (ССБТ) «Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности» от 04.11.1986.
- 2.25. СН 2.2.4/2.1.8.583-96 «Инфразвук на рабочих местах, в жилых и общественных помещениях и на территории жилой застройки».
- 2.26. ГН 2.2.5.1313-03 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) вредных веществ в воздухе рабочей зоны».
- 2.27. Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях», утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ 04.03.2004.

- 2.28. Инструкция Минздрава России по эксплуатации и контролю эффективности вентиляционных устройств на объектах здравоохранения от 20.03.1975 № 1231-75.
- 2.29. СанПиН 2.2.4/2.1.8.582-96 «Гигиенические требования при работах с источниками воздушного и контрастного ультразвука промышленного, бытового и медицинского назначения».
- 2.30. СанПиН 2.2.2/2.4.2620-10 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работ».
- 2.31. СанПиН 2.2.4.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений».
- 2.32. СанПиН 2.2.1/2.1.1.2585-10 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».
- 2.33. Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».
- 2.34. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52539-2006 «Чистота воздуха в лечебных учреждениях. Общие требования».
- 2.35. СанПиН 2.2.4.1294-03 «Гигиенические требования к аэроионному составу воздуха производственных и общественных помещений».
- 2.36. МУ 4.3.1517-03 «Санитарно-эпидемиологическая оценка и эксплуатация аэроионирующего оборудования».
- 2.37. СН 2.2.4/2.1.8.566-96 «Производственная вибрация, вибрация в помещениях жилых и общественных зданий».
- 2.38. СН 2.2.4/2.1.8.562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки».
- 2.39. СанПиН 2.2.0.555-96 «Гигиенические требования к условиям труда женщин».
- 2.40. СанПиН 2.2.4.1329-03 «Требования по защите персонала от воздействия импульсных электромагнитных полей».
- 2.41. Санитарные нормы и правила устройства и эксплуатации лазеров. Утверждены главным государственным санитарным врачом СССР 31.07.1991 № 5804-91.
-
- 2.42. СанПиН 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований».
- 2.43. СП 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности» (ОСПОРБ-99/2010).
- 2.44. СанПиН 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности» (НРБ-99/2009).
- 2.45. МУ 2.6.1.2944-11 «Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских рентгенологических исследований», утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ 19.07.2011.
- 2.46. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
- 2.47. Приказ Минздрава России от 10.11.2002 № 344 «О государственной регистрации дезинфицирующих, дезинсекционных и дератизационных средств для применения в быту, в лечебно-профилактических учреждениях и на других объектах для обеспечения безопасности и здоровья людей».
- 2.48. ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы», утв. приказом Минздрава СССР от 10.06.1985 № 770.
- 2.49. МУ №-287-113 «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения», утв. Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава России 30.12.1998.
- 2.50. Методические указания по микробиологическому контролю в аптеках, утв. Минздравом СССР от 29.12.1984 № 3182-84.
- 2.51. МУ 15/6-5 «Методические указания по контролю работы паровых и воздушных стерилизаторов», утв. Минздравом СССР 28.02.1991.
- 2.52. МУК 4.2.1035-01 «Контроль дезинфекционных камер», утв. главным государственным санитарным врачом РФ 23.05.2001.
- 2.53. Инструкция по дезинфекции и дезинсекции в паровоздушно-формалиновых, паровых и комбинированных дезинфекционных камерах. Госкомсанэпиднадзор РФ, 1996 г.
- 2.54. СП 3.5.3.3223-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий».

2.55. СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих».

2.56. СанПиН 3.5.2.3472-17 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий в борьбе с членистоногими, имеющими эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение».

2.57. СП 2.3.6.1079-01 (с изменениями и дополнениями от 31.03.2001) «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».

2.58. СанПиН 2.3.2.1078-01 «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов».

2.59. Приказ Минздрава России от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».

2.60. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции».

2.61. СанПиН 2.3.21324-03 «Гигиенические требования к срокам и условиям хранения пищевых продуктов».

2.62. СанПиН 2.1.4.1116-02 «О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости. Контроль качества».

2.63. ГОСТ Р 52556-2006 «Вода для гемодиализа».

2.64. СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.02.2008 № 14.

2.65. СанПиН 2.1.2.2646-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию и режиму работы прачечных».

2.66. Методические указания МУ 3.5.736-99 «Технология обработки белья в медицинских учреждениях», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ 16.03.1999.

2.67. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

3. Сотрудники декретированной группы, подлежащие предварительным и периодическим медицинским осмотрам и профессиональной гигиенической подготовке

3.1. Декретированный контингент

№ п/п	ФИО сотрудника	Занимаемая должность	№ личной медицинской книжки
Служба питания			
1.	Смирнов В.В.	Начальник службы питания	3116590
2.	Воробьева Н.Н.	Шеф-повар	3240527
3.	Коршунов М.А.	Повар	3417794
4.	Тимохина Н.В.	Повар	27698005
5.	Мазина Т.Г.	Повар	35187783
6.	Мельникова Т.М.	Повар	30348466
7.	Галкина Л.В.	Повар	4478427
8.	Молокова О.Н.	Повар	4484951
9.	Малаев Г.О.	Повар	3561875
10.	Бондаренко Л.И.	Повар	4478403
11.	Макарова С.А.	Повар	4478411
12.	Малинин Р.Е.	Повар	3412738
13.	Киреева Я.С.	Повар	39113541
14.	Киреева О.А.	Кух. работник	17743112
15.	Пушкарева В.В.	Кух. работник	36790906
16.	Панкратова Л.А.	Кух. работник	3407514
17.	Фадеева Л.И.	Кух. работник	31569148

18.	Коньшина О.Ю.	Кух. работник	23759832
19.	Чистякова Т.П.	Кух. работник	37866837
20.	Кузнецова М.А.	Кух. работник	9570980
21.	Забирова В.А.	Кух. работник	19874020
22.	Уморина Э.Т.	Кух. работник	37701571
23.	Дасаева М.Ю.	Кух. работник	23717138
24.	Чупрунова С.А.	Кух. работник	30653794
25.	Фадеев М.А.	Подс. рабочий	3240362
26.	Елин Д.А.	Подс. рабочий	33387339
27.	Пронин Д.М.	Подс. рабочий	3353976
28.	Орешкин В.Г.	Подс. рабочий	3240690
29.	Андреев В.В.	Подс. рабочий	36174427
30.	Кутина В.Н.	Кладовщик	29214479
31.	Кулишова Л.А.	Кладовщик	27698344
32.	Шмырева Л.А.	Зав. складом	292144850
Общебольничный персонал			
33.	Туишева Д.М.	Врач-диетолог	33529515
34.	Богословская И.А.	Диет-сестра	4478176
35.	Алиева М.Ш.	Диет-сестра	3407532
36.	Теребилкина Н.Т.	Диет-сестра	33528204
37.	Дудникова Е.Ю.	Ст. диет-сестра	13750013
Административно-хозяйственный персонал			
38.	Талышева О.Н.	Буфетчица	28416343
39.	Савочкина А.К.	Буфетчица	3412200
40.	Фадина Т.А.	Буфетчица	27693091
41.	Лебедева С.Е.	Буфетчица	33522446
42.	Соколова Г.В.	Буфетчица	33528223
43.	Павлова Р.И.	Буфетчица	30348363
44.	Рыбакова Т.И.	Буфетчица	33866607
45.	Новикова И.В.	Буфетчица	33866777
46.	Фролова Г.А.	Буфетчица	36172991
47.	Блинова Л.С.	Буфетчица	37700979
48.	Юскаева Е.А.	Буфетчица	33389680
49.	Титулина Е.М.	Буфетчица	3552756
50.	Ярочкина Ю.Н.	Буфетчица	30653651
51.	Назаренко В.И.	Буфетчица	15384023
52.	Шмидт Н.Н.	Буфетчица	28912738
53.	Власова Х.С.	Буфетчица	4107554
54.	Монахова Т.А.	Буфетчица	16972990
55.	Игнатова Е.Е.	Буфетчица	37701009
56.	Механошина Н.Б.	Буфетчица	7465905
57.	Шурупова А.А.	Буфетчица	1025977
58.	Колдашова И.А.	Буфетчица	39114352
59.	Курышова А.А.	Буфетчица	4409748
60.	Кострикова Л.Д.	Буфетчица	28912673
61.	Бояринова Т.В.	Буфетчица	18009320
62.	Васина Л.П.	Буфетчица	8613287

63.	Коровкина Е.Е.	Буфетчица	3243927
64.	Хлапушина С.В.	Буфетчица	29214707
65.	Терина Е.Н.	Буфетчица	15441819
66.	Полканова А.В.	Буфетчица	33866681
67.	Савчикова Г.И.	Буфетчица	0933439
68.	Чернова Н.А.	Буфетчица	33868951
69.	Легаева А.С.	Буфетчица	3552931
70.	Трегубова А.И.	Буфетчица	31559081
Перинатальный центр			
71.	Вольнова Т.И.	Буфетчица	28844614
72.	Гаврилец Н.К.	Буфетчица	27698682
73.	Зиновьева Л.Б.	Буфетчица	36623344
74.	Власова Л.А.	Буфетчица	3240232
75.	Шалкина Н.Н.	Буфетчица	36172946
76.	Склемина Е.А.	Буфетчица	33528228
77.	Паршина М.А.	Буфетчица	23713670
78.	Жорнова Е.Ю.	Буфетчица	33387396
79.	Галактионова Л.И.	Буфетчица	3417348
Аптека			
80.	Палиенко Л.В.	Зав. аптекой	4107451
81.	Кальнобрицкая И.В.	Ст. фармацевт	4107462
82.	Барышникова Е.А.	Провизор-аналитик	4107454
83.	Белова М.В.	Провизор-технолог	3562750
84.	Калабина М.Б.	Фармацевт	4107461
85.	Куликова Е.Н.	Провизор-технолог	4107463
86.	Гладкова М.А.	Фармацевт	4107456
87.	Горюнова С.А.	Фармацевт	4107458
88.	Гусева Н.Н.	Мойщик посуды	29743723
89.	Зинина Е.Н.	Фармацевт	19684150
90.	Котломина О.И.	Мойщик посуды	4107472
91.	Мамонова С.А.	Мойщик посуды	4107460
92.	Модаркина О.А.	Фармацевт	4107459
93.	Моисеева Т.В.	Фармацевт	4107464
94.	Орешкина О.Н.	Фармацевт	4107466
95.	Сащенкова Е.М.	Фармацевт	32170377
96.	Селиверстова Л.А.	Фармацевт	4107467
97.	Сергеева В.В.	Фармацевт	4107468
98.	Согомонян И.А.	Фармацевт	3778523
99.	Стульникова Е.О.	Фармацевт	4107469
100.	Трибельская Е.И.	Фармацевт	4107470
101.	Чуватова Л.В.	Фармацевт	36791405
102.	Яроцкая М.Н.	Фармацевт	29743461

П р и м е ч а н и е. Личные медицинские книжки сотрудников должны иметь установленный бланк и выданы в соответствии с приказом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20.05.2005 № 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте».

3.2. Сотрудники, работающие с источниками ионизирующего излучения

№ п/п	ФИО	Должность
Группа радиационного контроля		
1.	Слепокуров Алексей Евгеньевич	Инженер ГРК
Отделение лучевой диагностики		
2.	Ротачева Людмила Петровна	Врач-рентгенолог
3.	Курамшина Галина Ивановна	Врач-рентгенолог
4.	Алексеева Елена Анатольевна	Врач-рентгенолог
5.	Герасимова Наталья Леонидовна	Врач-рентгенолог
6.	Потапова Юлия Сергеевна	Врач-рентгенолог
7.	Егоров Станислав Олегович	Врач-рентгенолог
8.	Тургенева Ирина Сергеевна	Зав. отд., врач-рентгенолог
9.	Донецкая Наталия Александровна	Врач-рентгенолог
10.	Дерина Галина Викторовна	Рентгенолаборант
11.	Фомина Яна Анатольевна	Рентгенолаборант
12.	Коновалова Валентина Ивановна	Рентгенолаборант
13.	Козлова Ольга Викторовна	Рентгенолаборант
14.	Гусева Ирина Владимировна	Рентгенолаборант
15.	Коновалова Елена Сергеевна	Рентгенолаборант
16.	Базанова Татьяна Петровна	Ст. рентгенолаборант
17.	Кочемазова Светлана Сергеевна	Рентгенолаборант
18.	Дергунова Людмила Ивановна	Рентгенолаборант
19.	Секачева Людмила Викторовна	Рентгенолаборант
20.	Солдатова Елена Александровна	Рентгенолаборант
21.	Блохина Людмила Николаевна	Рентгенолаборант
22.	Максимова Татьяна Владимировна	Рентгенолаборант
23.	Муськин Ильдар Илгизович	Рентгенолаборант
24.	Шаркаев Руслан Ряисович	Рентгенолаборант
25.	Фадина Надежда Вениаминовна	Рентгенолаборант
26.	Лазарева Раиса Гарегиновна	Рентгенолаборант
27.	Болотова Наталья Анатольевна	Уборщица
28.	Алемайкина Любовь Николаевна	Уборщица
29.	Викторова Ксения Дмитриевна	Уборщица
30.	Беллер Светлана Геннадьевна	Уборщица
31.	Двойнева Светлана Николаевна	Уборщица
32.	Филатова Нина Михайловна	Уборщица
33.	Палькова Наталья Николаевна	Уборщица
34.	Сретенская Екатерина Анатольевна	Врач-рентгенолог
35.	Стерлядкин Сергей Вениаминович	Врач-рентгенолог
36.	Лукьянов Владимир Владимирович	Врач-рентгенолог
37.	Артанов Валерий Иванович	Врач-рентгенолог
38.	Солдатова Екатерина Владимировна	Врач-рентгенолог
39.	Мнацаканян Антон Арменович	Врач-рентгенолог
40.	Пучкова Анна Александровна	Врач-рентгенолог
41.	Семёнова Светлана Игоревна	Врач-рентгенолог
42.	Жаркова Алла Юрьевна	Врач-рентгенолог
43.	Шепелев Алексей Владимирович	Врач-рентгенолог

44.	Апоян Давид Сасунович	Врач-рентгенолог
45.	Рыжов Александр Викторович	Врач-рентгенолог
46.	Крутова Ирина Георгиевна	Рентгенолаборант
47.	Митина Раиса Ивановна	Рентгенолаборант
48.	Олейник Светлана Юрьевна	Рентгенолаборант
49.	Ковтыков Вячеслав Васильевич	Рентгенолаборант
50.	Старшинова Валентина Владимировна	Рентгенолаборант
51.	Гафурова Феруза Шамиловна	Рентгенолаборант
52.	Сухобрус Наталья Вячеславовна	Рентгенолаборант
53.	Шлеина Ирина Евгеньевна	Рентгенолаборант
54.	Беленко Александр Александрович	Рентгенолаборант
55.	Столяров Антон Анатольевич	Врач-рентгенолог
56.	Вдовкин Александр Валентинович	Врач-рентгенолог
57.	Артемова Елена Васильевна	Уборщица
58.	Лубшева Светлана Викторовна	Рентгенолаборант
59.	Ратникова Наталия Николаевна	Рентгенолаборант
60.	Железнова Ольга Валерьевна	Рентгенолаборант
61.	Тарасова Татьяна Алексеевна	Рентгенолаборант
62.	Панина Наталья Германовна	Рентгенолаборант
63.	Пантюхина Ирина Борисовна	Рентгенолаборант
64.	Мельникова Екатерина Анатольевна	Рентгенолаборант
65.	Янгаев Риян Рафикович	Рентгенолаборант
66.	Табелова Ирина Игоревна	Рентгенолаборант
67.	Николаева Татьяна Николаевна	Врач-рентгенолог
Отделение анестезиологии-реанимации № 1		
68.	Юцмюц Алексей Адольфович	Заведующий отделением, врач-реаниматолог
69.	Агеев Юрий Александрович	Врач анестезиолог-реаниматолог
70.	Быстров Дмитрий Евгеньевич	Врач анестезиолог-реаниматолог
71.	Белов Святослав Васильевич	Врач анестезиолог-реаниматолог
72.	Вдовин Валерий Герасимович	Врач анестезиолог-реаниматолог
73.	Галкин Владимир Иванович	Врач анестезиолог-реаниматолог
74.	Калашников Анатолий Александрович	Врач анестезиолог-реаниматолог
75.	Сусарев Владимир Иванович	Врач анестезиолог-реаниматолог
76.	Стукалова Алла Александровна	Врач анестезиолог-реаниматолог
77.	Петров Александр Владимирович	Врач анестезиолог-реаниматолог
78.	Трифопова Евгения Анатольевна	Врач анестезиолог-реаниматолог
79.	Умнов Николай Петрович	Врач анестезиолог-реаниматолог
80.	Шелковская Людмила Юрьевна	Врач анестезиолог-реаниматолог
81.	Душаева Лариса Васильевна	Старшая медицинская сестра
82.	Авдеева Светлана Вячеславовна	Медицинская сестра анестезист
83.	Акудович Наталья Юрьевна	Медицинская сестра анестезист
84.	Алмакаева Гольгия Ислямовна	Медицинская сестра анестезист
85.	Евстегнеева Анастасия Юрьевна	Медицинская сестра анестезист
86.	Евстифеева Ольга Александровна	Медицинская сестра анестезист
87.	Жукова Екатерина Михайловна	Медицинская сестра анестезист
88.	Землянова Татьяна Николаевна	Медицинская сестра анестезист

89.	Кленкова Танзиля Шамильевна	Медицинская сестра анестезист
90.	Кожевникова Надежда Николаевна	Медицинская сестра анестезист
91.	Конихина Елена Викторовна	Медицинская сестра анестезист
92.	Кукушкина Елена Викторовна	Медицинская сестра анестезист
93.	Морозова Гульнара Эдуардовна	Медицинская сестра анестезист
94.	Макеева Ирина Петровна	Медицинская сестра анестезист
95.	Остапенко Наталья Владимировна	Медицинская сестра анестезист
96.	Панкратова Наталья Александровна	Медицинская сестра анестезист
97.	Тихонова Наталья Анатольевна	Медицинская сестра анестезист
98.	Цибарева Светлана Юрьевна	Медицинская сестра анестезист
99.	Червякова Дарья Александровна	Медицинская сестра анестезист
100.	Мокий Татьяна Анатольевна	Медицинская сестра анестезист
101.	Шумова Наталья Александровна	Медицинская сестра анестезист
102.	Юртаева Мария Евгеньевна	Медицинская сестра анестезист
103.	Юртаева Надежда Николаевна	Медицинская сестра анестезист
Нейрохирургическое отделение		
104.	Рыбас Роман Владиславович	Заведующий отделением, врач-нейрохирург
105.	Железняков Алексей Леонидович	Врач-нейрохирург
106.	Зиновьев Павел Дмитриевич	Врач-нейрохирург
107.	Власов Руслан Борисович	Врач-нейрохирург
Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения		
108.	Федоров Илья Сергеевич	Врач по диагностике и лечению
109.	Баязетов Ринат Кязымович	Врач по диагностике и лечению
110.	Егин Кирилл Анатольевич	Врач по диагностике и лечению
111.	Пономарев Валерий Сергеевич	Врач по диагностике и лечению
112.	Батьков Иван Николаевич	Врач по диагностике и лечению
113.	Илясов Игорь Борисович	Врач по диагностике и лечению
114.	Соколов Алексей Ильясович	Заведующий отделением, врач по диагностике и лечению
115.	Рахматов Сергей Сергеевич	Врач по диагностике и лечению
116.	Янкова Галина Ивановна	Рентгенолаборант
117.	Чунова Наталья Алексеевна	Операционная мед. сестра
118.	Сусарева Татьяна Борисовна	Операционная мед. сестра
119.	Сёмина Татьяна Викторовна	Операционная мед. сестра
120.	Журавлева Оксана Сергеевна	Операционная мед. сестра
121.	Бикунова Яна Владимировна	Операционная мед. сестра
Отделение сосудистой хирургии		
122.	Михайлов Денис Валерьевич	Заведующий отделением, сердечно-сосуд. хирург
123.	Автамонов Владимир Альфредович	Врач-сердечно-сосудистый хирург
124.	Адаев Александр Юрьевич	Врач-сердечно-сосудистый хирург
125.	Бирюков Евгений Евгеньевич	Врач-сердечно-сосудистый хирург
126.	Чекашов Андрей Петрович	Врач-сердечно-сосудистый хирург
127.	Дебердеев Исмаил Юсифович	Врач-сердечно-сосудистый хирург
128.	Депутатов Сергей Александрович	Врач-сердечно-сосудистый хирург
129.	Илларионов Игорь Николаевич	Врач-сердечно-сосудистый хирург
130.	Лукьянов Александр Евгеньевич	Врач-сердечно-сосудистый хирург

Отделение травматологии и ортопедии		
131.	Кибиткин Андрей Станиславович	Заведующий отделением, врач-травматолог
132.	Девин Игорь Владимирович	Врач травматолог-ортопед
133.	Абдуллаев Арслан Кудратович	Врач травматолог-ортопед
134.	Салех Хусам Мухамедович	Врач травматолог-ортопед
135.	Сергеев Евгений Александрович	Врач травматолог-ортопед
136.	Иванчин Александр Петрович	Врач травматолог-ортопед
137.	Мальчовецкий Артём Станиславович	Врач травматолог-ортопед
138.	Журавкова Оксана Александровна	Врач травматолог-ортопед
Урологическое отделение		
139.	Миронов Михаил Анатольевич	Заведующий отделением, врач-уролог
140.	Горин Вячеслав Викторович	Врач-уролог
141.	Белоусов Дмитрий Сергеевич	Врач-уролог
142.	Малахов Дмитрий Андреевич	Врач-уролог
143.	Сподорец Александр Юрьевич	Врач-уролог
144.	Стрючков Станислав Владимирович	Врач-уролог
145.	Галкин Алексей Викторович	Врач-уролог
146.	Ивлиева Оксана Николаевна	Операционная медицинская сестра
147.	Белик Олеся Михайловна	Операционная медицинская сестра
148.	Рехмитулина Гюльджиган Хайрулловна	Медицинская сестра палатная
149.	Ринкевич Светлана Викторовна	Сестра-хозяйка
Эндоскопическое отделение		
150.	Эрдели Игорь Владимирович	Зав. отделением, врач-эндоскопист
151.	Медунов Михаил Анатольевич	Врач-эндоскопист
152.	Агишева Хавва Фяттяховна	Медицинская сестра
153.	Терешина Анастасия Ивановна	Медицинская сестра
154.	Тихонова Татьяна Алексеевна	Медицинская сестра
155.	Кочетова Лариса Александровна	Медицинская сестра

4. Контингенты медработников, относящихся к группе «риска» при работе с кровью и подлежащие вакцинации против вирусного гепатита В

№ п/п	Контингенты медработников	Количество человек
1.	Медперсонал из группы риска, всего:	1254
2.	В т.ч. персонал клинико-диагностических лабораторий	70
3.	Персонал службы крови	5
4.	Персонал гемодиализа, гемосорбции и плазмафереза, сосудистого отделения и торакальной хирургии	72
5.	Персонал анестезиологического и реанимационного отделений	140
6.	Персонал хирургических отделений	283
7.	Персонал стоматологических отделений	22
8.	Персонал гинекологического отделения	44
9.	Персонал гастроэнтерологического отделения	28
10.	Прочий персонал – терапия, эндоскопия, поликлиника	318
11.	Персонал перинатального центра	272

**5. Контроль за соблюдением санитарных правил и выполнением
санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий
в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

5.1. Допустимые уровни нормируемых показателей за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

№ п/п	Нормируемые факторы и показатели	Допустимые уровни	НД
1	2	3	5
1.	Санитарно-микробиологические показатели		
1.1.	Общее количество микроорганизмов в 1 м ³ воздуха (КОЕ/м ³) Операционные, стерилизационные	– до начала работы не более 200 – во время работы не более 500	СанПиН 2.1.3.2630-10
	Процедурные, перевязочные, предоперационные, палаты реанимации, помещения КДЛ и бак. лаб., фасовочные в аптеке	– до начала работы не более 500 – во время работы не более 750	
1.2.	Количество колоний St.aureus в 1 м ³ воздуха (КОЕ м ³)	Не должно быть	СанПиН 2.1.3.2630-10
1.3.	Количество плесневых и дрожжевых грибов в 1 дм ³ воздуха	Не должно быть	СанПиН 2.1.3.2630-10
1.4.	Исследования инструментария и вспомогательно-го материала на стерильность	Отсутствие роста вегета- тивных и спорообразу- ющих форм	СанПиН 2.1.3.2630-10
1.5.	Контроль эффективности работы стерилизующей аппаратуры (бактериологические тесты)	Отсутствие роста споро- образующих форм	Отраслевой стандарт 42-21-2-85
1.6.	Смывы с объектов окружающей среды на каче-ство текущей дезинфекции	Не более 2 % положитель- ных	Отраслевой стандарт 42-21-2-85
1.7.	Вода для гемодиализа	ОМЧ – менее 100 КОЭ/см ³ ; содержание эндотоксинов – менее 0,25 ЕЭ/см ³	ГОСТ Р52556-2006
2.	Санитарно-токсикологические исследования:		
	Формальдегид (мг/м ³)	0,5	РД 52.04.186-89
2.1.	Массовая концентрация химических веществ в воде для гемодиализа не более мг/дм ³ :		ГОСТ Р 52556-2006
	Алюминия	0,01	ГОСТ Р 51309

	Сурьмы	0,006	ГОСТ Р 51309
	Мышьяка	0,005	ГОСТ Р 51309
	Бария	0,1	ГОСТ Р 51309
	Бериллия	0,0004	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 18294
	Кадмия	0,001	ГОСТ Р 51309
	Кальция	2,0	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 23268.5
	Хлорамина	0,1	ГОСТ 18190
	Хрома	0,014	ГОСТ Р 51309
	Меди	0,1	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 4388
	Цианидов	0,02	ГОСТ Р 51680
	Фторидов	0,2	ГОСТ 4386
	Свободного остаточного хлора	0,5	ГОСТ 18190
	Свинца	0,005	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 18293
	Магния	2,0	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 23268.5
	Ртуту	0,0002	ГОСТ Р 51212
	Нитратов	2,0	ГОСТ 18826
	Калия	2,0	ГОСТ 23268.7 или ГОСТ Р 51309
	Селена	0,09	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 19413
	Серебра	0,005	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 18293
	Натрия	50	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 23268.6
	Сульфатов	100	ГОСТ 4389
	Олова	0,1	ГОСТ Р 51309
	Цинка	0,1	ГОСТ Р 51309 или ГОСТ 18293
	Удельная электрическая проводимость, мкСм/м, не более	0,5	ГОСТ 6709
3.	Параметры микроклимата в помещениях постоянного пребывания сотрудников		
3.1.	Температура (°С): – холодный и переходный сезоны (среднесуточная температура наружного воздуха +1°С и ниже); – теплый сезон (среднесуточная температура наружного воздуха +10°С и выше)	18–23 21–25	СанПиН 2.1.3.2630-10
3.2.	Относительная влажность (%)	60–40	
3.3.	Скорость движения воздуха (м/с)	0,2	СанПиН 2.1.3.2630-10
4.	Искусственным освещением (ЛК) при общем освещении:		СанПиН 2.1.3.2630-10 ГОСТ 24940-96
	Палатные отделения Палаты отделений для взрослых	100	
	Палаты: детских отделений, для новорожденных;	200	

интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка	
Процедурные, манипуляционные	500
Посты медсестер	300
Операционный блок, реанимационный зал, перевязочные, родовые отделения, операционная	500
Родовая, диализационная, реанимационные залы, перевязочные	500
Предоперационная	300
Отделения консультативного приема, кабинеты диагностики и лечения	200
Регистратуры, диспетчерские	
Кабинеты хирургов, акушеров, гинекологов, травматологов, педиатров, инфекционистов, дерматологов, аллергологов, стоматологов; смотровые	500
Кабинеты приема врачей других специальностей, фельдшеров (кроме приведенных выше)	300
Темные комнаты офтальмологов	20
Кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии	300
Процедурные эндоскопических кабинетов	300
Процедурные рентгенодиагностики	50
Процедурные радиологической диагностики и терапии	400
Кабинеты массажа, лечебной физкультуры, тренажерные залы	200
Лаборатории медицинских учреждений Помещения приема, выдачи и регистрации анализов, весовые, средоварные, помещения для окраски проб, центрифужные	200
Лаборатории проведения анализов, кабинеты серологических исследований, колориметрические	500
Препараторские, лаборантские общеклинических, гематологических, биохимических бактериологических, гистологических и цитологических лабораторий, кабинеты взятия проб, коагулографии, фотометрии	300
Моечные лабораторной посуды, термостатная	200
Аптеки Ассистентская, асептическая, аналитическая, фасовочная, заготовочная концентратов и полуфабрикатов, контрольно-маркировочная	500
Моечные	200
Помещения хранения лекарственных и перевязочных средств, посуды	100
Помещение хранения кислот, дезинфекционных средств, горючих и легковоспламеняющихся жидкостей	75
Стерилизационные и дезинфекционные помещения. Стерилизационная-автоклавная, помещение приема и хранения материалов	200
Помещение подготовки инструментов	200

5.2. Виды контроля и кратность их проведения

№ п/п	Объект контроля (исследования, исследуемый материал)	Определяемые показатели	Периодичность контроля	Лица, проводящие производственный контроль	Нормативная документация	Ответственное лицо
Производственные помещения						
1.	Вентиляция	Исследования эффективности работы общей и местной вентиляции и её технической исправности	1 раз в год и после реконструкции, модернизации	Начальник службы по вентиляции и кондиционированию воздуха	СанПиН 2.1.3.2630-10	Директор
	Централизованные системы кондиционирования и увлажнения воздуха, системы горячего и холодного водоснабжения	Микробиологический мониторинг на наличие легионелл	2 раза в год	Начальник службы по вентиляции и кондиционированию воздуха	СанПиН 2.1.3.2630-10	Директор
2.	Микроклимат	Температура воздуха, относительная влажность воздуха, скорость движения воздуха	2 раза в год (лето-зима)	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СанПиН 2.1.3.2630-10 СанПиН 2.2.4.548-96	Специалист по ОТ
3.	Освещенность	Уровни естественной, искусственной освещенности, КЕО	1 раз в год	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СанПиН 2.2.1/2.1.1.127 8-03 СанПиН 2.1.3.2630-10	Специалист по ОТ
4.	Шум (от работающего оборудования, в т.ч. наружный шум)	Уровни звука и другие нормируемые показатели	При вводе в эксплуатацию и при реконструкции и	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СН 2.2.4/2.1.8.562 -96, Р 2.2.2006-05	Специалист по ОТ
5.	Вибрация	Нормируемые показатели	1 раз в год при наличии источников вибрации, реконструкции, изменении технологии, после ремонта, замены, модернизации	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СН 2.2.4/2.1.8.566 -96, Р 2.2.2006-05, ГОСТ 12.1.012-2004	Специалист по ОТ

			отдельных узлов, агрегатов			
6.	Контроль рабочих мест с ПЭВМ и периферийных устройств	Отрицательные и положительные аэроионы, температура воздуха, влажность воздуха, скорость движения воздуха Уровень шума, вибрация общая, совмещенная освещенность, яркость экрана, электрическая составляющая ЭМП, магнитная составляющая ЭМП, напряженность электростатического поля	1 раз в год	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03, СанПиН 2.2.2/2.4.2620-10, СанПиН 2.2.4.1294-03 СанПиН 2.2.4.3359-16 СН 2.2.4/2.1.8.566-96	Специалист по ОТ
7.	Контроль ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны в помещениях ЛПУ	Концентрация вредных веществ в воздухе рабочей зоны	1 раз в год	Аккредитованная лаборатория ФБУЗ ЦГиЭ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Специалист по ОТ
8.	Санитарно-техническое состояние производственных и подсобных помещений	Состояние отделки, инженерных сетей	1 раз в месяц	Начальник службы водопроводно-канализационной и отопления	СанПиН 2.1.3.2630-10	Главный инженер
9.	Санитарное содержание помещений	Соблюдение периодичности проведения генеральных уборок	1 раз в неделю в эпидемиологически значимых кабинетах, в остальных отделениях 1 раз в месяц	Старшая медсестра отделения	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом

		Соблюдение кратности протирки стекол в оконных рамах	1 раз в квартал	Старшая медсестра отделения	СанПиН 2.1.3.2630-10	Директор, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
10.	Химические средства для дезинфекции	Наличие гигиенических сертификатов (заключений) на право применения в ЛПУ, наличие методических указаний по применению	При получении каждой партии препаратов	Заведующий аптекой	СП 3.5.1378-03, ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Врач-эпидемиолог
		Определение расчетной потребности дезсредств, учет их получения и расхода	1 раз в год	Старшие медсестры отделений	-«-	Врач-эпидемиолог
		Определение концентрации АДВ в рабочих растворах дезсредств и соответствие концентрации	1 раз в месяц	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03; Письмо Роспотребнадзора от 13.04.2009 № 01/4801-9-32	Врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога
11	Бактерицидные облучатели	Контроль работы бактерицидных ламп. Регистрация времени работы бак. лампы	Ежедневно	Медсестры отделений	Руководство 3.5.1904-04	Начальник технического отдела
		Замена бактерицидных ламп	По истечении срока эксплуатации	Старшие медсестры отделений		
		Соблюдение техники безопасности: периодический инструктаж	1 раз в 6 месяцев	Заведующий отделением	Руководство 3.5.1904-04	Специалист по ОТ
		Измерение бактерицидной облученности и концентрации озона	При вводе в эксплуатацию и в дальнейшем 1 раз в 5 лет	Начальник технического отдела	Руководство 3.5.1904-04	Начальник технического отдела, специалист по ОТ
		Проведение замеров концен-	В случае обнаружения	Аккредитованные в	СанПиН 2.1.3.2630-10	Специалист по ОТ

		трации озона в воздухе обрабатываемых помещений при применении соответствующих установок	характерного запаха озона	установленном порядке организации		
12	Качество дератизационных работ	Изменение численности грызунов на объектах	1 раз в месяц	Специализированная организация	СП 3.5.3.3223-14	Директор, врач-эпидемиолог
13	Качество дезинсекционных работ	Изменение численности членистоногих, имеющих санитарно-гигиеническое значение	1 раз в месяц	Специализированная организация	МУ № 28-6/9, № 28-6/3, СанПиН 3.5.2.1376-03, СанПиН 3.5.2.541-96	Директор, врач-эпидемиолог
14	Качество воды для гемодиализа	Общее микробное число и содержание эндотоксинов	1 раз в месяц	Специализированная организация	ГОСТ Р 52556-2006	Заведующий нефрологическим центром, врач-эпидемиолог
		Содержание алюминия, кальция, хлорамина, хрома, меди, магния, калия, натрия свинца	1 раз в квартал			
		Содержание мышьяка, кадмия, бария, бериллия, фторидов, ртути, нитратов, селена, серебра, сульфатов, олова, цинка	1 раз в 6 месяцев			
Работа с персоналом						
15	Условия труда персонала	Наличие гардеробных для верхней одежды, шкафов для спецодежды, санузлов, душевых комнат, санитарных комнат, комнат персонала. Наличие специально выделенного времени для приема пищи, выдача спец. молока и соков	Согласно утв. графику обследования подразделений	Специалист по охране труда	Ст. 222, 223 ТК РФ, СанПиН 2.1.3.2630-10	Директор, главный инженер, специалист по ОТ

16	Организация медицинских осмотров	Наличие перечня профессий с вредными условиями труда и перечня вредных факторов, действующих в ЛПУ	1 раз в год	Врач-терапевт поликлиники	Приказ Минздрава России от 12.04.2011 № 302н	Заведующий поликлиникой
		Наличие списка контингента работников, подлежащих прохождению медицинских осмотров	1 раз в год	Специалист по ОТ	-«-	Роспотребнадзор
		Своевременность прохождения медосмотров	При поступлении на работу и с периодичностью, определенной для каждого вида профессий	Заведующий поликлиникой	-«-	Специалист по ОТ
		Наличие личных медицинских книжек у работников декретированных профессий	При поступлении на работу и при прохождении медосмотра	Доверенный врач, ст. диет-сестра		Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, заведующий аптекой, врач-эпидемиолог
		Своевременность прохождения гигиенического обучения и аттестации у декретированного контингента	1 раз в два года	ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» по договору		Начальник службы питания, заведующий аптекой, заведующий отд. лучевой диагностики
		Своевременная плановая иммунизация персонала против инфекционных заболеваний	В соответствии с календарем и планом профилактических прививок	Врач-терапевт	-«-	Заведующий поликлиникой, врач-эпидемиолог

Работа с медицинскими отходами						
17	Организация работы с медицинскими отходами	Сбор, хранение, удаление:		Специализированные организации, старшие сестры отделений, руководители структурных подразделений, служб	СанПиН 2.1.7.2790-10	Директор, главный инженер, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Отходы класса А: неопасные бытовые, пищевые, макулатура, смет, списанная мебель, рентгеновская пленка	Вывозятся с территории больницы ежедневно			
		Отходы класса Б и В: опасные биологические отходы, перевязочный материал, перчатки, одноразовый инструментарий, шприцы, иглы, системы, биологические жидкости	Жидкие биологические отходы и перевязочный материал после дезинфекции ежедневно утилизируются с территории больницы. Твердые отходы ежедневно удаляются из мест образования после дезинфекции по договору с перерабатывающими предприятиями, сдаются по мере накопления для утилизации			
		Отходы класса Г: дезинфицирующие и лекарственные средства с истекшим сроком годности, лампы дневного света, бактерицидные лампы, вышедшие из строя, термометры и др. ртутьсодержащая аппаратура	Собираются в помещении временного хранения и вывозятся по мере накопления по договору с перерабатывающими предприятиями			

5.3. Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и персонала.
Микробиологический контроль, контроль проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий

№ п/п	Объект контроля	Определяемые показатели	Периодичность контроля	Лицо, проводящее контроль	Нормативная документация	Ответственное лицо
1	Наличие химических средств для проведения дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации в отделениях и кабинетах	Наличие гигиенических сертификатов на право применения, наличие методических рекомендаций Содержание активностей веществ в препарате и соответствие концентрации рабочего раствора дезинфектанта заданной	При получении каждой партии При поступлении каждой партии	Заведующий аптекой Специализированная лаборатория либо использование экспресс-тестов (при наличии)	СанПиН 2.1.3.2630-10; приказ Минздрава России от 10.11.2002 № 344; приказ Минздрава СССР от 10.06.1985 № 770; Методические указания МУ-287-113 Минздрава России 30.12.1998	Врач-эпидемиолог, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
2	Обеспечение кожными антисептиками, моющими средствами	Определение расчётной потребности моющими и антисептическими средствами для рук	1 раз в квартал	Старшая сестра отделения	СанПиН 2.1.3.2630-10	Врач-эпидемиолог, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
3	Хирургические отделения (операционные, предоперационные, стерилизационные, комнаты хранения стерильных упаковок)	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, с кожи рук персонала и операционного поля, пробы воздуха	1 раз в месяц и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Материал на стерильность	1 раз в месяц	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод	1 раз в неделю выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль концентрации дезрастворов для ДВУ и стерилизации	Ежедневно	Лицо, проводившее обработку	СП 3.1.3263-15	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога
		Дезрастворы на чувствительность госпитальной флоры	1 раз в месяц 1 проба для текущей дезинфекции или генеральной уборки	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Качество ПСО (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно на многоразовый инструментарий <u>при децентрализованной обработке</u> 1 % от каждой партии изделий в каждом режиме кабинета, ежедневная фенолфталеиновая проба в режимных кабинетах при pH раствора более 8,5	Старшие медсестры	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
4	Аптека	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, дистиллированная вода на ОМЧ, пирогенность, грибы, коли-индекс	1 раз в квартал и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Материал на стерильность (стекло, пробки, салфетки, ватные тампоны)	1 раз в квартал по 5–6 образцов	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль работы стерилизующей аппаратуры с бактериальными тестами	2 раза в год каждый стерилизатор	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
5	Отделения реанимации и интенсивной терапии, комнаты хранения стерильных упаковок, послеродовые отделения, отделение новорожденных, палаты новорожденных, палаты совместного пребывания матери и ребёнка, послеродовые палаты	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, пеленочные тесты, пробы воздуха, материал на стерильность (инструменты, перевязочный материал)	1 раз в месяц и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Руки персонала и операционное поле	Контроль качества обработки рук персонала и операционного поля перед операцией и родами	1 раз в 10 дней	СанПиН 2.1.3.2630-10	Врач-бактериолог
		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод	1 раз в месяц выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль концентрации дезрастворов для ДВУ и стерилизации	Ежедневно	Лицо, проводившее обработку	СП 3.1.3263-15	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога

		Дезрастворы на чувствительность госпитальной флоры	1 раз в месяц 1 проба для текущей дезинфекции или генеральной уборки	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Качество ПСО (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно на многоразовый инструментарий при децентрализованной обработке инструментария 1 % от каждой партии изделий в каждом режиме кабинета, ежедневная фенолфталеиновая проба в режимных кабинетах при pH раствора более 8,5	Старшие медсестры	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
6	Операционный блок, родовые залы	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, пробы воздуха, стерильность	1 раз в месяц и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Руки персонала и операционное поле	Контроль качества обработки рук персонала и операционного поля перед операцией и родами	1 раз в 10 дней	СанПиН 2.1.3.2630-10	Врач-бактериолог
		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод	1 раз в месяц выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Контроль концентрации дезрастворов для ДВУ и стерилизации	Ежедневно	Лицо, проводившее обработку	СП 3.1.3263-15	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога
		Дезрастворы на чувствительность госпитальной флоры	1 раз в месяц 1 проба для текущей дезинфекции или генеральной уборки	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Качество ПСО (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно на многоразовый инвентарий	Старшие медсестры	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль работы стерилизующей аппаратуры	Химический контроль с помощью тестов в каждой упаковке в каждую закладку	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
			Бактериологический 2 раза в год	Бак. лаборатория ЛПУ	СП 1.3.2322-08, п. 2.2.14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
			В каждом случае	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль после монтажа и ремонта аппарата: технический контроль, профилактический технический осмотр.				

7	ЦСО, стерилизационные, автоклавные	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, воздух. Материал на стерильность	1 раз в месяц и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод	1 раз в месяц выборочно	Старшая медсестра ЦСО, отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Дезрастворы на чувствительность госпитальной флоры	1 раз в месяц 1 проба для текущей дезинфекции или генеральной уборки	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Качество ПСО (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно на многоцветный инструментарий 1 % от каждой партии изделий каждого наименования и ежедневная фенолфталеиновая проба при pH раствора более 8,5	Старшая медсестра ЦСО	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
	Контроль работы стерилизующего оборудования в ЦСО, в аптеке, в операционных блоках, в отделении патологии новорожденных № 1 и	Нормы загрузки Контроль работы: физическим методом, химическим методом	Ежедневно каждую загрузку	Старшая медсестра отделения	Приказ Минздрава СССР от 10.06.1985 № 770; МУ-287-113; МУ № 15/6-5; СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

	№ 2, в молочном блоке перинатального центра, в кабинетах поликлиники	с бактериальными тестами (B. licheniformis – воздушная стерилизация, B. stea- rotermofilus – паровые стерилизаторы)	2 раза в год каждый стерилизатор (кол-во тестов из расчета объема стерилизатора)	Бак. лаборатория ЛПУ	СП 1.3.2322-08, п. 2.2.14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		химический контроль с помощью тестов	Каждой упаковки в каждую закладку	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль после монтажа и ремонта аппарата: технический контроль, профилактический технический осмотр	В каждом случае	Инженер службы мед. техники и метрологии, бак. лаборатория ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Начальник технического отдела за технический контроль, врач-эпидемиолог – за бак. контроль
		Контроль за измерительной аппаратурой	Каждый цикл стерилизации	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
8	Терапевтические отделения, отделение патологии беременных, приемное	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, с кожи рук персонала	1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Пробы воздуха в процедурных кабинетах (КОЕ, золотистый стафилококк, плесневые и дрожжевые грибы)	1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод	1 раз в месяц выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Дезрастворы на чувствительность госпитальной флоры	1 раз в месяц 1 проба для текущей дезинфекции или генеральной уборки	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
9	Поликлинические отделения и кабинеты	Смывы с объектов внешней среды. Материал на стерильность (инструменты, перевязочный материал)	1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Дезрастворы на соответствие концентрации экспресс-методом	1 раз в месяц выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль концентрации дезрастворов для ДВУ и стерилизации	Ежедневно	Лицо, проводившее обработку	СП 3.1.3263-15	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога
		Качество ПСО в кабинетах с децентрализованной обработкой многоразового инструментария (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно на многоразовый инструментарий	Старшие медсестры	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

10	КДЛ (комната приема, моче-вая, кли-ника, био-химия)	Смывы на УПМ с объек-тов внешней среды, с кожи рук персонала	1 раз в 6 меся-цев и по эпи-демическим показаниям	Бак. лабора-тория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемио-лог
		Дезрастворы на соответствие концентрации экспресс-методом	1 раз в месяц выборочно	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемио-лога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемио-лог
11	Бактерио-логическая лабора-тория	Смывы на УПМ с объек-тов внешней среды (внут-ренний кон-троль)	1 раз в месяц	Бак. лабора-тория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемио-лог
		Воздух, сте-рильность (внутренний контроль)	При каждом посеве, но не реже 1 раза в неделю	Бак. лабора-тория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемио-лог
		Контроль рабо-ты стерилизу-ющей аппара-туры	С бак. тестами (B. licheniform- is – воздушная стерилизация) 2 раза в год каждый стерилизатор (кол-во тестов из рас-чета объема стерилизатора)	Бак. лабора-тория ЛПУ	СП 1.3.2322-08, п. 2.2.14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемио-лог
			С хим. тестами, каждой упа-ковки в каж-дую закладку.	Лица, рабо-тающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Мин-здрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по ра-боте с сест-ринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Контроль после монтажа и ремонта аппарата: технический контроль, профилактический технический осмотр	В каждом случае	Инженер службы мед. техники и метрологии, бак. лаборатория ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Начальник технического отдела за технический контроль, врач-эпидемиолог – за бак. контроль
		Контроль за измерительной аппаратурой	Каждый цикл стерилизации	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ Минздрава России № 287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.1991	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Чувствительность УПМ к дезинфектантам	1 раз в месяц по 1 образцу из каждого клинического отделения стационара	Старшие медсестры отделений, бак. лаборатория ЛПУ	СП 1.3.2322-08, п.2.2.14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
12	Эндоскопические отделения и эндоскопические кабинеты в отделениях стационара и поликлиники	Смывы на УПМ с объектов внешней среды, с кожи рук персонала, пробы воздуха в стерильных помещениях	1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СП 3.1.1275-03, СП 3.12659-10, изменения и дополнения № 1 к СП 3.1.1275-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Микробиологическое исследование эндоскопов и инструментов к ним на качество дезинфекции высокого уровня путем взятия смывов и смывной жидкости	4 раза в год, каждый эндоскоп	Бак. лаборатория ЛПУ	СП 3.1.1275-03, СП 3.12659-10, изменения и дополнения № 1 к СП 3.1.1275-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Тест на герметичность гибких эндоскопов	После каждой обработки эндоскопа	Лицо, проводившее обработку	ОСТ 42-21-2-85, МУ Минздрава России № 287-113; СП 3.1.3263-15	Старшая сестра отделения
		Тест на качество очистки эндоскопа (азопирамовые и фенолфталеиновые пробы)	Ежедневно после <u>каждой обработки эндоскопа и инструментов к ним</u> , ежедневно фенолфталеиновая проба в режимных кабинетах при pH раствора более 8,5			
		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод (метод титрования)	1 раз в месяц (выборочно)	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль концентрации дезрастворов для ДВУ и стерилизации	Ежедневно	Лицо, проводившее обработку	СП 3.1.3263-15	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога
13	В перинатальном центре	Лекарственные формы не промышленного производства. Детские питательные смеси и растворы для питья	1 раз в месяц 1 раз в месяц	Бак. лаборатория	СанПиН 2.1.3.2630-10; СП 3.1.1275-03; МУ-287-113	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
14	Буфеты и столовые в отделениях	Смывы на БГКП с рабочих поверхностей, посуды и с рук персонала	1 раз в месяц и по эпидемическим показаниям	Бак. лаборатория ЛПУ	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Дезрастворы на соответствие концентрации, экспресс-метод (метод титрования)	1 раз в месяц (выборочно)	Старшие медсестры отделений, помощник эпидемиолога	СП 3.5.1378-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

15	Палатные отделения	Бельевой режим (смена постельного белья не реже 1 раза в 7 дней) Камерная обработка постельных принадлежностей	Ежедневно, а также по мере загрязнения После выписки больного	Старшая медицинская сестра отделения	СанПиН 2.1.3.2630-10; МУ 3.5.736-99	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
16	Контроль работы бактерицидных ламп	Учёт работы времени с регистрацией в журнале	Ежедневно	Старшая сестра отделения	Руководство Р 3.5.1904-04	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
17	Мероприятия по дезинфекции водных систем водоснабжения: исследование на легионеллёз	Контроль за температурой воды в точках разбора. При условии несоблюдения температурного режима	2 раза в год	Директор, специализированная лаборатория	СанПиН 2.1.3.2630-10; СанПиН 2.1.4.1116-02	Врач-эпидемиолог
18	Дезинфекционные камеры	Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт	По требованию	Специалисты сервисных служб	СанПиН 2.1.3.2630-10; СП 3.5.1378-03; МУК 4.2.1035-01 «Контроль дезинфекционных камер»	Начальник технического отдела за технический контроль, главная медсестра – за бак. контроль
		Контроль после монтажа и ремонта аппарата: технический контроль, профилактический технический осмотр	В каждом случае	Инженер технического отдела, бак. лаборатория ЛПУ	.	
		Бактериологический контроль с закладкой бактериальных тестов – стафилококк золотистый	1 раз в квартал и после каждого ремонта и ввода в эксплуатацию	Бак. лаборатория ЛПУ	СП 1.3.2322-08, п. 2.2.14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог

		Самоконтроль: температура дезинфекции и время дезинфекционной выдержки	каждый цикл дезинфекции	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ МЗ РФ №287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.91 г.	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
		Контроль за измерительной аппаратурой	Каждый цикл дезинфекции	Лица, работающие с аппаратурой	ОСТ 42-2-21-85, МУ МЗ РФ №287-113, МУ № 15/6-5 от 28.02.91 г.	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, врач-эпидемиолог
19	Качество дератизационных работ	Изменение численности грызунов на объектах	Организация по договору. Ежемесячно	Специализированная организация	СП 3.5.3.3223-14	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом; главная акушерка; врач-эпидемиолог
20	Качество дезинсекционных работ	Изменение численности членистоногих	Организация по договору. Ежемесячно	Специализированная организация	СанПиН 3.5.2.1376-03	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом; главная акушерка; врач-эпидемиолог

6. Радиационный контроль

6.1. Ответственные лица:

6.1.1 Врач-рентгенолог отделения лучевой диагностики Турненева И.С. – по отделению лучевой диагностики (стационар).

6.1.2. Врач-рентгенолог Стерлядкин С.В. – по отделению лучевой диагностики (поликлиника).

6.1.3. Заведующий отделением, врач по рентген-эндоваскулярным диагностике и лечению Соколов А.И. – по отделению рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

6.1.4. Заведующий эндоскопическим отделением Эрдели И.В. – по эндоскопическому отделению.

6.1.5. Заведующий отделением сосудистой хирургии Михайлов Д.В. – по отделению сосудистой хирургии.

6.1.6. Заведующий отделением анестезиологии – реанимации № 1 Юцмюц А.А. – по отделению анестезиологии-реанимации № 1.

6.1.7. Заведующий нейрохирургическим отделением Рыбас Р.В. – по нейрохирургическому отделению.

6.1.8. Заведующий урологическим отделением Миронов М.А. – по урологическому отделению.

6.1.9. Заведующий отделением травматологии и ортопедии Кибиткин А.С. – по отделению травматологии.

6.2. Целью производственного радиационного контроля (ПРК) является:

6.2.1. Получение информации об индивидуальных и коллективных дозах облучения персонала и населения при всех условиях жизнедеятельности человека, а также сведений обо всех регламентируемых величинах, характеризующих радиационную обстановку.

6.2.2. Обеспечение безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания вредного влияния объектов производственного контроля путем должного выполнения санитарных правил и гигиенических нормативов, выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

6.3. Ответственный за ПРК должен:

6.3.1. Планировать и осуществлять мероприятия по обеспечению и совершенствованию радиационной безопасности в учреждении.

6.3.2. Проводить контроль соблюдения персоналом группы «А» правил и инструкций по радиационной безопасности.

6.3.3. Контролировать состояние учета, хранения, получения, условия сохранности источников ионизирующего излучения (ИИИ).

6.3.4. Принимать участие в работе комиссии по инвентаризации ИИИ.

6.3.5. Осуществлять систематический производственный контроль радиационной обстановки в учреждении при работе с ИИИ.

6.3.6. Контролировать своевременность проведения:

6.3.6.1. Планово-профилактических работ.

6.3.6.2. Эксплуатационных параметров медицинского оборудования.

6.3.7. Вести контроль правильности допуска персонала группы А к работе с источниками излучения, проведения предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров, списки согласовывать с Территориальным управлением Роспотребнадзора по Пензенской области, обучения и инструктажа персонала по безопасным методам работы с ИИИ.

6.3.8. Контролировать своевременность подготовки и аттестации по вопросам обеспечения радиационной безопасности руководителей и исполнителей работ, других лиц, работающих с генерирующими источниками излучения или находящихся по условиям работы в сфере их воздействия.

6.3.9. Принимать участие в работе комиссии по проверке знаний персоналом требований техники безопасности и радиационной безопасности, в аттестационных комиссиях, в комиссии по определению профессиональных льгот.

6.3.10. Проводить контроль соблюдения персоналом правил и инструкции по радиационной безопасности, контролировать полноту и достаточность действующих в организации правил и инструкций по радиационной безопасности.

6.3.11. Контролировать проведение мероприятий по защите от воздействия нерадиационных факторов в рентгеновских кабинетах, в том числе: результаты проверки заземления, кратности воздухообмена в помещениях, освещенности, температуры.

6.3.12. Контролировать проведение работ с ИИИ.

6.3.13. Контролировать своевременность оформления санитарно-эпидемиологического заключения на право эксплуатации рентгеновских аппаратов и технического паспорта на рентгеновский кабинет.

6.3.14. Ежегодно, в установленные сроки, представлять администрации материалы для заполнения радиационно-гигиенического паспорта и сведений по облучению персонала (форма № 1-ДОЗ, 3-ДОЗ) и следить за своевременным их представлением в установленном порядке.

6.3.15. Регулярно информировать персонал об уровнях ионизирующего излучения на рабочих местах и о величине полученных ими индивидуальных доз излучения.

6.3.16. На основании данных радиационной обстановки, доз облучения персонала и прочей информации о состоянии радиационной безопасности разрабатывать для администрации предложения по оздоровлению условий труда с ИИИ, по регулированию облучения персонала, по дальнейшему совершенствованию системы радиационной безопасности в учреждении и осуществлять контроль их выполнения.

6.3.17. Вести контроль обеспечения радиационной безопасности при проектировании, строительстве (реконструкции) и подготовке к вводу в эксплуатацию рентгеновских кабинетов, а также принимать участие в работе комиссии по приемке указанных объектов в эксплуатацию и при переоформлении санитарно-эпидемиологических заключений на право эксплуатации рентгеновских аппаратов.

6.3.18. Принимать участие в подготовке документации и инструкций по радиационной безопасности, в разработке контрольных уровней облучения персонала, осуществлять контроль организации новых или при изменении характера, технологии и объема проводимых ранее работ с ИИИ.

6.3.19. Принимать участие в разработке и организации мер по ликвидации радиационной аварии, контролировать их осуществление, принимать участие в оценке эффективности и достаточности принятых мер. Контролировать готовность подразделения в целом к проведению мероприятий в случае возникновения радиационной аварии.

6.3.20. Своевременно информировать администрацию о радиационных авариях, о нарушении технологического регламента, создающих угрозу радиационной безопасности персонала или пациентов.

6.3.21. Присутствовать и оказывать содействие в проверках органами государственного надзора и контроля в области радиационной безопасности.

6.3.22. Организовывать проведение индивидуального дозиметрического контроля персонала группы «А» и лиц, периодически участвующих в проведении специальных рентгенологических исследований. Индивидуальные годовые дозы облучения персонала фиксируются в карточке учета и базе данных индивидуальных доз. Результаты индивидуального контроля доз облучения персонала должны храниться в архиве отделения лучевой диагностики в течение 50 лет после увольнения работника. Копия карточки учета индивидуальных доз облучения персонала в случае перехода работника в другую организацию, где проводится работа с источниками излучения, должна передаваться на новое место работы. Данные об индивидуальных дозах облучения прикомандированных лиц сообщаются по месту работы.

6.4. Периодичность проведения радиационного контроля

Вид контроля	Периодичность	Аппаратура	Исполнители	Точки измерения
Индивидуальный дозиметрический контроль персонала групп «А» и «Б»	Постоянно со снятием показаний один раз в квартал	ДТЛ	Ведущий инженер группы радиационного контроля (по договору с аккредитованной лабораторией)	В нагрудном кармане
Измерение мощности дозы рентгеновского излучения на рабочих местах персонала, в смежных с процедурной помещениях и на территории	1 раз в два года, а также при замене рентгеновской трубки, защитных средств изменения назначения смежных помещений, при аварийных ситуациях, оформлении СЭЗ	ДКС-1123АТ или его аналог	Ведущий инженер группы радиационного контроля (по договору с аккредитованной лабораторией)	Рабочие места персонала, смежные помещения с процедурной рентгеновских аппаратов и окружающая территория в соответствии с картой-схемой
Контроль эффективности передвижных и индивидуальных средств защиты	1 раз в два года	ДКС-96Г или его аналог	Ведущий инженер группы радиационного контроля (по договору с аккредитованной лабораторией)	Согласно инструкции по контролю защитных средств и материалов, используемых при рентгенодиагностике

Оценка, регистрация и учет дозовых нагрузок пациентов	Постоянно	Таблица из МУК 2.6.1.1797-03 «Контроль эффективных доз облучения»»	Врач-рентгенолог	Лист учета лучевых нагрузок пациента

Примечание: результаты радиационного контроля оформляются соответствующими протоколами в двух экземплярах. Один экземпляр хранится в организации, проводящей контроль, другой – в рентгеновском кабинете.

6.5. Контроль эксплуатационных параметров медицинского оборудования.

6.5.1. Периодический контроль.

6.5.1.1. Параметры питающего устройства и рентгеновского излучателя

Параметры	Периодичность контроля	Исполнители
Суммарная фильтрация пучка рентгеновского излучения	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Точность выполнения установок анодного напряжения, слой половинного ослабления	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Проверка формы кривой и пульсаций анодного напряжения	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Точность выполнения установок силы анодного тока	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Точность установки длительности экспозиции	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Повторяемость дозы излучения в режиме снимка в ручном и автоматическом режимах	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Измерение радиационного выхода	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория, аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры

6.5.1.2. Параметры преобразователя изображения

Качество изображения (размер рабочего поля, разрешающая способность, минимальный контраст, динамический диапазон, искажение изображения)	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры
Работоспособность вспомогательных функций (переход от одного масштаба к другому, от негативного изображения к позитивному и др.)	Для рентгеновского оборудования со сроком эксплуатации выше 10 лет не реже одного раза в два года	Технический отдел, лаборатория аккредитованная в установленном порядке и осуществляющая техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры

6.5.2. Текущий контроль эксплуатационных параметров медицинского рентгеновского оборудования.

Параметры	Периодичность контроля	Контролирующий
Проверка (визуальная) функционирования преобразователя изображения	Ежедневно	Рентгенолаборант
Проверка неактивности фотолабораторного освещения	Ежедневно	Рентгенолаборант
Проверка функционирования фоточасов	Ежедневно	Рентгенолаборант
Определение качества растворов	Ежедневно	Рентгенолаборант
Оценка качества рентгеновской пленки	Ежедневно	Рентгенолаборант
Оценка степени загрязнения вентиляционных фильтров	1 раз в месяц	Ответственные за ПРК

Примечание: результаты контроля эксплуатационных параметров медицинского рентгеновского оборудования оформляются соответствующими протоколами в двух экземплярах. Один экземпляр хранится в организации, проводящей контроль, другой – в рентгеновском кабинете.

6.6. Контроль параметров нерadiационных факторов.

Параметры	Периодичность контроля	Контролирующая организация
Электробезопасность	Не реже 1 раза в два года	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Кратность воздухообмена	Не реже 1 раза в два года	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Уровень освещенности	Не реже 1 раза в два года	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Температура	Не реже 1 раза в два года	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Уровень загрязнения свинцом	1 раз в год	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Содержание озона и окислов азота	1 раз в год	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке
Уровень шума	1 раз в год	Лаборатория, аккредитованная в установленном порядке

Примечание:

1. Контроль параметров нерadiационных факторов (кратность воздухообмена, освещенность и др.) проводится при оформлении технического паспорта, санитарно-эпидемиологического заключения на право

эксплуатации рентгеновского аппарата, определяются аккредитованными в данной области измерений и лицензированными организациями по мере необходимости, но не реже одного раза в два года.

2. По электробезопасности предоставляются: акт испытания устройства защитного заземления с указанием сопротивления растекания тока основных заземлителей, акт проверки состояния сети заземления медицинского оборудования и электроустановок, протокол измерения сопротивления изоляции проводов и кабелей.

6.7. Контроль уровней опасных и вредных факторов при работе с лазерами

Вид контроля	Периодичность	Аппаратура	Исполнители	Точки измерения
Лазерное излучение: – прямое, зеркально отраженное; – диффузно отраженное	Один раз в год в порядке текущего санитарного надзора, а также в следующих случаях: – при приемке в эксплуатацию новых лазерных изделий II–IV классов; – при внесении изменений в конструкцию действующих лазерных изделий; – при изменении конструкции средств коллективной защиты; – при проведении экспериментальных и наладочных работ; – при аттестации рабочих мест; – при организации новых рабочих мест	Аппаратура, аттестованная органами Госстандарта	Ведущий инженер группы радиационного контроля по договору с аккредитованной лабораторией	Рабочие места персонала

7. Гигиенические требования при организации питания пациентов

7.1. Ответственные лица:

1. Начальник службы питания – Смирнов В.В.

2. Врач-диетолог – Туишева Д.М.

3. Шеф-повар – Воробьева Н.Н.

7.2. Объект производственного контроля начальника службы питания:

- контроль за наличием официально изданных санитарных правил;
- осуществление лабораторных исследований и испытаний за качеством и безопасностью готовой продукции, сырья, полуфабрикатов, технологическим процессом производства – за условиями труда работников, соблюдением правил личной гигиены;
- организация медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников организаций;
- контроль за наличием сертификатов, ветеринарных свидетельств, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, санитарных паспортов на транспорт, документов, подтверждающих качество и безопасность сырья, полуфабрикатов и готовой продукции, технологий их производства; хранения, транспортировки и реализации;
- контроль за ведением санитарной и технологической документации;

– своевременное информирование населения, органов местного самоуправления, Управления Роспотребнадзора в Пензенской области, руководства учреждения о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, об аварийных ситуациях, остановках производства; выполнение санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдение санитарных правил; разработка и реализация мер, направленных на устранение выявленных нарушений;

– соблюдение санитарно-технологических регламентов производства.

7.3. Объект производственного контроля врача-диетолога:

– контроль за наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений и документов, подтверждающих качество и безопасность сырья;

– контроль за наличием личных медицинских книжек, своевременностью прохождения медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников организаций;

– контроль за качеством и безопасностью сырья, полуфабрикатов, готовой продукции; за правильностью хранения сырья и транспортировки готовой продукции;

– своевременное информирование населения, органов местного самоуправления, Управления Роспотребнадзора в Пензенской области, руководства учреждения о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, об аварийных ситуациях, остановках производства; выполнение санитарно-противоэпидемических мероприятий, соблюдение санитарных правил; разработка и реализация мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

7.4. Объект производственного контроля шеф-повара:

– соблюдение санитарно-технологических регламентов производства;

– ведение санитарной и технологической документации;

– контроль за наличием сертификатов, личных медицинских книжек, документов, подтверждающих качество и безопасность сырья, полуфабрикатов и готовой продукции, технологии их производства: хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов.

7.5. Перечень показателей качества и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов, условий труда

№ п/п	Наименование объекта контроля	Контрольная критическая точка (место отбора)	Наименование показателя	Периодичность отбора проб, кол-во проб	Наименование нормативного документа на исследуемый показатель	Наименование лаборатории
1.	Входной контроль показателей качества и безопасности поступающего сырья и пищевой продукции	Сырье и пищевая продукция	Соответствие видов и наименований поступившей продукции маркировке на упаковке и товарно-сопроводительной документации; соответствие принадлежности продукции к партии, указанной в сопроводительной документации; соответствие упаковки и маркировки товара требованиям действующего законодательства и нормативам (объем информации, наличие текста на русском языке и т.д.)	Каждая партия поступающих сырья и пищевых продуктов	Технические регламенты на соответствующие виды продукции, ФЗ от 02.01.2000 № 29 «О качестве и безопасности пищевых продуктов», СП 2.3.6.1079-01, ГОСТ Р 51074-2003, СанПиН 2.3.2.1078-01 СП 2.3.6.1079-01	Руководитель предприятия

2.	Контроль на этапе технологических процессов	Процессы приготовления, готовая продукция	Лабораторный и инструментальный контроль: на этапах технологического процесса (овоскопирование яйца) Готовой продукции: – органолептические показатели; – физико-химические показатели микробиологические показатели Воды питьевой: лабораторные исследования органолептические, микробиологические показатели	Ежедневно 1 раз в квартал 3 вида блюд собственного производства: термообработка 1 проба 1 раз в квартал; калорийность 3 пробы 1 раз в квартал 2 пробы, 1 раз в квартал 2 раза в год	СП 2.3.6.1079-01, СанПиН 2.3.2.1078-01, нормативная и техническая документация СП 2.3.6.1079-01 СанПиН 2.1.4.1074-01	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория
3.	Санитарно-эпидемиологический режим	Санитарная обработка помещения, оборудования, инвентаря	Смывы с объектов производственного оборудования, инвентаря, резервуаров, тары, рук и спецодежды персонала Контактные гельминтозы Смывы с овощей, фруктов на иерсинеоз	1 раз в квартал (не менее 10 смывов) 1 раз в квартал 10 слипов 1 раз в год 5 смывов	СП 2.3.6.1079-01	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория

4.	Освещенность	Рабочее место повара в производственных помещениях (в горячем цехах), мойщицы посуды в моечном отделении	Уровень искусственного и естественного освещения	1 раз в год 2 точки	СанПиН 2.2.1,21.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению жилых и общественных зданий»	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория
5.	Микроклимат	Рабочее место повара в производственных помещениях (в горячем, холодном цехах), мойщицы посуды в моечном отделении	Температура воздуха, влажность воздуха, скорость движения воздуха	2 раза в год (зимний и летний периоды) 2 точки	СанПиН 2.2.4.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений»	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория
6.	Уровни звука звукового давления	Рабочее место повара (в горячем цехе) от технологического оборудования	Уровни звука и звукового давления (от технологического оборудования)	1 раз в год 1 точка	СН 2.2.4/2.1.8.562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых и общественных зданий на территории жилой застройки»	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория
7.	Инфракрасное излучение	Рабочее место повара (в горячем цехе)	Величина интенсивности теплового излучения	1 раз в год 1 точка	СанПин 2.2.4548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений»	ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» или другая аккредитованная лаборатория

При неудовлетворительных результатах микробиологических исследований продукции проводятся повторные и дополнительные исследования с увеличением объема исследований в два раза, в соответствии с п. 14.4 СП 2.3.6.10-79-01.

7.6. Перечень профессий, подлежащих медицинскому осмотру согласно п. 15 приказа № 302Н от 12.04.2011: начальник службы питания, врач-диетолог, медицинские сестры диетические, шеф-повар, повара, кухонные работники, подсобные рабочие, мойщицы посуды, уборщицы, буфетчицы.

7.6.1. Объем и кратность медицинских осмотров: терапевт, дерматовенеролог, оториноларинголог, стоматолог, акушер-гинеколог, психиатр-нарколог, психиатр при поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год.

7.6.2. Объем и кратность медицинских исследований

№ п/п	Перечень должностей	Крупнокадровая флюорография	Исследование крови на сифилис	Мазки на гонорею	Исследования на носительство кишечных инфекций	Исследования на гельминтозы
1	2	3	4	5	6	7
1.	Начальник службы питания, шеф-повар, повар, кухонные и подсобные рабочие, мойщицы посуды, уборщицы	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу и в дальнейшем по эпидпоказаниям	При поступлении на работу, и в дальнейшем 1 раз в год
		ОАК, биохимический анализ крови	ОАМ	ЭКГ	Исследование крови на носительство брюшного тифа с Ви-диагностикумом	Маммография или УЗИ молочных желез (после 40 лет)
		8	9	10	11	12
		При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год	Однократно при поступлении на работу	При поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в 2 года

7.7. Перечень должностных работников, подлежащих профессиональной гигиенической подготовке 1 раз в два года: начальник службы питания, шеф-повар, повар, кухонный работник, подсобный рабочий, заведующий складом, кладовщик.

7.8. Перечень работ и услуг, выпускаемой продукции, а также видов деятельности, подлежащих санитарно-эпидемиологической оценке, сертификации, лицензированию.

7.8.1. Условия изготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов (подлежат санитарно-эпидемиологической экспертизе):

- холодные блюда (салаты, блюда из овощей и грибов; из рыбы, морепродуктов; мяса, мясных продуктов; мясных и рыбных гастрономических продуктов);
- горячие блюда (супы, блюда из овощей и грибов, из рыбы, морепродуктов, из мяса и мясных продуктов, из сельскохозяйственной птицы, из макаронных изделий, из яиц и творога);
- соусы, мучные блюда, гарниры;
- сладкие блюда (блюда из фруктов, плоды и ягоды свежие, компоты, кисели, желе, муссы, самбуки, суфле, пудинги);
- горячие и прохладительные напитки (безалкогольные напитки, соки промышленного изготовления – на разлив и в потребительской таре);
- кондитерские изделия промышленного изготовления (печенье, конфеты, шоколад).

7.9. План мероприятий по обеспечению безопасности продукции, технологии ее производства, безвредности факторов производственной среды

№ п/п	Наименование предприятий	Сроки исполнения	Ответственные лица
1.	Обеспечить контроль соблюдения действующего санитарного законодательства, нормативной документации, приказов, постановлений, распоряжений в процессе изготовления, хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов	Постоянно	Начальник службы питания
2.	Проводить своевременно санитарно-оздоровительные мероприятия в производственных, складских, административно-бытовых помещениях	1 раз в год по мере необходимости	Шеф-повар

3.	Проводить профилактические мероприятия: – на сетях водоснабжения, канализации – на системах отопления, вентиляции, освещения – технологического, холодильного оборудования	1 раз в год	Шеф-повар
4.	Своевременно проводить замену неисправного и устаревшего технологического и холодильного оборудования	По мере необходимости	Начальник службы питания
5.	Осуществлять производственный лабораторный контроль, своевременно в полном объеме в аккредитованных лабораториях г. Пензы	В соответствии с Приложением № 3 программы производственного контроля	Шеф-повар
6.	Осуществлять контроль условий хранения и сроков реализации пищевых продуктов в соответствии с нормативной документацией	Постоянно	Шеф-повар
7.	Обеспечить контроль за ведением санитарной, технологической и сопроводительной документации на этапах изготовления и оборотоспособности пищевых продуктов и продовольственного сырья	Постоянно	Шеф-повар
8.	Обеспечить проведение предварительных и периодических медицинских осмотров и гигиенического обучения вновь прибывших и постоянно работающих сотрудников	В соответствии и Прил. № 3, 4 программы производственного контроля	Шеф-повар
9.	Своевременно заключить договора с организациями на проведение мероприятий: – по поставке пищевых продуктов	Ежегодно	Начальник службы питания
9.1	– по проведению производственного лабораторного контроля	Ежегодно	Врач-эпидемиолог
9.2	– по дератизации, дезинфекции, дезинсекции помещений	Ежегодно	Врач-эпидемиолог, главная медсестра
9.3	– по вывозу, приему и утилизации бытовых отходов	Ежегодно	Директор
10.	Своевременно проводить в предприятии текущую, генеральную уборку, дезинфекцию	Текущая уборка – ежедневно Генеральная уборка – 1 раз в неделю	Шеф-повар, работники
11.	Обеспечить в достаточном количестве предприятие производственным инвентарем, посудой, санитарной одеждой, моющими и дезинфицирующими средствами	По мере необходимости	Шеф-повар
12.	Осуществлять осмотр кожи рук и опрос на наличие кишечной инфекции и ангины сотрудников с регистрацией в журнале «Здоровье»	Ежедневно	Медицинские сестры диетические
13.	Осуществлять бракераж готовой продукции с отметкой в бракеражном журнале	Каждое приготовление пищи	Шеф-повар, медицинские сестры диетические, дежурный врач

7.10. Перечень форм учета и отчетности, установленной действующим законодательством:

- журнал регистрации результатов медицинского осмотра работников пищеблока (журнал «Здоровье», форма 2-лп);
- бракеражный журнал по оценке качества блюд и кулинарных изделий (форма 6-лп);
- журнал учета мероприятий по контролю;
- предоставление информации по выполнению лабораторных исследований по Приложению № 2 за год до 01.04. ежегодно.

7.11. Перечень возможных аварийных ситуаций, нарушений технологических процессов, иных ситуаций, при возникновении которых юридическое лицо или индивидуальный предприниматель обязан приостановить либо прекратить свою деятельность или работу и информирует Управление Роспотребнадзора в Пензенской области.

7.11.1. Аварийные ситуации, остановки производства, нарушения технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения:

- аварийные ситуации на системах водоснабжения и канализации;
- неисправность технологического и холодильного оборудования;
- проведение капитального и текущего ремонта.

7.11.2. Случаи возникновения острых желудочно-кишечных заболеваний и пищевых отравлений, связанных с употреблением реализуемых в организации пищевых продуктов.

8. Обеспечение инфекционной безопасности пациентов и персонала.

Работа с персоналом

№ п/п	Объект контроля	Определяемые показатели	Периодичность контроля	Лицо, проводящее контроль	Нормативная документация	Ответственное лицо
1.	Условия труда персонала	Наличие гардеробных для верхней одежды, спецодежды, санитарных узлов, душевых, комнат медперсонала	Постоянно	Специалист по охране труда	СанПиН 2.1.3.2630-10	Директор, специалист по охране труда
2.	Организация медицинских осмотров	Наличие перечня профессий с вредными условиями труда и перечня вредных факторов в ЛПУ.	1 раз в год	Специалист по охране труда	СанПиН 2.1.3.2630-10, приказ Минздрава России от 12.04.2011 № 302н	Специалист по охране труда Врач-эпидемиолог
		Наличие перечня должностей работников, подлежащих медицинским осмотрам.	1 раз в год	Начальник отдела кадров, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, сестра, заведующий поликлиникой, врач-эпидемиолог		Начальник отдела кадров, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом
		Своевременность прохождения медицинских осмотров: при поступлении на работу и с периодичностью, определённой для каждой профессии	1 раз в год			Врач-терапевт

	Своевременная иммунизация	В соответствии с календарём прививок	По плану			Врач-терапевт
3.	Декретированные контингенты: буфетчицы, работники пищеблока и аптеки	Гигиеническое обучение	1 раз в 2 года	Специализированные организации по договору	СанПиН 2.1.3.2630-10	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, медсестра диетическая
4.	Аттестация Допуск к работе с самостоятельной работой на стерилизаторах паровых медицинских	Наличие удостоверений, инструкций по охране труда, отсутствие медицинских противопоказаний к работе	1 раз в год	Ст. медсестра ЦСО, заведующий аптекой, старшая медицинская сестра поликлиники, главная акушерка, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом	ОМУ 42-21-35-91 СП 3.5.1378-03 Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н	Специалист по ОТ, начальник отдела кадров

СОГЛАСОВАНО:

Директор _____
 Главный инженер _____
 Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом _____
 Врач-эпидемиолог _____
 эпидемиологического отдела _____
 Начальник технического отдела _____
 Заведующий поликлиникой _____
 Заведующий аптекой _____
 Специалист по охране труда _____
 Инженер группы радиационного контроля _____
 Начальник службы питания _____
 Юрисконсульт _____

В.Д. Новиков
 А.Н. Швагирева
 Т.В. Рыжонина

Е.Н. Миронова
 А.Ю. Козин
 О.С. Горина
 Л.В. Палиенко
 Т.И. Нагорнова
 А.Е. Слепокуров
 В.В. Смирнов
 К.М. Костерина

**Порядок противоэпидемических мероприятий
при выявлении больного с карантинной инфекцией**

1. Регламентирующая документация.

Работа по проведению противоэпидемических мероприятий при выявлении карантинных инфекций проводится в соответствии со следующими документами: письмом территориального Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пензенской области от 11.04.2017 № 4440/3 «Об обеспечении готовности к выявлению завоза особо-опасных инфекций, проведению мероприятий по их ликвидации», руководствуясь «Комплексным планом по охране границ от завоза и распространения карантинных инфекций на территории Пензенской области на период 2017–2020 гг.», утвержденный вице-губернатором Пензенской области 26.12.2016, Постановлением Главного государственного санитарного врача России от 29.11.2016 № 178 о внесении «Изменений № 3» в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации», Методическими указаниями МУ 3.4.2552-09.3.4 «Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание инфекционными болезнями, вызванными чрезвычайными ситуациями в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.09.2009), санитарно-эпидемиологическими правилами СП 1.3.1285-03 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)», санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.7.2492-09 «Профилактика чумы», санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1.2521-09 «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой на территории Российской Федерации»; методическими указаниями МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности учреждений на случай возникновения очага холеры», методическими указаниями МУК 4.2.2218-07 «Лабораторная диагностика холеры», методическими указаниями МУ 1.3.1877-04 «Порядок сбора, упаковки, хранения, транспортировки и проведения лабораторного анализа биологического материала от больных (и умерших) пациентов с подозрением на тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС)», санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции», санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативом СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории на территории Российской Федерации», методическими указаниями МУ 3.1.3.2600-10 «Мероприятия по борьбе с лихорадкой Западного Нила на территории Российской Федерации», методическими указаниями МУ 3.1.3.2488-09 «Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки»; постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.05.2009 № 29 «О мерах по предотвращению завоза и распространения высокопатогенного вируса гриппа на территории Российской Федерации».

2. Ответственные лица за проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении больного с карантинной инфекцией в соответствии с разделом настоящего порядка:

2.1. Главный врач – за координацию работы в очаге карантинной инфекции и передачу информации о пациенте и проведенных мероприятиях в вышестоящие органы – Минздрав области, территориальное управление «Роспотребнадзор».

2.2. Главная медицинская сестра – за координацию работы средних и младших медицинских работников в очаге карантинной инфекции.

2.3. Заместитель главного врача по медицинской части – за организацию противоэпидемических мероприятий по стационару.

2.4. Заведующий поликлиникой – за организацию противоэпидемических мероприятий по поликлинике.

2.5. Заведующий приемным отделением – за организацию противоэпидемических мероприятий по приемному отделению, а также хранение в папке дежурного врача сведений о составе членов областного медицинского штаба по организации работы в очаге карантинных инфекций и составе лабораторной базы, схемы передачи информации при выявлении подозрения на карантинную инфекцию у больного (трупа) в лечебно-профилактическом учреждении для предупреждения и ликвидации

карантинных и других инфекций на территории области, хранение в отделении и укомплектованность укладок со спецодеждой для карантинных инфекций и при необходимости за обеспечением спецодеждой из укладок сотрудников ЛПУ.

2.6. Врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела осуществляет методическое руководство и контроль за полнотой и своевременностью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге карантинных инфекций, ежегодно проводит тренировочные занятия по карантинным инфекциям с персоналом ЛПУ и обновляет список оповещения руководящего состава ЛПУ, организует противоэпидемическую работу в инфекционном очаге.

2.7. Заведующие клиническими отделениями при выявлении пациента с карантинной инфекцией или подозрении на неё руководствуются настоящим порядком и выполняют весь комплекс противоэпидемических мероприятий неукоснительно и своевременно.

**Список оповещения
руководящего состава ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
при выявлении больного с карантинной инфекцией**

№ п/п	ФИО	Должность	Домашний адрес	Телефон
1.	Никишин Александр Викторович	Главный врач	г. Пенза, ул. Толстого, 139	54-86-00 раб. 52-02-50 дом. 8(927)289-59-99 сот.
2.	Фролова Ирина Владимировна	Заместитель главного врача по медицинской помощи	г. Пенза, ул. Суворова, 139, кв. 66	54-88-21 раб. 68-66-70 дом. 8(963)109-43-27 сот.
3.	Горина Ольга Сергеевна	Заведующий консультативной поликлиникой	г. Пенза, ул. Первомайский переулок, 4, кв. 1	35-06-07 раб. 8(903)324-46-69 сот.
4.	Нестеров Андрей Владимирович	Заместитель главного врача по хирургической помощи	г. Пенза, пр. Строителей, 67, кв. 119	8(902)209-29-79 сот. 54-86-34 раб.
5.	Рыжонина Татьяна Владимировна	Главная медицинская сестра	г. Пенза, ул. М. Горького, 37А, кв. 27	54-82-40 раб. 52-42-17 дом. 8(906)157-83-14 сот.
6.	Махнова Людмила Александровна	Начальник отдела по ГО и МК	г. Пенза, ул. Мира, 1, кв. 26	59-18-04 раб. 54-54-16 дом. 8(927)373-88-98 сот.
7.	Новиков Василий Дмитриевич	Директор	г. Пенза, ул. Набережной р. Мойки, 41в, кв. 70	56-86-84 раб. 32-11-07дом. 8(927)380-03-73 сот.
8.	Миронова Елена Николаевна	Врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела	г. Пенза, ул. Кижеватова, 37, кв. 48	59-17-21 раб. 8(905)367-25-75 сот.
9.	Шахова Вероника Анатольевна	Помощник врача эпидемиолога	г. Пенза, ул. Карпинского, 30А, кв. 154	59-17-43 раб. 8(902)341-06-48 сот.
10.	Палиенко Людмила Владимировна	Заведующий аптекой	г. Пенза, ул. Одесская, д.5, кв.6	54-81-45 раб. 44-70-06 дом. 8(927)288-72-33 сот.
11.	Ковешникова Татьяна Михайловна	Заведующий бактериологической лабораторией	г. Пенза, ул. Терновского, 162, кв. 11	59-18-76 раб. 8(927)383-98-63 сот.

**Оперативный план
противоэпидемических мероприятий в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко» при выявлении больного с карантинной инфекцией на период 2018–2020 гг.**

№ п/п	Мероприятия	Срок испол- нения	Исполнитель	Контроль
1. Организационные мероприятия				
1.1	Обеспечить передачу информации о выявлении карантинной инфекции в вышестоящие органы (Минздрав ПО, Роспотребнадзор ПО) в соответствии со схемой оповещения. Откорректировать схему оповещения руководящего состава ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и оперативные планы первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного с карантинной инфекцией в ЛПУ	Ежегодно (апрель)	Врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В.
1.2	Издать приказ по больнице на основании поступающих документов из Минздрава России, Минздрава ПО, ТУ «Роспотребнадзор по ПО», ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии ПО»	Ежегодно	Заместитель главного врача по медицинской части – Фролова И.В., врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.	Главный врач Никишин А.В.
2. Подготовка кадров				
2.1	Провести семинар по карантинным инфекциям и тренировочное занятие в стационаре и поликлинике	Апрель- май	Врач-эпидемиолог, главная медицинская сестра Рыжонина Т.В., старшая мед- сестра поликлиники Кавалерова Е.В.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В., заведующий поликликой Горина О.С.
2.2	Вопросы по карантинным инфекциям включить в зачеты по санитарно-противоэпидемическому режиму	Ежегодно	Врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В.
3. Обеспечение противоэпидемической готовности				
3.1	Обновить план противоэпидемических мероприятий при карантинных инфекциях	Апрель- май	Врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В.
3.2	Создать неснижаемый запас: – солевых растворов для неотложной помощи – препаратов для оральной регидратации – антибиотиков для больных – антибиотиков для экстренной профилактики контактных медработников и пациентов	Постоянно	Заведующий поли- клиникой Горина О.С., заведу- ющий приемным от- делением Назаров В.А., заведующий аптекой Палиенко Л.В.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В.
3.3	Укомплектовать аптечки первой помощи для мед. персонала при карантинных инфекциях (места хранения – приемное отделение, поликлиника).	Постоянно	Заведующий поли- клиникой Горина О.С., заведу- ющий приемным от-	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В.

	Обеспечить проведение экстренной профилактики при выявлении карантинной инфекции		делением – Назаров В.А., заведующий аптекой Палиенко Л.В.	
3.4	Создать неснижаемый запас дезинфицирующих средств, ёмкостей для дезинфекции (места хранения – приемное отделение, патологоанатомическое отделение, поликлиника)	Постоянно	Старшие медицинские сестры: поликлиники – Кавалерова Е.В., приемного отделения – Басманова Л.Г.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В., врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.
3.5	Сформировать укладки для забора клинического материала от больных с карантинной инфекцией	Постоянно	Заведующий поликлиникой Горина О.С., заведующий приемным отделением Назаров В.А., заведующий бак. лабораторией Ковешникова Т.М.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В., врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.
3.6	Укомплектовать укладки с защитной одеждой. Обеспечить использование их для защиты мед. персонала при выявлении больного карантинной инфекцией	Постоянно	Заведующий поликлиникой Горина О.С., заведующий приемным отделением Назаров В.А.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В., врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.
3.7	Обновить инструкции и памятки по проведению первичных противоэпидемических мероприятий, личной экстренной профилактики, забору материала, составу упаковок	Ежегодно	Старшие медицинские сестры: поликлиники – Кавалерова Е.В., приемного отделения – Басманова Л.Г.	Заместитель главного врача по мед. части Фролова И.В., врач-эпидемиолог Миронова Е.Н.
4. Противоэпидемические мероприятия				
4.1	Обеспечить временную изоляцию на месте выявления и последующую госпитализацию больных с подозрением на карантинные инфекции в инфекционный стационар транспортом «Скорой медицинской помощи»	Постоянно	Заведующие клиническими отделениями	Заместитель главного врача по медицинской части Фролова И.В.
4.2	Обеспечить забор клинического материала на лабораторное исследование до начала этиотропного лечения у больных с подозрением на карантинные инфекции в соответствии с Приложением № 4 настоящего приказа и транспортировку его в лабораторию ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии Пензенской области»	Постоянно	Заведующие клиническими отделениями	Заместитель главного врача по медицинской части Фролова И.В.
4.3	Проводить сбор эпидемического анамнеза у больных, подозрительных на карантинную инфекцию, и проводить дифференциальную диагностику	Постоянно	Заведующие клиническими отделениями	Заместитель главного врача по медицинской части Фролова И.В.

**План
противоэпидемических мероприятий при выявлении больного
с карантинной инфекцией или при подозрении на неё**

1. Больные с карантинной инфекцией изолируются на месте выявления (кабинет, палата, смотровая приемного отделения и т.д.).

№ п/п	Инфекционные болезни, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций	Шифр по МКБ-10
1	Оспа	B 03
2	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A 80.1, A 80.2
3	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом	J 10, J 11
4	Тяжелый острый респираторный синдром	U 04
5	Холера	A 00-09
6	Чума	A 20.0-20.9
7	Желтая лихорадка	A 95.0-95.9
8	Лихорадка Ласса	A 96.2
9	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A 98.3
10	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A 98.4
11	Ближневосточный респираторный синдром	
12	Малярия	B 50, B 51, B 52, B 53.
13	Лихорадка Западного Нила	A 92.3
14	Крымская геморрагическая лихорадка	A 98.0
15	Лихорадка Денге	A 90, A 91
16	Лихорадка Рифт-Вали	A 92.4
17	Лихорадка Зика	A 92.8
18	Менингококковая болезнь	A 39.0, A 39.1, A 39.2
19	Сибирская язва	A22.0 -22.9
20	Бруцеллез	A23.0-23.9
21	Сап	A24.0-24.4
22	Мелиоидоз	A24.0-24.4
23	Эпидемический сыпной тиф	A75.0-75.9
24	Лихорадка Хунин	A96.0
25	Лихорадка Мачупо	A96.1
26	Другие инфекционные болезни, вызывающие ЧС	

2. Запросить по телефону укладки со спецодеждой, аптечкой с медикаментами для забора материала от больного, лекарственные препараты для оказания медицинской помощи пациенту с карантинной инфекцией, дезсредства из приемного отделения. Надеть защитную спецодежду в чистом помещении (любое соседнее с палатой больного), развести дезинфицирующие растворы для текущей дезинфекции в палате с больным и приступить к оказанию медицинской помощи больному.

3. При капельных инфекциях заклеиваются вентиляционные отверстия в помещении, где находится больной, закрываются окна и двери. При кишечных инфекциях (холера) запрещается пользоваться туалетом, который посещал больной, туалет опечатывается. Запрещается пользоваться раковиной, раковина накрывается клеёнкой. Руки моются над тазом с дезинфицирующим средством. Смывные воды и испражнения обеззараживаются дезинфицирующими растворами и после экспозиции выливаются в канализацию.

4. Врач, заподозривший карантинную инфекцию, информирует главного врача и заместителя главного врача по медицинской части по телефону или с курьером через оперативный отдел, вызывает на консультацию врача-инфекциониста.

5. По схеме оповещения собирается руководящий состав ГБУЗ «Пензенская клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

6. Подается экстренное извещение о больном с карантинной инфекцией сначала по телефону в территориальное Управление «Роспотребнадзор по Пензенской области», с курьером вслед посылается бланк «Экстренное извещение на выявленное инфекционное заболевание» уч. ф. № 058у.

7. Запрещается прием и выписка больных из отделения, где выявлен пациент с карантинной инфекцией. Все входы в отделение и выходы перекрываются, у входной двери выставляется дежурный, запрещается хождение больных по отделению, выход и вынос вещей из палаты.

8. Перестраивается работа приемного отделения – госпитализация осуществляется через оперативный отдел и отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи.

9. Медицинская сестра приемного отделения по запросу из любого отделения стационара доставляет укладки с защитной одеждой, медикаменты, средства личной профилактики, аптечку экстренной помощи, дезинфицирующие средства, емкости для разведения дезинфицирующих растворов, укладку для забора нативного материала от больного медицинскому персоналу отделения, который оказывает помощь больному.

10. Медицинскому персоналу, выявившему больного с карантинной инфекцией, перейти в любое близлежащее помещение, обработать открытые участки тела 70 % этиловым спиртом (при легочной форме чумы в глаза закапать раствор гентамицина на физрастворе), надеть защитную одежду.

11. Провести забор нативного материала от больного (при холере – испражнения и рвотные массы, при ТОРС и высокопатогенном гриппе – мазки из носа и ополоски из зева) для лабораторного исследования до начала применения этиотропного лечения. У больного с подозрением на малярию необходимо взять кровь на исследование (мазок и толстая капля). Герметично упаковать материал в специальный бикс, написать направление на исследование.

12. Вызвать бригаду скорой помощи для транспортировки больного с карантинной инфекцией в инфекционный стационар.

13. Организовать проведение текущей дезинфекции.

14. Составить подробные списки контактных лиц из числа пациентов ЛПУ и сотрудников в двух экземплярах (ФИО, дата рождения, место жительства, телефон, место работы (адрес, телефон), контакт с больным – где, когда, продолжительность, прививки против чумы, холеры, гриппа – где проводились, дата и час составления списка, подпись лица, занимаемая должность).

15. Лица, контактировавшие с больным оспой, человеческим высокопатогенным гриппом, ТОРС, чумой, холерой, КВГЛ подлежат изоляции в инфекционный стационар на срок максимального инкубационного периода. За лицами, контактировавшими с больным Крымской ГЛ, менингококковой инфекцией, желтой лихорадкой, лихорадкой Эбола, лихорадкой Денге, лихорадкой Рифт-Валли, малярией, полиомиелитом, вызванным диким вирусом, устанавливают медицинское наблюдение, их госпитализируют в инфекционный стационар ГБУЗ ПОКЦ СВМП.

16. Информация о больном с карантинной инфекцией передается в Минздрав Пензенской области главным врачом ЛПУ по телефону, а затем в письменном виде доставляется донесение, содержащее следующую информацию:

- 1) дата заболевания;
- 2) предварительный диагноз, кем поставлен (ФИО врача, должность, наименование учреждения), на основании каких данных;
- 3) название страны, города, района, откуда прибыл больной, каким видом транспорта (№ поезда, машины, рейс самолета), время и дата прибытия;
- 4) адрес постоянного места жительства, подданства больного;
- 5) краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина, тяжесть заболевания;
- 6) дата прибытия больного из местности, неблагополучной по карантинной инфекции, в течение месяца;
- 7) общение выявленного больного с аналогичным больным (с такими же клиническими признаками заболевания);
- 8) пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по карантинной инфекции;
- 9) наличие контакта с животными, укусов насекомых-переносчиков;
- 10) вид деятельности пациента с подозрением на карантинную инфекцию;
- 11) принимал ли химиотерапевтические препараты, антибиотики;

- 12) получал ли профилактические прививки;
- 13) меры, принятые по локализации очага карантинной инфекции;
- 14) объем медицинской помощи и лабораторного исследования;
- 15) ЛПУ, куда госпитализирован больной с карантинной инфекцией;
- 16) мероприятия по контактным лицам, их количество.
17. ФИО передавшего и принявшего данное сообщение, дата, час.

18. Организационные вопросы решаются администрацией больницы. При необходимости на рабочие места в выходные, праздничные дни и в ночное время могут быть вызваны сотрудники любых отделений и служб больницы.

Схема оперативных мероприятий при выявлении подозрительного на карантинную инфекцию больного (труп) в стационаре

№ п/п	Мероприятия	Срок выполнения	Ответственный исполнитель
1.	Врач отделения или дежурный врач немедленно оповещает заведующего отделением и главного врача А.В. Никишина по тел. 8(927)289-59-99, в его отсутствие – заместителя главного врача по медицинской помощи И.В. Фролову по тел. 89631094327 в случае подозрения на карантинную инфекцию (по телефону или нарочным).	Немедленно	Врачи больницы
2.	Вызывает на консультацию врача-инфекциониста, направляет его к пациенту с подозрением на карантинную инфекцию для подтверждения диагноза, предоставляет укладку универсальную для забора материала от людей, дезинфицирующие средства, средства личной профилактики и средства для оказания помощи больному. Укладки хранятся в процедурном кабинете приемного отделения. Ключи от кабинета хранятся на посту у дежурной медицинской сестры приемного отделения	Немедленно	Заведующий отделением, главный врач больницы, заместитель главного врача. В выходные дни и ночное время – дежурный врач
3.	Экстренная информация о выявленном больном передается в вышестоящие организации по схеме	Немедленно	Заведующий отделением, главный врач больницы, заместитель главного врача. В выходные дни и ночное время – дежурный врач
4.	Вызов консультантов	Немедленно	Главный врач больницы (заместитель)
5.	Изоляция больного в отдельной палате	Не позже 20 минут с момента обнаружения больного	Заведующий отделением, главный врач больницы, заместитель главного врача. В выходные дни и ночное время – дежурный врач
6.	Выполнение текущей дезинфекции, сбор и обеззараживание биологических отходов от больного по режимам до перевода его в инфекционный стационар	В присутствии больного	Медицинские сестры и санитарки отделения, где выявлен больной
7.	Распоряжение о прекращении приема и выписки больных, выдачи трупов, посещения больных родственниками и знакомыми. Пере-	После подтверждения подозрения	Заведующий отделением, главный врач больницы, заместитель главного вра-

	крытие сообщения между этажами	инфекционистом (терапевтом)	ча. В выходные дни и ночное время – дежурный врач
8.	Выявление контактировавших с больным по приемному отделению, палате, диагностическим, манипуляционным и другим кабинетам, столовой, туалету. Изъятие (уничтожение или передача в специальную лабораторию) материала от больного из всех лабораторий (бактериологической, биохимической, иммунологической)	Не позже 1 часа после выявления больного	Врач-эпидемиолог ЛПУ
9.	Эвакуация больного эвакобригадой и направление его в инфекционный стационар	Не позже 2 часов после выявления больного	Дежурный врач, заведующий отделением
10.	Проведение заключительной дезинфекции дез. бригадой учреждения дезинфекционного профиля, определенного комплексным планом Минздрава и Роспотребнадзора по Пензенской области по санитарной охране территории	После эвакуации больного	Врач-эпидемиолог ЛПУ, помощник эпидемиолога, эпидгруппа из ФГУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии по Пензенской области»
11.	Изоляция контактных лиц (медработников, сотрудников больницы, посетителей, пациентов больницы) и проведение экстренной профилактики	После эвакуации больного	Врач-эпидемиолог ЛПУ, помощник врача-эпидемиолога, эпидгруппа из ФГУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии по Пензенской области»

Схема оперативных мероприятий в поликлинике по локализации очага в случае выявления больного (труп) с подозрением на карантинную инфекцию

№ п/п	Мероприятия	Срок выполнения	Ответственный исполнитель
1	Немедленное оповещение главного врача (заместителя) в случае возникновения подозрения на карантинную инфекцию. Главный врач – А.В. Никишин, тел. 8(927)289-59-99, в его отсутствие – заместитель главного врача по медицинской части Фролова И.В., тел. 8(963)109-43-27, заведующий поликлиникой Горина О.С., тел. 8(903)324-46-69	Немедленно при возникновении подозрения	Врачи поликлиники
2	Изолировать пациента в любом кабинете поблизости от места выявления, вызвать врача-терапевта и врача-инфекциониста, направить их к пациенту с подозрением на карантинную инфекцию для подтверждения диагноза с укладкой универсальной для забора материала от людей, дезинфицирующими средствами, средствами личной профилактики и средствами для оказания помощи больному. Укладки хранятся на 4 этаже перед кабинетом № 421, ключи находятся у старшей медсестры поликлиники	Немедленно	Заведующая поликлиникой Горина Ольга Сергеевна, врач-терапевт Акопян Надежда Александровна
3	Экстренная информация о больном передается по схеме	Немедленно после подтверждения диагноза	Заведующий поликлиникой (заместитель)

		врачом-инфекционистом (терапевтом)	
4	Распоряжение о прекращении работы поликлиники и перекрытие сообщения между этажами, отдельными отсеками	Не позже 20 минут с момента подтверждения диагноза	Заведующий поликлиникой (заместитель), старшая медицинская сестра отделения
5	Регистрация с указанием домашних адресов и эвакуация посетителей (пациентов) поликлиники. Выявление контактировавших с больным лиц по данным регистратуры, врачебных и диагностических кабинетов, манипуляционной, другим кабинетам, в местах ожидания приема. Выяснение по амбулаторной карточке, взятие анализов больного на исследование и передача их в специализированную лабораторию	Не позже 1 часа после обнаружения больного	Врач-эпидемиолог Миронova Елена Николаевна, тел. 89053672575 (помощник врача эпидемиолога Шахова Вероника Анатольевна, тел. 89023410648), лечащий врач, эпидгруппа ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области»
6	Эвакуация больного эвакобригадой	Не позже 2 часов после выявления больного	Заведующий поликлиникой
7	Проведение заключительной дезинфекции бригадой учреждения дезинфекционного профиля, определенного комплексным планом по санитарной охране территории	После эвакуации больного	Заведующий поликлиникой, врач-эпидемиолог, Главный врач ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области» Рябина Тамира Владимировна

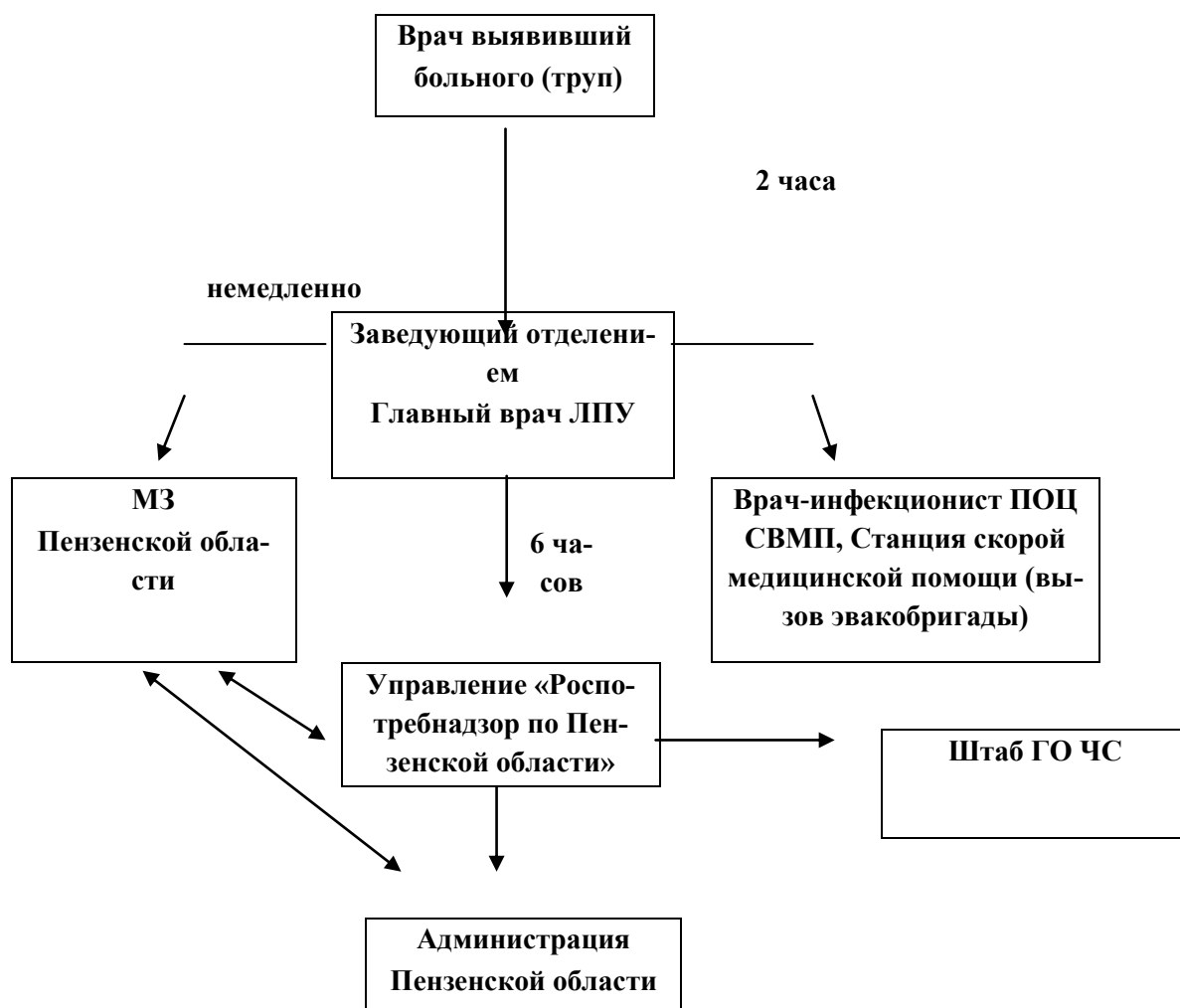


Схема передачи информации при выявлении подозрительного на карантинную инфекцию больного (трупа) в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Перечень лиц, подлежащих лабораторному обследованию на холеру

№	Лица, подлежащие лабораторному обследованию на холеру	Периоды обследования
1	Больные с диареей и рвотой при тяжелом течении болезни и выраженном обезвоживании*	В течение года на территории всей страны
2	Граждане Российской Федерации, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, а также имевших диарею и рвоту в пути следования *	В течение года на территории всей страны
3	Иностранные граждане, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, находящихся на стационарном лечении и при обращении за медицинской помощью по поводу указанного заболевания, при наличии риска для здоровья населения	В течение года на территории всей страны
4	Лица без гражданства или иностранные граждане при медицинском освидетельствовании на территории Российской Федерации (с дисфункцией кишечника и по	В течение года на территории всей страны

	эпидемиологическим показаниям)*	
5	Больные острыми кишечными болезнями в стационарах и оставленные на дому*	Обследование проводится по эпидемическим показаниям
6	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в центры социальной реабилитации и организации спецрежима**	Обследование проводится по эпидемическим показаниям
7	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в психоневрологические стационары и диспансеры**	Обследование проводится по эпидемическим показаниям
8	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в негосударственные медицинские организации**	Обследование проводится по эпидемическим показаниям
9	Умершие, причиной смерти которых явились кишечные инфекции неустановленной этиологии	Обследование проводится по эпидемическим показаниям

Примечания:

*бактериологическое обследование на холеру осуществляется трехкратно (с интервалом 3 часа) до начала лечения антибиотиками;

**бактериологическое обследование на холеру осуществляется однократно до начала лечения антибиотиками.

Схемы экстренной профилактики контактных лиц в очаге карантинной инфекции

Экстренная профилактика контактных в очаге при неизвестном возбудителе

№ п/п	Название препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения	Продолжительность курса/сутки
1	Ципрофлоксацин	внутрь	0,5	2	5
2	Доксициклин	внутрь	0,2	1	5
3	Тетрациклин	внутрь	0,5	3	5 дней

Экстренная профилактика натуральной оспы

№ п/п	Название препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения	Продолжительность курса/сутки
1	Метисазон	внутрь	Взрослым – 0,6 Детям – 10 мг/кг	2 2	4–6 дней 4–6 дней

Одновременно с приемом метисазона проводится вакцинация оспенной вакциной независимо от предыдущей вакцинации.

Экстренная профилактика холеры для контактных в очаге в соответствии с СП 3.1.1.2521-09

№ п/п	Название препарата	Способ приме- нения	Разовая доза, г	Кратность применения	Продолжитель- ность курса/сутки
1	Ципрофлоксацин	внутрь	0,5	2	4
2	Офлоксацин	внутрь	0,2	2	4
3	Перфлоксацин	внутрь	0,4	2	4
4	Норфлоксацин	внутрь	0,4	2	4
5	Доксициклин	внутрь	0,2 в 1 день, за- тем по 0,1	1	4

При выделении холерных вибрионов, чувствительных к фуразолидону, беременным назначают этот препарат.

Экстренная профилактика чумы

№ п/п	Название препарата	Способ при- менения	Разовая доза, г	Кратность при- менения в сутки	Продолжи- тельность курса/сутки
1	Доксициклин	внутрь	0,2	1	7
2	Стрептомицин	в/м	0,5	2	7
3	Тетрациклин	внутрь	0,5	3	7

Схема местной экстренной профилактики оспы, чумы и КВГЛ

При контакте с больным открытые части тела обрабатывают 70° этиловым спиртом. Рот и горло ополаскивают 70° спиртом. В глаза и нос закапывают раствор одного из антибиотиков.

Наименование препарата	Способ приготовления глазных капель	Концен- трация, мг/мл	Способ и кратность применения
Стрептомицина сульфат	Содержимое флакона (0,5 г) растворить в 20 мл дистиллированной воды	25	Закапывать в глаза сразу после предполагаемого заражения, затем 3 раза в день в течение 3 суток
Гентамицина сульфат	Содержимое флакона (0,08 г) растворить в 10 мл дистиллированной воды	4	Закапывать в глаза сразу после предполагаемого заражения, затем 3 раза в день в течение 3 суток
Ципрофлоксацин	Готовая лекарственная форма		-«-
Софрадекс	-«-		-«-

Экстренная профилактика гриппа

№ п/п	Название препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Продолжительность курса/ сутки
1	Озельтамивир (тамифлю)	внутрь	0,075	1	5 дней
2	Занамивир (реленза)	интраназально	2 ингаляции	1	10–14 дней

Экстренная профилактика болезней, вызванных вирусами Эбола и Марбург

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, мл	Кратность применения	Титр нейтрализующих антител
Специфический иммуноглобулин	п/к или в/м +в/в	До 6	1	Не менее 1:4096

Экстренная профилактика лихорадки Ласса

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, мл	Кратность применения	Продолжительность курса/ сутки
Виразол (рибамирин)	внутрь	0,2	4	10

Экстренная профилактика лихорадки Рифт-Валли

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, мл	Кратность применения	Продолжительность курса, сутки
Виразол	в/в	1,0	1	3–4
Альфаферон	в/м	3 млн. МЕ	1	3–4
Иммуноглобулин нормальный человеческий	в/в	25–50 мл	1 с интервалом 48–72 часа	4–20
Аскорбиновая кислота 5 % раствор	в/в	2,0 мл	1	5–7
Рутин	внутрь	0,002	3	5–7
Димедрол	в/м	0,001	1	5–7

Экстренная профилактика среди детей, контактировавших с больными полиомиелитом и с явлениями острых вялых параличей; детям до 5 лет проводится однократная вакцинация живой оральной полиомиелитной вакциной вне зависимости от ранее проведенных прививок.

Экстренная профилактика в очагах менингококковой инфекции

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, мл	Кратность применения	Продолжительность курса, сутки
Рифампицин	внутрь	0,6 взрослым	2	2
Ципрофлоксацин	внутрь	0,5 взрослым	1	1
Ампициллин	внутрь	0,5 взрослым	4	4

Неснижаемый запас лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи больным с карантинными инфекциями

	Антибиотики		
	Стрептомицин	Гентамицин	Доксициклин
Чума	1,0 x 3 р (7–10 дн.) 5–10 фл.	0,08 x 4 р (7–10 дн.) 5–10 фл.	0,2–1 р, 10–14 дн. 10–20 таб. по 0,1
Холера	Солевые растворы 10 л Регидрон и проч. 10–20 упаковок		

Схема терапии больных в критическом состоянии

Синдром	Неотложная помощь
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	Кордиамин 1,0 мл подкожно. Кофеин бензоат натрия 1,0 мл подкожно. Эффедрин гидрохлорид 5 % 1,0 мл подкожно. Адреналин гидрохлорид 0,1 % 1,0 мл подкожно
Инфекционно-токсический шок	Немедленно: кислород – ингаляция; преднизалон – 60 мг в 0,9 % растворе натрия хлорида, лактосол – 400 мл внутривенно, капельно, трентал – внутривенно, капельно (разовая доза 2,0–4,0 мг/кг, суточная доза 9,0–17,0 мг/кг). При отсутствии этих препаратов назначают: внутривенное капельное введение гемодеза – 400 мл, полиглюкина, реополиглюкина, сухой или нативной плазмы, раствор глюкозы и физиологический раствор. Дальнейшие мероприятия по интенсивной терапии проводят в стационаре
Дегидратация (дегидратационный шок)	Внутривенное введение одного из имеющихся растворов: квартасоль, ацесоль, хлосоль, трисоль, лакта-соль, 0,9 %-й раствор NaCl в количестве, равном 10 % от массы тела. Первые 2 л раствора вводят со скоростью 100–120 мл в мин., затем 30–60 мл в мин. Предпочтительнее из всех указанных препаратов введение раствора квартасоль
Острый геморрагический синдром	Внутривенное введение плазмы, крови (до 1 л в сутки в 2–3 приема), тромбоцитарной массы, 15 % раствор альбумина, фибриноген, викасол. Местно – пузырь со льдом, препараты кальция
Острый неврологический синдром	Функционально выгодное положение – на боку со слегка запрокинутой головой. Для снятия психомоторного возбуждения: натрия-оксипропионат внутривенно 20 %-й водный раствор в дозе 70–120 мг/кг, диазепам внутримышечно

	2–4 мл 5 %-го раствора в сочетании с препаратами калия: преднизолон внутривенно 60–90 мг, ингаляция кислорода, раствор Лабери 500 мл, 5 %-й раствор альбумина 300 мл, раствор глюкозы 500 мл, инсулин 8 ЕД, внутривенно, капельно. При гипертензии одновременно 1 %-й раствор лазикса 2 мл. При гипертермии – реопирин 5 мл или амидопирин 5 % – 5 мл, анальгин 50 % – 2 мл. Местная и общая физическая гипотермия

Химиопрофилактика малярии

В случае местной передачи малярии, подтвержденной эпидобследованием очага, в период эффективной заражаемости комаров необходимо проводить сезонную химиопрофилактику населения в очаге далагилом или тиндурином 1 раз в неделю. Если в большом населенном пункте случаи малярии локализованы на отдельном участке, химиопрофилактику можно проводить по микроочаговому принципу. Предварительное лечение лихорадящих однократной дозой этого препарата следует проводить в тех случаях, когда надо срочно ослабить клинические проявления или предупредить передачу малярии в очаге. Для предупреждения поздних проявлений трехдневной малярии после завершения сезона передачи или перед началом следующего эпидемического сезона тем же лицам следует провести межсезонную химиопрофилактику примахином в течение 14 дней. Химиопрофилактика проводится по семейным спискам, препарат принимают только в присутствии медицинского работника. Решение о проведении химиопрофилактики принимает центр госсанэпиднадзора.

Препараты, применяемые для химиопрофилактики малярии

Препарат	Режим дозирования для взрослых	Очаги, в которых рекомендуется применение
Мефлохим	0,25 г в неделю	Очаги тропической малярии с устойчивостью к хлорохину
Хлорохин + прогуанил	0,3 г в неделю 0,2 г в сутки	Очаги 3-дневной и тропической малярии без устойчивости к хлорохину
Хлорохин	0,3 г в неделю	Очаги 3-дневной и тропической малярии
Доксициклин	0,1 г в сутки	Очаги с полирезистентностью

Укладка универсальная

для забора материала от людей в целях исследования на карантинные и прочие особо опасные инфекции для лечебно-профилактических учреждений общего профиля (неинфекционные ЛПУ, станции и отделения скорой медицинской помощи, поликлиники, медсанчасти, частные клиники общего профиля)**

№	Предметы и средства	Количество
Предметы для забора крови:		
1	Шприц объемом 5,0; 10,0 мл одноразовый	по 2 шт.
2	Жгут кровоостанавливающий венозный	1 шт.
3	Скарификаторы одноразовые стерильные	10 шт.
4	Настойка йода 5 %	1 шт.
5	Спирт ректификат 96° (100 мл) и 70° (100 мл)	по 1 фл.
6	Вакуумная пробирка для получения сыворотки крови	10 шт.
7	Вакуумная пробирка с EDTA (для ПЦР-диагностики)	10 шт.
8	Предметные стёкла	10 шт.

9	Фиксатор	1 шт.
10	Питательные среды для посева крови	2 шт.
11	Салфетки марлевые спиртовые	1 уп.
12	Салфетки марлевые стерильные	1 уп.
13	Бинт стерильный	1 шт.
14	Вата стерильная	1 уп.
Предметы для забора биологического материала:		
15	Контейнер для сбора и транспортировки образцов полимерный (полипропиленовый) с закручивающейся крышкой, объем не менее 100 мл, стерильный	10 шт.
16	Контейнер с лопаткой для сбора и транспортирования фекалий с закручивающейся крышкой стерильный	10 шт.
17	Пакет полиэтиленовый	50 шт.
18	Тампон хлопковый в полиэтиленовой пробирке, стерильный	10 шт.
19	Полимерные петли пробоотборники стерильные	2 шт.
20	Зонд ректальный полимерный прямой стерильный	10 шт.
21	Шпатель для языка прямой, одноразового применения, стерильный	4 шт.
22	Катетеры одноразовые урологические стерильные	2 шт.
23	Питательный бульон pH 7,2 во флаконе (50 мл)	2 шт.
24	Питательный бульон pH 7,2 во флаконе по 5 мл	3 шт.
25	Физиологический раствор во флаконе (50 мл)	1 шт.
26	Пептонная вода 1 % pH 7,6–7,8 во флаконе 50 мл	1 шт.
27	Чашки Петри одноразовые полимерные стерильные	10 шт.
28	Пробирки микробиологические одноразовые полимерные с закручивающимися крышками	10 шт.
Предметы общего назначения		
29	Кофр для упаковки предметов	2 шт.
30	Перчатки латексные	4 шт.
31	Защитные костюмы противочумные 1 типа	3 шт.
32	Полная маска для защиты органов дыхания и респиратор	2 шт.
33	Карандаш простой	1 шт.
34	Маркер перманентный	1 шт.
35	Ножницы	1 шт.
36	Лейкопластырь	1 уп.
37	Бумага листовая формат А4	10 листов
38	Инструкция по забору материала	1 компл.
39	Направления на исследование (бланки)	10 шт.
40	Клеёнка подкладная	1 шт.
41	Нитки	1 уп.
42	Пластелин	1 уп.
43	Спиртовка	1 шт.

44	Спички	1 коробок
45	Пинцеты анатомический и хирургический	2 шт.
46	Скальпель	1 шт.
47	Бикс или контейнер для транспортировки биологического материала	1 шт.
Дезинфицирующие средства:		
48	Навеска дезсредства широкого спектра действия, включая возбудителей карантинных инфекций, рассчитанная на получение 10 л рабочего раствора	1 шт.
49	30 % раствор перекиси водорода для получения 10 л 6 % раствора	1 фл.
50	Емкость для приготовления дезраствора объемом 10 л	1 шт.

Примечания:

*данный перечень составлен на основании Постановления Главного государственного санитарного врача России от 29.11.2016 № 178 о внесении «Изменений № 3» в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации»;

**в ЛПУ, территориально размещённых в одном комплексе, достаточно иметь 1 укладку; для ЛПУ, имеющих территориально обособленные подразделения (кроме ФАП) – в каждом.

Правила забора материала для лабораторного исследования от больного (трупа) при подозрении на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, малярией, при неизвестном возбудителе

1. Общие положения

Забор материала, как правило, производят в инфекционном стационаре. Забор клинического материала и его упаковку от больных, подозрительных на карантинное заболевание, осуществляет врач-инфекционист или врач стационара, где госпитализирован больной, в присутствии вирусолога ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области». Материал должен забираться до начала специфического лечения стерильными инструментами в стерильную посуду. Секционный материал отбирают медицинские работники патологоанатомического отделения бюро судебно-медицинской экспертизы.

Весь инструментарий и другие предметы, использованные для взятия материала, обеззараживают кипячением в 2 %-м растворе соды (или другого моющего средства) в течение 60 минут с момента закипания или в паровом стерилизаторе (пар под давлением 2,0 кг/см² при 132 °С) в течение 90 минут.

2. При подозрении на заболевание чумой

В зависимости от формы проявления заболевания для исследования берут следующий материал:

- при кожной форме чумы – содержимое везикул, пустул, карбункулов, отделяемое язв, содержимое плотного инфильтрата, кровь;
- при бубонной форме – пунктат из бубона, кровь;
- при септической форме – кровь;
- при легочной форме – мокрота (слизь из зева), кровь.

Пунктат бубона (везикул, пустул, карбункулов) берут шприцем емкостью не менее 5 мл. Кожу на участке, намеченном для прокола, обрабатывают 70-градусным спиртом, а затем смазывают 5 %-м раствором йода и вновь протирают спиртом. Иглу с толстым просветом вводят с таким расчетом, чтобы ее острое достигало центральной части бубона, после чего, немного оттянув поршень, медленно вытягивают иглу. Экссудат в чумном бубоне расположен между плотными тканями, количество его незначительно и часто заполняет только просвет иглы. Поэтому полезно перед пункцией

бубона в шприц набрать 0,1–0,2 мл стерильного питательного бульона или изотонического раствора хлористого натрия. После извлечения иглы из бубона через нее набирают в шприц 0,5 мл того же бульона (рН 7,2) и содержимое выливают в стерильную пробирку, закрывают резиновой стерильной пробкой. Последние капли материала из шприца наносят на 2 предметных стекла. После высыхания капли стекла помещают в фиксатор с 96-градусным этиловым спиртом. При невозможности получить материал в бубон вводят 0,3 мл стерильного физиологического раствора, а затем отсасывают его и помещают в стерильную пробирку. При вскрывшемся бубоне материал берут из периферической плотной части, как указано выше, и отдельно – отделяемое свища. Обе порции берут и исследуют раздельно. Пунктат из отека набирают в шприц и переносят в стерильную пробирку.

При подозрении на легочную форму мокроту для исследования собирают в стерильные широкогорлые банки с притертыми или завинчивающимися крышками. При отсутствии мокроты материал получают стерильным тампоном из зева.

При всех формах чумы берут кровь из вены в количестве 10 мл, засевая сразу 5 мл в 50 мл питательного бульона (рН 7,2), остальной материал используют в дальнейшем для посева на агар, заражения биопробных животных, а также постановки серологических реакций, приготовления мазков.

Забор материала от трупа для лабораторного исследования производят стерильными инструментами. Вырезанный для исследования кусочек органа помещают в отдельную банку, после чего инструменты каждый раз вытирают увлажненным тампоном, смачивают в спирте и обжигают над пламенем горелки.

При подозрении на чуму берут кусочки печени, селезенки, легких, лимфатических узлов, костного мозга из трубчатой кости и грудины, а также кровь или сгустки ее из полости сердца и крупных сосудов.

Кровь берут из полости сердца шприцем с длинной иглой достаточно широкого диаметра и переносят в стерильную пробирку с резиновой пробкой. Прокол сердечной мышцы производят через участок ее, простерилизованный прикосновением раскаленного металлического шпателя. Если полость желудочка пуста, можно взять кровь из предсердия, крупного сосуда.

3. При подозрении на заболевание холерой

Для лабораторного исследования материал от больного необходимо брать немедленно при подозрении на особо опасную инфекцию и обязательно до начала лечения антибиотиками. Испражнения собирают в одноразовые флаконы стерильной лопаточкой (10–20 мл), рвотные массы (10–20 мл) стеклянной трубкой с резиновой грушей переносят в стерильные банки, которые закрывают крышкой и помещают в полиэтиленовые мешочки. Забор материала может быть осуществлен в медицинском учреждении, где выявлен больной.

При отсутствии испражнений материал забирают в инфекционном стационаре стерильной петлей из прямой кишки на глубине 6–8 см. Содержимое переносят во флакон или пробирку с 1-процентной пептонной водой. Желчь берут при дуоденальном зондировании. В отдельные пробирки собирают две порции из желчного пузыря и желчных протоков (В и С). В лабораторию желчь отправляют нативной.

От трупов людей, умерших с подозрением на холеру, берут отрезки верхней, средней и нижней частей тонкого кишечника длиной до 10 см. Желчный пузырь извлекают целиком.

Взятые образцы органов трупов укладывают отдельно в стеклянные банки, упаковывают, надписывают и отправляют в лабораторию.

4. При подозрении на заболевание полиомиелитом

Проводится забор двух проб фекалий в объеме 8–10 г с интервалом 24–48 ч для вирусологического исследования на полиовирус, а также проводится забор парных сывороток крови (в количестве 5 мл) – первая сыворотка берется в день постановки клинического диагноза, вторая через 2–3 недели после первой. Диагностическим является четырехкратное нарастание титра антител в пробах парных сывороток. В случае летального исхода необходимо взять секционный материал из спинного мозга в первые часы после смерти. Доставка материала в лабораторию Центра гигиены и эпидемиологии должна осуществляться с соблюдением «холодовой цепи».

5. При подозрении на заболевание ТОРС

Забирается на исследование – плазма крови (для исследования методом ПЦР кровь забирается натошак из локтевой вены одноразовой иглой d 0,8–1,1 мм в одноразовый шприц объемом 5 мл или вакуумную систему с ЭДТА, гепарин в качестве коагулянта использовать нельзя, из шприца кровь аккуратно переносят в одноразовую пластиковую пробирку с 3,8 % цитратом натрия в соотношении 1:9. Пробирку закрывают резиновой пробкой и аккуратно переворачивают несколько раз), фекалии (1 г в стерильный одноразовый флакон стерильной лопаткой), мазки из полости носа (сухими стерильными ватными тампонами, тампон вводят по наружной стенке носа на глубину 2–3 см до нижней раковины, затем тампон опускают вниз, делают вращательные движения и удаляют вдоль наружной стенки носа, помещают в стерильную пробирку с транспортной средой, зонд вращать 10–15 сек в пробирке. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки и, отжав жидкость, удаляют зонд и закрывают пробирку). Мокрота не менее 0,5 мл в стерильном флаконе с завинчивающейся крышкой объемом не менее 50 мл. Секционный материал – ткань легких, бронхов, кровь, образцы фекалий отбирается в стерильную посуду. Доставлять в лабораторию в сумке-холодильнике при температуре 2–8 °С, или в замороженном виде в течение суток.

6. При подозрении на заболевание оспой

Для исследований берут кровь, соскоб папул, содержимое везикул, пустул, корки, отделяемое слизистой носоглотки.

7. При подозрении на заболевание человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса

Для исследования забирают смывы из полости носа и ротоглотки для ПЦР-анализа.

8. При подозрении на заболевание желтой лихорадкой, лихорадкой Денге, лихорадкой Западного Нила

Для исследования берут кровь из вены – 10 мл (в 2 пробирках по 5 мл), готовят сыворотку крови, секционные пробы органов (головной мозг, печень, селезенку), спинномозговую жидкость по показаниям.

9. При подозрении на заболевание лихорадкой Рифт-Валли

Для исследования берут кровь из вены – 10 мл (в 2 пробирках по 5 мл), готовят сыворотку крови, смывы из зева, секционные пробы органов (печень), фекалии.

10. При подозрении на Крымскую геморрагическую лихорадку

Для исследования берут кровь из вены – 10 мл (в 2 пробирках по 5 мл), готовят сыворотку крови, секционные пробы органов (головной и спинной мозг, печень, селезенку, легкие, почки).

11. При подозрении на заболевание малярией

Забор крови на исследование производят в любом лечебном учреждении, где выявлен больной. Готовят 2 препарата: мазок, который фиксируют в 96 %-м спирте или смеси Никифорова, затем окрашивают по Романовскому-Гимзе, и толстая капля, которая окрашивается без предварительной фиксации мазка тем же методом.

12. При установленном диагнозе (заболевание протекает с одним из синдромов)

В зависимости от формы проявления заболевания для исследования берут следующий материал:
– кровь из вены – 10 мл (в 2 пробирках по 5 мл);

- слизь из зева (стерильным тампоном);
- мокрота;
- моча – 100 мл стерильным катетером в стерильный флакон (банку);
- отделяемое патологических образований на коже – стерильным скарификатором;
- пунктат бубонов, лимфоузлов, отеков, других воспалительных образований.

Методика забора материала такая же, как при подозрении на чуму, для фиксации мазков используют 96-градусный спирт с добавлением 3 %-й перекиси водорода (конечная концентрация).

12. Упаковка и транспортирование материала

Каждую пробирку, банку или другую посуду, в которую помещен материал от больного, плотно закрывают резиновыми (корковыми, стеклянными притертыми пробками, полиэтиленовыми или заворачивающимися крышками), обрабатывают снаружи дезраствором. После этого пробки заклеивают лейкопластырем или покрывают колпачком из хлорвиниловой пленки (целлофановой, вошенной бумаги или пергамента) и плотно завязывают. Затем пробирки помещают в металлический пенал, края между крышкой и корпусом пенала заклеивают лейкопластырем. Пенал заворачивают в целлофановую (вошеную) бумагу, делают пометку «верх» и помещают в бикс. Каждую банку отдельно заворачивают в хлорвиниловую пленку, целлофановую, вошеную бумагу или марлю и помещают в бикс или металлический ящик, который опечатывают и отправляют в сопровождении 2 человек, один из которых медицинский работник, в лабораторию специальным транспортом. К посылке прилагают сопроводительный документ, в котором указывают фамилию, имя, отчество, возраст больного, диагноз, даты начала заболевания и взятия материала, часы забора, характер материала для исследования, примененные антибиотики (дата и доза), фамилию и должность медицинского работника, забравшего материал.

Мазки при подозрении на малярию высушивают на воздухе, завертывают в обычную бумагу, помещают в полиэтиленовый пакет, снабжают этикеткой.

Посылки направляют в лаборатории, имеющие разрешение на работу с соответствующим возбудителем – лаборатория ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Пензенской области» и лаборатория ГУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи».

Состав аптечки экстренной помощи при карантинных инфекциях

1. 70° этиловый спирт – 150 мл (для полоскания глотки).
2. Навески сухого порошка КМНО 4 по 50 мг – 1–2 шт., по 10 мг – 1–2 шт.
3. Стерильная дистиллированная вода по 100 мл на каждую навеску для получения 0,05 % раствора – для промывания носа, ротоглотки, и 0,01 % раствора – для промывания глаз.
4. Стерильные глазные пипетки – 5 шт.
5. Ванночка – 1 шт.
6. Для обработки слизистой глаз набор антибиотиков специфического действия: при чуме – гентамицин 0,08 – 3 флакона, растворить каждый в 20 мл дистиллированной воды для промывания глаз – 3 раза в сутки, 3 суток; при холере: доксициклин 0,1 (капсула) – 2 шт. растворить каждую в 20 мл физиологического раствора, применять однократно.
7. Противовирусный препарат – арбидол, озельтамивир из расчета 1 упаковка на каждого специалиста (3 человека).
8. Дистиллированная вода по 10 мл в ампулах – 30 ампул.
9. При отсутствии указанных препаратов или аллергии к ним слизистые обильно промывают водой.
10. Стерильные ватные тампоны – 30 шт.
11. Лейкопластырь, бактерицидный пластырь.
12. 5 % спиртовой раствор йода.
13. Шприц одноразовый для приготовления растворов антибиотиков – 5 шт.
14. Стерильные флаконы для приготовления вышеуказанных растворов емкостью 100 и 200 мл – 5 шт.

**Режимы обеззараживания
при проведении текущей и заключительной дезинфекции
при карантинных инфекциях**

Объект, подлежащий обеззараживанию	Бактерии, не образующие спор (чума, туляремия, холера, менингококковая инфекция)	Бактерии, образующие споры/неизвестный патогенный объект	Вирусы (полиомиелит, грипп, геморрагические лихорадки)
Выделения больного: испражнения, мокрота, моча, рвотные массы, промывные воды	0,3 % хлормисепт люкс – 120 мин. (раб. р-р 2:1), 4 % оптимакс – 120 мин.	3 % р-р хлормисепт люкс – 120 мин. (залить раб. р-ром 2:1)	1,0 % р-р Оптимакс – 60 мин. (залить 2:1)
Белье больного, постельные принадлежности	Камерное обеззараживание – паровоздушное – 80–90 °С – 45 минут Хлормисепт люкс – 0,21 % – 120 мин		
Посуда больного	Кипячение вместе с остатками пищи в 2 % растворе соды 30 мин, или погружение в дезраствор Хлормисепт люкс 0,12 % р-р – 120 мин Оптимакс 0,7 % – 120 мин	Погружение в дезраствор Хлормисепт люкс 1,2 % – 120 мин Оптимакс 3,0 % – 60 мин	Кипячение вместе с остатками пищи в 2 % растворе соды 30 мин, или замачивание в дез. растворе Хлормисепт люкс 0,12 % – 60 мин Оптимакс 2,0 % – 60 мин
Предметы ухода за больным	Двукратное протирание с интервалом 15 минут 6 % раствором перекиси или погружение в дезраствор Хлормисепт люкс 0,03 % – 60 мин Оптимакс 0,5 % – 120 мин	Хлормисепт люкс 0,6 % – 120 мин, Оптимакс 1,0 % – 60 мин	Двукратное протирание с интервалом 15 минут Хлормисепт люкс 0,06 % – 30 мин Оптимакс 1,0 % – 60 мин
Помещение, оборудование, мебель	Протирание дезраствором Хлормисепт люкс 0,06 % – 60 мин Оптимакс 0,5 % – 120 мин	6 % перекись водорода с 0,5 % моющим средством – 120 мин; Хлормисепт люкс 0,6 % – 60 мин Оптимакс 1,0 % – 60 мин	Хлормисепт люкс 0,015 % – 30 мин Оптимакс 1,0 % – 60 мин
Защитная одежда	Кипячение в 2 % растворе соды – 30 мин или погружение в дезраствор Хлормисепт люкс 0,21 % – 120 мин Оптимакс 0,7 % – 120 мин	Хлормисепт люкс 1,2 % – 120 мин Оптимакс 3,0 % – 60 мин	Кипячение в 2 % растворе соды – 30 мин или погружение в дезраствор Хлормисепт люкс 0,075 % – 60 мин Оптимакс 2,0 % – 60 мин
Уборочный инвентарь	Хлормисепт люкс 0,21 % – 120 мин Оптимакс 0,5 % – 120 мин	Хлормисепт люкс 1,2 % – 120 мин Оптимакс 3,0 % – 60 мин	Хлормисепт люкс 0,06 % – 60 мин Оптимакс 2,0 % – 60 мин

Порядок применения защитного костюма

Противочумный костюм обеспечивает защиту медицинского персонала от заражения возбудителями чумы, холеры, КВГЛ, а также при синдромах неясной этиологии и других возбудителей I–II групп патогенности, применяется при обслуживании больного в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, при перевозке (эвакуации) больного, проведении текущей и заключительной дезинфекции, при взятии материала от больного для лабораторного исследования, при вскрытии трупа. В зависимости от характера выполняемой работы пользуются следующими типами защитных костюмов:

а) первый тип – полный защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона или большой косынки (120 x 120 x 150 см), противочумного халата (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны далеко заходить друг за друга, длинные завязки у ворота, на поясах, у пояса и рукавах), ватно-марлевой маски (из марли 12x50 см со слоем ваты 25x17x1,5 весом 20 г), или противопылевого респиратора, или фильтрующего противогаза, очков-консервов или целлофановой пленки одноразового пользования (17x39 см с учетом 6 см с каждой стороны для тесемок длиной 30 см), резиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых (в исключительных случаях допускается в больничных учреждениях неинфекционного профиля, в амбулаторно-поликлинических учреждениях, станциях скорой помощи, СКО, СКП замена резиновых сапог на бахилы хирургические, которые надеваются поверх тапочек) и полотенца. Для вскрытия трупа человека или крупных животных необходимо дополнительно иметь вторую пару перчаток, клеенчатый фартук или полиэтиленовый, нарукавники;

б) второй тип – защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, противочумного халата, капюшона (большой косынки), ватно-марлевой маски, резиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых или кирзовых и полотенца;

в) третий тип состоит из пижамы, противочумного халата, большой косынки, резиновых перчаток, носков, глубоких галош или сапог и полотенца;

г) четвертый тип состоит из пижамы, противочумного или хирургического халата, шапочки или косынки, носков, тапочек. Комплекты защитной одежды (халат, сапоги и т.д.) должны быть подобраны по размерам и маркированы.

Применение защитных костюмов

Вид выполняемой работы	Нозологическая и клиническая формы болезней			
	Тип костюма			
	1	2	3	4
При работе с больными	Легочной или септической формами чумы. До установления окончательного диагноза у больного бубонной и кожной формами чумы, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным		Бубонной или кожной формами чумы, получающими специфическое лечение	Холерой с острым диарейным синдромом. При проведении туалета больному надевают резиновые перчатки, а при обработке выделений – маску
При эвакуации больных	Чумой, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным			Холерой
При работе в изоляторе	Для контактных с больными легочной формой чумы. Для контактных с больными КВГЛ, острой геморрагической лихорадкой, острым респираторным			Для контактных с больными бубонной, септической или кожными формами чумы, получающими специфическое

				ческое профи- лактическое ле- чение. Для кон- тактных с боль- ными холерой
При проведе- нии заключи- тельной и те- кущей дезин- фекции (дезин- секции)	В очаге заболеваний легочной фор- мой чумы, в очаге заболевания КВГЛ	В очаге бубон- ной формы чумы. В очаге холеры		
При вскрытии трупа	Погибшего от чумы, КВГЛ (допол- нительно надевают клеёнчатый фар- тук, нарукавники, вторую пару пер- чаток)	Погиб- шего от холеры		
При взятии ма- териала от больного при лабораторном исследовании	На чуму, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным, острым неврологи- ческим синдромом			На холеру с ост- рым диарейным синдромом (до- полнительно надевают рези- новые перчатки)

Порядок надевания и снятия противочумного костюма

Костюм надевают в следующем порядке: комбинезон (пижама), носки (чулки), сапоги (галоши), капюшон (большая косынка и противочумный халат, при необходимости пользоваться фонендоскопом его надевают перед капюшоном или большой косынкой). Тесемки у ворота халата, а также пояс халата завязывают спереди на левой стороне петель, таким же образом закрепляют тесемки на рукавах.

Респиратор (маску) надевают на лицо так, чтобы были закрыты рот и нос, для чего верхний край маски должен находиться на уровне нижней части орбит, а нижний – заходить под подбородок. Верхние тесемки маски завязывают петлей на затылке, а нижние – на темени (по типу працевидной повязки). Надев респиратор, по бокам крыльев носа закладывают ватные тампоны. Очки должны плотно прилегать к капюшону (косынке), стекла натерты специальным карандашом или кусочком сухого мыла, предупреждающими их запотевание. В местах возможной фильтрации воздуха закладывают ватные тампоны. Затем надеваются перчатки (после проверки их на целостность воздухом). За пояс халата с правой стороны закладывают полотенце.

При проведении патологоанатомического вскрытия трупа дополнительно надевают клеенчатый (прорезиненный) фартук, нарукавники, вторую пару перчаток, полотенце закладывают за пояс фартука с правой стороны.

Порядок снятия костюма. Защитный костюм снимают после работы в специально выделенном для этого помещении или в той же комнате, где проводилась работа, но после полного обеззараживания этого помещения. Для обеззараживания костюма должны быть предусмотрены: а) тазик или бачок с дезраствором для обработки наружной поверхности сапог или галош; б) тазик с дезинфицирующим раствором для обработки рук в перчатках в процессе снятия костюма; в) банка с притертой пробкой с 70-градусным спиртом для обеззараживания очков и фонендоскопа; г) кастрюли с дезраствором или мыльной водой для погружения ватно-марлевых масок; д) металлический бак с дезраствором для обеззараживания халата, косынки (капюшона) и полотенца; е) металлическая кастрюля или стеклянная банка с дезраствором для обеззараживания перчаток.

При обеззараживании костюма дезинфицирующими растворами все его части полностью погружают в раствор.

В тех случаях, когда обеззараживание проводят автоклавированием, кипячением или в дезкамере, костюм складывают соответственно в банки, биксы или камерные мешки, которые снаружи обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Снимают костюм медленно, не торопясь. В течение 1–2 минут моют руки в перчатках в дезинфицирующем растворе (8 %-й лизол, 3 %-й раствор хлорамина, после снятия каждой части костюма руки в перчатках погружают в дезраствор), сапоги или галоши протирают сверху вниз ватными тампонами, обильно смоченными дезинфицирующим раствором (для каждого сапога применяют отдельный тампон), медленно вынимают полотенце, протирают ватным тампоном, обильно смоченным дезраствором, клеенчатый фартук и снимают его, сворачивая наружной стороной внутрь, снимают вторую пару перчаток и нарукавники; не касаясь открытых частей кожи, вынимают фонендоскоп, очки снимают плавным движением, оттягивая их двумя руками вперед, вверх, назад, за голову; ватно-марлевую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной; развязывают завязки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развязывают завязки рукавов, снимают халат, заворачивая наружную часть его внутрь; снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке; снимают перчатки, проверяют их на целостность в дезрастворе (но не воздухом!). Еще раз обмывают сапоги (галоши) в баке с дезраствором и снимают их. После снятия защитного костюма руки, обработав 70-градусным спиртом, тщательно моют с мылом в теплой воде. Защитная одежда обеззараживается после каждого применения.

Действия сотрудников ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» при выявлении карантинной инфекции

Действия главного врача

1. Остается на своем рабочем месте и координирует работу по телефону.
- Выставляет специальный пост у входа в здание, где выявлен больной с карантинной инфекцией, запрещает вход в здание и выход из него.
2. Прекращает доступ посторонних лиц на территорию больницы.
3. Собирает экстренно штаб больницы по схеме оповещения
4. Немедленно передает по телефону информацию о выявленном больном Министру здравоохранения Пензенской области (в его отсутствие – первому заместителю).
5. Поддерживает связь по телефону с главным врачом ПОКЦ СВМП – Рыбалкиным Сергеем Борисовичем, организует и контролирует вызов на консультацию врачей-инфекционистов в течение 2 часов.
6. Передает информацию руководителю Роспотребнадзора по Пензенской области – Перекусихину Михаилу Владимировичу по телефону не позднее 6 часов от момента выявления больного с карантинной инфекцией.

Действия главной медицинской сестры

1. Остается на своем рабочем месте и координирует работу медицинских сестер и младшего медицинского персонала по телефону.
2. Согласует свои действия с главным врачом, заместителем главного врача по медицинской части и врачом-эпидемиологом.
3. Поддерживает постоянную связь со старшей медицинской сестрой отделения, где выявлен больной с карантинной инфекцией.
4. Организует доставку недостающего медицинского инструментария, перевязочных материалов, белья, спецодежды, средств индивидуальной защиты и других необходимых расходных материалов в очаг карантинной инфекции.
5. Поддерживает связь по телефону с главной медицинской сестрой ПОКЦ СВМП по вопросам готовности к госпитализации в инфекционный стационар больного с карантинной инфекцией.
6. Координирует работу среднего и младшего медицинского персонала после эвакуации больного карантинной инфекцией – проведение заключительной дезинфекции, обеззараживание спецодежды и медицинских отходов, обеспечение отделения необходимым количеством сотрудников взамен тех, которые отправлены на карантин.

Действия заместителя главного врача по медицинской части

1. Получив информацию от дежурного врача, остается на своем рабочем месте. Руководство осуществляет по телефону.
2. Доводит информацию о больном до главного врача, поддерживает постоянную связь с заведующим отделением, где выявлен больной, с дежурным врачом, с заведующей эпидемиологическим отделением, с заведующим бактериологической лабораторией, с заведующим аптекой.
3. Совместно с главным врачом по схеме оповещения передает информацию о больном в вышестоящие организации: Управление Роспотребнадзора по Пензенской области, Минздрав по Пензенской области, Территориальный центр Медицины катастроф.
4. Информировывает главного врача инфекционной больницы о выявлении больного и о его переводе (для подготовки бокса). Просит срочно прислать врача-инфекциониста для консультации.
5. Контролирует проведение противоэпидемических мероприятий, организует доставку недостающих медикаментов, дезсредств и оборудования.
6. Постоянно информирует Минздрав Пензенской области о ходе проведения противоэпидемических мероприятий по докладам заведующего эпидемиологическим отделением Мироновой Елены Николаевны.
7. Контролирует работу по забору клинического материала от больного и эвакуацию его в инфекционный стационар.
8. Контролирует сведения по контактным лицам в очаге, по их изоляции или госпитализации, профилактическому лечению.
9. Координирует дальнейшую работу отделений после эвакуации больного с карантинной инфекцией.
10. После проведения заключительной дезинфекции в помещениях, где находился больной, докладывает главному врачу об окончании противоэпидемических мероприятий в очаге.

Действия заведующего поликлиникой

1. Уточнить клинико-эпидемиологические данные о больном и доложить главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, начмеду, заведующему эпид. отделом о выявлении больного, подозрительного на карантинную инфекцию. Вызвать для консультации врача-инфекциониста.
2. Дать указания:
 - закрыть входные двери поликлиники и выставить пост у входа. Запретить вход и выход из поликлиники;
 - прекратить всякое движение с этажа на этаж. Выставить специальные посты на каждом этаже;
 - выставить пост у входа в кабинет, где находится выявленный пациент.
3. Направить в кабинет, где находится выявленный пациент, защитную одежду для врача, укладку для взятия материала для лабораторного исследования, дезсредства, медикаменты, необходимые для лечения больного.
4. До прибытия эпидемиолога и инфекциониста выявить лиц, имевших контакт с больным, из числа посетителей поликлиники, в том числе покинувших ее к моменту выявления больного с карантинной инфекцией, а также медицинского и обслуживающего персонала амбулатории. Составить списки контактных лиц.
5. По прибытии инфекциониста и эпидемиолога дальнейшие мероприятия в поликлинике проводить по их указаниям.
6. После прибытия санитарного транспорта и дезинфекционной бригады обеспечить контроль за эвакуацией больного, лиц, бывших в контакте с больным (отдельно от больного), а также за проведением заключительной дезинфекции помещений поликлиники.

Действия врача-специалиста лечебного учреждения

1. Изолировать больного внутри палаты, поставить в известность заведующего отделением. При подозрении на чуму потребовать для себя противочумный костюм и необходимые препараты для обработки кожи и слизистых, укладку для взятия материала для бактериологического исследования и дезсредства. Врач не выходит из палаты и никого не впускает в палату. Обработку слизистых, надевание костюма врач производит в соседнем помещении, которое для него освобождают. Для обработки слизистых используют раствор стрептомицина (в 1 мл – 250 тыс. ед.), а для обработки рук и лица –

70 % этиловый спирт. Для обработки слизистой носа также можно использовать 1 % раствор протаргола, для закапывания в глаза – 1 % раствор азотнокислого серебра, для полоскания рта – 70 % этиловый спирт.

2. Обеспечить уход за больным с карантинной инфекцией с соблюдением противоэпидемического режима.

3. Произвести забор материала для бактериологического исследования.

4. Приступить к специфическому лечению больного.

5. Перевести лиц, контактировавших с больным, в другое помещение (переводит персонал, одетый в противочумный костюм 1 типа).

6. Контактные лица перед переходом в другое помещение проходят частичную санитарную обработку с обеззараживанием глаз, носоглотки, рук и лица. Полная санитарная обработка проводится в зависимости от эпидемической обстановки и назначается заведующим отделением.

7. Проводить текущую дезинфекцию выделений больного (мокроты, мочи, кала) в соответствии с Приложением № 12.

8. Организовать защиту помещений, где находится больной, от залета мух, закрыть окна и двери и уничтожить мух хлопушкой.

9. После установления окончательного диагноза консультантом – врачом-инфекционистом сопровождать больного в инфекционную больницу.

10. При эвакуации пациента обеспечить противоэпидемические мероприятия, предупреждающие распространение инфекции.

11. После доставки пациента в инфекционную больницу пройти санобработку и направиться в карантин для профилактического лечения.

12. Все дальнейшие мероприятия (противоэпидемические и дезинфекционные) организуются врачом-эпидемиологом.

Действия заведующего отделением стационара

1. Уточнить клинико-эпидемиологические данные о больном и доложить главному врачу больницы.

2. Запросить противочумную одежду, укладку для взятия от пациента материала для бактериологического исследования, дезинфицирующие средства.

3. Запретить вход и выход в отделение.

4. Запретить другим больным хождение по отделению.

5. Организовать выявление лиц, бывших в контакте с пациентом либо находившихся в отделении на момент выявления особо опасной инфекции (ООИ), включая переведенных в другие отделения и выписавшихся ввиду выздоровления, а также медицинского и обслуживающего персонала отделения, посетителей больницы.

6. Списки лиц, бывших в непосредственном контакте с больными, необходимо сообщить главному врачу больницы для принятия мер по их розыску, вызову и изоляции.

7. Освободить одну палату отделения под изолятор для контактных лиц.

8. После прибытия санитарного транспорта, эвакуационной и дезинфекционной бригад обеспечить контроль за эвакуацией из отделения больного, лиц, общавшихся с больным, и за проведением заключительной дезинфекции.

Действия дежурного врача приемного отделения

1. По телефону сообщить главному врачу больницы о выявлении больного, подозрительного на наличие карантинной инфекции.

2. Прекратить дальнейший прием больных, запретить вход и выход из приемного отделения (включая обслуживающий персонал).

3. Запросить укладку с защитной одеждой, укладку для взятия материала для лабораторного исследования, медикаменты для лечения больного.

4. Переодеться в защитную одежду, забрать материал на лабораторное исследование у больного и приступить к его лечению.

5. Выявить лиц, бывших в контакте с больным ООИ в приемном отделении, и составить списки по форме.

6. После прибытия эвакуационной бригады организовать заключительную дезинфекцию в приемном отделении.

7. Сопровождать пациента в инфекционную больницу, там пройти санобработку и направиться в карантин.

Действия старшей медицинской сестры отделения

1. Вызывает 3–5 медсестер отделения и формирует оперативную группу.
2. Выставляет посты в холле около кабинета, где находится больной с карантинной инфекцией, на входе в лечебный корпус, на вход и выход в отделение, чтобы закрыть его.
3. Информировывает медработников в кабинетах и посетителей в коридоре о подозрении на карантинную инфекцию и объявляет план мероприятий. Просит всех оставаться на местах.
4. Через одну из медсестер передает медработникам, работающим с больным карантинной инфекцией: аптечку неотложной помощи; аптечку первой помощи; укладку, защитную одежду; ветошь, вату, спирт; емкости для дезинфекции; дезсредства.
5. Дает задание санитарке по приготовлению дезрастворов.
6. Определяет комнату для изоляции родственника, сопровождающего больного и других контактных.
7. Поручает медсестрам составить списки медработников и лиц, которые были в контакте с больным, в трех экземплярах. Один экземпляр оставляет у себя, второй передает в эпидемиологический отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, третий – в Управление Роспотребнадзора.
8. Контролирует оборудование кабинета, где находится больной с карантинной инфекцией, и расстановку емкостей около кабинета или в соседнем кабинете.
9. Принимает эвакубригаду, эпид. бригаду, дез. бригаду.
10. Контролирует эвакуацию больного.
11. Организует уборку после проведения заключительной дезинфекции.
12. Одежда медперсонала замачивается в дезрастворе или упаковывается в клеенчатые мешки и направляется в дез. камеру.
13. Отделение открывается через 2 часа после заключительной дезинфекции и влажной уборки.
14. Предоставляет аптечку экстренной помощи при карантинных инфекциях для проведения профилактики медицинского персонала после госпитализации больного.

Действия врача поликлиники

1. Немедленно прекратить дальнейший прием больных, закрыть двери своего кабинета.
2. Любым подручным средством – полотенцем, салфеткой, пеленкой и т.д. – закрыть верхние дыхательные пути.
3. Выйти в соседнее помещение, по телефону вызвать старшую медицинскую сестру поликлиники и передать заведующему поликлиники и заведующему отделением о выявлении больного, подозрительного на ООИ, потребовать консультанта-инфекциониста и необходимую защитную одежду, дезсредства, медикаменты, укладку для взятия материала на бактериологическое исследование.
4. Переодеться в защитную одежду в соседнем помещении, которое освобождается.
5. Организовать защиту кабинета от залета мух, немедленно уничтожить летающих мух хлопком.
6. Составить список лиц, бывших в контакте с больным карантинной инфекцией на приеме (в том числе во время ожидания больного в коридоре отделения).
7. Провести текущую дезинфекцию выделений больного и воды после мытья посуды, рук, предметов ухода и т.п.
8. По указанию заведующего поликлиники по прибытии эвакуационной бригады сопровождать пациента в инфекционную больницу, после чего пройти санобработку и направиться на карантин.

Действия врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела, помощника врача-эпидемиолога

1. Получить от врача, обнаружившего больного с карантинной инфекцией, все материалы, касающиеся диагноза и принятых мер, а также списки контактных лиц.
2. Провести эпидемиологическое расследование случая и принять меры по предупреждению дальнейшего распространения инфекции.
3. Руководить эвакуацией больного в инфекционную больницу, а контактных лиц – в наблюдательное отделение (изолятор) той же больницы.

4. Руководить сбором материала для лабораторной диагностики (пробы питьевой воды, пищевых продуктов, образцы выделений больного) и направить собранное на бактериологическое исследование в лабораторию ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» (ФБУЗ ЦГиЭ).

5. Наметить план дезинфекции, дезинсекции и (при необходимости) дератизации в очаге и руководить работой дезинфекторов.

6. Проверить и дополнить список лиц, контактировавших с больным карантинной инфекцией, с указанием их адресов.

7. Выявить в очаге карантинной инфекции контактных лиц, подлежащих вакцинации, и предоставить информацию в ФБУЗ ЦГиЭ.

8. Установить эпидемиологическое наблюдение за очагом, где обнаружен случай заболевания карантинной инфекцией, при необходимости – подготовить предложение о наложении карантина.

9. Составить отчет о проведении противоэпидемических мероприятий и предоставить его главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

10. Работая в очаге, проводить все мероприятия с соблюдением мер личной защиты (соответствующая специальная одежда, мытье рук и т.д.).

11. При организации и проведении первичных противоэпидемических мероприятий в очаге карантинной инфекции – руководствоваться настоящим приказом.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок действий при раневой инфекции

1. Ответственным лицом за проведение экстренной профилактики раневой инфекции является заместитель главного врача по хирургической помощи, в обязанности которого входит проведение следующих мероприятий:

1.1. Обеспечение выполнения регламентирующих документов по раневой инфекции.

1.2. Контроль за правильностью назначения экстренной профилактики раневой инфекции врачами хирургических отделений.

2. Врач-эпидемиолог:

2.1. Проводит выборочный контроль за качеством проведения экстренной профилактики раневой инфекции, а также за условиями хранения иммунобиологических лекарственных препаратов.

2.2. Составляет ежемесячные, квартальные и годовые отчеты о профилактических прививках против раневой инфекции.

2.3. Своевременно составляет заявки на приобретение противостолбнячной сыворотки и столбнячного анатоксина, противогангренозной сыворотки, антирабических препаратов.

2.4. Ежегодно проводит зачетные занятия по профилактике раневой инфекции в хирургических отделениях с оформлением протоколов занятий.

2.5. Регистрирует экстренные извещения о подозрении на столбняк, газовую гангрену, бешенство в журнале уч. ф. № 60 и своевременно (в течение 6 часов) передает информацию в органы Госсанэпиднадзора, а также сведения о поствакцинальных осложнениях.

Профилактика столбняка

Столбняк – это тяжелое инфекционное заболевание, при котором поражается нервная система и возникают множественные сильные судороги, нередко приводящие к смертельному исходу. Возбудитель столбняка – палочка *Clostridium tetani*.

1. Перед проведением прививки необходимо собрать аллергологический и прививочный анамнез и записать его в медицинскую документацию (медицинскую карту стационарного больного, медицинскую карту амбулаторного больного, справку, журнал амбулаторной помощи и т.д.).

2. Обеспечить проведение экстренной профилактики столбняка при:

- травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;
- обморожениях и ожогах (термических, химических, радиологических) 2, 3, 4 степени;
- проникающих ранениях желудочно-кишечного тракта;

- внебольничных абортах и родах вне медицинского учреждения;
- гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах, остеомиелитах;
- укусах животными.

3. Обеспечить подробное указание сведений о проведенных прививках в медицинской карте стационарного больного, медицинской карте амбулаторного больного в особых отметках и в выписном эпикризе, справке и т.д. с указанием:

- даты и способа введения;
- дозы;
- названия препарата;
- серии, контрольного номера;
- срока годности;
- производителя.

В выписном эпикризе рекомендовать пациентам, которым проведена активно-пассивная профилактика столбняка (т.е. введено 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки и 1,0 мл столбнячного анатоксина), получить ревакцинацию против столбняка по месту жительства через 6 месяцев в дозе 0,5 мл АС.

4. Обеспечить проведение экстренной профилактики столбняка как можно раньше вплоть до 20 дня (максимальный инкубационный период) с момента получения травмы.

5. Экстренную профилактику столбняка (препараты и схемы их применения) проводить в соответствии со схемой выбора профилактических средств при проведении экстренной специфической профилактики столбняка, представленной ниже.

6. Назначать препараты для экстренной профилактики столбняка дифференцированно – в зависимости от наличия документального подтверждения о проведении профилактической прививки или данных иммунологического контроля напряженности противостолбнячного иммунитета, а также с учетом характера травмы.

7. За каждым привитым устанавливать медицинское наблюдение в течение 1 часа после проведения прививки.

8. Обеспечить регистрацию осложнений, развившихся после введения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка в журнале экстренной профилактики столбняка с заполнением бланка экстренного извещения по установленной форме в эпидемиологический отдел ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

9. При подозрении на столбняк в течение 2 часов передать информацию по телефону администрации ЛПУ и в эпидемиологический отдел для передачи информации в органы Госсанэпиднадзора, заполнить экстренное извещение (уч. ф. 058) по установленной форме и направить его в письменном виде в эпидемиологический отдел ЛПУ.

10. Сведения о прививках заносятся в учетные формы журналов: журнал выполненных прививок (ф. 064\у), журнал экстренной профилактики столбняка при травмах, журнал поступления и расхода медицинских иммунобиологических препаратов, контроля температуры холодильников, в которых хранят вакцины (формы некоторых журналов приведены ниже).

**Схема
выбора профилактических средств при проведении экстренной специфической профилактики столбняка**

Предшествующие прививки против столбняка препаратом, содержащим АС	Возрастная группа	Сроки, прошедшие после последней прививки	Применяемые препараты		
			АС <1>	ПСЧИ<2>	ПСС
Имеется документальное подтверждение о прививках					
полный курс плановых прививок в соответствии с возрастом	дети и подростки	независимо от срока	не вводят <3>	не вводят	не вводят
курс плановых прививок без последней возрастной ревакцинации	дети и подростки	независимо от срока	0,5 мл	не вводят	
полный курс иммунизации <4>	взрослые	не более 5 лет	не вводят		
		более 5 лет	0,5 мл	не вводят	
две прививки <5>	все возраста	не более 5 лет	0,5 мл	не вводят	
		более 5 лет	1,0 мл	250 МЕ	3000 МЕ <7>
одна прививка	все возраста	не более 2 лет	0,5 мл	не вводят <6>	
		более 2 лет	1,0 мл	250 МЕ	3000 МЕ <7>
не привитые	дети до 5 мес.	—	не вводят	250 МЕ	3000 МЕ <8>
	остальные возраста	—	1,0	250 МЕ	3000 МЕ <7>
Нет документального подтверждения о прививках					
в анамнезе не было противопоказаний к прививкам	дети до 5 мес.	—	не вводят	250 МЕ	3000 МЕ
	дети с 5 мес., подростки, военнотруж., бывш. военнотруж.	—	0,5 мл	не вводят <6>	
остальные контингенты	все возраста	—	1,0 мл	250 МЕ	3000 МЕ

П р и м е ч а н и я:

<1> Вместо 0,5 мл АС можно использовать АДС-М, если необходима вакцинация против дифтерии этим препаратом. Если локализация раны позволяет, АС предпочтительно вводить в область ее расположения путем подкожного обкалывания.

<2> Применять один из указанных препаратов: ПСЧИ или ПСС (предпочтительнее вводить ПСЧИ).

<3> При «инфицированных» ранах вводят 0,5 мл АС, если после последней ревакцинации прошло 5 и более лет.

<4> Полный курс иммунизации АС для взрослых состоит из двух прививок по 0,5 мл каждая с интервалом 30–40 дней и ревакцинации через 6–12 мес. той же дозой. По сокращенной схеме полный курс иммунизации включает однократную вакцинацию АС в удвоенной дозе (1 мл) и ревакцинацию

через 1–2 года дозой 0,5 мл АС.

<5> Две прививки по обычной схеме иммунизации (для взрослых и детей) или одна прививка по сокращенной схеме иммунизации для взрослых.

<6> При «инфицированных» ранах вводят ПСЧИ или ПСС.

<7> Все лица, получившие активно-пассивную профилактику, для завершения курса иммунизации через 6 мес. – 2 года должны быть ревакцинированы 0,5 мл АС.

<8> После нормализации посттравматического состояния дети должны быть привиты АКДС-вакциной.

**Схема
классификации инфицированных и неинфицированных ран**

Клинические признаки	«Инфицированная» рана<*>	«Неинфицированная» рана
Время с момента получения раны	более 6 часов	менее 6 часов
Конфигурация раны	колотая, ссадина, разрыв	«линейные» раны (узкие, длинные с ровными краями)
Глубина раны	более 1 см	до 1 см
Механизм нанесения раны	огнестрельная, проколосдавление, ожог, отморожение	острые предметы (нож, стекло и др.)
Нежизнеспособные ткани	присутствуют	отсутствуют
Контаминация (почва, фекасы, ткань, заноза и т.п.)	присутствует	отсутствует

<*> К «инфицированным» ранам также относятся: пупочная рана при родах вне стационара, внебольничный аборт, проникающие ранения кишечника, абсцессы, некрозы, укусы.

Основание: МУ 3.3.1.1123–02

Форма 058/1

Содержание внеочередного донесения о поствакцинальном осложнении

Диагноз: Поствакцинальное осложнение _____
Основные проявления: тяжелые аллергические, со стороны нервной системы, прочие _____
(указать основные симптомы) _____
Какой препарат введен _____ Дата введения _____
Изготовитель _____
Серия _____ Дата выпуска _____ Срок годности _____
ЛПУ (место нахождения) _____
Дата обращения в ЛПУ «__» _____ 20 __ г.
Диагноз: _____
Дата установления диагноза: «__» _____ 20 __ г.
ФИО _____ пол _____
Дата рождения (возраст) «__» _____ 19 __ г.
Адрес места жительства _____
Где работает _____
Дата госпитализации «__» _____ 20 __ г.
Диагноз при госпитализации _____
Дополнительные сведения _____
Информацию передал (должность, фамилия, тел.) _____
Дата извещения «__» _____ 20 __ г.

**Журнал
учета экстренной профилактики столбняка при травмах**

№	ФИО	Возраст	Адрес	Место работы и должность	Дата и характер повреждения	Данные о прививках против столбняка	Рез-т в/к пробы ПСС	Введение ПСС			Введение столбнячного анатоксина			Куда, кому сообщено о проведении экстренной профил.
								дата	доза	реак.	дата	доза	серия	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Состояние экстренной профилактики столбняка при травмах <*>

Кол-во лиц, обратившихся по поводу травмы с нарушением целостности кожных покровов <*>	Кол-во лиц, подлежащих экстренной профилактике	Из них получили экстренную профилактику			Количество лиц из числа подлежащих, не получивших экстренную профилактику			Кол-во составленных биопроб к белку ПСС	В том числе положительные	Кол-во реакций на введение ПСС	В том числе			Количество лиц, получивших ревакцинацию через 9–10 мес.
		Всего	в том числе		Всего	в т.ч. по причине					местная	общая	аллергическая	
			вакцинация (непривитые в прошлом <***>)	ревакцинация (привитые в прошлом)		отказ от проведения прививки	по вине медработника							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Примечания:

<*> Данные о состоянии экстренной профилактики анализируются отдельно по городской и сельской местностям.

<***> Включаются также лица, обратившиеся с ожогами, обморожениями, покусам, после родов на дому, внебольничных абортов.

<****> К непривитым приравниваются также лица, получившие в прошлом только одну прививку против столбняка в дозе 0,5 мл, вакцинированные без ревакцинации более 2 лет назад, ревакцинированные более 10 лет назад.

Профилактика анаэробной инфекции (газовой гангрены)

Газовая гангрена – чрезвычайно тяжелая инфекция, которая является осложнением раневого процесса и вызывается анаэробными (размножающимися без доступа воздуха) микроорганизмами из рода клостридий. Как правило, развивается при обширных ранах с разможением тканей (рваных, рвано-ушибленных или огнестрельных). Вероятность возникновения увеличивается при массивном разрушении мышц, а также при загрязнении раневой поверхности землей, пылью или обрывками одежды. Газовая гангрена сопровождается отеком тканей, зловонным отделяемым, отхождением пузырьков газа и выраженной интоксикацией организма продуктами тканевого распада. В случае газовой гангрены показано срочное оперативное лечение – вскрытие раны лампасными разрезами, при быстром прогрессировании процесса производят ампутацию. К развитию анаэробной инфекции в ране предрасполагают:

- ранения нижних конечностей с обширным разможением, ушибом тканей и выраженным загрязнением раны землей, обрывками одежды и др.;
- расстройства кровообращения, обусловленные ранением, перевязкой магистральных сосудов, сдавлением сосудов жгутом, тугой повязкой;
- факторы, снижающие общую сопротивляемость организма: шок, кровопотеря, анемия, переохлаждение, длительное голодание, авитаминоз, вторичная травма при недостаточной иммобилизации.

Основным средством профилактики газовой гангрены является адекватная своевременная первичная обработка раневой поверхности и назначение антибиотиков широкого спектра действия. В процессе обработки должны быть иссечены все нежизнеспособные ткани, а также дно и края раны. Следует помнить, что антибиотикотерапия обязательна при любых обширных ранах, особенно – обильно загрязненных и сопровождающихся разможением тканей. Для профилактики клостридиальной анаэробной инфекции используют противогангренозную сыворотку.

Состав и форма выпуска: 1 ампула поливалентного препарата с профилактической дозой содержит 10 000 антитоксина против трех видов возбудителей газовой гангрены (*cl. perfringens*, *cl. novii*, *cl. septicum*). В комплекте 1 ампула противогангренозной сыворотки и 1 ампула разведенной 1:100 сыворотки для определения чувствительности к лошадиному белку.

Показания: газовая гангрена (лечение и профилактика), гангренозные заболевания: послеродовой анаэробный сепсис, гангрена легкого и др.

Способ применения и дозы:

- с профилактической целью – при отрицательной внутрикожной пробе неразведенную противогангренозную сыворотку вводят подкожно в количестве 0,1 мл и наблюдают за реакцией в течение 30 минут. Если реакции нет, вводят внутримышечно медленно всю дозу сыворотки;
- с лечебной целью – вводят 150 000 МЕ внутривенно, капельно, разведя её в 5 раз изотоническим раствором хлорида натрия. Перед введением сыворотки ставят внутрикожную пробу для выявления чувствительности к лошадиному белку: в сгибательную поверхность предплечья вводят внутрикожно 0,1 мл разведенной 1:100 сыворотки (находится в отдельной ампуле вместимостью 1 мл) и наблюдают за реакцией в течение 20 минут. Проба считается отрицательной, если диаметр папулы не более 0,9 см с небольшим ограниченным покраснением кожи вокруг папулы;
- прививки против газовой гангрены регистрируются в медицинской документации – история болезни (лист назначения, выписной эпикриз), амбулаторная карта и др.

Профилактика бешенства

Бешенство – инфекционный зооноз вирусной этиологии, характеризующийся преимущественным тяжелым поражением центральной нервной системы, угрожающим летальным исходом. Человек заражается бешенством при укусе животных. Распространяясь по нервным волокнам, вирус бешенства вначале повышает их возбудимость, а затем вызывает развитие параличей. Проникая в ткани спинного и головного мозга, вирус вызывает грубые нарушения в работе ЦНС, клинически проявляющиеся различными фобиями, приступами агрессивного возбуждения, галлюцинаторным синдромом. Бешенство до сих пор остается неизлечимым заболеванием. По этой причине трудно переоценить значение профилактической антирабической вакцинации, проводимой пациенту в случае укуса животного.

Профилактика бешенства в первую очередь направлена на снижение заболеваемости среди животных и ограничение вероятности укуса бродячими и дикими животными человека. Домашние животные в обязательном порядке подвергаются плановой вакцинации от бешенства, декретированные категории граждан (работники ветеринарных служб, собаководы, охотники и др.) проходят иммунизацию антирабической вакциной (троекратное внутримышечное введение). Спустя год производится ревакцинация и в дальнейшем в случае сохранения высокого риска заражения рекомендовано повторение иммунизации каждые три года.

В случае укуса животного обязательно производится комплекс мер, направленных на предотвращение бешенства:

При укусах животными или ослюнении поврежденных участков кожи (порезы, царапины, трещины и др.) необходимо правильно обработать место повреждения, для чего рана промывается теплой мыльной водой вначале и далее чистой проточной водой не менее 15 минут. После промывания рана обрабатывается раствором перекиси водорода. Ее края протираются 70 % этиловым спиртом или спиртовым 5 % раствором йода.

Запрещено прижигать саму рану и по возможности стараться избегать наложения швов. Пострадавший направляется в травмпункт.

В кратчайшие сроки проводится курс профилактической антирабической вакцинации (сухой инактивированной вакциной) и пассивной иммунизации (антирабический иммуноглобулин). Схема профилактических инъекций зависит от локализации укуса, глубины раны и степени загрязнения слюной.

Схема лечебно-профилактических прививок антирабической вакциной (АВ) и антирабический иммуноглобулином (АИГ)

Категория повреждения	Характер контакта	Данные о животном	Лечение
Легкие	Нет повреждений кожных покровов, нет ослюнений кожных покровов и слизистых оболочек	Больное бешенством	Не назначается
Средней тяжести	Ослюнения неповрежденных кожных покровов, ссадины, царапины, одиночные поверхностные укусы туловища, верхних и нижних конечностей (кроме укусов опасной локализации: головы, лица, шеи, кисти, пальцев рук и ног), нанесенные домашними и сельскохозяйственными животными	Если в течение 10 суток наблюдения за животным оно остается здоровым, то лечение прекращают (т.е. после 3-й инъекции). Если лабораторно доказано отсутствие бешенства у животного, то лечение прекращают с момента установления отсутствия бешенства. Во всех других случаях, когда невозможно 10-дневное наблюдение за животным (убито, погибло, убежало и пр.), лечение продолжить по указанной схеме	Начать лечение немедленно: АВ по 1,0 мл в 0, 3, 7, 14, 30, 90 день
Тяжелые	Любые ослюнения слизистых оболочек, любые укусы	Если имеется возможность наблюде-	Начать немедленно комбинированное лечение

	головы, лица, шеи, кисти, пальцев рук и ног, гениталий; одиночные или множественные глубокие рваные раны, нанесенные домашними и сельскохозяйственными животными. Любые ослюнения и повреждения, нанесенные дикими плотоядными животными, летучими мышами и грызунами	ния за животным, и оно в течение 10 суток остается здоровым, то лечение прекращают (т.е. после 3-й инъекции). Если лабораторно доказано отсутствие бешенства у животного, то лечение прекращают с момента установления отсутствия бешенства. Во всех остальных случаях, когда невозможно наблюдение за животным, лечение продолжить по указанной схеме	антирабическим иммуноглобулином: АИГ в 0 день и антирабической вакциной: АВ по 1,0 мл в 0, 3, 7, 14, 30 и 90 день

Побочное действие

Инъекции иммуноглобулина антирабического могут сопровождаться развитием аллергических реакций, в том числе анафилактическим шоком и сывороточной болезнью.

Противопоказания к применению

Противопоказания отсутствуют.

При положительной пробе на внутрикожное введение иммуноглобулина антирабического разведенного 1:100, а также при наличии в анамнезе пострадавшего сильных аллергических реакций на введение противостолбнячной сыворотки или других препаратов лошадиной сыворотки, введение антирабического иммуноглобулина рекомендуется осуществлять в условиях стационара, обеспеченного средствами реанимации.

Особые указания

Введение препарата не должно проводиться после начала курса применения антирабической вакцины. При гиперчувствительности к гетерологичным иммуноглобулинам и сывороткам (в анамнезе) следует назначить пероральноантигистаминные препараты в возрастной дозировке 2 раза в сутки в течение 1–10 дней (при этом необходимо тщательное наблюдение за пациентом).

Внутривенное введение антирабического иммуноглобулина противопоказано (из-за риска развития шока), поэтому при инъекции необходимо удостовериться, что игла не проникла в кровеносный сосуд.

Чтобы избежать возможного взаимодействия между несколькими различными препаратами, необходимо сообщить врачу о любой другой проводящейся терапии. Пострадавшему, по каким-либо причинам получившему в течение предшествующих 24 ч противостолбнячную сыворотку, антирабический иммуноглобулин вводят без предварительной постановки внутрикожной пробы.

Лекарственное взаимодействие

Возможно введение в один день с проведением экстренной профилактики столбняка, при этом АИГ вводят перед противостолбнячной сывороткой.

Совместим с антибиотиками.

Применение иммуносупрессивных лекарственных средств в течение последующего курса вакцинации допустимо по жизненным показаниям.

Медицинская документация

На каждого обратившегося за антирабической помощью в лечебно-профилактическое учреждение карта заполняется в 2 экз. По окончании курса прививок (срока наблюдения за животным) 1 экз. карты посылается в Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области.

Утверждена приказом Минздрава России
от 04.10.1980 № 1030

КАРТА
обратившегося за антирабической помощью
"..." 19... г.
дата обращения

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Возраст _____
3. Дом. адрес, телефон _____
4. Занятие и адрес места работы, № телефона _____
5. Дата укуса, оцарапывания, ослюнения (подчеркнуть и вписать) _____
6. В какое лечебное учреждение обращался по поводу укуса и когда _____
7. Описание повреждения и локализация его _____
8. Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившим животном _____
9. Обстоятельства укуса, оцарапывания, ослюнения _____
10. Бешенство животного установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать) _____
11. Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать) _____

стр. 2 ф. № 045/у

12. Анамнез обратившегося:
 - а) заболевание нервной системы _____
 - б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____
 - в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____
 - г) прочие сведения _____
 13. Назначение прививки _____
 14. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____
 15. Введение антирабического гаммаглобулина: дата, серия _____
 16. Реакция на внутрикожную пробу: покраснение _____
отек _____
- Десенсибилизация: однократная, двукратная.
Суточная доза _____
Повторные введения:
дата _____ доза _____ серия _____
дата _____ доза _____ серия _____

стр. 3 ф. № 045/у

17. Осложнения во время проведения прививок _____
18. Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное
оказалось здоровым, прерван самовольно и пр. (подчеркнуть или вписать)
19. Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок _____
20. Примечание _____
- Подпись врача _____
- С правилами поведения во время прививок ознакомлен _____

На основании разработки данных карт заполняется соответствующий раздел отчетной формы № 36, стр. 4 ф. № 045/у

п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	п/п	Дата прививки	Доза вакцины	№ серии вакцины	Подпись лиц, производивших прививки

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок проведения эпидемиологического обследования очага

Эпидемический очаг – это место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых этот источник способен передавать возбудителя здоровым людям в данной конкретной обстановке. Эпидемический очаг характеризуется временем существования (временная характеристика) и размерами (пространственная характеристика).

Время существования очага исчисляется с момента заболевания первого больного до выздоровления последнего случая заболевания, возникшего в пределах максимального инкубационного периода.

Размеры очага определяются характером инфекционной болезни, присущим ей механизмом передачи, устойчивостью возбудителя во внешней среде, а также санитарно-гигиенической характеристикой очага.

Окончательное определение границ очага – функция врачей-эпидемиологов, выполняемая ими при его эпидемиологическом обследовании.

Для того чтобы правильно установить границы очага, а затем организовать проведение противоэпидемических мероприятий, врач должен получить в очаге информацию:

- 1) о дате заболевания;
- 2) местах пребывания больного во время его эпидемической опасности для окружающих (периода заразительности);
- 3) профессии заболевшего;
- 4) степени коммунального благоустройства очага;
- 5) перечне лиц, общавшихся с заболевшим в период его эпидемической опасности и имевших риск заражения;
- 6) наличии в очаге детей до 2 лет и детей, посещающих организованные коллективы;
- 7) возможном месте его заражения и потенциальном источнике инфекции для данного больного.

Вышеуказанные сведения выясняются врачом при сборе эпидемиологического анамнеза в беседе с самим больным, его родственниками, соседями, а также в процессе осмотра очага.

Наиболее часто территориальными границами очага являются квартира больного, индивидуальный дом, блок (этаж) общежития, группа детского сада, класс школы, студенческая группа. Однако границы очага могут быть расширены в случае общения больного с соседями, друзьями, родственниками, сослуживцами, при проживании больного в коммунальной квартире, при неудовлетворительном санитарном состоянии жилища или частичном отсутствии коммунальных удобств.

Если больной, будучи заразным для окружающих, продолжал работать на пищевом или другом к нему приравненном по эпидемической значимости предприятии, то границами очага могут стать предприятие, район города или весь населенный пункт.

Методика эпидемиологического обследования очага

Эпидемиологическое обследование очага проводится с целью установления причин его возникновения, выявления источника, путей и факторов передачи возбудителей инфекции, а также разработки мероприятий по ликвидации очага.

Организатором и лицом, в первую очередь ответственным за проведение эпидемиологического обследования, а затем, при необходимости, и наблюдения, является врач-эпидемиолог. В то же время в проведении обследования принимают участие медицинский персонал, бактериологи, вирусологи, гигиенисты и др. Начинать эпидемиологическое обследование нужно сразу после выявления инфекционного больного, и сделать это должен медицинский работник, поставивший диагноз или установивший инфекционную природу заболевания.

Эпидемиологическое обследование проводится с выходом в эпидемический очаг и включает следующие этапы:

- а) изучение документов;
- б) опрос (сбор эпидемиологического анамнеза);
- в) осмотр очага;
- г) забор материала для диагностических и санитарно-гигиенических исследований;
- д) разработка противоэпидемических мероприятий;
- е) наблюдение за очагом;
- ж) оформление результатов эпидемиологического обследования.

Изучение документов

Предварительное знакомство с медицинской документацией в ходе эпидемиологического обследования очага позволяет сформулировать рабочую гипотезу и выбрать верное направление дальнейшей работы. В последующем дополнительная информация, содержащаяся в различных документах, позволяет уточнить гипотезу и скорректировать план мероприятий по обследованию эпидемического очага и разработке мероприятий по его ликвидации.

Наиболее часто изучению подвергают бланки экстренных извещений; журналы учета инфекционных заболеваний; отчеты о проведении профилактических мероприятий; сведения о бактерионосителях; амбулаторные карты; истории болезни; журналы учета выдачи больничных листов; журналы и таблицы учета, другие документы, содержащие информацию об инфекционных заболеваниях.

Опрос

Цель опроса в эпидемиологии заключается в том, чтобы собрать такие сведения, которые позволили бы эпидемиологу сформулировать гипотезу об источнике инфекции, путях и факторах передачи, т.е. о причинах возникновения очага. Для этого эпидемиолог прежде всего определяет временные рамки (период) возможного заражения.

Эпидемиологическое обследование начинается со сбора эпидемиологического анамнеза (опроса) путем расспроса больного, его родных и окружающих лиц с целью выяснения источника инфекции, механизма передачи и условий, способствовавших его осуществлению. Опрос играет в эпидемиологическом обследовании, по существу, такую же роль, как сбор анамнеза при клиническом обследовании. Сведения, полученные при сборе эпидемиологического анамнеза, позволяют сформулировать рабочую гипотезу о причинах возникновения данного заболевания, поставить эпидемиологический диагноз.

При конкретном заболевании выясняются вопросы, характерные для данного заболевания, но во всех случаях необходимо установить дату начала заболевания и дату последнего посещения места работы, учебы и т.д. Уяснив первую дату, имеется возможность определить ориентировочные сроки заражения, а знание второй даты важно для проведения противоэпидемических мероприятий по месту работы, учебы и т.д.

Для определения периода заражения в эпидемиологии необходимо знать точную дату заболевания человека, сформировавшего данный очаг. Время, оказавшееся между максимальным и минимальным инкубационными периодами (ИП), будет соответствовать времени заражения

Затем выясняются места пребывания заболевшего в эпидемиологии, его контакты, сведения об употребляемых продуктах питания (в случае возникновения кишечной инфекции), о наличии заболеваний среди животных (в случае возникновения зоонозной инфекции) и др. Получаемые от опрашиваемых лиц ответы должны подвергаться по возможности проверке. Результаты, конкретное содержание опроса в эпидемиологии определяется особенностями инфекции. Изучение документации проводится в МО, детских дошкольных учреждениях, производственных учреждениях и др. (в зависимости от специфических особенностей эпидемического очага). Этот прием предусматривает сбор сведений о регистрации и учете сходных инфекционных заболеваний в пределах очага, получение сведений из историй болезней, амбулаторных карт, прививочной документации, при зоонозах изучается документация ветеринарной службы. Санитарное обследование очага в эпидемиологии проводится с целью выяснения условий, которые могли способствовать возникновению заболевания или заболеваний. Проводится оценка санитарного состояния и санитарного содержания мест пребывания заболевших, конкретное содержание осмотра определяется характером инфекции. Лабораторные и инструментальные исследования в эпидемическом очаге необходимы для подтверждения и уточнения клинического диагноза, выявления источников и факторов передачи инфекции, оценки эффективности лечения, санации и др. Эпидемиологическое наблюдение в эпидемическом очаге проводится в течение времени существования очага. Этот прием предназначен для выявления новых заболевших или носителей. В этот период используются все те приемы, которые уже обсуждались. Документами, в которых оформляются результаты эпидемиологического обследования очагов, являются карта или акт эпидемиологического обследования очага. Материалы эпидемиологического обследования используются в системе эпидемиологического надзора.

Осмотр эпидемического очага

При осмотре эпидемического очага оценивают его общее санитарно-гигиеническое состояние с выяснением условий, способствующих осуществлению механизма передачи возбудителей данной инфекции и путей ее распространения.

Для этой цели проводится обследование места пребывания заболевшего (палаты, процедурные, операционные, перевязочные и др.). Уточняется наличие системы водоснабжения и канализации, условия приема пищи, стирки постельного белья и др. Собирается эпидемиологический и прививочный анамнез. Проводится опрос заболевшего, контактных лиц, медицинских работников. В некоторых случаях необходимо познакомиться с условиями труда заболевшего.

Энтомологическое и эпизоотологическое обследования

Энтомологическое и эпизоотологическое обследования, предполагающие выявление мест (территорий) выплода и обитания комаров – переносчиков инфекционных заболеваний. На основании полученных данных разрабатываются конкретные меры борьбы с возбудителями и переносчиками инфекций. При эпизоотологическом обследовании учитываются сведения о падеже среди грызунов, о природной очаговости на той или иной территории (в случае, если больной выезжал на эти территории перед заболеванием).

Лабораторному обследованию в эпидемическом очаге подвергаются:

- а) заболевшие инфекционной болезнью (для подтверждения диагноза, при сомнениях в диагнозе, при постановке диагноза только на основании клинических данных – силами лечебного учреждения);
- б) лица, общавшиеся с инфекционным больным в очаге для выявления среди них источника инфекции;
- в) объекты окружающей среды (для установления факторов передачи).

Разработка противоэпидемических мероприятий

При разработке противоэпидемических мероприятий исходят из их основной группировки. При этом проводят мероприятия, направленные на:

- а) нейтрализацию эпидемической опасности источника инфекции (инфекционного больного);
- б) разрыв механизма передачи;
- в) снижение риска заражения лиц, общавшихся с источником инфекции (выявление общавшихся, сбор эпидемиологического анамнеза, проведение медицинского осмотра, наблюдение за общавшимися с разобщением или без разобщения; в отдельных случаях – изоляция общавшихся, а также их санитарная обработка);
- г) лабораторное обследование;
- д) экстренная профилактика;
- е) санитарно-просветительная работа.

Наблюдение за очагом и изоляция инфекционного больного

Наблюдение за очагом устанавливается в течение максимального инкубационного периода, исчисляемого со дня изоляции больного и проведения заключительной дезинфекции. Наблюдение за очагом необходимо:

- для получения дополнительной информации об очаге;
- своевременного выявления вновь заболевших;
- осуществления контроля за выполнением противоэпидемических рекомендаций.

Одной из мер в отношении больных в инфекционном очаге является изоляция инфекционного больного.

Изоляция инфекционных больных – противоэпидемическое мероприятие, состоящее в разобщении больного заразной болезнью с окружающими людьми с целью предупреждения распространения инфекции.

Наиболее совершенная форма изоляции инфекционных больных – госпитализация в инфекционные больницы или инфекционное отделение МО. В случае невозможности срочной госпитализации в инфекционные отделения больных помещают в изолятор.

Обязательной госпитализации подлежат больные с особо опасными инфекциями, а также больные вирусным гепатитом, брюшным тифом, сыпным тифом, сибирской язвой, дифтерией, менингитами, геморрагическими лихорадками, бешенством, полиомиелитом. При других инфекциях больных госпитализируют в случаях тяжелого течения болезни, осложнений и плохих бытовых условий. Больных с воздушно-капельными инфекциями, тяжелыми формами желудочно-кишечных инфекций можно изолировать на дому при соблюдении условий, препятствующих распространению инфекции (отдельная комната, проведение текущей дезинфекции, соответствующее лечение).

Для пресечения путей передачи при зоонозных заразных болезнях добиваются либо уничтожения дератизации, либо содержания больных (заразившихся) животных в условиях строгого санитарно-ветеринарного режима. В природных очагах это делают периодически с целью ослабить эпидемическую напряженность. Пресечение путей передачи при кишечных инфекциях достигается при осуществлении дезинфекции или соблюдении элементарных правил личной гигиены. В некоторых случаях приходится исключать возможность заражения через воду, продукты питания и инфицированные вещи. В очаге важно обеспечить обеззараживание выделений больного; при отсутствии канализации проводить дезинфекцию выгребных ям, помоек.

При повторных заболеваниях в очаге целесообразно провести дополнительное внеочередное обследование работников пищеблоков, объектов водозабора и др. Меры профилактики при передаче инфекций, передающихся воздушно-капельным путем: кварцевание, проветривание и обработка дезинфицирующими средствами помещений, где находится больной.

При трансмиссивных (кровяных) путях передачи инфекции мерами может быть истребление комаров или клещей, дезинфекция различными средствами, а также ношение защитной одежды, сеток и др.

Меры, направленные на повышение невосприимчивости населения к той или иной инфекции, заключаются как в предварительной, так и в экстренной вакцинации. При ряде инфекций возможно проведение химиопрофилактики лицам с высоким риском заражения.

С целью раннего выявления первых симптомов болезни за контактными устанавливается медицинское наблюдение в течение максимального срока инкубационного периода данной болезни с момента выявления последнего больного или его госпитализации. В эпидемическом очаге мероприятия проводятся в течение всего периода наблюдения, включая медицинские осмотры контактных, лабораторные исследования, в некоторых случаях – термометрию, проведение экстренной вакцинации, текущей дезинфекции, факирование, прием иммуноглобулинов, химиопрофилактику.

Эпидемический очаг считается ликвидированным, когда обезврежен источник инфекции (изоляция, госпитализация, лечение), окружающие проверены на отсутствие или носительство возбудителей инфекции; в очаге осуществлены меры заключительной дезинфекции или дератизация; проведена экстренная иммунизация для профилактики этой инфекции у контактных и по истечении срока максимального наблюдения во время инкубационного периода этой инфекции лица, контактировавшие с больным, не заболевают.

Оформление результатов эпидемиологического обследования

Заключительным этапом эпидемиологического обследования является оценка полученных данных. На этом этапе все собранные сведения уточняются, анализируются и сопоставляются с клинико-диагностическими и лабораторными данными.

По результатам эпидемиологического обследования очага составляется «Акт эпидемиологического расследования инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи».

АКТ

эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи

«__» _____ 20__ г. г. _____

1. Наименование населенного пункта, объекта, учреждения, отделения, кабинета

2. Период времени (дата начала, дата окончания), в течение которого наблюдалась ситуация

3. Количество пострадавших, в том числе детей до 17 лет _____

4. Диагноз заболевших (предварительный, окончательный)

5. Доминирующие симптомы заболеваний (с указанием удельного веса проявлений)

6. Форма и степень тяжести клинических проявлений (указать число лиц с тяжелыми и среднетяжелыми клиническими формами)

7. Число госпитализированных больных, в какое учреждение

8. Число пострадавших и контактных лиц, в материале которых определен предполагаемый возбудитель, место и метод определения возбудителя (для диагностических систем – наименование и производитель) _____

9. Краткая характеристика объекта (численность учреждения, размещение, водоснабжение, канализация, организация питания)

10. Дата последнего проведения плановых мероприятий по контролю за соблюдением санитарного законодательства на объекте (документ, номер), в случае наличия замечаний во время плановой проверки – дата предписания, контроль за выполнением (письменный отчет учреждения, внеплановая проверка, дата выполнения)

12. Контингенты, вовлеченные в эпидемический процесс (социальная, возрастная, половая структура, ученики определенных классов, дети каких групп, жители каких населенных пунктов, больные каких палат, отделений и т.д.)

12. Динамика развития ситуации (распределение случаев по дате заболеваний, выявлений (обращений), госпитализации) (представляется в таблице и графическом изображении)

13. Эпидемиологическая ситуация на территории (населенный пункт, сопредельные территории) по предполагаемой нозологии (или группе нозологии) в предшествующий период и по среднелетним данным в наблюдаемый период времени

14. Результаты проведенных лабораторных исследований в ходе эпидемиологического расследования по установлению причинно-следственной связи по формированию очага инфекционных и паразитарных болезней (в таблице с указанием наименования, перечня и числа отобранных материалов, числа нестандартных проб со ссылкой на регламентирующие документы)

№ п/п	Наименование материала	Число отобранных проб (число обследованных лиц)	Из них нестандартных	Обнаружен возбудитель

15. Эпидемиологический диагноз:

15.1. Острый или хронический очаг, с единичным или множественными случаями заболеваний

15.2. Возбудитель

15.3. Источник инфекции (возможный, вероятный)

15.4. Механизм передачи инфекции, путь (пути) передачи

15.5. Фактор (факторы, вероятные факторы) передачи инфекции

15.6. Проявления эпидемического процесса (клинические формы заболеваний, стертые, инapparантные, атипичные, носительство)

15.7. Наличие специфического иммунитета у пострадавших к данной инфекционной нозологии (привиты, не привиты в связи с чем)

15.8. Причины

16. Нарушения санитарно-эпидемиологических правил на объекте (территории), выявленные в ходе внеплановых мероприятий по контролю за соблюдением требований санитарного законодательства и способствующие формированию эпидемического очага (перечислить нарушения и регламентирующие документы)

17. Перечень санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации очага, включая вопросы взаимодействия между различными учреждениями, муниципальными органами управления и др.

18. Принятые меры по выявленным нарушениям санитарного законодательства

Акт составил

Должность _____ подпись _____ ФИО _____

Приложение № 12

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок профилактики ИСМП при оперативных вмешательствах

1. Перед проведением плановых операций необходимо обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции на догоспитальном уровне.

2. Обеспечить коррекцию клинических показателей у пациентов в предоперационном периоде.

3. Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в период предоперационной подготовки.

4. При поступлении пациента на операцию, выполняемую в плановом порядке, предварительное обследование проводится в амбулаторно-поликлинических условиях с проведением хирургического вмешательства в стационаре (отделении) без повторного обследования. Каждый лишний день пребывания в стационаре увеличивает риск присоединения ВБИ.

5. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяются состоянием здоровья. С эпидемиологических позиций оправдана ранняя выписка пациентов.

6. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения отделения устанавливается администрацией лечебной организации.

7. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуется отделение дневного пребывания больных (ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляется в приемно-смотровом отделении, где после осмотра врачом заполняется история болезни.

8. В ОДПБ соблюдается санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с установленным порядком для стационаров (отделений) хирургического профиля.

9. Персонал должен соблюдать меры эпидемиологической предосторожности при работе с любым пациентом.

10. Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями или потенциально контаминированными предметами и оборудованием проводится гигиеническая обработка рук.

11. Персонал проводит гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов.

12. При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения.

13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокальваемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

14. Острые предметы сбрасывают в непрокальваемые контейнеры.

15. Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.

16. Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

17. перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

19. Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами.

20. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

21. Медицинский персонал проводит хирургическую обработку рук.

22. При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др. провести обработку рук в соответствии с алгоритмом мероприятий при аварийных ситуациях.

23. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

24. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

25. Перед обработкой антисептиком кожи операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

26. Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями по применению конкретного средства.

27. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

28. Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.

Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно отдельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время.

Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами по обеззараживанию кожных покровов.

Оперативный блок располагается изолированно от других подразделений больницы, в то же время важно его соседство с приёмным отделением, отделением анестезиологии и реанимации.

Основным принципом работы операционного блока является строгое соблюдение правил асептики и антисептики.

От других подразделений больницы операционный блок отделяется тамбуром. Тамбур должен быть достаточного размера, до 12 м². Студенты, врачи-консультанты и лица, непосредственно не участвующие в операции, перед входом в операционный блок надевают 4-слойную марлевую повязку, убирают волосы под шапочку, надевают бахилы поверх сменной обуви и стерильный халат, по цвету отличающийся.

Больные поступают в операционную через тот же тамбур, где пациента перекладывают на каталку операционного блока, ему надевают бахилы, шапочку или косынку, укрывают только чистой простынёй. Участники операции входят в операционный блок через санпропускник, где они принимают душ, надевают специальную одежду, сменную обувь.

Согласно требованиям асептики операционный блок делится на 4 зоны с разными режимами работы.

В первую зону – зону стерильного режима – входят: операционные залы и стерилизационные для инструментария. В стерилизационных устанавливают сухожаровые шкафы, современные ультразвуковые стерилизаторы, газовые паростерилизаторы.

Вход в стерильную зону резко ограничен и разрешён только непосредственно участникам операции, студентам, врачам-консультантам. Находиться в помещениях стерильной зоны позволено только в операционном белье, маске и бахилах. Строго соблюдается правило «красной» черты.

Во вторую зону – зону строгого режима – входят: предоперационная, где осуществляется обработка рук хирургов и операционной сестры. Предоперационные оборудованы зеркалами, умывальниками с локтевыми кранами, а также настенными дозаторами для жидкого мыла и антисептика.

Моечная, где производится предстерилизационная очистка инструментов, возможно машинным способом.

Наркозная – в этом помещении обеспечивается наркоз больному, для чего здесь помещают наркозные аппараты, баллоны с газами. При отсутствии наркозной анестезии проводят в операционной.

Третья зона – зона ограниченного режима. Сюда разрешен вход сотрудникам больницы, одетым в обычную больничную одежду. Зона ограниченного режима включает аппаратную и инструментальную, где хранятся инструменты, аппараты и другие предметы, используемые по особой надобности.

Бельевая, где хранятся перевязочный материал, чистое операционное бельё, медикаменты. Здесь же проводится раскрой марли, изготовление салфеток, шариков, тампонов, укладка биксов.

Комнаты для пребывания дежурной службы.

Протокольная, где производится запись протоколов операций.

Комната для переодевания медперсонала, душевые.

Четвёртая зона – зона общепольничного режима – помещения, вход в которые не связан с прохождением через предыдущие зоны: это кабинет заведующего операционным блоком, старшей медсестры, комната для использованного белья и другие помещения.

Главное звено в структуре операционного блока, его сердце – это операционный зал. Здесь медицинский персонал – хирурги, операционная медсестра облачаются в стерильную одежду и выполняют оперативные вмешательства.

Современные операционные залы оборудованы сложной диагностической и анестезиологической аппаратурой, имеется централизованная подача кислорода, закиси азота, вакуум-линия.

При планировке здания операционную ориентируют окнами на север, северо-запад, так как прямые солнечные лучи, отражаясь от блестящих инструментов, стен создают неудобства в работе хирурга. Площадь современного операционного зала должна быть не менее 36–40 м², высота потолков не ниже 3 м. Стены, потолки, полы операционных покрыты водонепроницаемыми материалами, допускающими частую влажную уборку и дезинфекцию.

В операционных залах должно быть предусмотрено хорошее освещение, в пределах 3.000–5.000 лк. Оно может быть естественным и искусственным – с помощью бестеневых ламп, расположенных над операционным столом. Бестеневые лампы не дают тени от инструментов и рук хирурга, позволяют менять направление лучей света, почти не нагреваются. При необходимости добавочного освещения используются передвижные лампы, имеется также аварийное освещение, действующее от аккумуляторов. Современные операционные оборудованы бестеневыми лампами с фото-, кино- и телеобъективами, что даёт возможность вести запись этапов операции. Кроме того, в современных операционных строят сферические потолки, которые сами по себе представляют мощную осветительную систему.

Режим микроклимата операционных поддерживается при помощи специальных фильтров, кондиционеров, приточно-вытяжной системы подачи воздуха с вертикальным потоком и преобладанием притока над вытяжкой. Это позволяет очищать воздух от пыли и значительной части микрофлоры, поддерживать в любое время года необходимую температуру в операционной, предупреждать накопление углекислоты и увеличение влажности.

Обеззараживание воздуха достигается с помощью ультрафиолетовых бактерицидных ламп – потолочных, настенных, расположенных на высоте не менее 2 м от пола. Каждая лампа через 1 час работы создаёт стерильную зону диаметром 2–3 м, а количество микробов в воздухе уменьшается на 70–80 %.

В хирургических клиниках, где осуществляют трансплантацию органов и тканей, выполняют операции на открытом сердце, пластические операции, создаются сверхчистые операционные, где постоянно нагнетается стерильный воздух с ламинарным потоком, прошедший через бактериальный фильтр.

Приложение № 13

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм забора материала для микробиологического исследования

Биологический материал целесообразно получать до начала антимикробной терапии.

Материал для бактериологического исследования берут непосредственно из очага инфекции или исследуют клинически значимый биологический материал.

Необходимо соблюдать асептику, избегая контаминации биологического материала посторонней микрофлорой.

Количество материала должно быть достаточным для проведения исследования. Собирают материал в стерильную посуду с пробками, полученную в микробиологической лаборатории: для взятия отделяемого из раны, мазков со слизистых оболочек, из глаза, уха, носа, зева, цервикального канала, влагалища, анального отверстия следует использовать стерильные ватные тампоны, для крови, гноя, спинномозговой жидкости и экссудатов используют стерильные шприцы и специализированные транспортные среды, для мокроты, мочи и кала – стерильные плотно закрывающиеся небьющиеся контейнеры.

Внимание: необходимо следить за сроками годности посуды, полученной в лаборатории. Если посуда, стерилизуемая в лаборатории, не использована в срок, указанный на этикетках, её необходимо вернуть в лабораторию для повторной стерилизации.

Нативный материал доставляют в лабораторию в максимально короткие сроки (для большинства образцов не позднее 1,5–2 ч после их получения). Допускается хранение материала в холодильнике при 4°C (это не относится к биологическому материалу, полученному из стерильных в норме локусов: ликвору, крови, внутрисуставной и плевральной жидкости!).

При использовании транспортных сред биологический материал можно хранить в течение 24 ч. Жидкий биологический материал можно транспортировать непосредственно в шприце, на кончик которого надет стерильный колпачок или загнутая под углом игла.

Для исследования на анаэробы биологический материал необходимо помещать в анаэробные условия. Для жидких образцов (кровь, гной, экссудат, жидкости из стерильных полостей) используют специальные флаконы с жидкой питательной средой, заполненные газовой смесью определенного состава, куда из шприца уколом иглы через резиновую плотно завальцованную крышку вносят материал. Можно использовать анаэробные коммерческие тампоны с транспортной средой.

Транспортировка осуществляется в металлических биксах (пеналах), термоконтейнерах, которые должны легко подвергаться обработке. К материалу прилагают сопроводительный документ, где указывают наименование, источник и метод получения биологического материала, дату и время его взятия; ФИО, пол и возраст больного; название учреждения, отделения, № палаты; предполагаемый диагноз инфекционной патологии и предшествующую антибактериальную терапию; фамилию и подпись врача, направившего материал для проведения бактериологического исследования.

Внимание: погрешности в правилах сбора материала для микробиологического исследования приводят к ошибкам в диагностике возбудителя и определении его антибиотикочувствительности.

Исследование крови

Для взятия крови используют стерильные шприцы или системы для одноразового пользования.

Кровь берут во время подъёма температуры из периферической вены с соблюдением правил асептики и мер индивидуальной защиты, предусмотренных при работе с кровью (использовать резиновые перчатки). Кровь засевают в питательные среды сразу после взятия у постели больного или процедурной.

Перед использованием флаконов визуально определяют прозрачность среды, любое помутнение свидетельствует об их непригодности.

При подозрении на анаэробную инфекцию необходимо одномоментно собирать кровь в два флакона – с питательными средами для аэробного и анаэробного культивирования.

Не следует брать кровь из сосудистых катетеров, кроме случаев, когда предполагается инфекция катетерного происхождения.

Забор и посев крови

Для предотвращения контаминации кожу пациента над пунктируемой веной тщательно обработать в следующей последовательности:

- 70 % этиловым спиртом (или заменяющим его антисептиком);
- 5 % настойкой йода (или йодопирона, йодоната, хлоргексидина), начиная обработку от центра будущего прокола к периферии – 30 секунд;
- этиловым 70 % спиртом (или заменяющим его антисептиком);
- дают высохнуть обработанному участку кожи;
- не пальпируя вену повторно, производят венепункцию;
- вновь обрабатывают участок 70 % этиловым спиртом (или заменяющим его антисептиком).

При аллергической реакции на йод кожу дважды обрабатывают 70 % этиловым спиртом (или заменяющим его антисептиком).

Использование сред, приготовленных в лаборатории

Среды в стеклянных флаконах, закрытые стерильными ватно-марлевыми пробками и предохранительными стерильными бумажными колпачками: – двухфазная среда (комбинация плотной и жидкой среды в одном флаконе) – для роста аэробных микроорганизмов, полужидкие специальные среды – для роста анаэробных микроорганизмов

Посев осуществляют во флаконы со средами над пламенем спиртовой горелки.

Взятие и посев крови осуществляют два человека – в то время как один обрабатывает кожу пациента, пунктирует вену и берёт кровь, другой – над пламенем спиртовки открывает пробки флаконов, подставляет флаконы со средой под струю крови из шприца или системы, обжигает горлышки и пробки флаконов и закрывает их.

Рекомендуемое соотношение объёмов крови и среды 1:10 (10 мл у взрослых, 5 мл у детей).

Использование коммерческих сред: для аэробных микроорганизмов (с зелёной крышкой), для анаэробных микроорганизмов (с красной крышкой), педиатрические флаконы (с жёлтой крышкой) для исследования крови в объёме до 5 мл.

Снимают предохранительную пластиковую крышку.

Дезинфицируют резиновую пробку флакона 70 % этиловым спиртом (или заменяющим его антисептиком).

Дают просохнуть обработанной поверхности.

Прокалывают пробку флакона иглой шприца и производят посев крови.

Объём исследуемой крови по прилагаемой инструкции – обычно 10–30 мл для взрослых и 1–5 мл для детей до 12 лет (метка на этикетке флакона позволяет оценить объём взятой крови).

Сначала производят посев в «анаэробный» флакон, затем – в «аэробный» во избежание попадания воздуха из шприца.

Перемешивают осторожно круговыми движениями содержимое флакона.

Маркируют флаконы и до транспортировки в лабораторию содержат в термостате или при комнатной температуре в защищённом от света месте (**не в холодильнике!**).

Исследования крови и других жидкостей организма с помощью анализатора культур крови BacT/ALERT.

При отсутствии в отделении флаконов для гемокультур

В исключительных случаях, при экстренной ситуации допускается использование 20-миллилитрового шприца с иглами.

В шприц предварительно набирают 0,5–0,7 мл стерильного гепарина.

Заменяют иглу.

Затем пунктируют вену, соблюдая правила асептики. Набирают 10–15 мл крови.

Перемешивают осторожным покачиванием с гепарином (иглу со шприца не снимают).

В этом же шприце с согнутой у основания иглой (или надетым стерильным колпачком) немедленно отправляют в лабораторию.

Исследование сосудистого катетера

Исследуют при подозрении на инфекцию катетерного происхождения.

В асептических условиях отрезают его дистальный (внутрисосудистый) конец около 5 см длиной.

Помещают в стерильный контейнер (пробирку).

Доставляют в лабораторию немедленно.

Важно не допускать высыхания образца.

Исследование ликвора

Спинальную жидкость получают при люмбальной пункции или пункции боковых желудочков мозга в объёме 3–5 мл, помещают в стерильную, желательно центрифужную пробирку и немедленно доставляют в лабораторию.

Полученную пробу доставить в лабораторию, избегая чрезмерного перегрева и особенно охлаждения (может быть использован термос). Охлаждение ликвора ниже 300 ведёт к гибели менингококков.

При невозможности немедленно доставить в лабораторию ликвор сохраняют при 37° в термостате.

При использовании коммерческих сред (BacT/ALERTFA и др.) свежевзятый ликвор в количестве 5–10 мл из шприца, проколов резиновую пробку, вносится во флакон со средой (см. исследование крови).

Исследование жидкостей организма из стерильных в норме полостей

Исследуют перитонеальную, синовиальную, плевральную, суставную, перикардальную жидкости.

Для бактериологического исследования используют жидкости, взятые при пункции и аспирации.

Попавшие в шприц пузырьки воздуха удаляют и помещают жидкость в анаэробную транспортную систему или отправляют её в шприце, предварительно сняв (или загнув) иглу или надевают на канюлю защитный стерильный колпачок.

Минимальный объём жидкости для выделения бактерий 1–5 мл, для выделения грибов или микобактерий не менее 10 мл.

Избыток жидкости или гной транспортировать в стерильных контейнерах с завинчивающейся крышкой.

Взятие материала тампоном не предохраняет анаэробы от воздействия кислорода воздуха, не позволяет приготовить качественный препарат для микроскопии, не гарантирует выделение культуры при незначительном количестве микробов в образце.

Не рекомендуется использовать антикоагулянты (цитрат, этилендиаминтетрауксусную кислоту), подавляющие рост некоторых видов бактерий.

При необходимости лучше использовать гепарин.

При достаточном количестве жидкости можно производить посев из шприца во флаконы со средой для гемокультур в соотношении 1:5 – 1:10 (5–10 мл). Однако при этом становится невозможной прямая бактериоскопия материала, а сроки идентификации удлиняются на сутки в сравнении с изолятами, выделенными при первичном посеве на плотные среды.

Исследование материала при раневой инфекции

Взятие материала производит лечащий врач во время операции или перевязки. В большинстве случаев исследуют поражённые ткани и аспираты. Наиболее правильный способ взятия жидких материалов – объёмно с помощью стерильного шприца. Отбор материала тампоном производят только при невозможности осуществления объёмного метода. Промыванием раневой поверхности физраствором удаляют местно применяемые антисептические и антибактериальные препараты. Кожу вокруг раны обрабатывают спиртом или другим антисептиком, некротические массы, детрит, гной удаляют стерильной сухой салфеткой.

Все ёмкости с отобранным материалом плотно закрывают стерильными пробками. Доставляют в лабораторию в течение 1 часа. При невозможности доставить материал в течение этого времени он должен храниться в холодильнике, но не более 2 часов. Можно использовать специальные транспортные контейнеры и пробирки со средами. На транспортной среде материал хранится 24 часа.

Отделяемое открытых инфицированных ран

Материал берут двумя стерильными тампонами (один для посева, второй – для бактериоскопии) круговыми вращательными движениями от центра к периферии поражённого участка, помещают в стерильную пробирку.

Отделяемое из дренажей

Берут стерильным шприцем и в количестве 1–2 мл помещают в стерильную пробирку или доставляют в шприце. Можно использовать для исследования концы удалённых дренажных трубок.

Кусочки тканей

Помещают в другую плотно закрывающуюся стерильную ёмкость (пробирку), содержащую небольшое количество стерильного физраствора.

Глубокие раны или абсцессы

Поверхность раны дезинфицируют 70 % этиловым спиртом, затем 1–2 % йодным раствором. Материал берут из глубины, избегая контаминации поверхностной микрофлорой раны.

Биоптат с ожоговой поверхности

Поверхность раны дезинфицируют и берут образец с помощью пункционной биопсии (3–4 мм) для количественного исследования.

Язвы и узелковые утолщения

Поражённую область кожи дезинфицируют, удаляют поверхностный слой и делают соскоб со дна язвы или узелкового утолщения. Если имеется экссудат, его собирают шприцем или стерильным тампоном.

Раны после укусов

Гнойное содержимое из раны получают шприцем после надреза, дренирования или поверхностной обработки инфицированной раны. При свежих укусах бактериологическое исследование не проводят, так как в этот период трудно выделить этиологически значимый микроорганизм.

Кости

Материал получают при оперативном вмешательстве. Образец помещают в стерильный контейнер без формалина и других консервантов. Для предотвращения высыхания образца в контейнер может быть добавлен стерильный физраствор.

Материал при инфекциях верхних дыхательных путей. Образцы из зева

Исследуют прежде всего для выявления α -гемолитических стрептококков группы А, *H. influenzae* (при эпиглотитах). При наличии специфического анамнеза проводят исследование для исключения гонококковой этиологии фарингита.

Не следует брать материал при воспалённом надгортаннике, так как может возникнуть обструкция дыхательных путей!

Мазок из зева следует брать до еды или через 2–3 часа после приёма пищи. Перед взятием пробы больному необходимо прополоскать рот тёплой кипячёной водой.

Аккуратно прижимая язык шпателем, вводят стерильный тампон между дужками миндалин и язычком.

Движением тампона вперёд и назад собирают материал с задней поверхности глотки, миндалин и участков воспаления или изъязвления слизистой.

Тампон помещают в стерильную пробирку, при необходимости используя транспортную среду.

Внимание: при взятии пробы со слизистой зева (глотки) нельзя касаться щёк, языка, дёсен, а также собирать слюну.

Взятие материала при исследовании на возбудителей дифтерии.

Для взятия материала используют стерильные ватные сухие тампоны.

Материал из ротоглотки и носа берут отдельными тампонами, натошак или не ранее, чем через 2 часа после еды, при хорошем освещении с использованием шпателя, не касаясь тампоном языка, слизистых щек и зубов.

При наличии налетов материал следует брать с границы пораженных и здоровых тканей, слегка нажимая на них тампоном.

Для взятия материала из носа используют один тампон, который вводят сначала в один, а потом в другой носовой ход, не касаясь крыльев носа снаружи

Необходимо обеспечить доставку материала в лабораторию не позднее 2 часов, а при использовании глицериновых тампонов – в течение 4 часов.

Бактериологическое исследование носоглоточной слизи на менингококки

Исследуемый материал берут из задней стенки носоглотки натошак или через 3–4 часа после еды стерильным ватным тампоном, укрепленным на изогнутой проволоке.

Материал берут с обязательным надавливанием шпателем на корень языка. Тампон вводят концом кверху за мягкое небо в носоглотку и проводят 2–3 раза по задней стенке.

При извлечении тампон не должен касаться зубов, слизистой щек, языка и язычка.

Материал может быть взят смоченным тампоном, который затем доставляют в лабораторию.

Питательную среду для смачивания тампонов получают в бактериологической лаборатории. Можно использовать специальные транспортные среды.

Полученную пробу доставить в лабораторию, избегая охлаждения.

Мазок со слизистой передних отделов полости носа

Исследование обычно проводится для выявления носительства метициллинрезистентных штаммов *S. aureus*.

Мазок со слизистой носа берут одним стерильным тампоном.

Тампон вводится сначала в здоровую ноздрю до упора на уровне носовой раковины и вращательными движениями собирают материал со слизистой. Повторяют процедуру в другом носовом ходе.

Тампон помещают в стерильную пробирку.

Аспират из придаточных пазух

Исследуют при бактериальных синуситах помимо исследования микрофлоры носовой полости.

Материал отсылают в лабораторию в анаэробной транспортной среде или непосредственно в шприце.

Не рекомендуется исследовать промывную жидкость из носоглотки, так как образцы контаминируются нормальной микрофлорой верхних дыхательных путей, что не позволяет правильно трактовать результаты анализа.

При хронических синуситах возможен прицельный забор материала для микробиологического исследования с использованием эндоскопов.

Исследование отделяемого уха. Жидкость при тимпаноцентезе

Исследуют при среднем отите в случаях, если первичная терапия оказалась безуспешной или если тимпаноцентез проводился как лечебная процедура.

Очищают наружный слуховой проход слабым раствором детергента, после прокола барабанной перепонки врач-отоларинголог шприцем собирает жидкость и помещает ее в стерильный контейнер или отправляет в лабораторию в шприце с загнутой иглой или с защитным колпачком.

При невозможности своевременной доставки целесообразно использовать транспортную среду.

При самопроизвольной перфорации барабанной перепонки экссудат собирают стерильным тампоном, используя слуховое зеркало. Однако в этом случае высока вероятность контаминации биологического материала эндогенной микрофлорой.

Материал при воспалении наружного уха

Обрабатывают кожу 70 % этиловым спиртом и промывают стерильным изотоническим раствором хлорида натрия (физраствором).

Материал из очага берут стерильным ватным тампоном. Тампон помещают в стерильную пробирку.

При поражении среднего и внутреннего уха исследуют пунктаты и материал, полученный во время оперативных вмешательств, собранные в стерильную пробирку или транспортную среду.

Исследование отделяемого глаз

Накануне, за 6–8 часов (на протяжении ночи, предшествующей забору материала), отменяют все медикаменты и процедуры.

Материал забирают с пораженных мест в разгар воспалительного процесса с соблюдением правил асептики.

Отделяемое с конъюнктивы

Берут стеклянными стерильными палочками или платиновой петлей, предварительно фламбированной в пламени спиртовки и остуженной и погружают в 0,2 % сахарный бульон.

При наличии достаточно обильного гнойного отделяемого используют стерильные ватные тампоны (желательно коммерческие), которыми берут гной с внутренней поверхности нижнего века движением к внутреннему углу глазной щели.

Необходимо следить, чтобы при моргании ресницы не касались тампона (придерживать веки руками).

Край век. Корочки гноя удаляют пинцетом. Берут материал из язвочки у основания ресниц.

Роговица

Материал на исследование после обезболивания можно взять платиновой петлём или другим подходящим инструментом.

Если пациент применяет контактные линзы, необходимо исследовать их внутреннюю поверхность.

В кабинете врача производят посев на питательный бульон.

Пробы клинического материала доставить в лабораторию, не замочив пробки, чтобы не искажить результат исследования.

Материал при инфекциях нижних дыхательных путей:

Мокрота

Исследуют свободно откашливаемую мокроту, утреннюю порцию, натошак.

Пациент предварительно должен почистить зубы, дёсны, язык, слизистую оболочку щёк зубной щёткой и прополоскать рот кипяченой водой.

Если мокрота отделяется плохо, накануне пациенту дают отхаркивающие средства или проводят ингаляцию физ. раствором.

Мокроту собирают в стерильную посуду с крышкой.

Сроки доставки мокроты в лабораторию не должны превышать 1,5–2 часа от момента её получения (допускается хранение в холодильнике, но не более 6 часов), т.к. задержка ведёт к аутолизу *S.pneumoniae*, а за счёт размножения бактерий-контаминантов меняется истинное соотношение микрофлоры бронхиального секрета.

Качество собранной мокроты можно оценить по данным микроскопии нативных мазков по Граму. При наличии в мазке мокроты более 10 эпителиальных клеток в поле зрения и менее 25 полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ) при малом увеличении микроскопа (объектив X10) высока вероятность контаминации образца содержимым полости рта (слюной). Дальнейшее исследование такого материала нецелесообразно, материал необходимо взять повторно.

Трахеобронхиальные смывы

Исследуют при отсутствии мокроты или невозможности её выделить естественным путём.

Специальным шприцем в трахею вводят около 10 мл стерильного физ. раствора и собирают откашливаемый смыв в стерильную посуду.

Бронхиальные смывы, в том числе вблизи очага воспаления, могут быть сделаны с помощью бронхоскопа.

Недостатком является очень часто значительное разведение трахеобронхиального содержимого, что снижает возможность выделения бактерий, а концентрация их падает примерно в 100 раз по сравнению с мокротой.

Плевральная жидкость

Кожу перед пункцией обрабатывают 70 % этиловым спиртом, затем спиртовой настойкой йода, затем опять спиртом.

После прокола жидкость собирают шприцем в стерильную пробирку и незамедлительно отправляют в лабораторию.

Допускается посев плевральной жидкости (по 5 мл) в аэробные и анаэробные флаконы, используемые для исследования крови.

Моча при инфекциях мочевыводящих путей

Исследуют утреннюю среднюю порцию (10–20 мл) свободно выпущенной мочи (за ночь концентрация бактерий в мочевом пузыре возрастает).

Не следует принуждать пациента к приему жидкости для форсирования диуреза, так как происходит разбавление мочи и снижение числа бактерий.

Для сбора мочи используют стерильные ёмкости, которые закрываются резиновой стерильной пробкой. Нельзя собирать мочу из мочеприемника или судна.

Перед взятием мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов с мылом и кипяченой водой во избежание излишней ее контаминации при мочеиспускании нормальной микрофлорой промежности.

Доставка мочи в лабораторию должна осуществляться в максимально короткие сроки. Посев следует проводить не позднее 2 ч после взятия материала либо в течение 8 ч при условии ее хранения в холодильнике (при 4°C число бактерий в моче обычно остается стабильным в пределах 24 ч).

Взятие мочи следует повторить, если нет условий для ее хранения в холодильнике, и с момента взятия образца прошло более 2 часов, в противном случае результаты анализа могут быть недостоверными.

Недопустимо бактериологическое исследование мочи, собранной в течение суток.

Не рекомендуется исследовать мочу, полученную при наличии постоянного катетера.

Материал при инфекциях урогенитального тракта:

Исследование отделяемого женских половых органов

Внимание: взятие материала для микробиологического исследования проводит акушер-гинеколог до проведения мануального исследования.

Амниотическую жидкость

Собирают через катетер, либо аспирируют при кесаревом сечении, либо пунктируют плодный пузырь.

Материал из уретры

Собирают не ранее, чем через 1 ч после мочеиспускания.

Отделяемое из уретры собирают стерильным ватным тампоном.

Если отделяемое получить не удастся, наружное отверстие уретры обмывают мылом и ополаскивают кипяченой водой, вводят в уретру тонкий стерильный «уретральный» тампон на глубину 2–4 см, аккуратно вращают его в течение 2 секунд, вынимают, помещают в соответствующую транспортную среду и доставляют в лабораторию.

Материал из вульвы, преддверия влагалища

Берут стерильным ватным тампоном.

При воспалении бартолиновых желез производят их пункцию.

Материал из влагалища

После введения зеркала и подъемника во влагалище материал собирают стерильным ватным тампоном с заднего свода или с патологически измененных участков.

Цервикальный канал

Обнажают шейку матки с помощью зеркал и влагалищную ее часть тщательно обрабатывают ватным тампоном, смоченным стерильным физраствором или стерильной водой.

Тонкий стерильный ватный тампон осторожно вводят в цервикальный канал, не касаясь стенок влагалища, и берут материал.

Для бактериологического исследования можно использовать соскоб слизистой, полученный при диагностическом выскабливании стенок цервикального канала.

Матка

Правильное взятие материала из матки может быть выполнено только при использовании специальных инструментов типа шприца-аспиратора, имеющего на зонде покрытие.

После прохождения зондом цервикального канала в полость матки раскрывают наружную оболочку зонда и набирают в шприц содержимое матки.

Материал из шприца помещают в стерильную пробирку.

Придатки матки

Материал из очага инфекции (гной, экссудат, кусочки ткани) получают при оперативном вмешательстве или при диагностической пункции опухолевидных образований, проводимой через влагалищные своды.

Приготовление мазков для микроскопии

Помимо взятия материала на посев врач-гинеколог готовит мазки для микроскопии (не менее двух – для окраски по Граму и специальными методами), используя отдельные стерильные тампоны или стерильные гинекологические инструменты.

Предметные стекла, предназначенные для приготовления мазков, маркируют.

Материал равномерно распределяют на предметном стекле осторожными движениями, избегая грубого втирания и резких штриховых движений инструментом.

Мазок высушивают при комнатной температуре, покрывают чистым предметным стеклом или помещают его в чашку Петри и отправляют в лабораторию.

Не допускается хранение влажного мазка между двумя стеклами.

Исследование отделяемого мужских половых органов:

Уретра

Материал собирают не ранее 2 часов после мочеиспускания.

Вводят в уретру тонкий стерильный ватный тампон на глубину 2–4 см, аккуратно вращают его в течение 1–2 секунд, вынимают, помещают в транспортную среду и доставляют в лабораторию.

Исследование секрета простаты

Перед отбором проб необходимо тщательно вымыть наружные половые органы и область заднего прохода теплой водой с мылом, затем сполоснуть теплой водой.

Проводят массаж простаты через прямую кишку. Материал собирают в стерильную пробирку или стерильным ватным тампоном.

При наличии симптомов острого простатита массаж простаты не проводят.

Для получения более достоверных результатов можно дополнить это исследование бактериологическим исследованием мочи, полученной перед и сразу после массажа простаты, что позволит выявить источник инфекции. Основным методом лабораторной диагностики простатита, позволяющим определить локализацию очага инфекции, является метод Meares и Stamey: исследованию подвергают первую порцию мочи, среднюю порцию мочи, секрет простаты и порцию мочи, полученные после массажа предстательной железы (так называемая 4-стаканная проба).

Пробы клинического материала доставить в лабораторию, не замочив пробки, чтобы не исказить результат исследования.

Придатки яичек

Материал собирают путем аспирации с помощью шприца и иглы.

Язва полового члена

Очищают поверхность язвы тампоном, смоченным физ.раствором.

Производят соскоб язвы до появления серозной жидкости.

Стерильной салфеткой удаляют жидкость и органические наслоения (следует избегать кровото-чivosti).

Надавливают у основания язвы до появления прозрачной жидкости, аспирируют ее шприцем с тонкой иглой, закрывают иглу защитным колпачком и транспортируют в лабораторию.

Соскобы мочеиспускательного канала, шейки матки для исследования на урогениталь-ный хламидиоз

Соскобы слизистых оболочек мочеиспускательного канала и шейки матки берут одноразовыми стерильными зондами, «щёточками», ложкой Фолькмана или аналогичными инструментами со слегка затуплёнными краями, соблюдая правила асептики и антисептики.

Наружные половые органы дезинфицируют, выделения удаляют тампонами или с помощью аспираторов.

При повышенной чувствительности слизистую оболочку предварительно анестезируют инстил-ляцией в мочеиспускательный канал 1–2 мл 0,5 % раствора дикаина.

Соскобы делают из глубины канала (до 6 см), со всех четырёх квадрантов.

Соскобы шейки матки берут после удаления слизистой пробки из глубины её канала, а также из влажной части шейки матки.

Соскобы берут осторожно, при лёгком надавливании. В материале должно быть возможно большее количество эпителиальных клеток и минимальное количество слизи, экссудата и примесей крови.

Соскобный материал распределяют тонким слоем на поверхность 8-миллиметровой лунки чи-стого обезжиренного предметного стекла так, чтобы все стороны тампона соприкасались с поверхно-стью стекла.

Мазок высушивают на воздухе 20–30 минут.

Допускается хранение мазка на стекле до фиксации 2–3 часа при комнатной температуре.

Мазки фиксируют соответственно методу окраски.

Материал при исследовании на анаэробы

Общие показания к обследованию: сепсис неясной этиологии, гангрена, абсцессы, флегмона, перитонит, экссудативный плеврит, нагноения ран с подозрением на анаэробную инфекцию, гнойный артрит. Образцы клинического материала для исследования на анаэробы во избежание контакта с ат-мосферным воздухом получают при использовании инвазивных методов забора.

Исследуемые материалы: кровь, плевральная, перитонеальная и синовиальная жидкости, гной из абсцессов и других закрытых полостей (если объем гноя превышает 2 мл, то в пробирке под резино-вой пробкой сохраняются относительно анаэробные условия в течение нескольких часов), материалы из глубоких отделов свища (после очистки и асептической обработки наружного отверстия) и ран.

Если нет возможности использовать метод аспирации шприцем, материал берут стерильным ватным тампоном, который помещают в анаэробную транспортную среду сохранения и до транспорти-ровки в лабораторию содержат при комнатной температуре; фрагменты костной и мышечной тканей размером 1х1 см, взятые из глубокого очага воспаления во время операции (если сроки доставки мате-риалов в лабораторию превышают 15–20 мин, фрагменты тканей погружают в небольшой объем сте-рильного физраствора).

Не подлежат исследованию на анаэробы: отделяемое поверхностных ран и язв, мазки из зева, носа и ротовой полости, мазки из влагалища и цервикального канала, мокрота и бронхиальные смывы, моча (кроме мочи, полученной надлобковой пункцией мочевого пузыря), содержимое желудка, тонкого и толстого кишечника, фекалии (за исключением предполагаемой *Clostridium difficile*-ассоциированной диареи).

Исследование фекалий на патогенные и условно-патогенные энтеробактерии и дисбактериоз

При исследовании на дисбактериоз пациент за 1–3 дня до взятия пробы должен находиться на диете, исключающей приём продуктов, усиливающих процессы брожения в кишечнике, а также алкоголь, антимикробные лекарственные препараты и т.п.

Фекалии собирают сразу после дефекации из предварительно обработанного дезраствором и тщательно промытого водой судна, горшка, специального лотка или с пеленки с помощью стерильной стеклянной палочки, проволочной петли или деревянного шпателя.

Порцию фекалий помещают в стерильный флакон.

Объём испражнений для исследования на патогенные энтеробактерии, флору и на дисбактериоз должен составлять 1/3 флакона объёмом 20 мл.

При наличии в испражнениях патологических примесей (слизь, хлопья, гной) их следует включать в исследуемую пробу.

Материал доставляется в лабораторию в кратчайшие сроки.

Испражнения для исследования на патогенные энтеробактерии можно получить непосредственно из прямой кишки с помощью ректальных, ватных или ватно-марлевых тампонов, укрепленных на металлической или деревянной палочке, вводя их круговыми движениями в прямую кишку на 6–8 см.

Исследование желчи (дуоденального содержимого) при инфекциях желчевыводящих путей

Желчь собирают при зондировании в процедурном кабинете отдельно по порциям: А, В и С (соответственно дуоденальное содержимое, пузырную желчь и желчь из желчных протоков) в три стерильные пробирки, либо во время оперативного вмешательства с помощью шприца в одну пробирку.

Дуоденальное содержимое и желчь имеют зеленовато-желтый цвет и щелочную реакцию. Кислая реакция, белесоватый оттенок жидкости, наличие хлопьев свидетельствует о примеси желудочного сока, такой материал не пригоден для исследования.

Полученные порции желчи доставляют в лабораторию не позднее 1–2 ч от момента получения, следя за тем, чтобы пробирки находились в строго вертикальном положении.

Микробиологическое исследование грудного молока

Отбор проб грудного молока производится в поликлинике или стационаре в специально выделенном помещении.

Перед сцеживанием молока женщина должна вымыть руки с мылом, тщательно обработать соски и околососковую область молочных желез отдельными ватными тампонами, смоченными 70 % спиртом (каждая железа обрабатывается отдельным тампоном).

Молоко из правой и левой молочных желез собирается в отдельную посуду.

Первые 5–10 мл сцеженного молока исследованию не подлежат.

Последующие 3–5 мл сцеживаются в стерильные флаконы, которые закрываются стерильными пробками и доставляются в лабораторию не позднее 2 часов в вертикальном положении во избежание опрокидывания и замачивания пробок.

До момента исследования молоко должно храниться в холодильнике.

Сцеженное накануне молоко исследованию не подлежит.

Правила забора и доставки материала от больных и контактных в вирусологическое отделение ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области»

Пробы от больных гриппом и ОРВИ

Для вирусологического исследования отбирают при первом появлении клинических симптомов, т.е. в остром периоде заболевания (не позднее третьего дня), так как в этот период в носоглотке больного, а также в крови находится максимальное количество вируса.

Материалом для исследования служат соскоб из носа и мазок из зева, а также сыворотки крови, взятые в начале болезни и в период выздоровления.

Соскоб из носа. Необходимо предварительно очистить полость носа от слизи (взрослым – высморкаться, детям – очистить с помощью ватных турунд). Тампон вводят на глубину 2–3 см до нижней раковины, затем слегка опускают книзу, вводят в нижний носовой ход под нижнюю раковину, делают вращательное движение на пол-оборота, таким образом, чтобы в мазке было как можно больше эпителиальных клеток. Удаляют тампон вдоль наружной стенки носовой полости, опускают в пробирку с физиологическим раствором. Палочку обломать, флакон закрыть резиновой пробкой.

Для ранней диагностики краснухи выявляют антиген в клетках цилиндрического эпителия носа от больных или контактных. В качестве материала для исследования служит соскоб из нижнего носового хода (см. п. 1 – соскоб из носа).

Мазки из зева

Рекомендуется мазки делать до еды. Мазки отобрать при помощи сухого стерильного ватного тампона на палочке, которым протереть поверхность миндалин, задней стенки глотки и небных дужек. Тампон не должен касаться языка и слизистой полости рта. После взятия мазка тампон поместить в среду (розового цвета) во флакон из-под пенициллина, палочку обломать, флакон закрыть резиновой пробкой.

Кровь для серологических исследований

Парные сыворотки исследуют для определения прироста титра антител к вирусам (во второй сыворотке по сравнению с первой).

Первую кровь берут в самом начале заболевания, вторую – 10–14 дней спустя.

Кровь в объеме не менее 1 мл берут в чистую центрифужную пробирку, отделяют сыворотку и помещают в пластиковую пробирку, которую хранят в морозильной камере до взятия второй сыворотки от того же больного.

В вирусологическое отделение МЛ обе сыворотки доставляются одновременно.

Результаты исследования зависят от качества доставляемого материала, от сроков забора и своевременной доставки в лабораторию.

Пробы фекалий

Для обследования контактных с рота-, энтеро-, полиовирусной инфекциями забирают пробы фекалий массой 1–2 г в чистый флакон.

Приложение № 14

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм выбора дезинфицирующих средств (ДС) и тактики дезинфекции

1. К применению в медицинских организациях допускаются только средства, зарегистрированные в установленном порядке и соответствующие требованиям Федерального закона Ф3-52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Средства для дезинфекции (включая кожные антисептики), предстерилизационной очистки и стерилизации должны иметь следующие документы:

– свидетельство о государственной регистрации единой формы для стран Таможенного союза, утвержденной Решением Комиссии таможенного союза от 28.05.2010 № 299;

– декларацию о соответствии средства обязательным требованиям;

– инструкцию по применению, утвержденную производителем (или другой организацией по его поручению);

– этикетку (тарную), утвержденную производителем (или другой организацией по его поручению).

2. Основными критериями выбора ДС для обработки различных объектов в медицинской организации, в том числе медицинских изделий, являются:

– спектр антимикробной активности;

– время дезинфекционной выдержки;

– безопасность применения средства в рекомендованных режимах для медицинского персонала и пациентов;

- отсутствие (или низкая способность) у средства фиксировать органические загрязнения (кровь, мокрота, слюна и др.) на поверхности и в каналах изделий;
- способность средства сохранять антимикробную активность в присутствии органических загрязнений, о чем свидетельствует информация в инструкции на средство по режимам обеззараживания посуды с остатками пищи, лабораторной посуды, белья, загрязненного выделениями;
- наличие у средства моющих свойств, позволяющих совмещать дезинфекцию с предстерилизационной очисткой (при необходимости) или сочетать в одном этапе обработки дезинфекцию и мойку, например, поверхностей в помещениях, оборудования;
- стабильность средства и его рабочих растворов при хранении;
- растворимость в воде;
- экологическая безопасность.

Кроме того, следует учитывать:

- чувствительность к средству микрофлоры в медицинской организации по результатам мониторинга устойчивости;
- эпидемиологическую ситуацию в ЛПУ;
- тип (профиль) медицинской организации;
- для композиционных средств – соотношение (по процентному содержанию) различных ДВ в составе средства;
- характеристику объектов (материал, конструктивные особенности и пр.), обрабатываемых средством;
- способ обработки объекта (ручной, механизированный с использованием специального оборудования и т.п.).

3. При выборе ДС значение имеет уровень их антимикробной активности, который характеризуется минимальными концентрациями рабочих растворов индивидуальных соединений или композиционных средств на их основе. Рекомендуемые при выборе средств для медицинских организаций минимальные концентрации рабочих растворов (по ДВ), обеспечивающие гибель бактерий (кроме микобактерий туберкулеза), представлены в инструкциях по применению ДС. Учитывая возможность формирования устойчивых к дезинфектантам штаммов микроорганизмов, не рекомендуется применять ДС, если концентрации растворов по ДВ меньше приведенных в инструкциях. Композиции на основе нескольких ДВ из группы КПАВ (ЧАС, полимерные производные гуанидина, третичные алкиламины) содержат, как правило, не менее 0,01 % по сумме ДВ. При появлении новых ДВ минимальные концентрации могут измениться.

Тактика дезинфекции

1. Для использования в отделениях разного профиля, в разных структурных подразделениях, помещениях различного назначения необходимо предусмотреть применение ДС, относящихся к различным группам химических соединений, и выбирать те из них, которые обеспечат максимальную эффективность дезинфекции.

2. В специализированных медицинских организациях (отделениях) инфекционного профиля (туберкулезных, микологических, инфекционных и др.) используют средства, эффективные в отношении соответствующих видов микроорганизмов:

- в туберкулезных – обладающие туберкулоцидным действием с указанием в инструкции по применению средства, что оно тестировано на *Mycobacterium terrae*;
- в микологических – обладающие фунгицидным действием в отношении грибов рода *Trichophyton*;
- в инфекционных – обладающие бактерицидным, вирулицидным, фунгицидным действием (в соответствии со спецификой работы подразделения).

3. В случае госпитализации в инфекционное отделение больного с неясным диагнозом для текущей дезинфекции до установления диагноза выбирают средства с широким спектром антимикробной активности – бактерицидной (при подозрении на туберкулез – туберкулоцидной), вирулицидной, фунгицидной. После установления диагноза – в соответствии с видовой принадлежностью возбудителя.

4. При выявлении в стационаре (отделении) ИСМП используют ДС, эффективные в отношении возбудителя соответствующей инфекции. В целях предупреждения формирования устойчивых к ДС штаммов микроорганизмов следует по результатам мониторинга устойчивости проводить ротацию ДС. С этой целью осуществляют замену средств на основе соединений из одной химической группы, например, к ПАВ, если к ним сформировалась устойчивость микроорганизмов, на средства из другой

химической группы, например, хлорактивных или кислородоактивных соединений, а также композиционных средств на их основе.

5. К кожным антисептикам и средствам другого назначения на основе спиртов не установлено формирования резистентности микроорганизмов.

6. Для дезинфекции поверхностей в помещениях, медицинского оборудования, приборов, мебели, стен, пола, которые загрязнены биологическими жидкостями пациента, выбирают ДС, обладающие бактерицидной (включая туберкулоцидную), вирулицидной и фунгицидной активностью в отношении грибов рода *Candida*. В помещениях (операционные, процедурные, перевязочные, манипуляционные и др.), где поверхности в помещениях могут быть загрязнены кровью, для проведения различных видов уборки и дезинфекции применяют средства по режимам, эффективным в отношении вирусов.

7. Для обеззараживания поверхностей в помещениях в присутствии пациентов, игрушек, столовой посуды, изделий из тканей не допускается применять средства на основе альдегидов.

8. В целях профилактики грибковых инфекций резиновые коврики, поверхности ванн, пол душевых кабин обеззараживают средствами по режиму, эффективному в отношении грибов рода *Trichophyton*.

9. Для обработки поверхностей, пораженных плесневыми грибами, выбирают средства на основе полимерных производных гуанидина, ЧАС, хлорактивных и кислородоактивных соединений и их композиций.

10. Для профилактики и борьбы с поражением поверхностей плесневыми грибами следует исключить возможность систематического увлажнения поверхностей в виде протечек и др. Кроме того, следует использовать специальные средства для пропитки поверхностей фунгицидными средствами.

11. Для дезинфекции небольших по площади, а также труднодоступных поверхностей, выбирают композиционные средства на основе спиртов с другим ДВ (например, ЧАС), выпускаемые в аэрозольных и беспропеллентных упаковках или в виде дезинфицирующих салфеток. В соответствии с инструкциями по применению ДС обработке подлежит не более 10 % от общей площади поверхности помещения.

12. В присутствии пациентов не проводят обработку даже небольших по площади поверхностей аэрозолями ДС.

13. Для дезинфекции выделений человека (фекалии, моча, мокрота, рвотные массы, кровь), остатков пищи, смывных вод, посуды из-под выделений, контейнеров для сбора медицинских отходов целесообразно использовать ДС, содержащие в качестве ДВ неорганические соединения хлора. Неорганические соединения хлора обладают способностью гомогенизировать органические вещества с экзотермической реакцией, что способствует более эффективному проникновению хлора вглубь субстрата и контакту с микроорганизмами. Для обеззараживания больших объемов крови не следует использовать ДС на основе перекиси водорода ввиду интенсивного пенообразования при взаимодействии средства с кровью.

14. Для дезинфекции, очистки и стерилизации медицинских изделий, а также для дезинфекции любых других объектов используют только те средства, в инструкциях по применению которых имеются установленные режимы дезинфекции и стерилизации, т.е. указаны конкретные концентрации рабочих растворов и время обеззараживания, которые не вступают в противоречие с рекомендациями и данными, изложенными в настоящем документе.

15. Для дезинфекции медицинских изделий применяют ДС, обладающие широким спектром антимикробной активности (вирулицидной, бактерицидной, фунгицидной, в отношении грибов рода *Candida*). Выбор режимов дезинфекции в медицинских организациях фтизиатрического профиля проводят из тех ДС, которые эффективны в отношении микобактерий туберкулеза, о чем имеется информация в инструкции по применению такого средства о том, что оно тестировано на *Mycobacterium terrae*; в микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении грибов рода *Trichophyton*.

16. Средства для обработки медицинских изделий можно условно разделить по назначению на несколько групп:

- средства, предназначенные для дезинфекции (Д);
- средства, предназначенные для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой (Д+ПО);
- средства, предназначенные для дезинфекции, предстерилизационной очистки и ДВУ эндоскопов (Д+ПО+ДВУ);
- средства, предназначенные для стерилизации;

- средства, предназначенные для дезинфекции, предстерилизационной очистки, ДВУ эндоскопов и стерилизации (Д+ПСО+ ДВУ+С);
- средства, предназначенные для ДВУ эндоскопов и стерилизации (ДВУ+С).

Это деление на группы условно потому, что единичные средства имеют только одно назначение, например, ферментные средства для предстерилизационной очистки. Большинство средств имеют назначение многоцелевое, т.е. для разных видов обработки медицинских изделий и других объектов.

17. Для обеззараживания текстильных изделий следует выбирать средства на основе кислородоактивных соединений. Перекись водорода в концентрациях выше 3 % влияет на прочность тканей. Наиболее предпочтительными являются средства для дезинфекции, совмещенной со стиркой текстильных изделий.

18. При выборе ДС следует, в целях исключения их вредного воздействия на медицинские изделия, руководствоваться рекомендациями производителей этих изделий, касающихся совместимости конкретных ДС с материалами, используемыми при изготовлении медицинских изделий.

19. При выборе ДС, используемых для механизированной мойки и дезинфекции, предпочтение следует отдавать малопеняющимся средствам. Пена может значительно снизить эффективность механизированной обработки.

20. Для дезинфекции медицинских изделий после применения их у пациентов, например, с газовой анаэробной инфекцией или псевдомембранозным колитом, вызываемым *Clostridium difficile*, выбирают спороцидные средства.

21. Для ДВУ эндоскопов выбирают средства с подтвержденной спороцидной активностью на основе альдегидов, кислородоактивных и хлораактивных соединений. При этом концентрация раствора (или ДВ в готовых к применению средствах) одинакова для режимов стерилизации и ДВУ. В инструкциях/методических указаниях по применению этих средств режимы ДВУ и стерилизации различаются только по времени дезинфекционной и стерилизационной выдержки.

22. Для дезинфекции контура циркуляции диализирующей жидкости гемодиализных установок выбирают средства на основе надуксусной и других органических кислот, гипохлорита натрия, в инструкциях/методических указаниях по применению которых имеются соответствующие рекомендации. Эти рекомендации не относятся к гемодиализаторам, которые после применения подлежат утилизации в соответствии с требованиями действующих СанПиН по обращению с медицинскими отходами.

23. Для дезинфекции поверхности гемодиализных установок применяют рекомендованные производителями установок средства, обладающие в том числе активностью в отношении вирусов парентеральных гепатитов В, С, Д и ВИЧ-инфекции.

24. Выбор средства для предстерилизационной очистки медицинских изделий (окончательной очистки эндоскопов) основывается на критериях его эффективности и безопасности и зависит от:

- особенностей медицинского изделия (материал, назначение);
- намечаемого процесса обработки (очистка в виде самостоятельного процесса или при совмещении с дезинфекцией);
- способа очистки (ручной, механизированный);
- типа оборудования для осуществления очистки механизированным способом.

25. Критериями выбора средств для предстерилизационной очистки медицинских изделий (окончательной очистки эндоскопов) являются:

- наличие моющих свойств, позволяющих удалять загрязнения различной природы (органические и неорганические, включая остатки лекарственных препаратов);
- безопасность для персонала и пациентов в применяемых режимах обработки;
- отсутствие повреждающего действия на обрабатываемые изделия в применяемых режимах обработки;
- низкое пенообразование (для средств, применяемых механизированным способом). Высокую моющую активность обеспечивают средства на основе ферментов, поверхностно-активных веществ (неионогенных и катионных), некоторые кислородоактивные (в том числе на основе перекиси водорода, надкислот) средства, электрохимически активированные растворы (католиты, нейтральные анолиты).

26. Средства, одновременно обладающие антимикробными и моющими свойствами, при наличии в составе различных сочетаний альдегидов, спиртов, КПАВ (ЧАС, полимерные и мономерные производные гуанидина, третичные алкиламины) могут в определенных концентрациях и в зависимости от количественных соотношений ДВ проявлять фиксирующее действие. Исключение фиксирующего действия при применении таких средств для предстерилизационной очистки медицинских изделий

или окончательной очистки эндоскопов (при совмещении и без совмещения с дезинфекцией) обеспечивается точным соблюдением режимов и технологии обработки, предписанных инструкцией по применению конкретного средства.

27. Выбор средства для стерилизации медицинских изделий основывается на критериях его эффективности и безопасности и зависит от:

- особенностей медицинских изделий (материал, назначение);
- способа стерилизации (ручной, с применением специального оборудования);
- типа оборудования.

28. Критериями выбора средств для стерилизации медицинских изделий являются:

- широкий спектр антимикробной активности – спороцидное, вирулицидное, фунгицидное, бактерицидное действие;
- безопасность для персонала и пациентов в применяемых режимах обработки;
- отсутствие повреждающего действия на обрабатываемые изделия в применяемых режимах обработки.

29. При выборе средств для химической стерилизации медицинских изделий допускается использовать только те средства, которые обладают спороцидным действием. К таким средствам относятся:

- альдегидсодержащие средства;
- кислородоактивные средства;
- некоторые хлорактивные (хлорсодержащие) средства. При этом необходимо помнить, что ДС на основе производных гуанидина, ЧАС, алкиламинов, спиртов и фенолов, а также ДС на основе различных комбинаций этих ДВ не обладают спороцидным действием и не могут использоваться для химической стерилизации медицинских изделий.

30. Для ДВУ эндоскопов выбирают те средства, в инструкциях по применению которых режимы ДВУ и стерилизации различаются только по времени дезинфекционной и стерилизационной выдержки! При этом концентрация раствора (или ДВ в готовых к применению средствах) и температура раствора одинаковы для режимов ДВУ и стерилизации.

31. При выборе кожных антисептиков, моющих средств, а также средств для ухода за кожей рук необходимо учитывать индивидуальную переносимость медицинского персонала. Для этих целей рекомендуется проводить предварительный отбор средств с различным химическим составом и от разных производителей. Целью отбора является определение наиболее безопасных и комфортных в применении средств.

32. При выборе средств для ухода за кожей рук медицинского персонала следует отдавать предпочтение средствам (кремы, бальзамы, лосьоны), предназначенным специально для медицинских работников и обеспечивающим увлажнение кожи, заживление мелких повреждений, питание, эластичность кожи и др., без парфюмерных отдушек и красителей.

33. Отбор средств следует проводить таким образом, чтобы медицинский персонал не имел предварительной информации о химическом составе, их торговых наименованиях и производителях средств. Это позволит наиболее объективно оценить выбираемые средства. В процессе отбора средств медицинский персонал заполняет соответствующую анкету. Данные анкетирования обобщаются и анализируются. На основании результатов анкетирования определяется перечень выбираемых средств.

34. Для обработки рук хирургов и других медицинских работников, участвующих в выполнении оперативных вмешательств, следует выбирать кожные антисептики на основе спиртов.

35. Для гигиенической обработки рук медицинских работников выбирают кожные антисептики на основе спирта (смеси спиртов) или кожные антисептики композиционного состава на водной основе.

36. Наряду с кожными антисептиками в виде готовых к применению средств применяют антисептики в виде геля, дезинфицирующих салфеток. Для индивидуального применения целесообразно выбирать кожные антисептики во флаконах небольшого объема (до 200 мл), которые удобно носить в кармане медицинской одежды.

37. Для нанесения на руки медицинских работников (или пациентов) кожного антисептика или жидкого мыла применяют дозаторы (диспенсеры). Для ухода за кожей рук предпочтение следует отдавать специальным средствам, предназначенным для медицинских работников.

38. Перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), операционное поле пациента обрабатывают антисептиком на основе спирта. Только при определенных видах вмешательств с использованием оборудования, для работы которого не желательно присутствие молекул спирта в воздухе, выбирают антисептики, не содержащие спирта.

39. Обработку локтевых сгибов доноров проводят теми же антисептиками, что и обработку операционного поля.

40. Для обработки мест инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия проб крови следует использовать спиртосодержащие кожные антисептики, в том числе в виде дезинфицирующих салфеток.

41. Для обработки операционного поля и инъекционного поля у детей младшего возраста выбирают антисептики на основе этилового спирта.

42. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов используют антисептики, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами, но не содержащие спирты.

43. Для проведения генеральных уборок в палатных отделениях, врачебных кабинетах, кабинетах и отделениях физиотерапии, функциональной диагностики, административно-хозяйственных помещениях и др. используют ДС, обладающие бактерицидной активностью.

44. Для генеральных уборок в операционных блоках, перевязочных, манипуляционных, стерилизационных, палатах интенсивной терапии должны использоваться ДС, обладающие бактерицидной, вирулицидной и фунгицидной активностью.

45. Текущие уборки в помещениях проводят по режимам, обеспечивающим гибель бактериальной микрофлоры; при появлении в стационаре ИСМП – по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

46. При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия, обладающие бактерицидным, вирулицидным (при необходимости спороцидным действием).

47. При выборе средств для дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий следует руководствоваться положениями п. 26, 27, 28.

Приложение № 15
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм гигиенической обработки рук медицинского персонала

1. Общие положения

1.1. Виды гигиенической обработки рук:

- гигиеническое мытьё рук с мылом,
- гигиеническая обработка рук кожным антисептиком (без их предварительного мытья).

1.2. Цель гигиенической обработки рук:

- удаление загрязнений и снижение количества микроорганизмов до безопасного уровня для профилактики инфекций, связанных с медицинской помощью.

1.3. Показания:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с биологическими средами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациента с гнойными воспалительными процессами;
- после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием.

1.4. Противопоказания: индивидуальная непереносимость используемого мыла или кожного антисептика.

1.5. Условия эффективности:

- коротко постриженные ногти;
- отсутствие лака на ногтях;
- отсутствие искусственных ногтей;

- отсутствие ювелирных украшений на руках (колец, перстней и т.д.);
- обеспечение в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы).

2. Гигиеническое мытьё рук с мылом

Оснащение: раковина с краном и локтевым (бесконтактным) вентилем; жидкое мыло; дозатор для жидкого мыла (локтевой или другой бесконтактный); бумажные полотенца (или индивидуальное матерчатое полотенце); держатель для бумажного полотенца; педальное ведро с пакетом для отходов класса А.

Алгоритм манипуляции

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
1.1. Проверить условия, необходимые для эффективного мытья рук	Эффективность проведения манипуляции
1.2. Приготовить всё необходимое	
1.3. Встать перед раковиной, стараясь не касаться её поверхности руками и одеждой	Профилактика контаминации рук и одежды
1.4. Включить воду и отрегулировать температуру воды до комфортного значения (35–40°C)	Оптимальная температура для деконтаминации рук и профилактика дерматитов
2. Выполнение процедуры (рис. 1)	
2.1. Намочить кисти рук водой	Эффективность проведения манипуляции
2.2. Нанести мыло на ладонь при помощи локтевого дозатора (или любого другого)	Профилактика контаминации рук
2.3. Тереть ладонью о ладонь	Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук
2.4. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот	
2.5. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами	
2.6. Соединить пальцы в замок, тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки	
2.7. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук	
2.8. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки	Эффективность проведения манипуляции
2.9. Смыть мыло проточной водой. Примечание: доза жидкого мыла и время обработки согласно инструкции по применению	

3. Окончание процедуры	
3.1. Выключить воду локтевым краном	
3.2. Вытереть насухо руки бумажным полотенцем (индивидуальным матерчатым)	Эффективность проведения манипуляции, профилактика контактных дерматитов
3.3. Выбросить бумажное полотенце в педальное ведро с пакетом для отходов класса А, не касаясь его	Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса А. Профилактика ре-контаминации рук
Примечание: если раковина не имеет бесконтактного крана, сначала вытирают руки, затем закрывают вентиль, пользуясь использованным для вытирания рук бумажным полотенцем	



Рис. 1 Гигиеническое мытьё рук с мылом

3. Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком

Оснащение: кожный антисептик, разрешенный к применению в локтевом дозаторе (или другом бесконтактном) или в индивидуальной ёмкости.

Алгоритм манипуляции

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
1.1. Проверить условия, необходимые для эффективной обработки рук кожным антисептиком	Эффективность проведения манипуляции
1.2. Приготовить всё необходимое	
2. Выполнение процедуры (рис. 2)	
2.1. Нанесите на сложенную горсткой ладонь кожный антисептик в количестве, рекомендованном инструкцией к применению	Эффективность проведения манипуляции

2.2. Тереть ладонью о ладонь	Обеспечение равномерной деконтаминации кистей рук
2.3. Правой ладонью тереть по тыльной стороне левой кисти и наоборот	
2.4. Обработать межпальцевые промежутки: тереть ладони со скрещенными растопыренными пальцами	
2.5. Соединить пальцы в «замок», тереть тыльной стороной согнутых пальцев по ладони другой руки	
2.6. Тереть поочередно круговыми движениями большие пальцы рук	
2.7. Тереть разнонаправленными круговыми движениями поочередно ладонь кончиками пальцев противоположной руки	
Примечание: продолжительность обработки определяется инструкцией по применению; важно поддерживать руки во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки	
3. Окончание процедуры	
3.1. Растереть раствор антисептика досуха	Эффективность проведения манипуляции

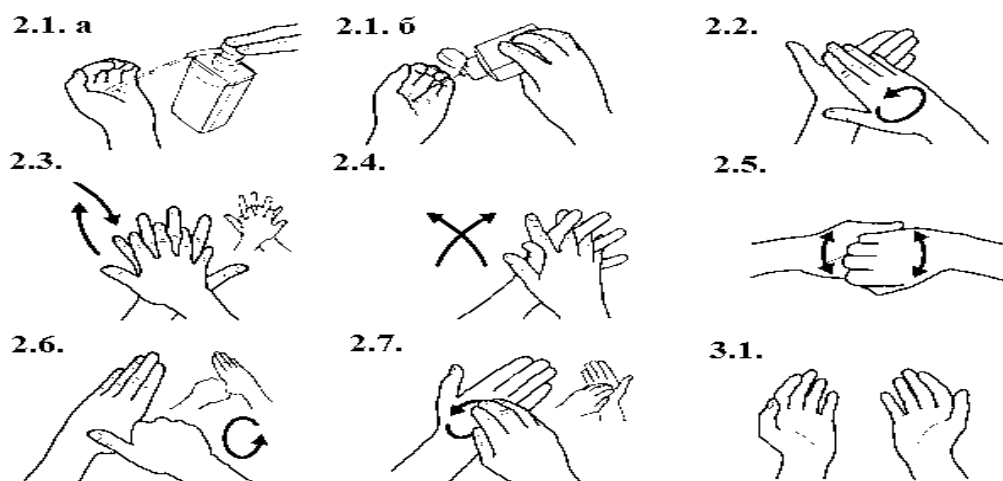


Рис. 2. Гигиеническая обработка рук кожным антисептиком

4. Использование перчаток (надевание стерильных перчаток, снятие использованных перчаток)

4.1. Показания к применению перчаток:

- когда возможен контакт с кровью или другими биологическими средами, потенциально или явно загрязненными микроорганизмами;
- когда возможен контакт со слизистыми оболочками;
- когда возможен контакт с поврежденной кожей;

– при работе со средствами дезинфекции, ПСО, стерильнтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.;

– при работе с медицинскими отходами.

4.2. Противопоказания к применению перчаток: нет (при аллергии на латекс или пудру использовать не опудренные перчатки из синтетических материалов).

4.3. Правила использования перчаток:

– материал, из которого изготовлены перчатки, должен соответствовать выполняемым манипуляциям;

– необходимо использовать перчатки соответствующего размера;

– стерильные перчатки надевают только тогда, когда требуется асептика при выполнении манипуляций;

– перед надеванием нестерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим уровнем;

– перед надеванием стерильных перчаток руки обрабатываются гигиеническим или хирургическим способом в зависимости от вида выполняемой манипуляции;

– после снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук; не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя или более пациентами при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка к чистому;

– перчатки, снятые в процессе манипуляции, не используются повторно; при загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (антисептика), убрать видимые загрязнения;

– снять перчатки, погрузить их в раствор дезинфицирующего средства, затем утилизировать;

– руки обработать антисептиком;

– при надевании нестерильных перчаток нужно прикасаться только к верхнему краю манжеты.

4.4. Надевание стерильных перчаток.

Оснащение: промышленная упаковка стерильных перчаток, манипуляционный стол.

Алгоритм манипуляции

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
1.1. Обработать руки гигиеническим уровнем (по окончании обработки руки должны быть сухими)	Профилактика ИСМП. Эффективность проведения манипуляции
1.2. Взять упаковку с перчатками, проверить целостность упаковки и срок годности (стерильности)	
1.3. Вскрыть и развернуть упаковку с перчатками на манипуляционном столе	Эффективность проведения манипуляции
2. Выполнение процедуры (рис. 3)	
2.1. Взять перчатку для правой руки за отворот левой рукой так, чтобы пальцы не касались наружной (рабочей) поверхности перчаток	Предотвращение контаминации
2.2. Сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку	
2.3. Разомкнуть пальцы правой руки и натянуть перчатку на пальцы, не нарушая её отворота	

2.4. Завести под отворот левой руки 2-й, 3-й, 4-й, пальцы правой руки, уже одетой в перчатку, так, чтобы 1-й палец правой руки был направлен в сторону 1-го пальца на левой перчатке	
2.5. Держать левую перчатку 2-м, 3-м и 4-м пальцами правой руки вертикально	
2.6. Сомкнуть пальцы левой руки и ввести её в перчатку	
3. Окончание процедуры	
3.1. Расправить отворот сначала на левой перчатке, натянув её на рукав; затем на правой, с помощью 2-го и 3-го пальцев, подводя их под подвернутый край перчатки	Предотвращение контаминации
Примечание: если медсестра левша, то манипуляцию она начинает с надевания перчатки на левую руку – правой рукой	

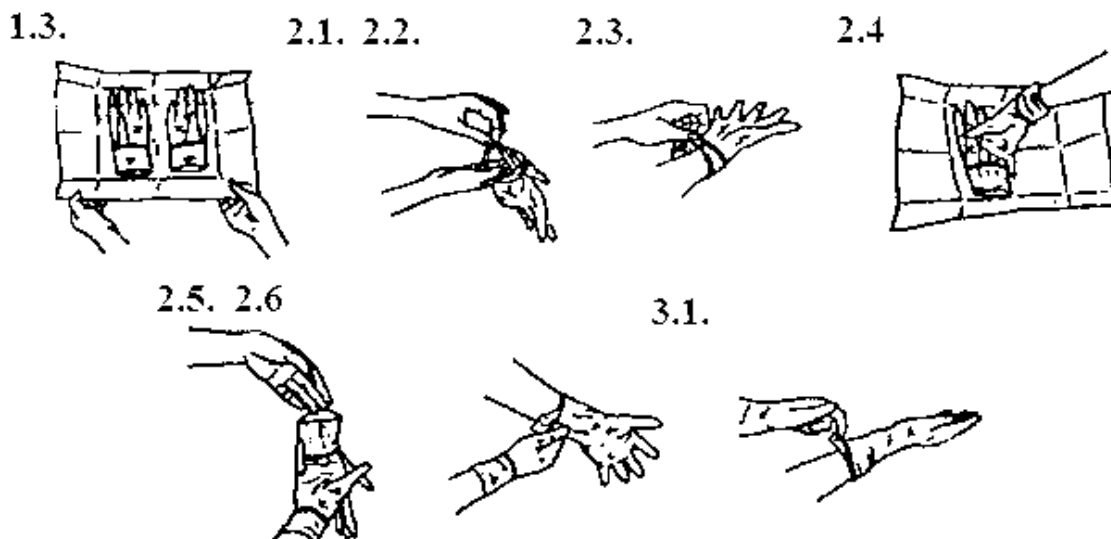


Рис. 3. Надевание стерильных перчаток

4.5. Снятие использованных перчаток

Показания к снятию перчаток:

- повреждение перчаток;
- завершение контакта с кровью и другими биологическими жидкостями или поврежденной кожей или слизистыми оболочками;
- завершение работы со средствами дезинфекции, ПСО, стерильянтами, цитостатиками, гормональными кремами и др.;
- завершение работы с медицинскими отходами;
- если необходимо провести гигиену рук.

Оснащение: емкость с дезраствором, пакет для медицинских отходов класса Б, ёмкость медицинских отходов класса Б.

Алгоритм манипуляции

Этапы	Обоснование
1. Подготовка к процедуре	
1.1. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченным раствором дезинфицирующего средства в концентрации, соответствующей вирусным гепатитам или антисептиком, убрать видимые загрязнения. Если перчатки не загрязнены, медсестра сразу приступает к их снятию	Профилактика ИСМП
2. Выполнение процедуры (рис. 4)	
2.1. Пальцами правой руки в перчатке сделать отворот на левой перчатке, касаясь её только с наружной стороны	Предотвращение контаминации рук медперсонала. Профилактика ИСМП
2.2. Пальцами левой руки сделать аналогичный отворот на правой перчатке	
2.3. Снять перчатку с левой руки, держа за отворот	
2.4. Вывернуть её наизнанку	
2.5. Держать снятую перчатку в правой руке	
2.6. Лево́й рукой взять перчатку на правой руке за отворот	
2.7. Снять перчатку с правой руки, выворачивая её наизнанку	
3. Окончание процедуры	
3.1. Поместить перчатки в ёмкость с дезраствором или в пакет для медицинских отходов класса Б, заправленный в ёмкость для отходов аналогичного класса в соответствии с принятыми в медицинской организации нормативами	Надлежащее обращение с медицинскими отходами класса Б

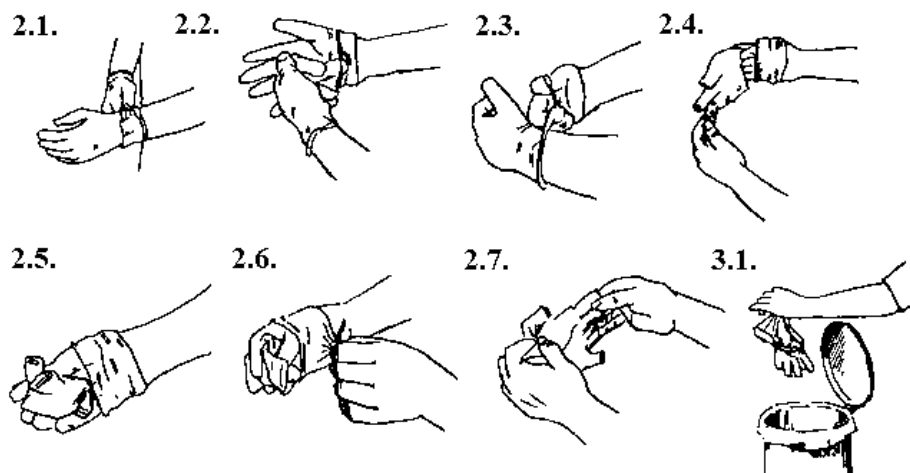


Рис. 4. Снятие использованных перчаток

Алгоритм экспресс-тестирования на ВИЧ

Стандартный экспресс-анализ на ВИЧ включает в себя:

Непосредственно сам тест, представляющий собой диагностическую полоску с 2 окошками и индикатором. Эта тест-полоска должна быть упакована в герметичный полиэтиленовый пакет.

Одноразовую пипетку.

Пробирку, уже наполненную специальным буферным раствором.

Ланцет или скарификатор.

Спиртовую салфетку.

Все диагностические тесты не требуют от исследуемого специальной подготовки, диеты или приема каких-либо медикаментов. Все, что необходимо сделать перед проведением теста – довести тест-полоску до комнатной температуры в 21–26 °С и обработать место будущего прокола при помощи спиртовой салфетки или стороннего антисептика. Также для минимизации риска получить ложный результат рекомендуется использовать тест сразу же после распаковки.

Техника проведения теста содержит в себе несколько шагов:

Шаг 1. Распечатать упаковку диагностического теста. Делается это вдоль прорези.

Шаг 2. Извлечь из упаковки тест полоску, распечатать ее герметичную упаковку. Поместить ее на чистую, сухую и ровную поверхность.

Шаг 3. Открыть спиртовую салфетку и обработать ей безымянный палец той руки, с которой будет браться кровь для теста. Также можно использовать обычный спирт и вату или другой антисептик.

Шаг 4. Распечатать скарификатор или ланцет. С его помощью сделать небольшой надрез на коже пальца.

Шаг 5. При помощи пипетки набрать 1 каплю крови и поместить ее в круглое окошко тест-полоски. Как правило, такое окошко имеет маркировку S.

Шаг 6. Добавить в соседнее окошко теста 2 капли буферного раствора, который содержится в пробирке.

Так как это экспресс-анализ на ВИЧ, сроки готовности такого теста составляют от 10 до 20 минут. На протяжении этого времени на тест полоске должны проявиться 1 или 2 фиолетовых (красных) диагностических полоски в зонах индикатора.

Расшифровка результатов, которые показывает экспресс-анализ на ВИЧ, не составляет особого труда.

Вся суть интерпретации результатов состоит в определении наличия или отсутствия диагностических полосок в зонах индикатора. Индикатор содержит в себе 2 зоны: Т (test – тестовая) и С (control – контрольная). В зависимости от комбинации этих полосок и определяется наличие вируса в крови исследуемого.

Возможные результаты:

1. Положительный. Наличие полосок в обеих зонах указывает на инфицирование ВИЧ.

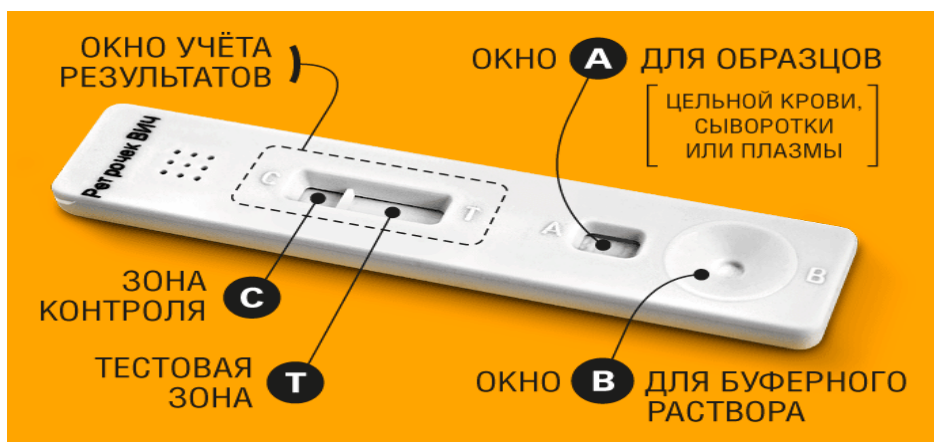
2. Отрицательный. Наличие диагностической полоски только в зоне С указывает на отсутствие следов ВИЧ в крови.

3. Ложный тест. Отсутствие диагностических полосок или наличие только одной из них в зоне Т указывает на некорректность полученных результатов. Такая ситуация может возникать при плохом качестве самого теста, использовании просроченного анализа или несоблюдении правил подготовки или использования.

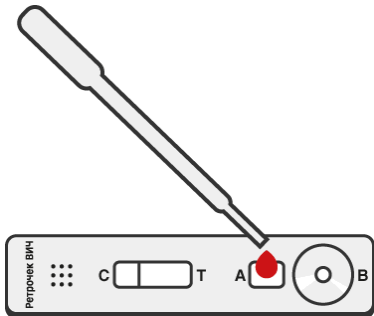
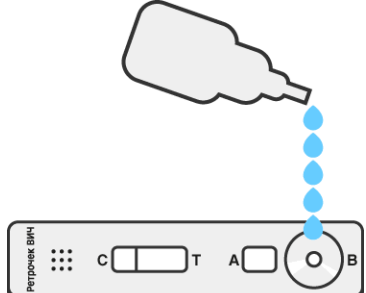
Для определения ВИЧ статуса используйте комплект для проведения экспресс-анализа Ретро-чек ВИЧ;

1. Тест-кассета (реакционный картридж).
2. Пипетка для сбора материала.
3. Флакон с буферным раствором.

Необходимые, не входящие в комплект, изделия: ланцет (скарификатор), салфетка спиртовая.



Простая 2-шаговая процедура

1. В окно А внесите одну 	2. В окно В внесите 5 капель буферного раствора 

Оцените результат теста через 15 минут (максимум через 30 минут).

Приложение № 17
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм

действий медицинского работника при аварийной ситуации во время проведения инвазивных манипуляций и при работе с биологическими жидкостями с целью экстренной профилактики гемоконтактных инфекций – ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С

1. Действия медицинского работника при аварийной ситуации:

1.1. В случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, сбросить их в дезинфицирующий раствор. Вымыть руки с мылом под проточной водой, выдавить кровь из ранки, обработать руки 70 %-м спиртом, смазать ранку 5 %-м спиртовым раствором йода.

1.2. При попадании крови или другой биологической жидкости на кожу это место обработать 70 % спиртом, обмыть водой с мылом и повторно обработать 70 % спиртом.

1.3. При попадании крови и другой биологической жидкости на слизистую глаз, носа и рта – обильно промыть водой (не тереть).

1.4. При попадании крови и другой биологической жидкости на спецодежду: погрузить её в дезинфицирующий раствор или в бикс для автоклавирования.

1.5. Сообщить об аварийной ситуации старшей медицинской сестре, руководителю отделения, врачу-эпидемиологу.

1.6. Установить ВИЧ-статус пациента: использовать тест-полоску, затем взять образцы крови из вены у пациента и мед. работника на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С, а также при необходимости поставить пострадавшему мед. работнику женского пола тест на беременность.

1.7. Бланк направления для исследования крови на ВИЧ-инфекцию заполняется в 3 экземплярах, кровь пациента кодируется в следующем порядке: наркоманы – 102/128; больные ЗППП – 104/128; беременные – 109/128; на аборт – 109а/128; заключенные – 112/128; по клиническим показаниям – 113/128; прочие – 118/128; иностранные граждане – 200/128.

1.8. Медицинские работники при аварийной ситуации кодируются 115/128, на направлении указать: «АВАРИЙНАЯ СИТУАЦИЯ!». Кровь доставляется в лабораторию Центра СПИД.

1.9. Если невозможно отправить кровь в этот же день – отделить сыворотку крови и хранить её в холодильнике.

1.10. Сделать запись в аварийном журнале (Приложение № 3).

1.11. Опросить участников аварийной ситуации о перенесенных заболеваниях вирусными гепатитами В и С, заболеваниях, передающихся половым путем, воспалительных заболеваниях мочеполовой сферы, ВИЧ-инфекции.

1.12. Обратиться за консультацией в Центр СПИД к врачу-инфекционисту в течение первых 2 часов после аварии, но не позднее 72 часов.

1.13. По назначению врача-инфекциониста Центра СПИД получить таблетированные противовирусные препараты бесплатно и начать антиретровирусную терапию.

1.14. Начать иммунизацию ранее не привитого медработника против гепатита В по ускоренной схеме трехкратно (V1 – через 1 месяц – V2 – через 1 месяц – V3), с ревакцинацией через 12 месяцев.

1.15. Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесообразно определить уровень анти-НВs в сыворотке крови.

1.16. Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции каждые 3 месяца.

2. Состав аптечки АНТИ – СПИД (должна быть укомплектована в каждом кабинете, где проводятся инвазивные вмешательства и работа с биологическим материалом – операционные, перевязочные, процедурные, эндоскопические, смотровые, стоматологические кабинеты, лаборатории и т.д.):

2.1. Йод – раствор для наружного применения 5 %.

2.2. Этанол – раствор для наружного применения 70 %.

2.3. Бинт марлевый медицинский стерильный (5 м x 10 см) – 2 шт.

2.4. Лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см x 7,2 см) – 3 шт.

2.5. Салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 6 см x 14 см, № 10) – 1 уп.

3. Регламентирующие документы по профилактике ВИЧ-инфекции:

3.1. Приказ Минздравмедпрома России от 16.08.1994 № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

3.2. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 “Профилактика ВИЧ-инфекции”».

3.3. Приказ Минздравмедпрома России от 30.10.1995 № 295 «О введении в действие Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ».

3.4. Федеральный закон от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Алгоритм изоляции пациента с инфекционным заболеванием

Изоляция инфекционных больных – противоэпидемическое мероприятие, направленное на разобщение больных, а также лиц с подозрением на инфекционное заболевание от окружающих их людей в целях предупреждения дальнейшего распространения инфекции. При карантинных инфекционных болезнях изолируются контактные с больным лица.

Больные изолируются на весь заразный период в отдельной палате, а лица, общавшиеся с ними в другой палате – на срок максимального инкубационного периода соответствующей болезни. Наиболее совершенной является система изоляции больных в индивидуальных или мельцеровских боксах. Основным принцип функционирования бокса сводится к тому, что полностью устраняется возможность контакта у изолированных больных с другими больными при поступлении в бокс, во время нахождения в нем и при выходе из него. Все манипуляции, личная гигиена, питание пациента проводится в палате, на весь период изоляции пациент обеспечивается медицинским персоналом всем необходимым – получает уход и лечение, не выходя из палаты.

Наименование инфекционного заболевания	Инкубационный период		
	минимальный	обычный	максимальный
Амебиаз	Несколько дней	14–30 дней	Несколько месяцев
Бешенство	5 дней	10–60 дней	1 год и более
Ботулизм	6 ч	12–36 ч	5–7 дней
Бруцеллез	1 нед.	4 нед.	Несколько месяцев
Вирусный гепатит А	7 дней	20–30 дней	45 дней
Вирусный гепатит В	6 нед.	8–16 нед.	6 мес.
Вирусный гепатит С	4 дня	6–9 нед.	6 мес.
Вирусный гепатит D	2 нед.	6 нед.	10 нед.
Вирусный гепатит E	14 дней	30 дней	60 дней
Гонорея	2 дня	3–5 дней	9 дней
Грипп	Несколько часов	1 день	3 дня
Дифтерия	Несколько часов	2–5 дней	10 дней
Иерсиниоз кишечный	15 ч	3–7 дней	15 дней
ВИЧ-инфекция	3 дня	1 мес.	12 месяцев
Гемофильная инфекция	1 день	2–3 дня	4 дня
Менингококковая инфекция	1 день	2–3 дня	10 дней
Ротавирусная инфекция	15 ч	1–2 дня	7 дней
Пищевое отравление	30 мин	2–4 ч	6 ч
Синдром токсического шока	12 ч	24 ч	48 ч
Стафилококковая инфекция ЦНС	36 ч	48 ч	72 ч
Ангина	Несколько часов	10–12 ч	2 дня
Скарлатина	1 день	2–7 дней	12 дней
Рожа	Несколько часов	3–4 дня	5 дней

Кампилобактериоз	1 день	2–3 дня	10 дней
Коклюш	3 дня	5–12 дней	20 дней
Корь	9 дней	11 дней	21 день (после получения иммуноглобулина)
Краснуха	11 дней	16–20 дней	24 дня
Лепра	3 года	7–10 лет	30 лет
Лептоспироз	2 дня	7–10 дней	30 дней
Листериоз	3 дня	18–20 дней	70 дней
Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом	7 дней	2–3 нед.	35 дней
Жёлтая лихорадка	3 дня	4–6 дней	10 дней
Ку-лихорадка	3 дня	12–19 дней	32 дня
Лихорадка Ласса	4 дня	7–10 дней	21 день
Малярия тропическая	8 дней	20 дней	30 дней
Малярия 3-дневная с короткой инкубацией	7 дней	10–15 дней	20 дней
Малярия 3-дневная с длительной инкубацией	6 мес.	9–10 мес.	14 мес.
Малярия овале	11 дней	12–14 дней	16 дней
Малярия 4-дневная	15 дней	20–30 дней	40 дней
Орнитоз	4 дня	8–12 дней	17 дней
Оспа ветряная	10 дней	15–20 дней	23 дня
Опоясывающий лишай	Несколько месяцев	Несколько лет	Многие годы
Оспа натуральная	5 дней	10–12 дней	22 дня
Паротит эпидемический	11 дней	15–18 дней	25 дней
Полиомиелит	3 дня	7–14 дней	35 дней
Псевдотуберкулёз	3 дня	5–7 дней	10 дней
Сальмонеллёзы	2–6 ч	12–24 ч	2–3 дня
Сап	1 день	2–5 дней	14 дней
Сибирская язва	Несколько часов	2–3 дня	8 дней
Сифилис	2 дня	20–25 дней	50 дней
Столбняк	Несколько часов	6–14 дней	1 мес.
Брюшной тиф	7 дней	2 нед.	3 нед.
Сыпной тиф	1 нед.	10 дней	2 нед.
Туберкулёз	3 нед.	5–10 нед.	12 нед.
Туляремия	1 нед.	3–7 дней	3 нед.
Холера	Несколько часов	1–2 дня	6 дней
Чума	Несколько часов	1–2 дня	8 дней

Шигеллёзы	1 день	2–3 дня	7 дней
Клещевой энцефалит	8 дней	10–14 дней	60 дней
Японский энцефалит	5 дней	8–10 дней	15 дней
Эшерихиозы	9 ч	10–12 ч	72 ч

Алгоритм действий медицинского работника в случае выявления больного с подозрением на кишечную инфекцию (сальмонеллез, дизентерию, эшерихиоз, стафилококковая инфекция, диареи)

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Условия: выполнение мероприятий по профилактике кишечной инфекции.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- спецодежда;
- спецобувь;
- колпак;
- перчатки;
- маски;
- фартук;
- медицинские укладки для забора биоматериала;
- предметы ухода за больным;
- уборочный материал и ветошь;
- дезинфицирующие средства;
- дезинфицирующий коврик;
- отдельная посуда для больного;
- бактерицидная лампа или рециркулятор;
- мешок для сбора грязного белья;
- пробирки для бакпосева материала с зева медработников;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у
- дезинфекционная камера.

Порядок выполнения:

№	Мероприятия
1	Оповещение врача-эпидемиолога о выявлении больного с подозрением на кишечную инфекцию
2	Оповещение заместителя главного врача по лечебной части
3	Оформление экстренного извещения и передача его в органы Госсанэпиднадзора, регистрация его в журнале уч. ф. № 60
4	Изоляция больного в отдельную палату в пределах отделения или в изолятор приемного отделения до приезда врача-инфекциониста и решения вопроса о дальнейшем переводе в инфекционный стационар
5	Выделение отдельного медперсонала для обслуживания больного в изоляторе
6	Выделение отдельной спецодежды (халаты, колпаки, фартуки, обувь), средств индивидуальной защиты (перчатки, маски), отдельного уборочного инвентаря (ведро, швабра, ветошь) и отдельных предметов ухода (судно, полотенце)
7	Применение 0,2 %-го рабочего раствора (14 таблеток жавель-солида на 10 л воды)

8	Проведение 3-разовой влажной уборки с применением 0,2 %-го раствора жавель-солида
9	Организация дезинфекционной защиты у входа в изолятор (коврик, смоченный 0,2 %-м раствором жавель-солида) и на ручках дверей (ветошь, смоченная 0,2 %-м раствором жавель-солида) с интервалом смачивания в дезрастворе каждый час
10	Дезинфекция судна в 0,2 %-м растворе жавель-солида с экспозицией 1 час
11	Выделение отдельной посуды в раздаточной
12	Доставка пищи в палату медсестрой
13	Обработка посуды в 0,2 %-м растворе жавель-солида в отдельной емкости с экспозицией 1 час
14	Дезинфекция судна в 0,2 %-м растворе жавель-солида с экспозицией 1 час
15	Проведение заключительной дезинфекции: – 50 г порошка, 170 мл 6 %-й перекиси водорода; – 0,2 %-й раствор жавель-солида, экспозиция 1 час; – кварцевание 2 часа; – проветривание 1 час
16	Камерная обработка матрацев, подушек и одеял
17	Сбор постельного белья в отдельный мешок для грязного белья и немедленная доставка в прачечную сестрой-хозяйкой отделения
18	Бактериологическое обследование на группу кишечных инфекций работников пищеблока и медработников отделения

Алгоритм изоляции пациента с гнойно-воспалительным заболеванием (ГВЗ)

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции

Условия: выполнение мероприятий по профилактике внутрибольничной гнойно-септической инфекции.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- спецодежда;
- спецобувь;
- колпак;
- перчатки;
- маски;
- фартук;
- медицинские укладки для забора биоматериала;
- предметы ухода за больным;
- уборочный материал и ветошь;
- дезинфицирующие средства;
- дезинфицирующий коврик;
- отдельная посуда для больного;
- бактерицидная лампа или рециркулятор;
- мешок для сбора грязного белья;
- пробирки для бакпосева материала с зева медработников;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у;
- дезинфекционная камера.

№	Мероприятия
1	Оповещение эпидемиолога о выявлении больного с подозрением на ГВЗ
2	Оповещение заместителя главного врача по лечебной части
3	Оформление экстренного извещения и передача его в органы Госсанэпиднадзора, регистрация больного в журнале уч. ф. № 60
4	Изоляция больного в отдельную палату в пределах отделения или в изолятор приемного отделения до приезда врача-инфекциониста и решения вопроса о дальнейшем переводе в отделение гнойной хирургии
5	Выделение отдельного медперсонала для обслуживания больного в изоляторе
6	Выделение отдельной спецодежды (халаты, колпаки, фартуки, обувь), средств индивидуальной защиты (перчатки, маски), отдельного уборочного инвентаря (ведро, швабра, ветошь) и отдельных предметов ухода (судно, полотенце)
7	Применение рабочего раствора дезинфицирующего средства по режиму – ВИЧ, гепатит
8	Проведение 3-разовой влажной уборки с применением дезинфицирующего раствора
9	Проведение заключительной дезинфекции после перевода в отделение гнойной хирургии или выписки: – кварцевание 2 часа; – проветривание 1 час
10	Камерная обработка матрацев, подушек и одеял
11	Сбор постельного белья в отдельный мешок для грязного белья и немедленная доставка в прачечную сестрой-хозяйкой отделения

Пациентов с хирургической инфекцией изолируют в отделение гнойной хирургии, а при его отсутствии – в отдельную палату.

Перевязки пациентов, имеющих гнойное отделяемое, проводят в отдельной перевязочной или, при ее отсутствии, после перевязки пациентов, не имеющих гнойного отделяемого. Осмотр пациентов проводят в перчатках и одноразовых фартуках.

Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;
- перевязка пациентов проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

– после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;

– после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, и организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

Медицинский персонал проводит обработку рук в соответствии с требованиями.

При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.:

- снять перчатки;
- вымыть руки мылом и водой;
- тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;
- обработать кожным антисептиком дважды.

Алгоритм действий медработников при выявлении больного, подозрительного на особо опасную инфекцию (чума, холера, желтая лихорадка, сибирская язва, туляремия, Конго-Крымская геморрагическая лихорадка, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, листериоз, лептоспироз)

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Условия: выполнение мероприятий по профилактике особо опасной инфекции.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- противочумный костюм;
- медицинские укладки;
- дезинфицирующие средства;
- моющие средства;
- марля, вата, бинты, полотенца, простыни;
- маски;
- перчатки;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у.

Порядок выполнения:

№	Мероприятия
1	При выявлении больного, подозрительного на ООИ, работу в очаге организует врач. Средний медперсонал обязан знать схему проведения противоэпидемических мероприятий и выполнять их по распоряжению врача и администрации
2	При подозрении на ООИ у больного медработники не выходят из помещения, где выявлен больной, до приезда консультантов и осуществляют следующие функции
3	Оповестить о подозрении на ООИ по телефону или через дверь (стуком в дверь привлечь внимание находившихся вне очага и на словах через дверь передать информацию)
4	Запросить все укладки по ООИ (укладка для профилактики медперсонала, укладка для забора материала на исследование, укладка с противочумными костюмами), дезрастворы на себя
5	До поступления укладки по экстренной профилактике из подручных средств (марля, вата, бинты, полотенце и т.д.) сделать маску и ее использовать
6	До поступления укладки закрыть окна, фрамуги, используя подручные средства (ветошь, простыни и т.д.), закрыть щели в дверях
7	При получении упаковок для предупреждения собственного заражения провести экстренную

	профилактику заражения, надеть противочумный костюм (при холере костюм облегченный – халат, фартук, возможно и без них)
8	Оклеить окна, двери, вентиляционные решетки лейкопластырем (кроме очага холеры)
9	Оказать экстренную помощь больному
10	Провести забор материала для исследования и подготовить биксы и направления на исследования в бактериологическую лабораторию
11	Провести в помещении текущую и заключительную дезинфекцию рабочим раствором Дезэ-ффека: – поверхности в помещении – 2,5 % – 1 час; – предметы ухода за больным – 4,0 % – 2 часа (погружение); – белье, не загрязненное выделениями – 2,5 % – 1 час (замачивание); – белье, загрязненное выделениями – 4,0 % – 2 часа (замачивание); – белье, загрязненное гноем, мокротой – 4,0 % – 4 часа (замачивание); – подушки, одеяла, книги, документы обрабатываются в дез. камере; – посуда без остатков пищи – 2,5 % – 1 час (погружение); – посуда с остатками пищи – 4,0 % – 2 часа (погружение); – санитарно-техническое оборудование – 4,0 % – 1 час; – уборочный инвентарь – 2,5 % – 1 час;
12	Заведующий отделением или администратор при получении информации о возможности выявления ООИ выполняет следующие функции
13	Перекрывает все двери этажа, где выявлен больной, выставляет посты
14.	Одновременно с этим организует доставку в помещение с больным всех необходимых упаковок, дезинфицирующих средств и емкостей для них, медикаментов
15.	Прекращается прием и выписка больных
16.	Оповещает вышестоящую администрацию о принятых мерах и ждет дальнейших распоряжений. По телефону в органы Госсанэпиднадзора сообщают о карантинной инфекции, далее в письменном виде на бланке экстренного извещения передается информация с нарочным
17.	Составляются списки контактных больных и медперсонала (учитывая близкий и отдаленный контакт)
18.	С контактными больными в очаге проводится разъяснительная работа о причине их задержки
19.	Дает разрешение на вход консультантов в очаг, обеспечивает их необходимыми костюмами
20.	Выход из очага возможен по разрешению главного врача больницы в установленном порядке

Алгоритм обеспечения противоэпидемических мероприятий по гриппу и другим острым респираторным вирусным инфекциям в стационаре

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Условия: выполнение мероприятий по профилактике гриппа и ОРВИ в стационаре.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- спецодежда;
- спецобувь;
- колпак;
- перчатки;
- маски;
- термометры;
- одноразовые салфетки;
- одноразовые шпатели;
- противовирусные препараты;
- бактерицидная лампа или рециркуляторы;
- дезинфицирующие средства;
- дозаторы с антибактериальным мылом;
- транспортная среда на грипп;
- холодильник;
- коробки безопасного сбора и утилизации класса «В»;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у.

Порядок выполнения:

№	Мероприятия
1	Составление плана перепрофилирования коек соматических отделений под инфекционные койки в период подъема заболеваемости ОРВИ и гриппа
2	Создание запаса противовирусных препаратов для лечения больных ОРВИ, гриппом и пневмонией
3	Изоляция пациентов с подозрением на ОРВИ и грипп в отдельные помещения или блоки (палаты, боксы, отделения, секции). Подать экстренное извещение (уч. ф. № 058у) в Госсанэпиднадзор не позднее 6 часов от момента выявления. Назначение противовирусных препаратов (тамифлю, ингавирин, кагоцел) не позднее 48 часов от момента заболевания
4	Организация «масочного режима»
5	Вызвать на консультацию врача-инфекциониста. При подтверждении диагноза – перевод в инфекционный стационар. Если перевод невозможен по тяжести состояния пациента, собрать консилиум и обосновать невозможность перевода. При легких формах ОРВИ выписка из стационара на амбулаторное лечение с рекомендациями
6	Собрать прививочный анамнез (прививки от гриппа в текущем эпид. сезоне) и эпидемиологический анамнез (контакт с инфекционными больными, факт переохлаждения, выезд в другие территории и т.д.)
7	Организовать наблюдение за контактными пациентами и сотрудниками в течении 5 дней, заполнить лист наблюдения, где ежедневно отмечать Т тела и жалобы. По окончании наблюдения лист сдать в эпидемиологический отдел
8	Контактным лицам назначить противовирусные препараты с целью профилактики – гриппферон, интерферон, анаферон, арбидол

9	Организовать текущую дезинфекцию в отделении по противовирусному режиму не менее 2 раз в сутки, кварцевание воздуха в палатах
10	Ограничение числа посетителей
11	Организация активного раннего выявления случаев гриппа среди пациентов и сотрудников в стационаре
12	Ограничение передвижения медицинских работников по отделениям стационара в период подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом
13	Обеспечение средствами индивидуальной защиты (хирургическая или процедурная маска, специальная одежда, перчатки) медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь пациентам с предположением на ОРВИ и грипп
14	Усиление мер предосторожности при уходе за больными с организацией и созданием условий для соблюдения гигиены рук после контакта с больным ОРВИ и гриппом
15	Обеспечение одноразовыми масками сотрудников из расчета замены масок через каждые 3 часа; не допускать повторного использования одноразовых масок, не использовать многоразовые маски
16	Соблюдение правил сбора и уничтожения инфицированных респираторными выделениями масок, салфеток, носовых платков и других средств гигиены
17	Обеспечение своевременного (не позднее 72 часов с момента заболевания) забора материала от больных с предположением на грипп, временного хранения и транспортировки образцов в вирусологические лаборатории с соблюдением требований «холодовой цепи»
18	Создание запаса расходных материалов и транспортной среды для забора материала от больных с подозрением на грипп и обеспечение временного хранения транспортной среды в холодильниках не более 7 дней

Алгоритм действия медицинского работника при выявлении больных туберкулезом

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Условия: выполнение мероприятий по профилактике туберкулеза.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- спецодежда;
- спецобувь;
- колпак;
- перчатки;
- маски, респираторы;
- флюороснимок больного;
- емкость для сбора мокроты на БК;
- бактерицидная лампа или рециркулятор;
- дезинфицирующие и моющие средства;
- антибактериальное мыло;
- антисептик;
- отдельная посуда для больного;
- отдельные предметы ухода за больным;
- отдельное постельное белье;
- коробки безопасного сбора и утилизации класса «В»;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у;

Порядок выполнения:

№	Мероприятия
1	Раннее выявление туберкулеза у взрослых пациентов с помощью прохождения ФЛГ-обследования 2 раза в год: – военнослужащие, проходящие военную службу по призыву; – лица, находящиеся в контакте с источниками туберкулезной инфекции, в том числе лица, осуществляющие сопровождение больных туберкулезом иностранных граждан; – лица, снятые с диспансерного учета в медицинских противотуберкулезных организациях в связи с выздоровлением, в течение первых 3 лет после снятия с учета; – лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания; – ВИЧ-инфицированные; – пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях; – лица, состоящие в группе профилактического наркологического учета в связи с употреблением психоактивных веществ и препаратов; – подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях; – лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, в течение первых 2 лет после освобождения; – лица, по роду своей профессиональной деятельности имеющие контакт с контингентом подследственных и осужденных; – лица без определенного места жительства. ФЛГ-обследования 1 раз в год: – больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы; – больные сахарным диабетом; – больные онкогематологическими заболеваниями; – лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию, блокаторы ФНО-а, генно-инженерные биологические препараты; – иностранные граждане и лица без гражданства, в том числе осуществляющие трудовую деятельность на территории Российской Федерации, беженцы, вынужденные переселенцы; – лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий; – работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков; – работники санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков; – сотрудники медицинских организаций; – работники организаций социального обслуживания для престарелых и инвалидов; – работники организаций по переработке и реализации пищевых продуктов, в том числе молока и молочных продуктов, организаций бытового обслуживания населения, работники водопроводных сооружений; – нетранспортабельные больные (обследование проводится методом микроскопии мокроты). Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулез проходят: – лица, обратившиеся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, поступающие на стационарное лечение, если с даты последнего профилактического обследования на туберкулез прошло более года (при экстренном поступлении пациентов на стационарное лечение профилактическое обследование на туберкулез по возможности проводится в условиях стационара).

2	При подозрении у пациента туберкулеза в трехдневный срок необходимо провести микроскопию биологического материала (мокрота, моча, ликвор и т.д.) на БК, Rg и после получения результатов исследования вызвать на консультацию фтизиатра для подтверждения диагноза и решения вопроса о переводе в противотуберкулезный стационар
3	До подтверждения диагноза пациент изолируется в отдельную палату, в палате организуется текущая дезинфекция по противотуберкулезному режиму и кварцевание воздуха, пациенту запрещается передвигаться по отделению, прием пищи осуществляется в палате. Санитарно-эпидемиологические мероприятия в случае выявления больного туберкулезом: – изолировать больного в отдельной палате; – выделить отдельную посуду и отдельные предметы ухода; – посуду с остатками пищи обрабатывать 0,3 %-м раствором жавель-солида 180 минут по типу медицинских отходов класса «В» (емкость с пакетом красного цвета). Посуду без остатков пищи обработать 0,2 %-м раствором в течение 30 минут; – предметы ухода за больным обрабатывать 0,2 %-м раствором жавель-солида 60 минут; – уборочный инвентарь обрабатывать 0,2 %-м раствором жавель-солида в течение 120 минут; – после выписки больного провести заключительную дезинфекцию палаты и мебели 0,2 %-м раствором жавель-солида в течение 60 минут; – кварцевание 2 часа; – проветривание 30 минут; – постельное белье собрать в отдельно выделенный мешок. В прачечной белье, загрязненное выделениями, обработать 0,3 %-м раствором жавель-солида в течение 120 минут. Белье, загрязненное кровью, обработать 0,2 %-м раствором жавель-солида; – провести обработку матраца, подушки и одеяла в дезинфекционной камере; – все мероприятия проводить строго в спецодежде и спецобуви (подвергающееся дезинфекции), в респираторе, в колпаке и в перчатках.
4	После подтверждения диагноза туберкулез подается экстренное извещение в Госсанэпиднадзор (уч. ф. № 058у), которое регистрируется в журнале уч. ф. № 60
5	При переводе в противотуберкулезный стационар в отделении проводится заключительная дезинфекция хлорсодержащими препаратами по противотуберкулезному режиму, особое внимание уделяется предметам ухода, столовой посуде, санитарной и туалетной комнате. Постельные принадлежности обрабатываются в дезинфекционной камере
6	Если у пациента выявлено БК+, то все контактные, включая сотрудников, направляются на консультацию в противотуберкулезный диспансер, а также у кого прошло более 6 месяцев после последней флюорографии направляются на внеочередное обследование дважды с интервалом 6 месяцев
7	Основные симптомы туберкулеза легких: – кашель на протяжении 2–3 недель и более; – боль в груди; – лихорадка/потение; – кровохарканье; – потеря массы тела. Прочие симптомы: – слабость, утомляемость, снижение работоспособности. – изменения со стороны легких, выявленные при осмотре, пальпации, перкуссии, аускультации
8	Симптомы внелегочного туберкулеза: – общие симптомы: потеря веса, лихорадка или ночные поты; – местные симптомы зависят от того, какой орган поражен, например:

	1) при туберкулезе лимфатических узлов отмечают их припухлость, иногда с образованием свищей с гнойным отделяемым; 2) при туберкулезе суставов отмечают боль и припухлость суставов; 3) микро- и макрогематурия при туберкулезе органов мочевого выделения; 4) при туберкулезном менингите (обычно у детей) – головная боль, лихорадка, ригидность задних шейных мышц, сонливость
9	Главные причины туберкулеза: – неблагоприятные социальные и экологические условия жизни; – неполноценное питание; – алкоголизм, курение, наркомания – снижение иммунитета; – стрессы; – наличие сопутствующих заболеваний (диабета, язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, заболеваний легких)
10	Узнайте у пациента, устанавливали ли ему ранее диагноз инфицирования или заболевания туберкулезом. Узнайте, не принимал ли он противотуберкулезные препараты. При туберкулезе в анамнезе следует рассмотреть возможность рецидива заболевания. Туберкулез в анамнезе: – если пациент ранее болел туберкулезом, выясните, когда и как он лечился; – сбор этих данных будет необходим для правильного выбора режима химиотерапии в специализированной противотуберкулезной службе; – такие пациенты имеют более высокий риск приобретенной лекарственной устойчивости к одному или нескольким основным противотуберкулезным препаратам; – риск развития лекарственной устойчивости наиболее высок, если в прошлом проводили неадекватное лечение или пациент не соблюдал рекомендованный режим химиотерапии.

Сроки изоляции контактных лиц в инфекционном очаге

Название болезни	Госпитализация и сроки изоляции больного	Сроки эпидемиологического наблюдения за лицами, перенесшими инфекционные болезни, и мероприятия, проводимые в этот период	Сроки изоляции (разобщения) и наблюдения за лицами, общавшимися с больным до его изоляции	Сроки наблюдения за лицами, общавшимися с больным в течение всего периода болезни при лечении на дому
Бешенство	Госпитализация обязательна на весь период болезни	-	По указанию ЦГиЭ	-
Бруцеллез	Госпитализация по клин. показаниям до исчезновения острых явлений. Выписывают из больницы по клин. показаниям	Диспансерное наблюдение по месту жительства в течение 2 лет. При наличии жалоб диспансерное наблюдение продлевается и проводится мед. обследование каждые 6 мес.; объем обследования зависит от состояния больного	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится

Брюшной тиф, паратифы А и Б	Госпитализация обязательна Больные выписываются из больницы после клинического выздоровления, но не ранее 23-го дня установления нормальной температуры и после двукратного с отрицательным результатом бактериол. исследования кала и мочи (промежуток между исследованиями 5 дней) и однократного исследования дуоденального содержимого; работников пищевых предприятий и к ним приравненных – после пятикратного отрицательного результата бактериол. исследования испражнений и мочи и однократного исследования дуоденального содержимого. В случае положительного результата бактериол. исследования кала, мочи или желчи выписывают под наблюдение кабинета кишечных инфекционных заболеваний и сообщают в ЦГиЭ	В течение первых 10 дней после выписки из б-цы производится пятикратное бактериол. исследование кала и мочи с интервалом 1–2 дня. В последующем – ежесыщное однократное бактериол. исследование кала и мочи на протяжении 3 мес.; к концу 3-го мес. – однократное исследование дуоденального содержимого. В дальнейшем – трехкратное исследование кала и мочи 4 раза в год на протяжении 2 лет; к концу 2-го года при снятии с учета – однократное исследование дуоденального содержимого и сыворотки крови в реакции Ви-гемагглютинации. Работники пищевых предприятий и к ним приравненные допускаются к работе через месяц после выписки их из больницы при наличии пятикратного отрицательного результата бактериол. исследования кала и мочи и однократного исследования дуоденального содержимого. Допущенные к работе на пищевых объектах обследуются ежесыщно (однократно – кал, моча) на протяжении 1 года, в последующем 1 раз в квартал. При положительном результате бактериол. исследования переболевшие госпитализируются	Мед. наблюдение в течение 21 дня с момента изоляции больного. Однократное бактериол. исследование кала и мочи, исследование сыворотки крови в реакции Ви-гемагглютинации. Лица, работающие в пищевых и приравненных к ним учреждениях, и дети, посещающие детские учреждения, подвергаются двукратному бактериол. обследованию в течение 2 дней подряд и отстраняются от работы или посещения детского учреждения на весь период обследования до получения отрицательных результатов	В случае вынужденного оставления больного на дому проживающие в квартире не изолируются. Мед. наблюдение за ними проводится в течение всего времени болезни и 21 дня после выздоровления. Ухаживающие за больным на дому подлежат разобщению и мед. наблюдению в течение всего времени ухода и 21 дня после выздоровления больного

		на 1 мес. с целью выявления характера носительства; в случае выделения возбудителя болезни после лечения в б-це временно (на 2 мес.) переводятся на работу, не связанную с пищевыми продуктами, питьевой водой и непосредственным обслуживанием людей. По истечении 3 мес. после выздоровления производится пятикратное бактериол. исследование кала и мочи с интервалом 1–2 дня и однократное исследование дуоденального содержимого. При выделении бактерий хотя бы однократно по истечении 3 месяцев после выздоровления, обследуемый как хронический бактерионоситель отстраняется от работы и должен переменить профессию		
Возвратный тифэпидемический (вшиный)	Госпитализация обязательна. Выписывают из б-цы через 20 дней после последнего приступа при условии нормальной температуры в течение этого периода	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Разобщение до полной санобработки людей, дезинсекции белья, одежды, постельных принадлежностей и помещения. Мед. наблюдение в течение 25 дней после санобработки	
Гепатит вирусный	Госпитализация обязательна. Выписывают из больницы после исчезновения клин. симптомов (восстановления функции печени и ее границ, нормализации со-	Диспансерное наблюдение не менее 6 мес. после выздоровления. За детьми, посещающими детские учреждения, наблюдение устанавливается в этих учреждениях. Школьники освобождаются от занятий	Изоляция не проводится. Мед. наблюдение еженедельно в течение 45 дней после изоляции больного. В детском дошкольном учреждении в течение 4–5 дней после изоляции последнего забо-	В случае вынужденного оставления больного на дому мед. наблюдение за проживающими в квартире устанавливается на все время болезни и в течение 4–

	держания билирубина в крови и моче), но не ранее чем через 3 нед. от начала развития желтухи или (при слабо выраженной желтухе) 30 дней от начала болезни	физкультурой на 3–6 мес.	левшего переводить детей из группы в группу и другие детские учреждения запрещается. Прием новых детей допускается после введения им гамма-глобулина	5 дней после выздоровления больного; ухаживающие за ним разобщаются на все время ухода и наблюдаются в течение 4–5 дней после выздоровления больного
Грипп	Изоляция и лечение на дому или в больнице (по клин. показаниям)	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Разобщение и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Денге	Госпитализация по клин. показаниям с защитой больного от комаров в течение первых 4 дней болезни	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Дизентерия	Госпитализируются больные по клин. и эпидемиол. показаниям. Клин. показания: тяжелая и среднетяжелая форма острого кишечного заболевания; острое кишечное заболевание у лиц, резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями. Эпидемиол. показания: острые кишечные заболевания или выделение возбудителя дизентерии у работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, когда соблюдение необходимого противоэпид. режима	Лица, страдающие хрон. дизентерией, подтвержденной бактериологически, бактерионосители, длительно выделяющие возбудителя, наблюдаются в течение 3 мес. с ежемесячным осмотром и бактериол. обследованием. Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, после выписки остаются на диспансерном наблюдении в течение 3 мес.; в этот срок они ежемесячно осматриваются врачом и бактериологически обследуются; эти лица, страдающие хрон. дизентерией, проходят бактериол. обследование и осмотры ежемесячно в течение полугода. По истечении этого срока в случае полного клин. выздоровле-	Устанавливается семидневное мед. наблюдение для выявления повторных заболеваний в очаге. С этой целью медработниками поликлиник и детских дошкольных учреждений осуществляется осмотр общавшихся с больными (термометрия, осмотр стула, пальпация живота и т.д.). Работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, при общении с больными подвергаются однократному бактериол. обследованию без освобождения от работы	В случае лечения больного или бактерионосителя на дому за общающимися с ним работниками пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, устанавливается мед. наблюдение по месту работы. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения и проживающие в семье или квартире, где имеются больные, допускаются в детские коллективы без бактериол. обследования; за ними ведется только мед. наблюдение

	по месту жительства больного невозможно, а также при нарушении режима. Больные, у которых заболевание не подтверждено бактериологически, выписываются после нормализации стула и температуры в течение 3 дней. Лица, перенесшие дизентерию, подтвержденную бактериологически, выписываются не ранее 3 дней после нормализации стула и температуры и однократного отрицательного бактериол. обследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания лечения. Дети младшего возраста, посещающие и не посещающие детские дошкольные учреждения, выписываются не ранее 3 дней после нормализации стула, температуры, а также однократного отрицательного бактериол. обследования, проведенного не ранее 2 дней после окончания лечения. Лица, имеющие непосредственное отношение к производству продуктов питания, их хранению, транспортировке и реализации и	ния они могут быть допущены к работе по специальности. В случае если бактериовыделение продолжается более 3 мес. после перенесенной острой дизентерии, они как больные хрон. формой дизентерии отстраняются от работы по специальности и переводятся на работу, не связанную с пищевыми продуктами. Дети, посещающие детские дошкольные учреждения, и дети из специализированных санаториев, выписанные из б-цы или лечившиеся на дому, допускаются в коллектив после клин. выздоровления. За ними ведется наблюдение в течение месяца. Дети из детских домов и школ-интернатов допускаются в коллектив по выздоровлении. В течение 2 мес. их не допускают к дежурству по пищеблоку. Дети, перенесшие обострение хрон. дизентерии, допускаются в коллектив при нормализации стула в течение 5 дней, хорошем общем состоянии и нормальной температуре		

	приравненные к ним, обязательно подвергаются контрольному однократному бактериол. обследованию не ранее 2 дней после окончания лечения. Если заболевание подтверждено бактериологически, то контрольное бактериол. обследование проводится дважды. При хрон. дизентерии выписка производится после стихания обострения, исчезновения токсикоза, стойкой, в течение 10 дней, нормализации стула и отрицательного результата однократного бактериол. обследования, проводимого не ранее 2 дней после окончания лечения			
Дифтерия	Госпитализация обязательна. Изоляция прекращается после выздоровления и двукратного исследования с отрицательным результатом отделяемого зева и носоглотки, проведенного с двухдневным интервалом. При продолжающемся бактерионосительстве изоляция реконвалесцента продолжается не ме-	При выделении токсигенных дифтерийных палочек дети, посещающие дошкольные учреждения, школы, школы-интернаты, и взрослые, работающие в детских и леч. учреждениях (родильных домах, детских б-цах, хирургических отделениях), работники молочных кухонь допускаются в детские коллективы и к работе после двух бактериол. обследований с отрицательным результатом, проведен-	После изоляции больного, однократного бактериол. обследования с отрицательным результатом, при отсутствии острых воспалительных явлений со стороны носоглотки допускают детей в детские учреждения, а взрослых в детские и леч. учреждения. Носителей токсигенных дифтерийных палочек допускают в детские коллективы и на работу после двух с отри-	

	нее 30 дней со дня выздоровления	ных спустя 3 дня после выписки из б-цы. Дети-бактерионосители, выделяющие токсигенные дифтерийные палочки, допускаются только в группы иммунизированных детей, а взрослые – носители токсигенных дифтерийных палочек трудоустраиваются и допускаются в указанные выше учреждения не ранее 60 дней с момента клин. выздоровления. При выделении нетоксигенных дифтерийных палочек дети допускаются в детские учреждения, а взрослые к труду	цательным результатом бактериол. обследований с интервалом в 2 дня. При продолжающемся токсигенном носительстве дети допускаются в группы иммунизированных детей на 30-й день с момента установления носительства. Носители нетоксигенных дифтерийных палочек допускаются в детские коллективы и к работе	
Желтая лихорадка	Госпитализация по клин. показаниям с обязательной защитой больного от комаров в течение первых 4 дней болезни	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Коклюш	Госпитализация по клин. показаниям. Изоляция прекращается при отсутствии клин. явлений на 31-й день от начала болезни без бактериол. обследования; на 25–26-й день при двух с отрицательным результатом бактериол. исследований отделяемого зева, проведенных с интервалом 1–2 дня. При наличии в детских учреждениях повторных заболеваний	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Дети до 7 лет при отсутствии у них кашля разобщаются на 14 дней от момента последнего контакта с больным. Дети старше 7 лет, а также взрослые, обслуживающие детские учреждения, подлежат мед. наблюдению в течение 14 дней	Для детей до 7 лет разобщение прекращается через 30 дней от начала болезни или после двух с отрицательным результатом бактериол. обследований. За детьми старше 7 лет и взрослыми, обслуживающими детские учреждения, наблюдение проводится в течение 30 дней от начала болезни

	коклюшем больные изолируются только по клин. показаниям			
Корь	Госпитализация по клин. показаниям. Изоляция прекращается через 5 дней, а при наличии осложнений (пневмония) через 10 дней от начала высыпания	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Разобщение на 17 дней; дети, к-рым вводился гамма-глобулин, – на 21 день. Дети, не болевшие и не привитые ранее, при отсутствии противопоказаний в срочном порядке прививаются коревой живой вакциной. Если начало контакта точно установлено, дети могут посещать детские учреждения первые 7 дней инкубационного периода; разобщение их начинается с 8-го дня от момента контакта с больным	Сроки разобщения не болевших корью детей те же, т. е. 17 и 21 день. Дети, привитые вакциной, не разобщаются
Краснуха	Госпитализация по клин. показаниям. Изоляция прекращается через 4 дня от начала болезни	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Лепра	Госпитализация обязательна. Изоляция до клин. излечения	Диспансерное наблюдение в течение всей жизни	Мед. наблюдение в течение длительного времени	
Лептоспироз	Госпитализация по клин. показаниям до исчезновения клин. явлений	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Малярия	Госпитализация по клин. показаниям. Защита больного от комаров	Диспансерное наблюдение в течение года	Обследование окружающих с целью выявления среди них паразитоносителей	Наблюдение не проводится
Мелиоидоз	Госпитализация обязательна до клин. выздоров-	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Мед. наблюдение в течение 15 дней	

	ления. Выписывают из б-цы не ранее чем через 15 дней после прекращения лечения и двукратного с отрицательным результатом анализа мокроты и слизи из носоглотки			
Менингококковая инфекция	Госпитализация до клин. выздоровления и двукратного с отрицательным результатом бактериол. исследования отделяемого носоглотки; исследования начинают проводить после исчезновения клин. явлений и не ранее чем через 3 сут. после окончания лечения антибиотиками с интервалом в 1–2 дня. В случае невозможности произвести бактериол. обследование изоляция прекращается не ранее чем через 30 дней от начала заболевания при отсутствии менингеальных явлений	Все больные, перенесшие менингит, должны находиться под наблюдением районного психоневролога и участкового врача не менее 2 лет. Обследование проводится в течение первого года один раз в 3 мес., в течение второго года – один раз в 6 мес. Реконвалесценты после генерализованной формы допускаются в дошкольные детские учреждения и закрытые учебные заведения (школы-интернаты, лесные школы и др.) при наличии однократного с отрицательным результатом бактериол. обследования, проведенного не ранее чем через 10 дней после выписки из стационара	В дошкольных детских учреждениях и закрытых коллективах (закрытые учебные заведения, школы-интернаты, коллективы призывников, палаты стационаров и группы детских санаториев) устанавливается мед. наблюдение (осмотр носоглотки и кожных покровов детей и персонала, термометрия 2 раза в сутки) в течение 10 дней с момента регистрации каждого случая заболевания. В семье (квартире) заболевшего все лица подвергаются однократному бактериол. обследованию. При этом лица из детских коллективов в последние не допускаются до получения отрицательного результата бактериол. обследования	При лечении носителей возбудителей на дому лица, общающиеся с ними, допускаются в детские учреждения при условии их ежедневного бактериол. обследования (до санации выявленного носителя) и ежедневного осмотра зева и носоглотки
Оспа ветряная	Госпитализация по клин. показаниям. Изоляция прекращается спустя 5 дней с момента последнего высыпания	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Дети в возрасте до 7 лет, не болевшие ветряной оспой, разобщаются на 21 день. При точном установлении времени контакта дети допускаются в детские учреждения в течение первых 10	Для детей до 7 лет разобщение в течение 21 дня

			дней инкубационного периода и разобщаются с 11-го по 21-й день	
Оспа натуральная	Госпитализация обязательна. Выписывают из б-цы после отпадения всех корок и при отрицательном результате вирусол. исследования отделяемого слизистой оболочки носоглотки	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция в специальном помещении на 14 дней. Лица, находившиеся в непосредственном общении с больным, а также имевшие контакт с бельем и вещами больного, должны быть привиты против оспы независимо от срока предшествующей вакцинации или ревакцинации, имеющих мед. противопоказаний к прививке. При наличии тесного контакта с больными новорожденные прививаются с первого дня жизни	
Паротит эпидемический	Госпитализация по клин. показаниям. Изоляция прекращается после исчезновения клин. проявлений, но не ранее 9 дней от начала болезни	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Разобщение в течение 21 дня для детей до 10 лет. При точном установлении времени контакта дети допускаются в детские учреждения первые 10 дней инкубации; с 11-го по 21-й день разобщаются	Разобщение для детей до 10 лет в течение 21 дня
Полиомиелит	Госпитализация обязательна. Выписывают из б-цы при легкой форме через 21 день от начала болезни; при тяжелой, паралитической форме через 40 дней, с дополнительной изоляцией на дому в течение 12 дней детей, посещающих коллектив	Наблюдения и мероприятия не проводятся	Изоляция на 20 дней для детей до 15 лет, а также взрослых, работающих в детских учреждениях или на пищевых предприятиях, после разобщения с больным, дезинфекции помещения, при отсутствии повышенной температуры, дисфункции кишечника, ката-	Разобщение прекращается по истечении 40 дней от начала болезни при соблюдении строгой изоляции больного и противоэпид. режима

			ральных явлений в зеве и глотке. Лица, соприкасавшиеся с больным, вакцинируются	
Рож	Госпитализация по клин. показаниям до исчезновения острых клин. явлений	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Сеп	Госпитализация по клин. показаниям до полного выздоровления	Наблюдение проводится в течение нескольких лет	Мед. наблюдение в течение 15 дней с момента разобщения с больным	Мед. наблюдение в течение болезни и 15 дней после выздоровления больного
Сибирская язва	Госпитализация обязательна. Изоляция прекращается: при кожной форме после отпадения струпов и рубцевания язв; при легочной, кишечной, септической – после клин. выздоровления и двукратного бактериол. исследования с отрицательным результатом (с интервалами в 5 дней) крови, мокроты, фекалий и мочи (в зависимости от формы болезни)	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Мед. наблюдение в течение 8 дней	
Скарлатина	Госпитализация больных по эпид. показаниям: наличие в семье детей от 3 мес. до 7 лет и школьников первых двух классов, не болевших скарлатиной, а также взрослых, работающих в до-	Дети-реконвалесценты, посещающие дошкольные учреждения и первые два класса школы, а также взрослые, работающие в упомянутых учреждениях, допускаются в эти учреждения через 12 дней по окончании срока	Дети, не болевшие скарлатиной, посещающие дошкольные учреждения и первые 2 класса школы, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней от момента изоляции больного. За взрослыми, работающими в упомяну-	Дети, не болевшие скарлатиной и посещающие дошкольные учреждения и первые два класса школы, не допускаются в указанные учреждения 17 дней от начала контакта с заболевшим.

	школьных детских учреждений и в первых двух классах школы, хирургических и родильных отделениях, детских б-цах и поликлиниках, на молочных кухнях, при невозможности изоляции их от заболевшего. Обязательно госпитализируются также больные с тяжелой и среднетяжелой формой болезни, а также в случаях, когда нельзя обеспечить изоляцию больного в домашних условиях и организовать правильный уход за ним. Изоляция прекращается после клин. выздоровления, но не ранее 10 дней от начала болезни	изоляции. Для детей из закрытых детских учреждений 12-дневная изоляция допускается в том же детском учреждении при наличии соответствующих помещений и других условий для изоляции. Взрослые-реконвалесценты, работающие в указанных учреждениях, на 12-дневный срок переводятся на другую работу	тых учреждениях, ведется мед. наблюдение в течение 7 дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины. Больные ангиной из очага скарлатины не допускаются в упомянутые учреждения в течение 22 дней со дня их заболевания	Дети, ранее болевшие скарлатиной, и взрослые, работающие в дошкольных учреждениях, в первых двух классах школы, в хирургических и родильных отделениях и на молочном производстве, проживающие в одной семье с заболевшим, допускаются в детские учреждения и на работу. За ними проводится мед. наблюдение в течение 17 дней от начала заболевания
Сыпной тиф д-мический	Госпитализация обязательна. Выписка производится по клин. показаниям, но не ранее 12-го дня после установления нормальной температуры	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Разобщение до полной санобработки (с дезинсекцией) и последующее мед. наблюдение, включающее измерение температуры, в течение 2–5 дней	
Туляремия	Госпитализация и выписка по клин. показаниям	Наблюдение и мероприятия не проводятся	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится
Холера	Госпитализация обязательна. Изоляция прекращается после исчезновения	Диспансерное наблюдение в течение года. В первый месяц проводится бактериол. исследование кала	Немедленная изоляция на 5 сут. от момента разобщения с больным; медосмотр, трехкратное	

	клин. симптомов и трехкратного отрицательного бактериол. обследования, проводимого через 24 часа после окончания антибактериальной терапии. Кал исследуют 3 дня подряд, дуоденальное содержимое – однократно	один раз в 10 дней и однократно желчи. В дальнейшем кал исследуется один раз в месяц	бактериол. исследование кала, взятого в течение суток после изоляции, после однократного назначения слабительного	
Чума	Госпитализация обязательна до клин. выздоровления и трехкратного отрицательного бактериол. исследования: при легочной форме чумы – мокроты и мазков из зева; при бубонной – пунктата из бубона или склерозированных лимф. узлов; при септической форме – крови. Исследование проводят на 2, 4, 6-й день после окончания лечения	После выписки из стационара мед. наблюдение в течение 3 мес.	Изоляция в течение 6 дней. Лиц, контактировавших с больными легочной формой чумы, размещают индивидуально, других – по семейно и по срокам изоляции. Лицам, контактировавшим с больным легочной чумой, проводится курс профилактического лечения антибиотиками	
Ящур	Госпитализация до клин. выздоровления	Наблюдение не проводится	Изоляция и наблюдение не проводятся	Наблюдение не проводится

**Алгоритм «Действие медицинского работника при выявлении педикулеза
(болезнь Бриля, сыпной тиф)»**

Цель: профилактика внутрибольничной инфекции.

Условия: выполнение мероприятий по профилактике педикулеза.

Показания: контроль за внутрибольничными инфекциями.

Оснащение:

- спецодежда;
- спецобувь;
- колпак;
- перчатки;
- маска;
- ванная или душевая кабина;
- противопедикулезная укладка;
- мешок для сбора одежды больного;
- дез. камера;
- дезинфицирующие средства;
- журнал учета инфекционных заболеваний ф. № 060/у.
- бланк экстренного извещения уч. ф. 058/у.

Порядок выполнения:

№	Мероприятия
1.	Основные симптомы педикулеза: – зуд, сопровождающийся расчесами; – огрубение кожи от воздействия на нее слюны при массовых укусах вшей; – пигментация кожи за счет тканевых кровоизлияний и воспалительного процесса, вызываемого воздействием слюны насекомых; – колтун, образующееся при расчесах запутывание и склеивание гнойно-серозными выделениями волос на голове, покрытие кожной поверхности корками, под которыми находится мокнущая поверхность
2.	На человеке паразитируют три вида вшей: – платяная, живет на складках белья и другой одежды, особенно в швах. Яйца вшей могут приклеиваться также к волосам на теле человека, кроме головы; – головная, живет и размножается в волосистой части головы, предпочтительно на висках, затылке и темени; – лобковая, живет в волосах лобка, бровей, ресниц, усов, подмышечных впадин
3.	Вошь является переносчиком особо опасной инфекции, как сыпной тиф, волынской (окопной) лихорадки и возвратного тифа.
4.	Состав укладки для проведения противопедикулезных мероприятий: 1) клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного; 2) оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос; 3) клеенчатая пелерина; 4) перчатки резиновые; 5) ножницы;

	6) частый гребень; 7) машинка для стрижки волос; 8) спиртовка; 9) косынки (2–3 шт.); 10) вата; 11) столовый уксус; 12) педикулицидное средство.
5.	При выявлении педикулеза у лиц, поступающих в стационар, определить вид педикулеза (головной, платяной, лобковый), заполнить бланк экстренного извещения уч. ф. 058/у с указанием вида выявленного педикулеза, зарегистрировать случай педикулеза в журнале уч. ф. № 60, результат осмотра на педикулез записать в истории болезни, провести санитарную обработку в санитарной комнате приемного отделения: – медработнику надеть спецодежду, перчатки; – в ванной комнате накрыть больного пелериной; – нанести на выявленную часть тела противопедикулезное средство (нитифор, педилин, бензилбензоат, медифокс, акромед, цифокс, А-ПАР, пара-плюс, карбофос); – повязать клеенчатую и хлопчатобумажную косынку на 30 минут; – в случае большого количества вшей и гнид выбрить волосистую часть тела; – вымыть моющим средством; – принять ванну и надеть чистую одежду
6.	Вещи больных и спецодежду персонала, проводившего обработку, поместить в клеенчатый мешок и направить в дезинфекционную камеру для обеззараживания
7.	Обработать стулья, пол и другие предметы, с которыми контактировал больной или его вещи
8.	Обработать помещение противопедикулезными средствами (экспозиция 1 час). Проветрить
9.	Осмотр пациента после обработки проводить ежедневно в течение 10 дней в отделении стационара, в которое госпитализирован пациент, при выявлении педикулеза обработку повторить в санитарной комнате отделения стационара. Также ежедневно осматриваются контактные по палате
10.	В истории болезни отметить даты и результат повторных ежедневных осмотров и проведенных повторных обработок

Приложение № 20
 к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
 клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
 от _____ № _____

Алгоритм по очистке и дезинфекции анестезиологического оборудования, инструментария и расходных материалов

Все этапы обработки проводятся медицинской сестрой в нестерильных одноразовых медицинских перчатках.

Все съемные детали дыхательного контура (дыхательные шланги, мешки, адсорбер, сборники конденсата, присоединительные элементы) после каждого пациента или по мере загрязнения при использовании у одного и того же пациента очищаются и моются согласно указанной схеме:

1. Наружная поверхность корпуса наркозной аппаратуры двукратно обрабатывается ветошью, смоченной в дезинфицирующем средстве на основе четвертично-аммониевых соединений (ЧАС) по противовирусному режиму.

2. Поверхности оборудования для мониторинга протираются влажной салфеткой, обильно смоченной дезинфицирующим средством по противовирусному режиму (ВИЧ, гепатит), далее сухой ветошью.

Экран протирается тампоном, смоченным водой, затем сухой ветошью.

3. Шланги, маски, узел множественного соединения, коннекторы погружаются в раствор дезинфицирующего средства по противотуберкулезному режиму, ополаскиваются проточной водой. Шланги сушатся в подвешенном состоянии, а маски, коннекторы, узлы соединения и др. сушатся на чистой пеленке в асептических условиях.

Хранятся в чистой простыне в операционной.

4. Многоразовые дыхательные мешки типа «Амбу» обрабатываются методом протирания дезинфицирующим средством по противотуберкулезному режиму.

5. Интубационные трубки, бактериальные фильтры и другие изделия однократного применения обеззараживаются в растворе дезинфицирующего средства по противотуберкулезному режиму и утилизируются в желтом пакете для отходов класса «Б».

6. Наружные поверхности вентилятора, консольной крышки протираются влажной салфеткой, обильно смоченной дезинфицирующим средством.

7. Панель управления вентилятором протирается сухой чистой ветошью.

Не использовать жидкие или аэрозольные препараты для обработки этой панели!

Не использовать для обработки пластиковых частей средства, включающие в себя фенолы, хлориды, хлорсодержащие соединения, глутаровый альдегид в концентрации 2 %, они могут вызвать повреждения.

Алгоритм обработки ларингоскопа ручным методом для «нестерильных» манипуляций

Предварительная предстерилизационная очистка ларингоскопов проводится в растворе ферментов (хелизим, сайдизим и др.) методом протирания одноразовой чистой марлевой салфеткой, окончательная предстерилизационная обработка проводится в растворе дезинфицирующего средства, обладающем моющими свойствами.

1. Ларингоскоп разбирается – рукоятка отсоединяется от клинка.

2. Клинок протирается салфеткой, смоченной в растворе фермента или дезинфицирующего средства, затем клинок замачивается в маркированной емкости в растворе дезсредства (концентрация и экспозиция по режиму ВИЧ, гепатит в соответствии с инструкцией к дезсредству), обеспечивая контакт всех поверхностей с раствором.

3. Клинок промывается в том же растворе разовой марлевой салфеткой.

4. Клинок промывается под проточной водой в течение 2 мин.

5. Ополаскивается дистиллированной водой в течение 1 мин.

6. Высушивается разовой марлевой салфеткой на чистой простыне.

7. Клинок перекладывается в растворы средства для проведения дезинфекции высокого уровня, выдерживается экспозиция в соответствии с инструкцией к препарату.

8. Медицинская сестра снимает перчатки с рук, сбрасывает их в дезраствор для отходов класса Б, проводит гигиеническую обработку рук и надевает чистые нестерильные перчатки.

9. Клинок ополаскивается дистиллированной водой в чистой емкости и перекладывается на чистую простынь.

10. Заворачивается в чистую пеленку и хранится на столике анестезиста.

11. Рукоятка ларингоскопа протирается разовой марлевой салфеткой, смоченной спиртовым антисептиком дважды через 30 минут экспозиции.

12. Рукоятка хранится в чистой пеленке на столике анестезиста.

**Алгоритм использования средств индивидуальной защиты медицинского персонала при работе
с инфекционными больными
(в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами
«Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности»
СП 1.3.1285-03)**

1. При работе в очаге особо-опасных инфекций

Вид выполняемых работ	Нозологическая и клиническая формы болезней Тип костюма			
	1 тип	2 тип	3 тип	4 тип
1. При работе с больными	Легочной или септической формами чумы. До установления окончательного диагноза у больных бубонной и кожной формами чумы, КВГЛ, синдромами острой геморрагической лихорадки		Бубонной или кожной формами чумы, получающими специфическое лечение	Холерой с острым диарейным синдромом. При проведении туалета больному надевают резиновые перчатки, а при обработке выделений – маску
2. При эвакуации больных	Чумой, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным синдромом			Холерой
3. При работе в изоляторе	Для контактных с больными легочной формой чумы; для контактных с больными ГВГЛ, острым геморрагическим, острым респираторным синдромом			Для контактных с больными бубонной, септической или кожной формами чумы, получающими специфическое профилактическое лечение. Для контактных с больными холерой
4. При проведении текущей и заключительной дезинфекции (дезинсекции)	В очаге заболеваний легочной формой чумы; в очаге заболеваний КВГЛ	В очаге бубонной формы чумы; в очаге холеры		
5. При вскрытии трупа	Погибшего от чумы, КВГЛ (дополнительно надевают клеенчатый фартук, нарукавники, вторую пару перчаток)	Погибшего от холеры		

6. При взятии материала от больного для лабораторного исследования	На чуму, КВГЛ, синдромом острой геморрагической лихорадки, острым респираторным синдромом, острым неврологическим синдромом			На холеру с острым диарейным синдромом (дополнительно надевают резиновые перчатки)

2. При работе с ВИЧ-инфицированным пациентом

При обычном физикальном осмотре никаких дополнительных мер защиты не требуется, если на коже рук нет повреждений. Если таковые имеются, их необходимо заклеить пластырем или надеть напальчники.

При работе с биологическими субстратами больных ВИЧ-инфекцией или проведении манипуляций необходимо применять соответствующие правила:

- медицинский работник должен использовать индивидуальные средства защиты (халат, шапочка, одноразовая маска, перчатки и др.), позволяющие избежать прямого контакта с ранами и тканями, кровью, спинномозговой жидкостью, секреторными и экскреторными выделениями пациентов или загрязненными этими биологическими жидкостями предметами окружающей среды;

- подразделение должно иметь аптечку «Анти-ВИЧ»;

- для защиты от возможного попадания вирусосодержащего материала во время работы рекомендуется использовать защитные очки, экраны или другие защитные средства, подвергающиеся дезинфекции; при выполнении медицинских манипуляций, во время которых может произойти образование брызг крови и других биологических жидкостей, персонал должен быть одет в одноразовые фартуки.

3. При работе в очаге капельной (дифтерия, грипп, ОРВИ, туберкулез, менингококковая инфекция и др.) и кишечной инфекции (дизентерия, сальмонеллез, норовирусная инфекция, ротавирусная инфекция и др.) состав спец. одежды: халат и шапочка, маска, резиновые перчатки, фартук, сменная обувь.

Глава 8. Идентификация личности пациентов

Идентификации личности пациента включена в систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утверждена стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при обращении в приемное отделение на этапе госпитализации в стационар в плановом порядке, обращении за амбулаторно-поликлинической помощью в регистратуру поликлиники; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (диагностика, лечение) в стационаре и поликлинике; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при переводе из отделения в отделение стационара; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при его выписке из стационара, переводе в другую медицинскую организацию; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими лицами; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии без документов и (или) сопровождающих лиц; стандартная операционная процедура идентификации личности пациента, не владеющего русским языком; список сотрудников, владеющих другими языками и имеющих возможность выступить в качестве переводчиков; информационные материалы для пациентов и сопровождающих лиц на английском языке.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

26.04.2019

№ 80

г. Пенза

Об идентификации личности пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Пензенской области от 30.09.2011 № 681-пп «О порядке и условиях оказания медицинской помощи и сроках ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке и по экстренным показаниям», приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 119, положением о плановой госпитализации пациентов в стационар, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 31.07.2012 № 135, порядком обеспечения инфекционной безопасности, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 06.10.2014 № 124, приказом ГБУЗ «Пензенская областная

клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”» и с целью оказания своевременной, эффективной, безопасной экстренной помощи в ближайшее время после поступления или обращения пациента, п р и к а з ы в а ю:

1. Включить в систему внутреннего контроля качества реализацию процесса идентификации личности пациента.
2. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента при обращении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в приемное отделение на этапе госпитализации в стационар в плановом порядке, обращении за амбулаторно-поликлинической помощью в регистратуру поликлиники (Приложение № 1).
3. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (диагностика, лечение) в стационаре и поликлинике (Приложение № 2).
4. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента при переводе из отделения в отделение стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3).
5. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента при его выписке из стационара, переводе в другую медицинскую организацию (Приложение № 4).
6. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими лицами (Приложение № 5).
7. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии без документов и (или) сопровождающих лиц (Приложение № 6).
8. Утвердить стандартную операционную процедуру идентификации личности пациента, не владеющего русским языком (Приложение № 7).
9. Утвердить список сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, владеющих другими языками и имеющих возможность выступить в качестве переводчиков (Приложение № 8).
10. Утвердить информационные материалы для пациентов и сопровождающих лиц на английском языке (Приложение № 9).
11. Ответственным лицом за актуализацию приказа назначить заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Рыжонину Т.В.
12. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись, ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
13. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

А.В. Никишин

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при обращении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на этапе госпитализации в стационар в плановом порядке, обращении за амбулаторно-поликлинической помощью

1. При поступлении в приемное отделение или регистратуру поликлиники в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко пациент должен иметь направление специалиста на госпитализацию, медицинский работник приемного отделения или регистратуры просит предъявить документы, удостоверяющие личность пациента (паспорт).
2. Медицинский работник сличает фотографию на представленном документе с личностью пациента.
3. Просит пациента назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленными документами.

4. Только убедившись в соответствии предоставленных документальных данных и озвученных пациентом, медицинский работник заполняет первичную медицинскую документацию (историю болезни, амбулаторную карту) строго по документам, удостоверяющим личность пациента.

5. После заполнения медицинской документации.

5.1. В регистратуре поликлиники:

5.1.1. Медицинский персонал разъясняет пациенту, в какой кабинет ему надо обратиться.

5.1.2. Пациент самостоятельно идет к врачу-специалисту.

5.1.3 Регистратор доставляет медицинскую документацию в кабинет врача и передает медицинской сестре.

5.1.4. Медицинская документация на руки пациенту не отдается.

5.2. В приемном отделении:

5.2.1. При поступлении пациента на стационарное лечение ему оформляется идентификационный браслет, содержащий следующую информацию о пациенте:

– фамилия;

– имя;

– отчество;

– дата рождения;

– номер истории болезни;

– отделение, куда госпитализируется пациент.

Пациент носит идентификационный браслет на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

5.2.2. После оформления медицинской документации пациент в сопровождении младшего медицинского персонала направляется в стационарное отделение, медицинская документация передается палатной медицинской сестре.

6. Палатная медицинская сестра отделения при поступлении пациента:

6.1. Просит его назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленной медицинской документацией (в случае нахождения пациента в бессознательном состоянии сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете).

6.2. Размещает пациента в палате.

6.3. Оформляет идентификационный лист на кровати пациента (с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, № истории болезни).

6.4. Проводит оценку риска развития пролежней.

6.5. Заносит назначенные врачебные назначения в сестринскую документацию.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (диагностике, лечении, реабилитации) в стационаре и подразделениях поликлиники

1. При оказании медицинской помощи (диагностика, лечение, реабилитация) медицинский работник просит пациента назвать свою фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с информацией в медицинской документации, в случае если пациент находится в бессознательном состоянии, данные медицинской документации сличаются с данными, зафиксированными на идентификационном браслете.

2. Только убедившись в соответствии предоставленных документальных данных и озвученных пациентом (либо зафиксированных на идентификационном браслете) медицинский работник выполняет лечебно-диагностическую процедуру согласно листу назначения врача.

3. После выполнения лечебно-диагностической процедуры медицинский работник заполняет утвержденные формы медицинской документации.

**Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при переводе
из отделения в отделение стационара
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

1. При переводе пациента в другие отделения в пределах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко медицинский работник из ординаторской забирает оформленную медицинскую документацию.
2. В палате просит пациента назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленными документами (в случае нахождения пациента в бессознательном состоянии сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете).
3. Только убедившись в соответствии данных медицинской документации и озвученных пациентом (данных на идентификационном браслете) медицинский работник осуществляет перевод пациента в другое отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполнив чек-лист перевода пациента в другое отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. При этом транспортировка осуществляется в соответствии с состоянием пациента (самостоятельно, на кресле-каталке, на каталке).
4. Медицинская документация передается палатной медицинской сестре отделения, в которое был переведен пациент.
5. Медицинская сестра отделения, в которое был переведен пациент:
 - 5.1. Просит его назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленной медицинской документацией (в случае нахождения пациента в бессознательном состоянии сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете).
 - 5.2. Размещает пациента в палате.
 - 5.3. Оформляет идентификационный лист на кровати пациента (с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, № истории болезни).
 - 5.4. Заполняет чек-лист о переводе пациента.
 - 5.5. Проводит оценку риска развития пролежней.
 - 5.6. Заносит назначенные врачебные назначения в сестринскую документацию.

**Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента при его выписке
из стационара, переводе в другую медицинскую организацию**

1. При выписке пациента из стационара, переводе в другую медицинскую организацию медицинский работник оформляет пациенту выписной эпикриз и листок нетрудоспособности (при необходимости).
2. Просит пациента назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с медицинскими документами.
3. Только убедившись в соответствии данных медицинской документации и озвученных пациентом (данных на идентификационном браслете), медицинский работник осуществляет выдачу пациенту выписной медицинской документации и сопровождает пациента в гардероб для получения одежды.
4. В случае перевода пациента в другое медицинское учреждение транспортировка его осуществляется на специализированном транспорте в сопровождении медицинского работника. В данном случае выписные документы передаются сопровождающему лицу.

Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии с документами и сопровождающими

1. При поступлении в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко пациента, находящегося в бессознательном состоянии, с документами и (или) сопровождающими лицами медицинский работник приемного отделения просит сопровождающих пациента лиц предъявить документы, удостоверяющие личность пациента (паспорт).

2. Медицинский работник сличает фотографию на представленном документе с личностью пациента.

3. Просит сопровождающих пациента лиц назвать фамилию, имя, отчество, полную дату рождения пациента, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленными документами.

4. Только убедившись в соответствии документальных данных, представленных сопровождающими лицами, медицинский работник заполняет первичную медицинскую документацию (историю болезни) строго по документам, удостоверяющим личность пациента.

5. После заполнения медицинской документации медицинским работником приемного отделения заполняется идентификационный браслет, содержащий следующую информацию о пациенте:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- дата рождения;
- номер истории болезни;
- отделение, куда госпитализируется пациент.

Цвет браслета:

- белый – для всех пациентов, находящихся на стационарном лечении;
- красный – при наличии в анамнезе аллергических реакций, выявленных врачом путем опроса пациента и зафиксированных в истории болезни;
- зеленый – при наличии у пациента риска тромбоэмболии, выявленного врачом и зафиксированного в истории болезни;
- оранжевый – при наличии у пациента риска падения, выявленного врачом и зафиксированного в истории болезни;
- фиолетовый – при наличии риска инфицирования персонала (ВИЧ, гепатит), наличии в анамнезе перенесенных заболеваний, выявленных врачом путем опроса пациента и зафиксированных в истории болезни.

Пациент носит идентификационный браслет на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

6. После оформления медицинской документации пациент в сопровождении медицинского персонала направляется в стационарное отделение (реанимационное отделение, оперблок). Транспортировка осуществляется на каталке, медицинская документация передается медицинской сестре отделения.

7. Медицинская сестра отделения, в которое поступил пациент:

7.1. Сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете, с медицинской документацией.

7.2. Размещает пациента в палате.

7.3. Оформляет идентификационный лист на кровати пациента (с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, № истории болезни).

7.4. Проводит оценку риска развития пролежней.

7.5. Заносит назначенные врачебные назначения в сестринскую документацию.

Стандартная операционная процедура идентификации личности пациента, поступающего в стационар в бессознательном состоянии без документов и сопровождающих

1. При поступлении в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко пациента, находящегося в бессознательном состоянии, без документов и сопровождающих лиц медицинский работник приемного отделения фиксирует данного пациента как неизвестного.

2. Медицинский работник заполняет первичную медицинскую документацию (историю болезни), указывая в строке Фамилия, имя, отчество – «Неизвестный».

3. После заполнения медицинской документации «Неизвестный» заполняется идентификационный браслет, содержащий следующую информацию о пациенте:

- неизвестный;
- номер истории болезни;
- отделение, куда госпитализируется пациент.

Цвет браслета:

- белый – для всех пациентов, находящихся на стационарном лечении;
- красный – при наличии в анамнезе аллергических реакций, выявленных врачом путем опроса пациента и зафиксированных в истории болезни;
- зеленый – при наличии у пациента риска тромбоэмболии, выявленного врачом и зафиксированного в истории болезни;
- оранжевый – при наличии у пациента риска падения, выявленного врачом и зафиксированного в истории болезни;
- фиолетовый – при наличии риска инфицирования персонала (ВИЧ, гепатит), наличии в анамнезе перенесенных заболеваний, выявленных врачом путем опроса пациента и зафиксированных в истории болезни.

Пациент носит идентификационный браслет на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

4. После оформления медицинской документации пациент в сопровождении медицинского персонала направляется в стационарное отделение (реанимационное отделение, оперблок). Транспортировка осуществляется на каталке, медицинская документация передается медицинской сестре отделения.

5. Медицинская сестра отделения, в которое поступил пациент:

5.1. Сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете, с медицинской документацией.

5.2. Размещает пациента в палате.

5.3. Оформляет идентификационный лист на кровати пациента (с указанием «Неизвестный», № истории болезни).

5.4. Проводит оценку риска развития пролежней.

5.5. Заносит назначенные врачебные назначения в сестринскую документацию.

6. Изменения личных данных пациента вносятся после установления личности пациента и предоставления документов, удостоверяющих личность.

**Стандартная операционная процедура идентификации личности пациентов,
не владеющих русским языком**

1. При поступлении в приемное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко пациентов, не владеющих русским языком, медицинский работник приемного отделения фиксирует данного пациента по представленным документам.

2. Медицинский работник заполняет первичную медицинскую документацию (историю болезни).

При необходимости общения с пациентом связывается по телефону с сотрудником (волонтером), владеющим иностранным языком, и осуществляет перевод посредством громкой связи.

3. Пациенту оформляется идентификационный браслет, содержащий следующую информацию о пациенте:

- фамилия;
- имя;
- отчество;
- дата рождения;
- номер истории болезни;
- отделение, куда госпитализируется пациент.

Пациент носит идентификационный браслет на протяжении всего времени пребывания в стационаре.

4. После оформления медицинской документации пациент в сопровождении младшего медицинского персонала направляется в стационарное отделение, медицинская документация передается палатной медицинской сестре.

5. Палатная медицинская сестра отделения при поступлении пациента:

5.1. Просит его назвать свои фамилию, имя, отчество, полную дату рождения, медицинский работник сравнивает услышанную информацию с представленной медицинской документацией (в случае нахождения пациента в бессознательном состоянии сличает данные о пациенте, зафиксированные на идентификационном браслете).

5.2. Размещает пациента в палате.

5.3. Оформляет идентификационный лист на кровати пациента (с указанием фамилии, имени, отчества пациента, даты рождения, № истории болезни).

5.4. Проводит оценку риска развития пролежней.

5.5. Заносит назначенные врачебные назначения в сестринскую документацию.

5.6. В случае затруднения общения с пациентом медицинский персонал обращается за помощью к сотрудникам (волонтерам), знающим иностранные языки.

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Список сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и волонтеров, владеющих другими языками
и имеющих возможность выступить в качестве переводчиков**

№ п/п	Фамилия, имя, отче- ство	Занимаемая должность	Контактный телефон	Иностранный язык
1.	Соколов Алексей Ильясovich	Заведующий отделением рентгенохирургических ме- тодов диагностики и лече- ния	89991100111	Английский
2	Карцова Юлия Николаевна	Волонтер	89603291140	Английский
3.	Кильдяева Александра Михайловна	Преподаватель иностранных языков	89374343112	Английский Немецкий
4	Купчина Виктория Игоревна	Медицинская сестра палат- ная гинекологического от- деления	89273940282	Немецкий
5	Башкирова Татьяна Геннадьевна	Медицинская сестра прием- ного отделения	89530269958	Мордовский
6	Абляева Альбина Ахметовна	Медицинская сестра палат- ная гинекологического от- деления	89374260989	Татарский
7	Козылова Василия Рашидовна	Медицинская сестра палат- ная отделения травматоло- гии и ортопедии	89374354448	Татарский
8	Байбикова Раиса Равильевна	Медицинская сестра прием- ного отделения	89603204580	Татарский
9	Хайрова Аресте Габильевна	Медицинская сестра проце- дурной отделения торакаль- ной хирургии	89093212747	Азербайджанский

**Информационные материалы для пациентов и сопровождающих
на английском языке**

**State-Funded Healthcare Institution
N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital
(N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital)
Guidelines for visiting patients in the in-patient units**

The clinical hospital has a restrictive regime for patients' meeting with relatives and visitors. It is based on the requirements of compliance with sanitary and epidemiological standards, anti-terrorism security and fire safety of the Article 13 of the Federal Law No. 323-FE dated 21 November 2011.

Staff members of the units should not disclose medical information about patients by telephone in order to maintain medical secrecy (Article 13 of the Federal Law No. 323-FE dated 21 November 2011). The attending medical doctor informs the patient face to face about his / her health status, and only the patient can transfer information about his / her health to those individuals, whom he / she deems necessary, including his / her relatives.

Information about patients who are in the intensive care units and who are not able to inform their relatives about their health status can be reported by the head of the unit, and on weekends – by the duty doctor, only to close relatives during a face-to-face meeting at the set hours.

**Schedule for visiting patients in the in-patient units of
N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital**

Relatives may meet with patients daily in the halls of the hospital buildings.

Visiting hours:

13:00–14:00;

16:30–18:30;

14:00–16:00 – patients' rest time.

No one may visit patients without a permit.

1. Only heads of the units and attending medical doctors address the issues of admitting visitors to patients in the treatment units.

2. Relatives may visit seriously ill patients in the hospital wards (except for the emergency treatment wards and intensive care units) according to the passes issued by the information service, if they have indoor footwear:

on weekdays: 16:30–18:30;

on weekends and public holidays: 10:00–12:00 and 16:30–18:30.

3. If patients require additional care, passes for care are issued only following approving and signing by the head of the unit.

4. If necessary, time for conversation with the attending medical doctor is set as agreed with the attending medical doctor (by calling the doctors' room of the unit). Visitors should have a white coat and indoor footwear.

5. Visitors may come only through the information service unit, which is located on the first floor of the hospital buildings.

6. The number of the hospital ward and the name of the unit are provided by the information service at the phone number 54-84-07. Not one visitor is admitted to a patient who is treated in the hospital.

7. The following groups are not allowed to visit patients, namely:

children under 14;

intoxicated individuals;

individuals with pets.

8. Visitors are required to hand in outerwear and to have indoor footwear or shoe covers.

9. In accordance with the internal regulations, visitors are obliged to respect privacy of patients, keep order and respect property.

10. Outdoor exercise of patients is authorised during visiting hours only in summer.

11. Patients may not leave the hospital premises. During the officially proclaimed quarantine, all visits to patients in the in-patient units are cancelled.

12. Deliveries are taken daily:

on weekdays: 8:00–10:00 and 16:30–18:30;

on weekends and public holidays: 10:00–12:00 and 16:30–18:30.

Deliveries are accepted in plastic bags indicating the patient's name, the unit and ward number, and the date and time of transfer. Deliveries are checked by the duty nurse. Delivery of perishable products, canned products, alcohol drinks, and tobacco products is prohibited. Bottles and packages of milk, juice and water, fruits and vegetables should be thoroughly washed.

Upon admission to the unit patients are informed about the rules of storing food and drinks.

If visitors have questions or concerns, they may contact the duty medical doctor or the administrative office.

Information on Patient's Rights and Responsibilities

I, _____
(surname, name, patronymic and date of birth of the patient)

(surname, name, patronymic and status of the legally authorized representative)

confirm that the medical doctor _____

(full name of the attending (duty) medical doctor)

1. Introduced me to the rights of the patient, as provided for by the Articles 13, 19–22 and 51–54 of the Federal Law dated 21 November 2011 No. 323-FZ “On the Principles of Health Protection of Citizens in the Russian Federation” (hereinafter referred to as “Principles”) **and I am aware that I have the right to:**

1) obtain information about my rights, responsibilities and health status, as well as choose individuals, who are entitled to receive my health information on my behalf;

2) be treated with courtesy, respect and humanity by medical and service staff;

3) choose a medical doctor (factoring in his / her consent), as well as select a medical institution;

4) be examined, treated and maintained under conditions that meet sanitary and hygienic requirements;

5) get clinical nutrition in the in-patient units;

6) initiate board meetings of doctors and consultations of other specialists;

7) relieve pain related to the disease and (or) medical intervention through available methods and means;

8) keep confidential the fact of seeking treatment, health status, diagnosis and other information obtained during examination and treatment;

9) give informed voluntary consent for medical treatment;

10) refuse medical treatment or terminate it upon my request;

11) receive guaranteed medical care provided in accordance with the Programme of State Guarantees for Free Medical Care to Citizens, as well as use paid medical and other services, including under the voluntary health insurance contract;

12) claim compensation for material damage and moral injury in case of harm caused to my health when treated;

13) see a lawyer or other legal representative to protect my rights;

14) see a clergyman and have arrangements for religious ceremonies, subject to the internal regulations established in the in-patient units of the medical institution;

15) study medical documents revealing my health status, obtain copies of these documents (if third party interests are not affected) and receive counselling for them from other specialists;

16) file a complaint in case of patient's rights violation to the chief medical doctor or his / her deputies.

2. Introduced me to the responsibilities of the patient, namely:

1) I read and understood the Article 12 of the Federal Law No. 15-FZ dated 23 February 2013 “On Health Protection of Citizens from the Effects of Second-Hand Tobacco Smoke and the Consequences of To-

bacco Use”, according to which “**smoking is prohibited** in the territories and premises intended for medical, rehabilitation and sanatorium-resort services for mitigating the effects of second-hand tobacco smoke on human health”. **I understand that tobacco smoking is prohibited throughout the territory and in all premises of N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital.**

2) I understand that drinking alcohol, using narcotic drugs, psychotropic (except for therapeutic purposes) and toxic substances is prohibited in the territory and in the premises of N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital.

3) I understand that it is prohibited to visit N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital in a state of alcoholic, narcotic and toxic intoxication, except for the need for emergency medical care.

4) I am aware that it is prohibited to use service telephones.

5) I am notified that if I cause damage to the property of N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital I am obliged to reimburse it in full in compliance with the Article 1064 of the Civil Code of the Russian Federation.

6) I am aware that in case of infringing the medical institution stay regime, including that resulting from smoking in the territory and in the premises of N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital, I will be discharged for the violation of the regime. I am also notified that disregard of the medical and protective, sanitary and anti-epidemiological rules, sanitary and hygienic regulations entails liability under the legislation of the Russian Federation.

7). I agree to photo, video, and audio recordings of my actions against the interests of other individuals and (or) violation of the medical institution regime.

8) In accordance with the requirements of the Article 9 of the Federal Law No. 152-FZ dated 27 July 2006 On Personal Data”, I give consent to N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital (address: Penza, 28 Lermontov Street) (hereinafter referred to as “Service provider”) to process my personal data, including: surname, name, patronymic, gender, date of birth, residential address, contact phone number, details of the Obligatory medical insurance policy, Individual insurance account number in the Pension Fund of Russia (SNILS), data on my health status, diseases, cases of seeking treatment for medical and preventive purposes, in order to establish medical diagnosis and provide medical services given that they are processed by an individual professionally engaged in medical activities and obliged to maintain medical secrecy.

While being treated, I give the Service provider the right to:

- transfer my personal data containing information subject to medical secrecy to other officials for the benefit of my examination and treatment, for conducting research, publishing data in research literature, using this information in the educational process and for other purposes;

- carry out all actions (activities) with my personal data, including collecting, recording, managing, storing, updating, changing, using (including indicating my personal data in the unit patients lists issued by the information service unit), depersonalising, blocking, and deleting;

- process my personal data by entering them in the electronic database, listing (registering) and including in the report forms provided for by the documents governing the provision of reporting data (documents) on obligatory medical insurance;

- in pursuance of professional duties in the obligatory medical insurance system, exchange (acquire and transfer) my personal data with the obligatory medical insurance territorial fund using equipment or via communication channels, in compliance with measures ensuring their protection against unauthorized access, provided that they are received and processed by an individual obliged to maintain professional secrecy.

The period for retaining my personal data corresponds to the period of storing primary medical documents and amounts to twenty-five years (for the in-patient unit) and five years (for the outpatient unit). My personal data can be transferred or otherwise released to other

I reserve the right to withhold my consent by drafting a corresponding written document, which I am able to send to the Service provider by registered mail with delivery notification or to deliver personally to the representative of the Service provider. In case of receiving my written application for withdrawing the consent to personal data processing, the Service provider is obliged to stop processing them during the time period necessary to complete payments for medical care provided before.

(date and signature of the patient)

(date and signature of the attending
(duty) medical doctor)

S. No.	I confirm that the medical doctor provided me with my consent and in an understandable way with:	Date	Specify: I agree / I refuse	Signature of the patient	Signature of the legally authorized representative	Signature of the medical doctor
1.	Information on the need to inform the attending (duty) medical doctor about all health problems, hypersensitivity reactions to medications, as well as alcohol or drugs abuse.					
2.	Information on the need to follow the stay regime in the medical institution, including the stay regime in the day patient unit without meals and overnight stay, nursing unit, medical rehabilitation unit for patients with impaired central nervous system functions, as well as recommendations and instructions of the attending (duty) medical doctor in order to prevent health deterioration and to ensure positive outcomes of medical treatment and reduced risks of possible complications in its course.					
3.	Information on the need to provide (including repeatedly) my biological fluids (blood, urine, faeces, gastric acid, saliva, sputum) for laboratory and diagnostic studies.					
4.	Information on the need for diagnostic manoeuvres (including invasive and instrumental research methods), provided that the doctor explained me the rules of diagnostic manoeuvres, prospects and planned results of this medical intervention, risks related to it, possible complications, methods of their prevention and correction, as well as the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that its prolonged delay or refusal can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life.					

5.	Information on the need for clinical nutritional management: parenteral, partial parenteral, enteral nutrition, standard and specialized diets, including those enriched with dry protein composite mixtures (underline as appropriate); on the presumable course of the disease failing to follow clinical nutrition; provided that the medical doctor explained me the goal of clinical nutrition, its relevance, essence and features of parenteral and enteral nutrition, possible complications, methods of their prevention, as well as the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that its delay or refusal can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life.					
6.	Information on the need to use medications (including toxic and potent drugs), provided that the medical doctor explained me the rules for taking (administering) medications, prospects and planned results of their use, risks related to their use, possible complications, methods of their prevention, as well as the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that its prolonged delay or refusal can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life. I (the patient) am aware that taking medications not prescribed to me by the attending (duty) medical doctor can complicate the treatment process and adversely affect my health.					
7.	Information on the need and fact of physiotherapy treatment, provided that the medical doctor explained me the rules of physiotherapy treatment, prospects and planned results of this medical intervention, risks related to its implementation, possible complications, methods of their prevention and correction, as well as the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that its prolonged delay or refusal can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life.					

8.	Information on my (patient's) health status, including data on: a) results of conducted examination; b) presence of the disease, its diagnosis and prognosis; c) capacity of medical care envisaged by the medical and economic standards in line with my (patient's) disease; d) possible options for medical intervention (methods of diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation).					
9.	Information on the need for blood transfusion, its components and drugs, blood substitutes, provided that the medical doctor explained me the rules of blood transfusion, prospects and planned results of this medical intervention, risks related to it, possible complications, methods of their prevention and correction, as well as the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that its prolonged delay or refusal can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life.					
10.	Information on the need for surgery (diagnostic and treatment procedure), provided that the medical doctor informed me about the name of the surgical intervention (diagnostic and treatment procedure) and explained that: a) the goal of surgery (diagnostic and treatment procedure) is to achieve the most favourable treatment outcome from those possible in my condition, taking into account comorbidities, past diseases and surgeries; b) surgery itself does not automatically lead to recovery, and I understand that positive outcome requires further treatment (in some cases specialized highly qualified medical care); c) the main stages of surgery (diagnostic and treatment procedure) and those manoeuvres carried out on my body tissues damaged by the injury or disease, which healing is reduced; d) any surgical intervention is associated with a health risk, therefore a 100 per cent guarantee of positive outcome cannot be given, as unforeseen adverse circumstances or complications (wound abscess, non-union, thromboembolism, etc.) may occur during surgery (diagnostic and treatment procedure) and after it; e) it may be					

	necessary to significantly change the reported plan of surgery and / or further treatment, additional surgery may be required and / or the overall treatment duration may increase; f) the impact of this medical intervention on the living standards and the fact that prolonged delay or refusal of surgery (diagnostic and treatment procedure) can lead to the persistent and possibly permanent violations of the form and functions of the damaged organs that will ultimately undermine my health and reduce the quality of my life.					
11.	Information on the achieved results of medical treatment and disease outcome (at discharge of the patient from the in-patient unit)					
12.	Information on the participation of students pursuing practical training in providing medical care to me (the patient) within the medical professional educational programmes					
13.	Information on the possibility of my (patient's) participation in an anonymous questionnaire survey					
14.	Information on the possibility of visiting me (the patient) by relatives and acquaintances, if it is not prohibited by the attending medical doctor for medical reasons.					

Informed voluntary consent for medical treatment

List of products acceptable for delivery to patients in the units (according to the prescribed diet)

Milk, kefir and other fermented milk drinks in their original packaging – up to 1 l.

Cottage cheese, industrial cheese – 100–200 g.

Butter – 100 g.

Sour cream – 200 g.

Mineral water, juices, dried fruit drinks – up to 1–1.5 l.

Whole-fruit preserves, honey, sweets, cookies and other confectionery – 300–500 g.

Fresh fruits, berries and vegetables (washed) – up to 1 kg.

In some cases, this list may be extended within the prescribed diet upon the approval of the attending medical doctor in order to individualise nutrition of the patient.

List of products prohibited for delivery

Sausages, smoked meat products, salted fish.
Boiled chicken.
Pastes, broth jellies, meat or fish in aspic.
Dumplings (semi-finished product), stuffed pancakes, pasty with meat filling.
Canned food (meat, fish, vegetables), preserves.
Mushrooms.
Raw eggs.
Cakes, cream cakes.
Ice cream.
Soured milk (self-soured).
Seasoned and dressed vinegrets and salads (vegetable, fish, meat).
Alcohol and low-alcohol drinks.

(Extract from the Handbook of Clinical Nutrition edited by B.L. Smolyansky)

Administrative office of N.N. Burdenko Penza Regional Clinical Hospital

Глава 9. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами

Утверждены алгоритм предоперационного обследования пациента до операции; алгоритм проведения дооперационной седации; алгоритм проведения периоперационной антибиотикопрофилактики; алгоритм проведения периоперационной профилактики тромбоэмболических осложнений; алгоритм ведения пациента в операционном блоке; алгоритм ведения пациента в раннем послеоперационном периоде; алгоритм перевода прооперированного пациента в палату пробуждения, ОРИТ или отделение хирургического профиля стационара; алгоритм оценки технической готовности оборудования к операции; бланк операционного чек-листа (с правилами его заполнения); бланк извещения о возникновении ТЭЛА у оперированных больных хирургического профиля; принципы конфиденциальности при оказании медицинской помощи; методика определения риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

28.06.2019

№ 104

г. Пенза

Об организации работы по обеспечению хирургической безопасности и профилактике рисков, связанных с оперативными вмешательствами в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций», постановлением Правительства Пензенской области от 30.09.2011 № 681-пп «О порядке и условиях оказания медицинской помощи и сроках ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке и по экстренным показаниям» (Приложение № 9), приказами Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», от 07.06.2019 № 381 «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Пензенской области, приказами Минздрава ПО от 30.12.2016 № 557 «О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “хирургия”» (редакция 2017 г.), от 27.10.2016 «О внесении изменения в приказ МЗ ПО от 19.04. 2013 № 225», от 29.06.2018 № 179 «О внесении изменений в маршрутизацию больных при оказании экстренной специализированной медицинской помощи по профилю “хирургия”», утвержденного приказом Минздрава ПО от 30.12.2016 № 557, положением

о плановой госпитализации пациентов в стационар, утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 135 от 31.07.2012, положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденным приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 119 от 23.09.2015, правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну, утвержденными приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 100 от 27.06.2017, приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 63 от 17.05.2017 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”» и с целью оказания своевременной, эффективной, безопасной экстренной помощи в ближайшее время после поступления или обращения пациента, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить алгоритмы:
 - 1.1. Алгоритм предоперационного обследования пациента до операции (Приложение № 1).
 - 1.2. Алгоритм проведения дооперационной седации (Приложение № 2).
 - 1.3. Алгоритм проведения периоперационной антибиотикопрофилактики (Приложение № 3).
 - 1.4. Алгоритм проведения периоперационной профилактики тромбоэмболических осложнений (Приложение № 4).
 - 1.5. Алгоритм ведения пациента в операционном блоке (Приложение № 5).
 - 1.6. Алгоритм ведения пациента в раннем послеоперационном периоде (Приложение № 6).
 - 1.7. Алгоритм перевода прооперированного пациента в палату пробуждения, ОРИТ или отделение хирургического профиля стационара (Приложение № 7).
 - 1.8. Алгоритм оценки технической готовности оборудования к операции (Приложение № 8).
2. Утвердить образцы бланков:
 - 2.1. Бланк операционного чек-листа (с правилами его заполнения) (Приложение № 9).
 - 2.2. Бланк извещения о возникновении ТЭЛА у оперированных больных хирургического профиля (Приложение № 10).
3. Утвердить Принципы конфиденциальности при оказании медицинской помощи (Приложение № 11).
4. Утвердить методику определения риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений (Приложение № 12).
5. Применять Бланк информированного согласия на переливание крови и её компонентов (в соответствии с приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 25 от 25.01.2018 «Об организации работы трансфузиологического кабинета» по разделу «Трансфузиологическая безопасность»).
6. Применять Правила организации посещения пациентов и памятку для посетителей отделений стационара (в соответствии с приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 83 от 30.06.2016 «Об утверждении Правил посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»).
7. Применять методику оценки боли (в соответствии с приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 100 от 02.07.2018 «Об утверждении алгоритма назначения обезболивающей терапии пациентам с хроническим болевым синдромом в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»).
8. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись, ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
9. Контроль за актуализацией настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по хирургической помощи Нестерова А.В.
10. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

Алгоритм обследования пациента до операции

Предоперационное обследование остается рутинным, но очень важным процессом. Оно включает в себя сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни, проведение физикального обследования, выполнение лабораторных и инструментальных обследований.

Задачами предоперационного обследования являются:

- стратификация риска до проведения хирургического вмешательства;
- предоставление рекомендаций по оптимизации состояния пациента в предоперационном периоде;
- прогнозирование возможных осложнений в периоперационном периоде и разработка стратегии по уменьшению риска возникновения данных осложнений.

При определении объема лабораторных исследований следует исходить из данных анамнеза, физикального осмотра пациента и характера предстоящего оперативного вмешательства. Такой подход позволит избежать излишних анализов. Излишнее предоперационное обследование может привести к нецелесообразному промедлению с хирургическим вмешательством.

При выборе объема предоперационного исследования целесообразно руководствоваться Стандартами по конкретной патологии, приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и положениями, представленными в таблице «Предоперационное обследование».

Предоперационное обследование

Протромбиновое время Активированное частичное тромбопластиновое время	Определение не требуется, за исключением кровоточивости в анамнезе у пациента или членов его семьи. У пациентов, получающих варфарин, определить международное нормализованное отношение
Общий анализ крови	У пациентов любого возраста, которым предстоит оперативное вмешательство
Биохимический анализ крови	У пациентов любого возраста, которым предстоит оперативное вмешательство среднего и высокого риска
Показатели функции печени	Определение целесообразно, только если данные анамнеза или результаты физикального обследования указывают на патологию
Общий анализ мочи	Определение целесообразно, только если данные анамнеза или результаты физикального обследования указывают на патологию
Определение беременности	Рекомендовано у всех женщин детородного возраста перед оперативным вмешательством
Электрокардиография	Определение целесообразно у пациентов с ишемической болезнью сердца, нарушениями ритма сердца, заболеваниями периферических артерий, нарушением мозгового кровообращения или структурной патологией сердца. У пациентов любого возраста, которым предстоит оперативное вмешательство среднего и высокого риска
Рентгенография органов грудной клетки	Рекомендовано у пациентов старше 50 лет, которым планируется хирургическое вмешательство на органах грудной клетки, верхнего этажа брюшной полости или по поводу аневризмы брюшной аорты, у пациентов с заболеваниями сердца и дыхательной системы
Исследование функции внешнего дыхания	Необходимо для установления наличия ранее не диагностируемой обструктивной болезни легких. При подготовке к хирургическим вмешательствам на органах грудной клетки
Обследование газового состава и кислотно-щелочного состояния	Необходимо в случае подозрения на гипоксемию или гиперкапнию

Тщательный сбор анамнеза позволит выявить пациентов с высоким риском развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, риском кровотечений, тромбозов, с риском развития послеоперационного делирия.

Не менее половины пациентов, которым предстоит хирургическое вмешательство, получают ту или иную постоянную медикаментозную терапию. Управление терапией пациента, которую он получал до операции и будет получать после, является важным компонентом периоперационного ведения пациента. Врач должен соотнести риск развития в периоперационном периоде нежелательных явлений, ассоциированных с данной терапией, с риском ее прекращения. Врач должен учитывать степень тяжести и характер сопутствующего заболевания, по поводу которого данная терапия назначена.

Лекарственные средства, которые необходимо отменить утром в день хирургического вмешательства

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (как правило, отменяют за время, равное 4–5 периодам полувыведения; в зависимости от НПВС это время может быть менее или более 4–5 дней).

Пролонгированный инсулин.

Неинсулиновые сахароснижающие средства.

Средства, применяемые в эндокринологии (в том числе препараты для лечения заболеваний щитовидной железы и ГКС; может быть необходимость в применении стресс-доз).

Блокаторы H₂-рецепторов, ингибиторы протонного насоса (ИПП).

Психоактивные средства (за исключением ингибиторов моноаминоксидазы и психостимуляторов).

Статины (при регулярном приеме в утреннее время).

Антиконвульсанты. Габапентин, Прегабалин. Баклофен.

Глазные капли.

Трансдермальные средства.

Средства, используемые после трансплантации.

Иммуносупрессанты

При любом хирургическом вмешательстве возможны осложнения. Основной целью оценки риска является определение того, превосходит ли польза от хирургического вмешательства возможные риски.

При определении операционного риска обязательно следует учитывать:

- длительность общего обезболивания (хирургические вмешательства продолжительностью более 8 ч ассоциированы с повышенным риском осложнений);
- urgency хирургического вмешательства (в целом рассматривается как фактор, повышающий риск);
- прогнозируемая кровопотеря;
- локализация хирургического вмешательства и связанные с этим осложнения.

На основании проведенного физикального, лабораторного и инструментального обследований определяют класс физического состояния пациентов (рекомендации Американского общества анестезиологов):

I – здоровый пациент;

II – легкая соматическая патология;

III – тяжелая соматическая патология;

IV – тяжелая соматическая патология, несущая постоянную угрозу жизни;

V – пациент с ожидаемым наступлением летального исхода при невыполнении хирургического вмешательства.

Данная классификация позволяет прогнозировать риск развития периоперационных осложнений и наступления летального исхода. Летальные исходы были зарегистрированы у 0,1; 0,7; 3,5 и 18,3 % пациентов, отнесенных к классам I, II, III и IV соответственно.

Ниже приведены ключевые положения из методических рекомендаций, подготовленных Федерацией анестезиологов и реаниматологов России по вопросам периоперационного ведения пациентов с наиболее часто встречающейся патологией. Несомненную практическую ценность этих методических рекомендаций подтверждает их утверждение профильной комиссией по анестезиологии и реаниматологии Минздрава России.

Дыхательная недостаточность (ДН)

Ключевые положения

1. Частота возникновения периоперационных легочных осложнений превышает частоту развития кардиологических осложнений в 1,5 раза, что увеличивает продолжительность лечения и летальность.
2. ДН – состояние организма, при котором либо не обеспечивается поддержание нормального газового состава артериальной крови, либо оно достигается за счет повышенной работы внешнего дыхания, приводящей к снижению функциональных возможностей организма, либо поддерживается искусственным путем.
3. Факторами риска, связанными с оперативным вмешательством, являются его длительность более 3 ч, экстренный характер операции, локализация в области верхнего этажа брюшной полости и грудной клетки, позиционирование на операционном столе, высокая травматичность операции.
4. Изменения механических свойств легких, связанные с интраоперационными факторами и анестезией, заключаются в снижении ФОЕ на всех этапах анестезии, увеличении фракции шунта, снижении комплаенса, увеличении величины мертвого пространства, снижении легочных объемов.
5. Факторами риска развития легочных осложнений, связанными с состоянием пациента, выступают ожирение, возраст, курение, повышение внутрибрюшного давления, сопутствующая респираторная патология.
6. Предоперационная оценка состояния больного включает осмотр анестезиолога, выявление наиболее характерных жалоб при респираторной патологии, физикальное обследование, лабораторную диагностику, рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию.
7. Спирография – наиболее ценный метод диагностики легочных нарушений, выполняется по показаниям. Для определения обратимости бронхиальной обструкции проводится проба с бронхолитиками.
8. Основу профилактики нейромышечной дыхательной недостаточности составляет использование миорелаксантов средней продолжительности действия.
9. Респираторная поддержка должна осуществляться согласно рекомендациям, быть максимально щадящей и включать меры по профилактике ателектазирования.
10. Все анестетики нарушают центральную регуляцию дыхания, что повышает риск развития легочных осложнений. При риске развития бронхоспазма препаратом выбора является пропофол. Все ингаляционные и неингаляционные анестетики (кроме тиопентал натрия) оказывают бронхолитический эффект.
11. Предоперационная подготовка и модификация факторов риска при бронхообструктивных заболеваниях и состояниях должны заключаться в отказе от курения не менее чем за 8 недель до операции, медикаментозной терапии бронхиальной обструкции, профилактике периоперационного бронхоспазма и гиперинфляции у пациентов с ХОБЛ.

Гипертоническая болезнь (ГБ)

Ключевые положения

1. У пациентов с артериальной гипертензией (АГ), подвергающихся некардиальным оперативным вмешательствам, необходимо выполнять оценку уровня артериального давления, стадии АГ, общего сердечно-сосудистого риска и риска хирургического вмешательства. Объем предоперационного обследования определяется по общим правилам для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, подвергающихся некардиальным хирургическим операциям согласно стратификации риска.
2. Перенос планового оперативного вмешательства оправдан при АГ выше 180/110 мм рт.ст. при длительно существующей АГ с впервые выявленным поражением органов-мишеней и при впервые выявленной АГ с целью проведения обследования для выявления поражения органов-мишеней. Необходимо стабилизировать АД на уровне, позволяющем выполнить оперативное вмешательство.
3. Целью лечения АГ является снижение САД <140 мм рт.ст., а диастолического ниже 90 мм рт.ст. (для пациентов с сахарным диабетом ниже 85 мм рт.ст.). Для пациентов старше 60 лет с исходным САД > 160 мм рт.ст. рекомендовано снижение САД до 140–150 мм рт.ст.
4. Резкое одномоментное повышение АД (САД >180 мм рт.ст. и ДАД >120 мм рт.ст.) может приводить к поражению органов-мишеней, что сопровождается значительным уровнем летальности и рассматривается как неотложное состояние при АГ.
5. Неотложные состояния требуют немедленного лечения – снижения Ср.АД на 20 % (либо ДАД до 100–110 мм рт.ст.) в течение первых 60 мин, а затем более медленно. Оптимально проведение

гипотензивной терапии препаратами, вводимыми внутривенно под контролем АД в условиях отделения или палаты интенсивной терапии.

6. Изолированное повышение АД без поражений органов-мишеней (ГК) требует постепенного снижения АД в течение 24–48 ч, лечение может проводиться в палатах общего профиля. Безопасный одномоментный уровень снижения давления крови соответствует 25 % от исходного Ср.АД.

7. Антигипертензивную терапию необходимо продолжать вплоть до дня операции, за исключением ИАПФ и диуретиков (их следует исключить за сутки до анестезии). При предоперационной подготовке пациентов с АГ нужно учитывать особенности сопутствующей патологии. Пациентам с сочетанием АГ и ИБС показана терапия β -адреноблокаторами в предоперационном периоде, в случае если β -адреноблокаторы назначаются впервые, терапия должна быть начата как минимум за 1 день до операции (оптимально за 1 неделю).

8. Премедикация должна включать бензодиазепины.

Ишемическая болезнь сердца

Ключевые положения

1. Наличие ИБС у пациентов, подвергающихся некардиальным хирургическим вмешательствам, увеличивает риск развития периоперационных сердечно-сосудистых осложнений.

2. При экстренных хирургических вмешательствах, как правило, оценка и коррекция скомпрометированной сердечно-сосудистой функции проводятся безотлагательно, в операционной. При плановых операциях решение о дополнительном обследовании, терапии и возможном переносе вмешательства для улучшения состояния пациента принимается согласно описанным алгоритмам пошаговой оценки.

3. При наличии нестабильного состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) (нестабильная стенокардия, острая сердечная недостаточность, значимая аритмия, сопутствующие пороки сердца с клинической симптоматикой, недавно перенесенный – до 30 сут – инфаркт миокарда (ИМ) или продолжающаяся ишемия миокарда) плановое хирургическое вмешательство должно быть отменено или отложено.

4. Для количественной предоперационной оценки сердечно-сосудистого риска рекомендуется совместное применение различных индексов (Lee, Goldman, Eagle, Detsky и др.). Необходима оценка клинических критериев риска периоперационных кардиальных осложнений, в том числе оценка функциональных резервов пациента в МЕТ. Также на исходы влияет объем операции, которые можно оценить по хирургическому риску (низкий, промежуточный и высокий) либо по категории риска.

5. Выполнение 12-канальной электрокардиографии в покое показано всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистые заболевания при планируемом хирургическом вмешательстве высокого или промежуточного риска; пациентам, имеющим факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний при планируемом хирургическом вмешательстве низкого риска; пациентам старше 65 лет без факторов риска при планируемом хирургическом вмешательстве промежуточного риска.

6. Эхокардиография рекомендована при наличии симптомов сердечной недостаточности или пациентам без клинической симптоматики при планируемом вмешательстве высокого риска.

7. Наиболее эффективными препаратами, позволяющими улучшить послеоперационные исходы, являются БАБ и статины. Также периоперационная медикаментозная терапия у пациентов с ИБС может включать центральные α_2 -агонисты, блокаторы кальциевых каналов, ИАПФ, антиагреганты, антикоагулянты.

8. Периоперационное применение БАБ снижает летальность у пациентов с высоким кардиальным риском.

9. Применение антиагрегантов и непрямых антикоагулянтов должно быть прекращено заблаговременно перед плановой операцией с одновременным переходом на терапию прямыми антикоагулянтами.

10. Основными задачами интраоперационного периода у пациентов с ИБС являются поддержание в миокарде баланса между доставкой и потреблением кислорода за счет предупреждения тахикардии, поддержания оптимального АД (в пределах ± 20 % от исходного), гемоглобина (выше 90 г/л), гематокрита ($> 0,32$), $S_vO_2 > 65$ –70 %, нормотермии. Интраоперационный контроль электрокардиограммы обязателен, желателен мониторинг сегмента ST в двух отведениях. Наличие искусственного водителя ритма сердца требует заблаговременного планирования тактики действий, при необходимости применения хирургической электрокоагуляции или электроимпульсной терапии.

Желудочковые аритмии

Ключевые положения

1. Неотложному лечению подлежат только жизнеопасные аритмии: устойчивая ЖТ, ФЖ.
2. Предоперационное обследование пациентов с жизнеопасными аритмиями включает электрокардиографию, эхокардиографию, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, коронароангиографию (по показаниям).
3. Изолированные ЖЭ или неустойчивая мономорфная ЖТ при отсутствии органической патологии сердца не влияют на исход хирургических вмешательств.
4. Временная отмена планового хирургического вмешательства рекомендована при:
 - выявлении желудочковых аритмий, сопровождающихся клинической симптоматикой, у пациентов, имеющих органическую патологию сердца;
 - впервые выявленной устойчивой ЖТ.
5. При устойчивой мономорфной ЖТ, сопровождающейся нарушениями гемодинамики, показана неотложная кардиоверсия. При стабильной гемодинамике при неэффективности или невозможности выполнения кардиоверсии назначается амиодарон.
6. При устойчивой полиморфной ЖТ, сопровождающейся нарушениями гемодинамики, показана неотложная кардиоверсия. При стабильной гемодинамике при неэффективности или невозможности выполнения кардиоверсии назначается амиодарон.
7. При рецидивирующей полиморфной ЖТ для лечения и предупреждения пароксизмов рекомендованы Р-адреноблокаторы. При отсутствии синдрома удлиненного Q–T с целью лечения может быть назначен амиодарон внутривенно.
8. При ЖТ типа «пируэт» немедленно выполняются кардиоверсия (ЭИТ), коррекция электролитного состава крови. При удлиненном Q–T показано назначение сульфата магния, при брадикардии – учащающая электрокардиостимуляция или инфузия изопротеренола.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)

Ключевые положения

1. В предоперационном периоде основными задачами анестезиолога являются выявление ХСН, определение ее вида и стадии с целью оценки риска оперативного вмешательства.
2. При первичном осмотре анестезиолог должен обратить внимание на снижение толерантности к нагрузкам, задержку жидкости, признаки других кардиологических и некардиологических заболеваний.
3. Лабораторная диагностика ХСН должна по возможности включать количественную оценку содержания МНП. При его концентрации 100 пг/мл – диагноз ХСН сомнителен, >500 пг/мл – диагноз ХСН высоковероятен (90 %).
4. ЭхоКГ должна выполняться перед операцией у всех пациентов с подозрением на ХСН с целью определения ее наличия и вида.
5. При установлении диагноза ХСН дальнейшая предоперационная оценка должна включать определение функциональных резервов больного и волемического статуса.
6. Наличие декомпенсированной ХСН является противопоказанием для планового оперативного вмешательства. При оценке риска сердечно-сосудистых осложнений необходимо учитывать наличие факторов риска их развития и травматичность операции.
7. В предоперационном периоде перед анестезиологом стоит задача оптимизации терапии ХСН: необходима отмена сердечных гликозидов. Отмена антагонистов альдостерона, β-блокаторов, диуретиков и статинов не требуется. Применение перед операцией ИАПФ и блокаторов рецепторов АПГ связано с риском интраоперационной гипотензии. Решение об отмене данных препаратов принимается индивидуально, при назначении ИАПФ для коррекции артериальной гипертензии рекомендована их отмена за 24 ч до операции.
8. У пациентов с ХСН возможно применение всех видов анестетиков, однако необходимо снижение дозы вследствие нарушенной фармакокинетики. При выборе анестетика необходимо учитывать вид ХСН и влияние препаратов на систолическую и диастолическую функцию желудочков.
9. Мониторинг в течение анестезии зависит от стадии ХСН, при стадиях С и D при наличии технических возможностей целесообразно использовать инвазивное определение АД и сердечного выброса.

10. Выбор стратегии инфузионной терапии является более принципиальным, чем выбор анестетика у пациентов с ХСН. Пациенты с ХСН при поступлении в операционную в большинстве случаев находятся в состоянии гиповолемии. Инфузионно-трансфузионная терапия в этом случае должна основываться на целевой стратегии с поддержанием параметров доставки кислорода >550 до 600 мл/(мин $\times$ м²), сердечного индекса от $3,5$ до $4,5$ л/мин $\times$ м², среднего АД >70 мм рт.ст., $S_vO_2 >70$ %.

11. При коррекции периоперационной гипотензии у пациентов с ХСН применяются инотропные и вазоактивные препараты. На данный момент нет единого мнения по поводу применения того или иного препарата.

12. Для предоперационной подготовки у пациентов с низкой ФВ и гипотензией может быть использован левосимендан. У пациентов с систолическим АД <100 мм рт.ст. инфузия должна быть начата без болюсной дозы, при систолическом АД <90 мм рт.ст. введение препарата возможно на фоне инотропной поддержки.

13. Регионарные и нейроаксиальные блокады являются альтернативным вариантом анестезии при наличии показаний и отсутствии противопоказаний, необходимо индивидуально рассчитывать отношение «польза-вред».

Антикоагулянтная терапия

Проведение хирургического вмешательства у пациента, длительное время получающего антикоагулянтную или антиагрегантную терапию, сопряжено с риском кровотечения, если препараты продолжают применяться, или с риском тромбоэмболических осложнений, если их прием прекращен. В данной ситуации необходимо тщательное взвешивание периоперационного тромбоэмболического и геморрагического рисков у каждого конкретного пациента. Но при этом необходимо помнить, что тромбоэмболии у данных пациентов возникают в 30 раз чаще, чем кровотечения.

Существующие в настоящее время рекомендации относительно прерывания и возобновления длительной антиагрегантной терапии.

Ацетилсалициловая кислота:

- в большинстве хирургических ситуаций (особенно в кардиохирургии) антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой должна быть продолжена;
- в случае высокого риска кровотечений отменяют за 5 дней до операции;
- п/о доза должна быть нагрузочной и введена не позднее 24 ч от окончания операции.

Клопидогрел:

- должен быть отменен за 5 дней до операции (1С) (в случае необходимости рекомендуется переход на мост-терапию НМГ);
- п/о доза должна быть нагрузочной и введена не позднее первых 24 ч от окончания операции (IIС).

Тикагрелор:

- должен быть отменен за 5 дней до операции (IIС).

Варфарин:

- терапия не должна прерываться при операциях на коже, в стоматологии, при гастроскопии и колоноскопии (даже если выполняется биопсия, но не полипэктомия!), при небольших офтальмологических операциях (на передней камере глазного яблока, при катаракте) (1С);

– при низком риске тромбозов (фибрилляция предсердий с $CHA_2DS_2 - VAS_C <2$, при рецидивах ВТЭ с лечением >3 мес.) терапию прекращают за 5 дней до операции; за 1 день до операции рекомендуется мониторинг МНО и прием 5 мг витамина К в том случае, если значения МНО превышают 2,0 (целевое МНО $<1,5$) (1С). При высоком риске тромбозов (фибрилляция предсердий с $CHA_2DS_2 - VAS_C >2$, при рецидивах ВТЭ с лечением <3 мес., наличие искусственных клапанов) рекомендуется следующая схема: отмена препарата за 5 дней до операции; на 3-й и 2-й день до операции – терапевтические дозировки НМГ или НФГ; последнее ведение НМГ – за 24 ч, а НФГ – за 12 ч до операции; в последний день перед операцией – контроль МНО;

– возобновление терапии – вечером после операции; введение НМГ/НФГ следует продолжить до достижения целевого МНО при двух измерениях;

– при высоком риске тромбозов введение НФГ или НМГ должно быть возобновлено через 6–48 ч после операции, а прием варфарина – как только будет достигнут хирургический гемостаз.

Дабигатран, ривароксабан:

- у пациентов, принимавших дабигатран и ривароксабан, период отмены должен быть не менее 24 ч, при операциях с высоким риском кровотечения до стабилизации гемостаза – 2–4 сут.;
- у пациентов, принимавших дабигатран, с клиренсом креатинина 30–50 мл/мин прием препарата прекращается за 5 дней до операции без мост-терапии.

Препараты для экстренного прерывания эффектов антитромботической терапии при неотложных операциях

Купирование эффекта НФГ: медленный в/в болюс (1–3 мин) протамина в дозе 1 мг/100 МЕ НФГ, введенного за последние 2–3 ч. При неэффективности (продолжающееся кровотечение) – инфузия протамина под контролем АЧТВ.

Купирование эффекта НМГ: эффективного антидота нет, протамин сульфат ингибирует не более 50 % активности НМГ. Возможно в/в введение протамина сульфата 1 мг на 100 анти-Ха НМГ; повторно 0,5 мг/100 анти-Ха НМГ. В/в инфузия концентрата протромбинового комплекса.

Купирование эффекта варфарина: перед экстренной операцией рекомендуется концентрат протромбинового комплекса (25 МЕ/кг) и дополнительное введение 5 мг витамина К (в/в, п/к или перорально) или фитоменадиона (синтетический водорастворимый аналог витамина К).

Заболевания центральной нервной системы

Ключевые рекомендации

1. Периоперационное ведение больных с сопутствующими заболеваниями ЦНС, включая предоперационную подготовку, при необходимости может осуществляться в кооперации с врачом-неврологом.

2. При проведении некардиохирургических операций у пациентов с ОНМК в анамнезе с целью снижения риска повторного инсульта в интраоперационный период следует избегать снижения гемоглобина ниже 90 г/л, поддерживать уровень гликемии в пределах 3,5–10 ммоль/л. Процент снижения артериального давления от исходной величины является гораздо более важным ориентиром для оценки развития гипотензии, чем абсолютная величина. Необходимо избегать снижения артериального давления более чем на 20 %, особенно у пациентов с нарушением ауторегуляции мозгового кровотока.

3. Анестезиологическое обеспечение у пациентов с синдромом внутричерепной гипертензии проводится препаратами, которые вызывают быстрое начало анестезии без увеличения ВЧД (например, тиопентал натрия, пропофол). Фасцикуляции мышц при использовании сукцинилхолина могут привести к повышению ВЧД. После интубации трахеи пациент должен вентилироваться с той частотой и дыхательным объемом, которые обеспечивают нормовентиляцию или умеренную гипервентиляцию (при необходимости).

4. При болезни Альцгеймера препаратами выбора являются анестетики, гипнотики или опиоиды короткого действия (пропофол, тиопентал натрия), нежелательны ингаляционные анестетики и антихолинэргические препараты, возможен продленный эффект сукцинилхолина и относительная резистентность к недеполяризующим миорелаксантам. Нейроаксиальные методы анестезии не противопоказаны.

5. У пациентов с болезнью Паркинсона в течение анестезии возможны сердечно-сосудистые нарушения гипотензия и аритмии (связаны с приемом леводопы). Препараты выбора – пропофол, ингаляционные.

6. Несететики (кроме галотана). Противопоказаны бутирофеноны (дроперидол, галоперидол), кетамин, тримеперидин (промедол), тиопентал натрия, галотан. Нейроаксиальные методы анестезии не противопоказаны.

7. При наличии хореи Хантингтона нежелательны барбитураты, бензодиазепины и метоклопрамид. Возможна повышенная чувствительность к сукцинилхолину. Нейроаксиальные методы анестезии не противопоказаны. Возможные осложнения: аспирационный синдром, замедленное восстановление сознания и мышечного тонуса.

8. У больных рассеянным склерозом сама операция и анестезия являются факторами риска прогрессирования заболевания. Применение сукцинилхолина связано с риском гиперкалиемии, миорелаксанты имеют непредсказуемый эффект, нейроаксиальные и регионарные блокады не противопоказаны, но с учетом возможного прогрессирования заболевания от них лучше воздержаться.

9. Перенесенный полиомиелит может приводить к повышенной чувствительности к седативному действию анестетиков, также возможна задержка пробуждения. Послеоперационная болевая чувствительность может быть повышена. При спинальной анестезии препарат выбора – гипербарический раствор бупивакаина.

10. У больных эпилепсией барбитураты, опиоиды, бензодиазепины являются предпочтительными, изофлуран, десфлуран и севофлуран считаются приемлемым вариантом. Вне зависимости от препаратов, используемых для анестезии, необходимо продолжение лечения противоэпилептическими препаратами на всем протяжении периоперационного периода.

11. Анестезия у больных с полным прерыванием спинного мозга должна быть направлена на предотвращение вегетативной гиперрефлексии. Рекомендованы недеполяризующие миорелаксанты, анестетики и анальгетики короткого действия, нейроаксиальные методы анестезии не противопоказаны.

12. У больных с сирингомиелией следует применять препараты, не связанные с увеличением ВЧД, сукцинилхолин противопоказан. Нейроаксиальные методы анестезии следует применять с осторожностью (избегать быстрого введения растворов), при этом возможны технические сложности (грудной сколиоз).

13. У больных с боковым амиотрофическим склерозом нежелательно использование тиопентала натрия, кетамина, атропина и сукцинилхлина. Нейроаксиальные методы анестезии не противопоказаны и, возможно, являются методом выбора. Возможно развитие дыхательной недостаточности. Необходимо рассмотреть вопрос об инвазивной или неинвазивной вентиляционной поддержке. Возможна повышенная потребность в нутритивной поддержке. Поражение продолговатого мозга и нарушение функции мышц глотки могут predispose к легочной аспирации.

Нервно-мышечные заболевания (НМЗ)

Ключевые пункты рекомендаций

НМЗ делятся на четыре условные группы: заболевания мотонейронов, периферические neuropathies, нарушения нейромышечной проводимости (НМП) и миопатии.

1. Для пациентов с НМЗ характерны следующие клинические проявления: мышечная слабость (МС), хроническая дыхательная недостаточность, слабость бульбарных мышц с нарушением акта глотания, риском аспирации пищи желудочного содержимого в дыхательные пути, нарушения водно-электролитного баланса, КОС, дисфункция вегетативной НС, а также кардиомиопатии.

2. У пациентов с НМЗ значительно повышается операционно-анестезиологический риск с развитием осложнений, наиболее частые из которых:

- нарушения нервно-мышечной функции (МС, локальные и генерализованные мышечные спазмы);
- нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- абдомиолиз;
- гиперкалиемия;
- злокачественная гипертермия и гипотермия.

3. В предоперационном обследовании пациентов с НМЗ, помимо осмотра анестезиолога-реаниматолога, необходимы консультации кардиолога, невролога и по возможности пульмонолога.

4. При плановом предоперационном обследовании обязательно проведение электрокардиографии, эхокардиографии, спирографии, рентгенографии грудной клетки и анализа газов артериальной крови, что снижает риск возможных и непредвиденных осложнений.

5. Нормализация нутритивного статуса пациента – важное условие предоперационной подготовки.

6. Общая и местная анестезия, периоперационная интенсивная терапия и другие лечебные процедуры должны проводиться с минимальным риском для пациента и исключением полипрагмазии.

7. В премедикации не должны использоваться лекарственные средства, угнетающие дыхание.

8. Тотальная внутривенная анестезия – основной метод анестезиологической защиты пациента с НМЗ.

9. По сравнению с общей анестезией регионарные методы анестезии предпочтительнее у пациентов с выраженными дыхательными и сердечными нарушениями.

10. Регионарная анестезия при заболеваниях периферической НС не противопоказана при отсутствии противопоказаний.

11. Препараты, угнетающие НМП (например, антибиотики, β -блокаторы и др.), усиливают мышечную слабость, поэтому следует избегать их применения.

12. При проведении тотальной внутривенной анестезии дозы гипнотиков, анестетиков, опиоидов должны быть максимально снижены с учетом их отрицательного инотропного эффекта.

13. При наличии сердечной дисфункции обязательно проведение «кардиальной» терапии до анестезии или седации, инвазивный контроль гемодинамики – в периоперационный период.

14. Применение миорелаксантов нежелательно.

15. У пациентов с низким дыхательным резервом поддержание дыхания и газообмена во время регионарной анестезии целесообразно путем проведения неинвазивной масочной вентиляции.

16. Сочетание деполяризующего МР сукцинилхолина и галогенсодержащих ингаляционных анестетиков противопоказано в связи с риском развития фатальных осложнений.

17. При заболеваниях моторных нейронов и периферических нервов допустимо проведение галоген-ингаляционной анестезии, следует избегать применения сукцинилхолина.

18. При НМЗ с поражением синаптических структур противопоказано проведение галоген-ингаляционной анестезии.

19. Необходимо наличие ясного и четкого протокола ведения трудных дыхательных путей.

Мониторинг нарушений гемостаза

Ключевые рекомендации

Рациональный подход к дооперационному исследованию гемостаза заключается в поэтапном гемостазиологическом скрининге:

- анамнез и физикальное обследование;
- выявление больных с высоким риском;
- лабораторное обследование, расширенное в группе высокого риска.

При отрицательном гемостазиологическом анамнезе достаточно выполнения скрининговых тестов: АЧТВ, ПТВ, уровень фибриногена, количество тромбоцитов. В противном случае (а также при прогнозировании значительной интраоперационной кровопотери) необходим более расширенный гемостазиологический контроль.

Безопасные гемостатические условия для выполнения хирургического вмешательства:

- тромбоциты $>50\ 000/\text{мкл}$ ($>100\ 000/\text{мкл}$ для больших вмешательств);
- МНО $<1,5$;
- АЧТВ <45 с (отношение к нормальному АЧТВ $<1,5$).

Дооперационные исследования системы гемостаза не могут предсказать интраоперационные гемостазиологические нарушения, а обычные биохимические тесты (АЧТВ, ПТВ) неэффективны в их прогнозировании. Те или иные нарушения гемостаза сопряжены с практически любым оперативным вмешательством. Отсутствие гемостазиологического мониторинга ставит под сомнение эффективность использования препаратов, влияющих на систему гемостаза. Наиболее информативным методом интраоперационной оценки состояния системы гемостаза является ТЭГ. Она позволяет одновременно получить информацию о состоянии тромбоцитарного, плазменного звеньев системы гемостаза и фибринолиза.

Дифференциальная диагностика приобретенных нарушений гемостаза

Наиболее часто встречающимися приобретенными нарушениями гемостаза являются периоперационный фон антикоагулянтов/антиагрегантов, дефицит витамина К, ДВС-синдром, гемодилюционная коагулопатия, печеночная коагулопатия, уремическая коагулопатия, тромбоцитопении, тромбоцитопатии.

Для диагностики ДВС-синдрома рекомендуется использовать критерии Международного общества по тромбозам и гемостазу (2009):

- уровень тромбоцитов: $<100\ 000/\text{мкл}$ – 1 балл, $<50\ 000/\text{мкл}$ – 2 балла;
 - уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) или продуктов деградации фибрина (ПДФ): умеренное повышение – 2 балла, выраженное повышение – 3 балла;
 - удлинение ПТВ: от 3 до 6 с – 1 балл, >6 с – 2 балла;
 - уровень фибриногена: <1 г/л – 1 балл.
- Сумма баллов 5 и более свидетельствует о наличии ДВС-синдрома.

Терапия гемодилюционной коагулопатии: рекомендации esa (2013)

Рекомендуется использовать СЗП или концентрат протромбинового комплекса при удлинении ПТВ и АЧТВ более чем в 1,5 раза и тромбоконцентрат при снижении уровня тромбоцитов ниже 50 000 в мкл.

Рекомендуется лечение концентратом фибриногена, если имеется длительное кровотечение и подозревается снижение уровня или функции фибриногена (1С). Рекомендуемые триггеры для трансфузии фибриногена: снижение плазменной концентрации ниже 1,5–2,0 г/л или признаки функционального дефицита по данным ТЭГ (ПС).

Предлагается использовать криопреципитат для лечения кровотечения и гипофибринемии при отсутствии доступного концентрата фибриногена.

Тяжелое диффузное кровотечение и низкая прочность сгустка (по данным ТЭГ), несмотря на адекватную концентрацию фибриногена, возможно при критическом снижении концентрации XIII фактора. При дефиците фактора XIII (<60 % активности) предлагается применять концентрат фактора XIII (30 ЕД/кг).

Применение рекомбинантного фактора VII возможно только при кровотечениях, которые не могут быть остановлены хирургическими (ангиохирургическими) методами или комплексной гемостаз-корректирующей терапией. Необходимо серьезное обоснование для применения рекомбинантного фактора VII. Оптимальная доза 90–120 мкг/кг, она может быть использована повторно. Гипофибриногенемия, тромбоцитопения, гипотермия, ацидоз и активация фибринолиза должны быть устранены до введения рекомбинантного фактора VII.

Тактика ведения пациентов с ДВС-синдромом – рекомендации Международного общества по тромбозам и гемостазу (2009)

При наличии кровотечения и при высоком риске его развития (выполнение инвазивных вмешательств при уровне тромбоцитов <50 000/мкл) должна быть осуществлена инфузия тромбоконцентрата.

При наличии кровотечения и повышении ПТВ и АЧТВ показана инфузия СЗП (15 мл/кг). Аналогичная ситуация – пациенты с повышенным ПТВ и АЧТВ, требующие инвазивного вмешательства. Нет данных, что инфузия СЗП стимулирует активацию коагуляции.

Профилактическое переливание тромбоконцентрата и СЗП не показано.

Если инфузия СЗП невозможна из-за опасности перегрузки объемом, допустимо введение концентратов факторов свертывания (например, концентрата протромбинового комплекса). Но данные препараты смогут лишь частично скорректировать имеющийся дефицит факторов свертывания.

Тяжелая гипофибриногенемия (<1 г/л), сохраняющаяся несмотря на инфузию СЗП, – показание к переливанию криопреципитата.

ДВС-синдром с преобладанием тромбозов – показание к назначению антикоагулянтов в терапевтических дозах. Препарат выбора – нефракционированный гепарин в виде непрерывной в/в инфузии [10 Ед/ (кг·ч)]. При этом нет необходимости добиваться удлинения АЧТВ в 1,5–2,5 раза.

У пациентов без признаков кровотечения рекомендуется применение профилактических доз нефракционированного или низкомолекулярного гепарина.

Из-за отсутствия убедительных доказательств эффективности применение концентрата антитромбина III не рекомендуется.

Антифибринолитические препараты пациентам с ДВС-синдромом чаще всего не показаны.

Пациентам с первичным гиперфибринолизом, имеющим признаки кровотечения, рекомендуется введение транексамовой кислоты (по 15 мг/кг в/в каждые 8 ч).

Руководящие принципы по переливанию тромбоцитов

Активное кровотечение и количество тромбоцитов <50 000/мкл или доказанная дисфункция тромбоцитов (уремия, диагностированная тромбоцитопатия после кардиального шунта).

Отсутствие признаков активного кровотечения, но наличие следующего:

- временная миелосупрессия и тромбоциты < 10 000/мкл (<20 000/мкл);
- при наличии лихорадки или незначительного кровотечения;
- необходимость выполнения большой операции или манипуляций на центральной нервной системе и количество тромбоцитов <100 000/мкл;
- другие операции или процедуры, при которых имеется риск потенциального кровотечения и количество тромбоцитов <50 000/мкл;
- необходимость выполнения операции или процедур у пациента с известной дисфункцией тромбоцитов (тромбастения Гланцмана, уремия), у которого другие меры могут быть неэффективными.

Ожирение

Ключевые рекомендации

1. Для диагностики ожирения и определения его степени применяется ИМТ: ожирение $>30 \text{ кг/м}^2$, морбидное ожирение (МО) $>40 \text{ кг/м}^2$. С клинической точки зрения особое внимание следует уделять пациентам с абдоминальным типом патологического ожирения (ИМТ $>40 \text{ кг/м}^2$).
2. Основная цель предоперационной оценки пациентов с ожирением – выявление факторов риска периоперационных осложнений (диагностика сопутствующей патологии и степени ее компенсации). Коррекция тех факторов, которые способны повлиять на периоперационные осложнения (назначение и/или оптимизация лечения сопутствующей патологии).
3. Следует заранее прогнозировать технические проблемы, с которыми анестезиолог столкнется в операционной. Это выявление трудных дыхательных путей, трудности сосудистого доступа, измерения АД, перспективы регионарной анестезии. Заранее планируются объем необходимого мониторинга, вид анестезии. План обеспечения проходимости верхних дыхательных путей необходимо обеспечить препаратами и оборудованием (видеоларингоскоп, фиброскоп, гортанные маски и т.д.).
4. Хирургическое лечение больных с МО по возможности должно проходить в крупных стационарах, где есть все необходимое оборудование и лекарственные препараты, опытные анестезиологи.
5. При низкой толерантности к нагрузкам и наличии одышки следует исключить хроническую сердечную недостаточность. Обязательно выполнение эхокардиографии. Оценка уровня натрийуретических пептидов должна быть рутинной частью предоперационного обследования, если дисфункция миокарда установлена или подозревается.
6. Скрининг больных с возможным СД 2-го типа среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями следует начинать с определения уровня гликолизированного гемоглобина и глюкозы плазмы натощак, добавляя тест толерантности к глюкозе при сомнении.
7. Главная цель периоперационного ведения больного – ранняя активизация и реабилитация для предотвращения послеоперационных осложнений.
8. Низкие функциональные резервы определяют необходимость в резком ограничении применения препаратов, способных вызывать длительную сонливость, угнетать самостоятельное дыхание.
9. До начала индукции пациент должен находиться в положении на спине с поднятым головным концом на $30\text{--}45^\circ\text{C}$ или обратном положении Тренделенбурга. Всем пациентам с морбидным ожирением перед индукцией необходимо обеспечить «позицию для ларингоскопии с поднятым головным концом» и провести преоксигенацию.
10. Минимальный обязательный интраоперационный мониторинг: АД, электрокардиография, пульсоксиметрия, капнография, мониторинг НМБ. При обширных операциях, карбоксиперитонеуме и/или положении Тренделенбурга желателен неинвазивный мониторинг сердечного выброса.
11. Расчет дозы препаратов для анестезии производят на основании общей массы тела, идеальной массы тела, ИМТ или тощего веса тела в зависимости от используемого препарата.
12. Регионарная анестезия, как правило, в виде компонента комбинированного обезболивания – метод выбора для пациентов с МО, особенно при наличии ОСА, вследствие отсутствия/снижения парентерального применения опиатов.
13. При проведении ингаляционного наркоза необходимо использовать анестетики с низкой растворимостью в крови и низкой липофильностью. Севофлуран и особенно десфлуран – препараты выбора у пациентов с ожирением.
14. Препарат выбора для вводного наркоза у пациентов с ожирением – пропофол.

Алгоритм проведения дооперационной седации

Премедикация назначается в зависимости от вида госпитализации (экстренная или плановая), состояния пациента и сроков пребывания в стационаре.

1. При экстренном поступлении пациента, находящегося в тяжелом состоянии, нуждающегося в экстренном оперативном лечении, премедикация выполняется на операционном столе анестезиологом.

2. При экстренном поступлении пациента, находящегося в удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести, премедикация осуществляется дежурным хирургом в отделении. Премедикация осуществляется за 30 минут до оперативного вмешательства: М-холинолитики, антигистаминные препараты, наркотические анальгетики.

3. При выполнении планового оперативного вмешательства в день поступления пациента премедикация осуществляется за 30 минут до начала оперативного вмешательства: М-холинолитики, антигистаминные препараты, наркотические анальгетики.

4. При выполнении планового оперативного вмешательства не в день поступления пациента, пациенту в ночь перед оперативным вмешательством назначают седативные препараты. Премедикация осуществляется за 30 минут до оперативного вмешательства: М-холинолитики, антигистаминные препараты, наркотические анальгетики.

Алгоритм проведения периоперационной антибиотикопрофилактики

1. Необходимость периоперационной антибиотикопрофилактики определяется лечащим врачом на основании вычисления индекса риска возникновения ИОХВ (инфекций области хирургического вмешательства). Данный индекс основывается на бальной системе NNIS (National nosocomial infections surveillance system).

2. Определяется степень загрязненности раны, исходя из классификации хирургических ран по степени микробной контаминации. При чистых или условно-чистых операциях данный пункт оценивается в 0 баллов. При грязных или условно-грязных операциях данный пункт оценивается в 1 балл.

3. Анестезиологом проводится предоперационная оценка физического состояния пациента (анестезиологический риск) по шкале ASA (American Society of Anaesthesiologists) или шкале операционно-анестезиологического риска. 1 и 2 балла по шкале ASA соответствует 0 баллов по системе NNIS. 3 балла и выше по шкале ASA прибавляет к сумме показателей NNIS 1 балл. Классификация значений индекса ASA представлена в Приложении № 3 Федеральных клинических (методических) рекомендаций «Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения».

4. Если предполагаемая продолжительность операции (Т) составляет более чем в 1,5 раза больше от среднего времени выполнения операций данного типа, то добавляется еще 1 балл по системе NNIS. При значения индекса Т менее 1,5 к индексу NNIS добавляется 0 баллов.

5. При сумме баллов 0 по системе NNIS антибиотикопрофилактика пациенту не показана. При сумме баллов от 1 до 2 показана периоперационная антибиотикопрофилактика. При сумме баллов 3 показана антибиотикопрофилактика с последующей антибиотикотерапией.

6. Антибактериальный препарат вводится за 30–40 минут парентерально (предпочитаемый путь введения внутривенный) в среднетерапевтической дозе. Введение осуществляется непосредственно процедурной сестрой отделения перед транспортировкой больного в операционную. В случае предполагаемой задержки оперативного вмешательства или транспортировки больного в операционную минуя профильное отделение введение препарата осуществляется сестрой-анестезисткой на операционном столе.

7. Назначение антибактериального препарата должно быть отражено в листе назначений данного больного с пометкой «за 30 минут до операции». При интраоперационном введении антибиотика врач-анестезиолог выполняет соответствующую пометку в листе анестезии с указанием времени введения. При повторном интраоперационном введении препарата выполняется аналогичная пометка в листе анестезии, что также должно быть отражено в листе назначений.

8. Выбор препарата осуществляется с учетом схемы ПАП при различных типах хирургических вмешательств, изложенных в Федеральных клинических (методических) рекомендациях «Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения».

9. В качестве основной схемы ПАП («золотой стандарт») рекомендуется введение цефазолина в дозе 1 г при массе тела пациента менее 80 кг, 2 г – при массе 80 кг и более. Однако при операциях на дистальных отделах кишечного тракта необходимо применение препаратов с антианаэробной активностью. Для этого следует включать в схему ПАП метронидазол или клиндамицин.

10. При аллергии на пенициллины альтернативными препаратами, активными против грамположительной флоры, являются клиндамицин или ванкомицин, а в отношении грамотрицательных бактерий – азтреонам.

11. Кратность введения антибиотика во время операции определяется периодом его полувыведения. Как правило, препарат вводится однократно. Повторная доза назначается при продолжительности оперативного вмешательства, превышающей в 2 раза период полувыведения антибиотика.

12. Наличие одного из следующих 4 критериев является абсолютным показанием для проведения антибиотикотерапии, критерии 5-й и 6-й являются факультативными и при их наличии вопрос о проведении антибиотикотерапии решается индивидуально.

12.1. Выделение газа или патологического отделяемого по дренажу.

12.2. Послеоперационное кровотечение.

12.3. Температура тела выше 37°С на 3–4-е сутки после операции при наличии клинических признаков эндогенной интоксикации.

12.4. Искусственная вентиляция лёгких более суток.

12.5. Увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации со 2-х суток после операции или количество палочкоядерных нейтрофилов более 7 %.

12.6. Интраоперационная массивная контаминация тканей.

12.7. Объективно доказанное (хотя бы на основании анализа лейкоцитарной формулы) состояние иммунодефицита у послеоперационного больного.

13. Для отмены антибиотикотерапии необходимо соблюдение следующих критериев:

13.1. Отсутствие клинических признаков интоксикации.

13.2. Стабильность гемодинамики.

13.3. Положительная динамика основных симптомов инфекции.

13.4. Положительная рентгенологическая динамика.

13.5. Температура тела меньше 37°С в течение 24–48 часов.

13.6. Количество лейкоцитов менее 9000 10⁹/л.

13.7. Количество палочкоядерных нейтрофилов менее 7 %.

Приложение № 4

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм проведения периоперационной профилактики тромбоэмболических осложнений

1. Профилактика ТЭЛА должна осуществляться во всех случаях оперативных вмешательств. Мероприятия по профилактике ТЭЛА определяются на основании выявления степени риска развития ТГВ по шкале Carpi в модификации ACCP (American College of Chest Physicians) 2012 г.

2. Определяются следующие факторы риска с присвоением соответствующих баллов:

2.1. Факторы риска весом в 1 балл:

2.1.1. Планируемые неосложненные вмешательства продолжительностью до 45 мин – операции на мягких тканях, аппендэктомия, грыжесечение, роды, аборт, трансуретральная аденомэктомия.

2.1.2. Перенесенные крупные операции (меньше 1 мес. назад).

- 2.1.3. Варикозное расширение вен.
- 2.1.4. Воспалительные заболевания кишечника в анамнезе.
- 2.1.5. Отечность нижних конечностей (на момент обследования).
- 2.1.6. Ожирение (индекс массы тела больше 25 кг/м²).
- 2.1.7. Острый инфаркт миокарда.
- 2.1.8. Застойная сердечная недостаточность (меньше 1 мес.).
- 2.1.9. Сепсис (меньше 1 мес.).
- 2.1.10. Серьезные заболевания легких, включая пневмонию (меньше 1 мес.).
- 2.1.11. Нарушение функции легких.
- 2.2. Группа факторов риска весом в 2 балла:

2.2.1. Оперативные вмешательства в травматологии: переломы костей, голени с гипсовой повязкой или остеосинтезом, травмы и операции на позвоночнике без неврологических дефектов, остеосинтез костей голени, остеосинтез лодыжек, артротомия коленного сустава Злокачественные опухоли (в настоящий момент или в прошлом), холецистэктомия, резекция желудка или кишечника, осложненная аппендэктомия, расширенная мастэктомия, артериальная реконструкция, операции по поводу болезни Крона или других воспалительных заболеваний кишечника, кесарево сечение, ампутация матки, миомэктомия, удаление придатков, пластика труб, фиксация влагалища при выпадении, гистерэктомия, чреспузырная аденомэктомия операции на почке, мочеточнике, мочевом пузыре, пересадка почки и др.

- 2.2.2. Крупные хирургические вмешательства (больше 45 мин).
- 2.2.3. Лапароскопические операции (больше 45 мин).
- 2.2.4. Строгий постельный режим (больше 72 ч).
- 2.2.5. Гипсовая иммобилизация (меньше 1 мес.).
- 2.2.6. Центральные венозные доступы.
- 2.3. Группа факторов риска весом в 3 балла:
- 2.3.1. Перенесенные тромбоз глубоких вен или тромбоэмболии легочной артерии.
- 2.3.2. Семейный анамнез тромбозов.
- 2.3.3. Полиморфизм V фактора свертывания крови (фактора Лейдена).
- 2.3.4. Полиморфизм протромбина.
- 2.3.5. Повышение в крови уровня гомоцистеина.
- 2.3.6. Наличие волчаночного антикоагулянта.
- 2.3.7. Повышение титра антикардиолипидных антител.
- 2.3.8. Гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ).
- 2.3.9. Другие виды врожденной или приобретенной тромбофилии.
- 2.4. Группа факторов риска весом в 5 баллов:
- 2.4.1. Плановая артропластика крупных суставов нижних конечностей.
- 2.4.2. Переломы костей бедра, таза и голени (меньше 1 мес.).
- 2.4.3. Инсульт (меньше 1 мес.).
- 2.4.4. Множественные травмы (меньше 1 мес.).
- 2.4.5. Острое повреждение спинного мозга (паралич) (меньше 1 мес.).
- 2.4.6. Расширенные операции на органах грудной, брюшной полостей и забрюшинного пространства (экстирпация пищевода, гастрэктомия, панкреатэктомия, колэктомия, экстирпация матки и др.), эндоваскулярные вмешательства (баллонная дилатация, имплантация стентов в сосуд, эндоваскулярная тромбэктомия и др.).

3. Сумму баллов по шкале Caprini, а также степень риска развития ТЭЛА, определяет врач-анестезиолог накануне планового оперативного вмешательства или непосредственно перед операцией при ургентном хирургическом вмешательстве.

- 4. При сумме баллов 1–2 риск развития ТЭЛА определяется как «Низкий»
- 5. При сумме баллов 3–4 риск развития ТЭЛА определяется как «Средний»
- 6. При сумме баллов 5 и более риск развития ТЭЛА определяется как «Высокий»
- 7. Пометка о степени риска развития ТЭЛА выполняется лечащим врачом в предоперационном эпикризе. Врач-анестезиолог заполняет соответствующий документ по определению степени риска ТЭЛА интраоперационно при экстренных операциях или накануне оперативного вмешательства при плановой операции.

8. При очень низком риске развития ТЭЛА назначается немедикаментозная профилактика, в частности: эластическая компрессия или компрессионный трикотаж перед операцией и во время нее, в ночное и дневное время, вплоть до выписки из стационара.

9. При низком риске развития ТЭЛА назначается немедикаментозная профилактика, в частности:

9.1. Эластическая компрессия или компрессионный трикотаж перед операцией и во время нее, в ночное и дневное время, вплоть до выписки больного из стационара.

9.2. Ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъем и активная ходьба (в день операции).

9.3. В положении лежа несколько раз в течение суток выполнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах.

9.4. Отдых в положении лежа с приподнятым головным концом кровати.

10. При среднем риске развития ТЭЛА назначается немедикаментозная профилактика, в частности:

10.1. Эластическая компрессия или компрессионный трикотаж перед операцией и во время нее, в ночное и дневное время, вплоть до выписки больного из стационара.

10.2. Ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъем и активная ходьба (в день операции).

10.3. В положении лежа несколько раз в течение суток выполнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах.

10.4. Отдых в положении лежа с приподнятым головным концом кровати.

10.5. Медикаментозная профилактика (один лекарственный препарат):

10.5.1. Нефракционированный гепарин НФГ 2500 ЕД 3 р/сут, при массе тела более 70 кг 5000 ЕД 3 р/сут до полной активизации. В плановой хирургии первая инъекция – за 2 ч до операции.

10.5.2. Низкомолекулярные гепарины. Клексан 20 мг (0,2 мл) 1 р/сут. Фраксипарин 0,3 мл 2 р/сут. Первую инъекцию выполняют за 12 ч до операции. В экстренной хирургии возможно начало терапии прямыми антикоагулянтами после хирургической операции, но не позже 12 ч после ее окончания.

10.5.3. Пероральные антикоагулянты ксарелто по 10 мг 1 раз в день, первая доза через 6–10 часов после операции по достижению гемостаза. Прадакса перорально по 220 мг 1 раз в сутки, первый прием через 1 сут после операции. Апиксабан по 2,5 мг 2 р/сут, первая доза через 12–24 ч после операции.

11. При высоком риске развития ТЭЛА назначается немедикаментозная профилактика, в частности:

11.1. Эластическая компрессия или компрессионный трикотаж перед операцией и во время нее, в ночное и дневное время, вплоть до выписки больного из стационара.

11.2. Ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъем и активная ходьба (в день операции).

11.3. В положении лежа несколько раз в течение суток выполнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах.

11.4. Отдых в положении лежа с приподнятым головным концом кровати.

12. Контроль за состоянием свертывающей системы по показаниям:

12.1. К концу первой недели – контроль уровня тромбоцитов.

12.2. АЧТВ.

12.3. МНО.

12.4. Определение протромбинового времени.

12.5. Определение тромбинового времени.

12.6. Доплерография или дуплексное сканирование вен нижних конечностей и малого таза.

12.7. Исследование крови на анти-Ха активность.

13. Продолжительность профилактической гепаринизации не менее 10 дней. При сохранении факторов риска необходимо продлить антикоагулянтную профилактику до полного исчезновения факторов риска, либо перевод на пероральные антикоагулянты на срок 3–6 месяцев под контролем ПТИ, МНО, УЗИ вен нижних конечностей.

14. Перед переводом пациентов на профилактику ТЭЛА пероральными антикоагулянтами при высоком риске необходимо выполнить УЗИ вен нижних конечностей:

14.1. При наличии признаков ТГВ – консультация сердечно-сосудистого хирурга.

14.2. При отсутствии – непосредственный перевод на пероральные антикоагулянты.

15. При выявлении признаков свежего (нестабильного) тромбоза венозной системы:

15.1. Немедикаментозная профилактика, в частности:

15.1.1. Эластическая компрессия или компрессионный трикотаж перед операцией и во время нее, в ночное и дневное время, вплоть до выписки больного из стационара.

15.1.2. Ранняя активизация пациента в послеоперационном периоде: подъем и активная ходьба (в день операции).

15.1.3. В положении лежа несколько раз в течение суток выполнять сгибание и разгибание в голеностопных суставах.

15.1.4. Отдых в положении лежа с приподнятым головным концом кровати.

15.2. Медикаментозная профилактика (один лекарственный препарат):

15.2.1. Нефракционированный гепарин 5000 ЕД 3 р/сут, при массе тела более 70 кг 7500 ЕД 4 р/сут до полной активизации. В плановой хирургии первая инъекция – за 2 ч до операции.

15.2.2. Низкомолекулярные гепарины. Клексан 40 мг (0,4 мл) 1 р/сут. Фраксипарин 38 МЕ/кг 2 р/сут. Клексан за 12 ч до операции, затем через 12–24 ч. Фраксипарин за 12 ч до операции, через 12 ч после, на 2–3 сутки 1 р/сут, с 4-х суток 57 МЕ 1 раз/сут. В экстренной хирургии возможно начало терапии прямыми антикоагулянтами после хирургической операции, но не позже 12 ч после ее окончания.

15.2.3. Пероральные антикоагулянты ксарелто по 10 мг 1 раз в день, первая доза через 6–10 ч после операции по достижению гемостаза. Прадакса перорально по 220 мг 1 р/сут, первый прием через 1 сут после операции. Аписабан по 2,5 мг 2 р/сут, первая доза через 12–24 ч после операции.

15.3. Консультация сосудистого хирурга в экстренном порядке с решением вопроса о необходимости хирургических методов профилактики ТЭЛА: кроссэктомия, операция Троянова-Тренделенбурга, при восходящем тромбозе БПВ бедра, парциальная окклюзия нижней полой вены (имплантация фильтра, пликация).

Приложение № 5

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм ведения пациента в операционном блоке

1. Выбор метода анестезии: Комбинированный эндотрахеальный наркоз (КЭН), тотальная внутривенная анестезия (ТВА), региональные методы анестезии.
2. Оценка рисков периоперационного периода.
3. Оценка степени риска ТЭЛА.
4. Оценка риска кровопотери: характер хирургической патологии, травматичность и длительность оперативного вмешательства, состояние системы гемостаза (коагулограмма, количество тромбоцитов, ВЭБ, КЩС).
5. Течение анестезии (наркозная карта).
6. Инфузионная терапия.
7. Мониторинг витальных функций, динамика лабораторных показателей.
8. Кровопотеря, диурез.
9. Дозы и пути введения медикаментов (для индукции, интубации и поддержания анестезии, миорелаксации).
10. Режимы проведения ИВЛ.
11. Осложнения анестезии.

Приложение № 6

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм ведения пациента в раннем послеоперационном периоде

- 1.1. Адекватное послеоперационное обезболивание.
- 1.2. Клиническое наблюдение и инструментальный мониторинг.
- 1.3. Профилактика и лечение тошноты и рвоты.
- 1.4. Устранение дрожи.
- 1.5. Обеспечение нормальной температуры тела.
- 1.6. Переливание инфузионных растворов.
- 1.7. Наблюдение за отделяемым из операционной раны.

- 1.8. Ингаляция кислорода.
 - 1.9. Мониторинг диуреза.
 2. Ведётся определённый протокол мониторинга, в который вносятся данные результатов измерения ЧСС, АД, частоты дыхания и SpO₂.
 3. Проводится регулярное измерение ЧСС, АД, частоты дыхания и SpO₂.
- После обширных оперативных вмешательств такие измерения проводят каждые 5 минут, а после малых – каждые 15 минут.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм перевода прооперированного пациента в палату пробуждения, ОРИТ или отделение хирургического профиля стационара

Перевод пациента по окончании операции в палату пробуждения, где за ним наблюдает обученный средний медицинский персонал. Палата пробуждения должна располагать тем же оборудованием (включая мониторы), что и полностью оснащенная операционная.

1. Выполняются следующие задачи:
 - 1.1. Оценка уровня сознания.
 - 1.2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
 - 1.3. Анальгезия.
 - 1.4. Клиническое наблюдение и инструментальный мониторинг.
 - 1.5. Профилактика и лечение тошноты и рвоты.
 - 1.6. Устранение дрожи.
 - 1.7. Обеспечение нормальной температуры тела.
 - 1.8. Переливание инфузионных растворов.
 - 1.9. Наблюдение за отделяемым из операционной раны.
 - 1.10. Ингаляция кислорода.
 - 1.11. Мониторинг диуреза.
2. Ведётся определённый протокол мониторинга, в который вносятся данные результатов измерения ЧСС, АД, частоты дыхания и SpO₂.
3. Проводится регулярное измерение ЧСС, АД, частоты дыхания и SpO₂. После обширных оперативных вмешательств такие измерения проводят каждые 5 минут, а после малых – каждые 15 минут.
4. Оцениваются критерии готовности к переводу из палаты пробуждения в отделение:
 - 4.1. Больной бодрствует и выполняет команды.
 - 4.2. Больной самостоятельно поддерживает проходимость верхних дыхательных путей, защитные рефлексы восстановились.
 - 4.3. Адекватное дыхание.
 - 4.4. Стабильная гемодинамика.
 - 4.5. Боль устранена, рвоты нет.
5. Адекватное послеоперационное обезболивание:
 - 5.1. Этапы адекватного послеоперационного обезболивания.
 - 5.1.1. Прогнозирование интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде.
 - 5.1.2. Построение плана профилактики послеоперационного болевого синдрома: выбор обезболивания, пути введения лекарственного препарата, выбор дозы и режима введения (2 и более компонента анальгезии).
 - 5.1.3. Послеоперационная оценка эффективности проведения обезболивания и корректировка плана лечения боли при недостаточном обезболивании (оценка по шкале ВАШ, ВРШ в баллах, протокол оценки интенсивности боли).
 - 5.2. Основные принципы оценки послеоперационной боли:
 - 5.2.1. Оценка боли должна проводиться как в покое, так и при движениях больного.
 - 5.2.2. Эффективность обезболивания определяется оценкой интенсивности боли до и после назначения каждого анальгетика или метода анальгезии.

5.2.3. В отделениях анестезиологии и реанимации, где находятся пациенты с болью высокой интенсивности, оценка выраженности болевого синдрома на начальном этапе лечения осуществляется каждые 30 минут, а затем по мере снижения интенсивности каждые 2 часа.

5.2.4. В хирургических отделениях периодичность оценки интенсивности боли составляет 4–8 часов, что зависит как от выраженности боли, так и от эффективности обезболивания.

5.2.5. При решении вопроса о необходимости обезболивания следует ориентироваться на критерии максимально допустимой интенсивности боли. В частности, по 10-бальной ВРШ максимально допустимая интенсивность боли составляет 3 балла в покое и 4 балла при движениях.

5.2.6. Внезапное усиление интенсивности боли, особенно связанное с появлением таких признаков, как гипотензия, тахикардия, лихорадка, требует немедленной клинической оценки состояния пациента, поскольку это может быть связано с развитием хирургических осложнений.

5.2.7. Интенсивность боли, изменения схемы обезболивания, эффективность анальгезии, побочные эффекты используемых препаратов и методов обезболивания регистрируются в протоколе оценки эффективности послеоперационной боли медсестрой, ответственной за пациента.

5.3. Прогнозирование интенсивности послеоперационной боли и средняя продолжительность интенсивного этапа обезболивания в зависимости от травматичности оперативного вмешательства:

5.3.1. Оперативные вмешательства низкой травматичности (артроскопические операции, лапароскопические операции среднего объема, грыжесечение, операции на щитовидной железе, аппендэктомия): оценка боли по ВАШ или ВРШ 4–5 баллов, необходимость в обезболивании 24–36 часов. Для купирования боли применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол (ацетаминофен), трамадол.

5.3.2. Оперативные вмешательства средней травматичности (холецистэктомия, гистерэктомия из открытого доступа, остеосинтез при переломах длинных трубчатых костей, эндопротезирование тазобедренного сустава, челюстно-лицевых операций, ампутации конечностей, вскрытие флегмон): оценка боли в 5–7 баллов по ВАШ или ВРШ, необходимость в обезболивании 24–48 часов. Для купирования боли применяется мультимодальное обезболивание. Одновременное назначение НПВП и парацетамола, опиоидных анальгетиков, периферической регионарной анальгезии, продленной эпидуральной анальгезии посредством инфузии местных анестетиков, а также контролируемой пациентом эпидуральной анальгезии.

5.3.3. Оперативные вмешательства высокой травматичности (резекция пищевода, желудка, печени, ободочной и прямой кишки, торакотомия, операции на органах средостения, люмботомия, операции на почках, операции на аорте, эндопротезирование коленного сустава): оценка боли по ВАШ или ВРШ 7–10 баллов, необходимость в обезболивании 48–96 часов. Для купирования боли проводится одновременное назначение НПВП и парацетамола, опиоидных анальгетиков, периферической регионарной анальгезии, продленной эпидуральной анальгезии посредством инфузии местных анестетиков, а также контролируемой пациентом эпидуральной анальгезии.

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм оценки технической готовности оборудования к операции

1. Исправность наркозного аппарата:

1.1. Убедиться, что наркозный аппарат и вспомогательное оборудование подключены к электрической сети и включены.

2. Исправность мониторов:

2.1. Убедиться, что все мониторы (кислородный анализатор, пульсоксиметр, капнограф) функционируют нормально, а параметры срабатывания звуковой тревожной сигнализации выставлены должным образом. Следует выбрать подходящую частоту измерения АД с помощью манжетки.

3. Исправность подачи медицинских газов:

3.1. Проверить правильность подачи медицинских газов, герметичность соединений внутри аппарата, давление в трубопроводах.

3.2. Проверить поступление кислорода.

3.3. Убедиться, что линии подачи других медицинских газов подсоединены правильно.

- 3.4. Давление во всех линиях централизованной подачи газов должно составлять 4 атмосферы (400 кПа).
- 3.5. Поплавки ротаметра должны двигаться плавно, беспрепятственно, не залипая.
- 3.6. Проверить работу экстренной подачи кислорода.
4. Исправность испарителей:
- 4.1. Проверить, чтобы испаритель должным образом был заполнен анестетиком.
- 4.2. На присоединительных разъёмах должны находиться уплотнительные кольцевые прокладки.
- 4.3. Убедиться, что испарители правильно установлены и заполнены, а их крепёжная планка надёжно закреплена.
- 4.4. Закрыть испаритель. Убедиться, что он достаточно (но не чрезмерно) заполнен анестетиком. Порт, через который анестетик заливают в испаритель, должен быть закрыт.
- 4.5. Открыть кислородный ротаметр (5 л/мин). Кратковременно перекрыть просвет патрубка подачи дыхательной смеси. Убедиться в утечке паров анестетика.
- 4.6. Открыть испаритель и повторить этот тест. Убедиться в отсутствии утечки жидкого анестетика через заливочный порт.
- 4.7. После выполнения теста закрыть все испарители и ротаметры.
5. Исправность дыхательного контура:
- 5.1. Для каждого больного нужно использовать новый бактериально-вирусный дыхательный фильтр и угловой коннектор.
- 5.2. Проверить конфигурацию дыхательного контура.
- 5.3. Убедиться в отсутствии утечки из дыхательного мешка наркозного аппарата, а также в том, что регулируемый экспираторный предохранительный клапан не залипает и может полностью открываться и закрываться.
- 5.4. Проверить герметичность контура.
- 5.5. Нажимом и проворачивающим усилием проверить плотность всех соединений.
- 5.6. Проверить проходимость и газоток через весь дыхательный контур.
6. Исправность респиратора (аппарата ИВЛ):
- 6.1. Убедиться, что знакомы с данной моделью аппарата ИВЛ.
- 6.2. Проверить конфигурацию и плотность соединения всех шлангов и трубок.
- 6.3. Убедиться, что звуковая тревожная сигнализация функционирует и параметры её срабатывания настроены правильно.
- 6.4. Установить параметры ИВЛ и убедиться, что на вдохе создаётся адекватное давление.
7. Исправность систем выведения отработанной дыхательной смеси:
- 7.1. Убедиться, что она находится в рабочем состоянии и подключена к соответствующим выходным отверстиям в дыхательном контуре или аппарате ИВЛ.
8. Исправность вспомогательного оборудования:
- 8.1. Убедиться, что ларингоскопы имеются в наличии и находятся в рабочем состоянии.
- 8.2. Проверить ассортимент размеров и проходимость лицевых масок, воздухопроводов, эндотрахеальных трубок.
- 8.3. Проверить, хорошо ли работает аспиратор (отсос) и герметичны ли его соединения.
9. Наличие резервных средств ИВЛ:
- 9.1. Проверить, есть ли под рукой реанимационный дыхательный мешок (мешок Амбу).
10. Правильность ведения документации.
- 10.1. Заполнить дневник наркозного аппарата, подтверждая проведение процедуры проверки.
- Запись заверить подписью.

Бланк операционного чек-листа
(формат А4)

До начала анестезии		
1. Подтвердил ли пациент свое ФИО, область и тип оперативного вмешательства и дал согласие?	да	нет
2. Представлена ли медицинская карта стационарного больного с предоперационным эпикризом, предоперационным осмотром анестезиолога и согласием пациента на оперативное вмешательство, процедур?	да	нет
3. Определен ли риск развития тромбоэмболических осложнений в предоперационном осмотре анестезиолога, проводилась ли их профилактика?	да	нет
4. Маркирована ли область оперативного вмешательства?	да	нет
5. Проверено ли оборудование для проведения анестезии, операции и готово к использованию, газы подключены правильно?	да	нет
6. Имеются ли указания на аллергию в анамнезе?	да	нет
7. Предупрежден ли врач-эндоскопист при предполагаемой «трудной» интубации пациента?	да	нет
8. При прогнозировании возникновения кровотечения более 500 мл подготовлен ли венозный доступ и инфузионные среды, заявки на компоненты крови?	да	нет
9. При возникновении кровотечения более 1000 мл подготовлен ли к работе аппарат для интраоперационной реинфузии крови?	да	нет
10. В случае возникновения необходимости в проведении экстренной антибиотикопрофилактики имеются ли необходимые препараты?	да	нет
До рассечения кожи		
11. Все члены операционной бригады представились и назвали свою роль в оперативном вмешательстве?	да	нет
12. Подтверждено ли ФИО пациента, объем оперативного вмешательства?	да	нет
13. Проводилась ли периоперационная антибиотикопрофилактика в/в за последние 60 минут?	да	нет
14. Наличие необходимых рентген, КТ, ЯМР снимков?	да	нет
Этап операции		
15. Подтверждена стерильность материалов?	да	нет
16. Наличие необходимых стерильных инструментов и стерильных расходных материалов?	да	нет
17. Исправность оборудования?	да	нет
18. Проводится счет операционного материала и инструментов?	да	нет

Бланк операционного чек-листа
(формат А4, обратная сторона)

Этап операции

Ожидаемые критические события, отраженные в предоперационном эпикризе и предоперационном осмотре

с точки зрения хирурга

1. Критические этапы операции (процедуры)
2. Длительность операции
3. Ожидаемая кровопотеря

с точки зрения анестезиолога

4. Особенности анестезии у пациента

с точки зрения операционной медицинской сестры

До того, как пациент покинет операционную
Операционная медицинская сестра подтверждает

1. Отсутствие изменений в количестве инструментов, салфеток и игл.
2. Операционный материал маркирован (зачитаны надписи, включая ФИО пациента)
3. Имеются проблемы с оборудованием, требующие устранения

Хирург, анестезиолог

4. Определяют объем интраоперационной кровопотери
5. Указывают основные проблемы, касающиеся пробуждения пациента, ведения послеоперационного периода и сроков перевода пациента.
6. Место транспортировки пациента (в палату стационарного отделения, в отделение анестезиологии и реанимации № 2).

Правила заполнения бланка операционного чек-листа

Этап 1. «До начала анестезии»:

1. В операционной до начала проведения анестезии анестезиолог совместно с анестезисткой проверяют пункты с 1 по 11 данного раздела операционного чек-листа.
2. После проверки всех вышеперечисленных пунктов анестезиолог заполняет соответствующие графы текущей операции, заверяя данные своей подписью, приступает к проведению анестезии.

Этап 2. «До рассечения кожи»

1. Следующим этапом ассистент оперирующего хирурга, анестезиолог и операционная медсестра до первого разреза проверяют пункты с 1 по 4 данного раздела операционного чек-листа.
2. После проверки всех вышеперечисленных пунктов ассистент оперирующего хирурга, анестезиолог и операционная медсестра заполняют соответствующие графы текущей операции, заверяя данные своей подписью, приступают к выполнению операции.

Этап 3. «Во время оперативного вмешательства»

1. Во время оперативного вмешательства анестезиолог озвучивает пункты с 1 по 8 3-го этапа хирургической операции, а оперирующий хирург, операционная медицинская сестра устно подтверждают или не подтверждают указанные пункты.
2. По завершению оперативного вмешательства анестезиолог, оперирующий хирург и операционная медицинская сестра заполняют соответствующие графы текущей операции, заверяя данные своей подписью.

Этап 4. «До того, как пациент покинет операционную»

Окончательным этапом текущей операции хирург, анестезиолог и операционная медицинская сестра до того, как пациент покинет операционную, озвучивают ответы на пункты с 1 по 3 в текущей операции операционного чек-листа, а в пунктах с 4 по 6 отмечают необходимую информацию и заверяют своими подписями.

В последующем операционный чек-лист текущей хирургической операции подклеивается к медицинской карте стационарного больного непосредственно после протокола операции, являясь неотъемлемой ее составляющей.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

ИЗВЕЩЕНИЕ **о возникновении ТЭЛА** **у оперированного больного хирургического профиля** (формат А5)

№ п/п	Наименование	Данные
1.	Отделение	
2.	Диагноз	
3.	ФИО	
4.	Пол	

5.	Возраст	
6.	Дата установления диагноза	
7.	Проведение профилактики ТЭЛА	
8.	Непосредственная причина ТЭЛА	
9.	Дата и час отсылки извещения	
10.	Подпись пославшего извещение	
11.	Подпись получившего извещение	

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Принципы конфиденциальности при оказании медицинской помощи

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий

I. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных ч. 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

4.1. В целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений п. 1 ч. 9 ст. 20 настоящего Федерального закона.

4.2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

4.3. По запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно.

4.4. В целях осуществления уполномоченными федеральными органами исполнительной власти контроля за исполнением лицами, признанными больными наркоманией либо потребляющими наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, возложенной на них при назначении административного наказания

судом обязанности пройти лечение от наркомании, диагностику, профилактические мероприятия и (или) медицинскую реабилитацию.

4.5. В случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с п. 2 ч. 2 ст. 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного ч. 2 ст. 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя.

4.6. В целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий.

4.7. В целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти и федеральных государственных органов, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

4.8. В целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, а также несчастного случая с обучающимся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, и в соответствии с ч. 6 ст. 34.1 Федерального закона от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» несчастного случая с лицом, проходящим спортивную подготовку и не состоящим в трудовых отношениях с физкультурно-спортивной организацией, не осуществляющей спортивной подготовки и являющейся заказчиком услуг по спортивной подготовке, во время прохождения таким лицом спортивной подготовки в организации, осуществляющей спортивную подготовку, в том числе во время его участия в спортивных соревнованиях, предусмотренных реализуемыми программами спортивной подготовки.

4.9. При обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

2.1. Лица, не достигшего возраста, установленного ч. 5 ст. 47 и ч. 2 ст. 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

2.2. Несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в ч. 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в ч. 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в ч. 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель

лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в ч. 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в ч. 2 настоящей статьи, может быть сформировано в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

9.1. Если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в ч. 2 настоящей статьи).

9.2. В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

9.3. В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами.

9.4. В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

9.5 При проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

9.6. При оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

10.1. В случаях, указанных в п. 1 и 2 ч. 9 настоящей статьи, консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в ч. 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство, либо судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

10.2. В отношении лиц, указанных в п. 3 и 4 ч. 9 настоящей статьи, судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

10.3. В случае, указанном в п. 6 ч. 9 настоящей статьи, – врачебной комиссией либо, если собрать врачебную комиссию невозможно, консилиумом врачей или непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в ч. 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Лечащий врач

Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей для целей, установленных ч. 4 ст. 47 настоящего Федерального закона. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности

1. При осуществлении медицинской деятельности ведется учет персональных данных лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования (далее – персонифицированный учет).

2. В целях осуществления персонифицированного учета операторы информационных систем в сфере здравоохранения, указанные в ч. 3 ст. 91 настоящего Федерального закона, получают информацию от органов и организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и иных организаций в рамках информационного взаимодействия в соответствии с настоящим Федеральным законом.

3. Порядок ведения персонифицированного учета определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. При ведении персонифицированного учета должны обеспечиваться конфиденциальность персональных данных лиц, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, и безопасность указанных персональных данных с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бур-
денко»
от _____ № _____

Методика определения риска развития послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений

Одним из эффективных подходов к снижению частоты инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ), наряду с соблюдением правил асептики и антисептики и совершенствованием хирургической техники, является антибиотикопрофилактика. Частоты развития ИОХВ в стационарах Российской Федерации значительно отличаются от европейских данных, где распространенность госпитальных инфекций в хирургических стационарах составляет около 10 % случаев среди прооперированных пациентов. Данный показатель в среднем составляет 10–12 на 100 операций, при операциях с минимальным количеством факторов риска частота развития ИОХВ составляет 1–2 на 100 операций. Данная разница в показателях ИОХВ связана с проблемой недоучета случаев ИОХВ у прооперированных пациентов, а также с отсутствием учета влияния факторов риска лечебно-диагностического процесса на частоту возникновения этих осложнений.

Каждый случай развития ИОХВ увеличивает продолжительность госпитализации пациента, появляется необходимость использования антибиотиков резерва, что в свою очередь ведет за собой усиление антибиотикорезистентности возбудителей ИОХВ и усложнения структуры ВБИ. В ряде случаев требуется повторное хирургическое вмешательство. Оценочная стоимость лечения ИОХВ у одного пациента по данным европейских клиник составляет от 5000 до 40 000 долларов США. Помимо экономических затрат, связанных с лечением послеоперационных осложнений, необходимо учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом.

В то же время далеко не все пациенты, подвергающиеся абдоминальным операциям, нуждаются в профилактическом назначении антибиотиков и также в дальнейшей антибиотикотерапией. Неоправданное применение антибиотиков повышает стоимость лечения и способствует появлению и распространению резистентных штаммов микроорганизмов.

Факторы риска развития раневой инфекции

На развитие раневой инфекции в послеоперационном периоде влияют:

Внешние факторы

1. Операционная техника:

1.1. Травматичное обращение с тканями: неаккуратный разрез, ущемление тканей, травма краев раны инструментами.

1.2. Плохой гомеостаз. Около 30 % случаев ИОХВ связано с гематомами в ране, т.к. гематомы представляют собой питательную среду для микроорганизмов, что особенно неблагоприятно проявляет себя на фоне ишемии тканей за счет сдавления.

1.3. Плохое сопоставление краев раны, неудовлетворительное наложение и закрепление швов.

1.4. Избыточное пользование электротермокоагуляцией часто приводит к некрозу.

2. Тип послеоперационной повязки. Использование марли, липких материалов способствует дополнительной контаминации.

3. Качество шовного материала. Кетгут подавляет воспалительную реакцию. Наиболее биологически инертными являются лавсан, полипропилен и другие синтетики. Применение плетеных нитей сопровождается большей частотой нагноений, чем мононитей. В то же время эффективный гемостаз, улучшенное кровоснабжение, тонкие нерассасывающиеся шовные материалы, зашивание операционных ран без натяжения уменьшают риск нагноения раны в послеоперационном периоде.

4. Длительность пребывания в стационаре перед операцией. Вероятно, этот фактор действует как результат увеличения объема эндогенного резервуара микроорганизмов (поступление в организм больничной микрофлоры) и неблагоприятного воздействия на резистентность пациента факторов больничной среды.

5. Удаление волос. Показатели инфицированности операционной раны являются достоверно более низкими, если волосы не удаляются (при наличии такой возможности) или депиляцию производят стрижкой непосредственно перед операцией. Риск предоперационного бритья связан с высвобождением собственной микрофлоры и с нарушением локальных защитных механизмов кожи, что ведет к дополнительной колонизации и инфицированию эндогенными микроорганизмами. Данные 10-летнего проспективного рандомизированного исследования 62 939 исходов оперативных вмешательств (Cruse, Foord) продемонстрировали, что показатель инфицирования чистых ран после использования лезвия составил 2,5 %, электробритвы – 1,4 %, без депиляции – 0,9 %.

6. Продолжительность операции – один из трех важнейших и точно установленных факторов риска. Длительность операции – совокупный показатель, отражающий тяжесть как основной патологии, так и травматического эффекта операции.

Внутренние факторы, обусловленные состоянием организма

1. Контаминация операционной раны эндогенной и экзогенной микрофлорой.

2. Фоновые заболевания (исходное состояние пациента), наличие хронической патологии.

3. Ожирение может рассматриваться как дополнительный неблагоприятный фактор, т.к. жировые ткани характеризуются более низким кровенаполнением и кровотоком на 1 ед массы тела (низкая васкуляризация обуславливает более высокую восприимчивость жировой ткани), кроме того, жировая ткань создает дополнительные технические трудности проведения операции.

4. Инфекционные поражения других участков тела.

Одним из наиболее эффективных мер профилактики инфекций в области хирургического вмешательства прежде всего эндогенного происхождения, является организация периоперационной антибиотикопрофилактики (ПАП).

Принципы проведения антибиотикопрофилактики

Индекс риска NNIS

Индекс риска NNIS (National nosocomial infections surveillance system) – индекс риска возникновения ИОХВ, разработанный Национальной системой наблюдения за нозокомиальными инфекциями США.

Индекс риска NNIS основан на трех простых в оценке критериях и позволяет разделить операции по степени риска возникновения ИОХВ с учетом наличия или отсутствия основных факторов риска:

1. «Чистота» операции.

2. Предоперационная оценка тяжести состояния пациента по шкале ASA (American Society of Anaesthesiologists, или шкала операционно-анестезиологического риска).

3. Длительность операции относительно средней продолжительности (Т) ее выполнения.

Критерий	Баллы
Класс раны *	
Чистые или условно-чистые	0
Грязные или условно-грязные	1
Оценка по ASA **	
1 и 2 балла	0
3 балла и выше	1
Продолжительность операции***	
< Т	0
>=Т	1

Примечания:

* Примеры классов ран для стандартных операций представлены в Приложении № 1.

** Примеры критериев оценки состояния пациента по шкале ASA представлены в Приложении № 2.

*** Величина Т представляет собой 75-й процентиль распределения продолжительности всех операций данного типа (т.е. время выполнения или предполагаемое время выполнения операции составляет 150 % от среднего времени выполнения данной операции).

Индекс риска NNIS может принимать значения от 0 (операция низкого риска) до 3 (операция высокого риска) и с высокой степенью вероятности предсказывает вероятность развития ИОХВ после большинства типов хирургических операций.

При значении индекса NNIS:

- 0 баллов – антибиотикопрофилактика не требуется;
- от 1 до 2 баллов – требуется проведение периоперационной антибиотикопрофилактики;
- 3 балла – требуется проведение периоперационной антибиотикопрофилактики с последующей антибиотикотерапией.

1. Микробная контаминация операционной раны практически является неизбежной, даже при идеальном соблюдении правил асептики и антисептики.

2. При проведении антибиотикопрофилактики не следует стремиться к полной эрадикации бактерий. Значительное уменьшение их числа уже облегчает работу иммунной системы и предотвращает развитие гнойной инфекции в ране.

3. Эффективная концентрация антибиотика в операционной ране должна быть достигнута к началу операции и сохраняться до её окончания.

4. Внутривенное введение антибиотиков с целью профилактики, как правило, осуществляется за 30–40 минут до начала операции.

5. Продолжение введения антибиотиков более 24 часов после операции не приводит к повышению эффективности антибиотикопрофилактики.

Схемы антибиотикопрофилактики в хирургии

1. Сверхкороткая (антибиотик вводят внутривенно за 30–60 минут до операции и, если операция затягивается более 3 часов, то вводят еще одну дозу). Используется при чистых ранах.

2. Кратковременная или короткая (антибиотик вводят за 30–60 минут до операции и затем в стандартной дозировке в течение 24 часов после операции). Используется при контаминированных ранах.

Критерии выбора препарата для ПАП

1. Спектр активности препарата должен включать наиболее частых возбудителей послеоперационной раневой инфекции, в первую очередь стафилококков, а также анаэробов, являющихся частыми возбудителями послеоперационной инфекции при абдоминальных операциях.

2. Доза антибиотика соответствует обычной терапевтической дозе.

3. Кратность введения определяется периодом полувыведения антибиотика. Как правило, препарат вводится однократно. Повторная доза назначается при продолжительности оперативного вмешательства, превышающей в 2 раза период полувыведения антибиотика.

4. Продолжение введения антибиотика после операции при отсутствии прямых показаний не приводит к повышению эффективности, т.к. не предотвращает развитие ИОХВ и является нерациональным ввиду увеличения расходов, частоты развития нежелательных лекарственных реакций и роста антибиотикорезистентности.

5. Основным путем введения является внутривенный, что обеспечивает оптимальную концентрацию в крови и тканях к моменту операции.

6. Антибиотики не являются жаропонижающими средствами.

7. Антибиотики не являются противовоспалительными средствами.

8. Антибиотики не работают в замкнутых полостях с гнойным содержимым.

9. Все бета-лактамы являются достаточно сильными аллергенами и при длительном применении вызывают сенсибилизацию организма, которая может проявляться различными по тяжести анафилактическими реакциями, вплоть до анафилактического шока.

10. Практически все антибиотики в терапевтических дозировках ослабляют клеточное звено иммунной системы больного, т.е. проявляют достаточно выраженный иммуносупрессивный эффект, который более выражен при использовании комбинации антибиотиков.

11. Чем тяжелее состояние больного, тем более ему показана монотерапия антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины 3–4-го поколения, фторхинолоны, карбопенемы).

Если при применении антибиотиков у больных с хирургической инфекцией за 4–5 дней не наступило явного клинического улучшения, нужно всесторонне обследовать больного для исключения недренированного абсцесса, несостоятельности швов анастомоза, раневой инфекции и т.д. Необходимо также провести бактериологическое исследование с определением чувствительности микроорганизмов для оценки правильности выбора антибиотика.

Если обнаружатся резистентные бактерии, то нужно заменить антибиотик. При упорной антибиотикотерапии без постановки бактериологического диагноза и без ее коррекции изменяется «микробный пейзаж раны» с развитием «суперинфекции» и, возможно, полиорганной недостаточности.

Дополнительные критерии перехода с АБП на АБТ:

1. Выделение газа или патологического отделяемого по дренажу.

2. Послеоперационное хирургическое либо биохимическое кровотечение.

3. Температура тела выше 37°C на 3–4-е сутки после операции при наличии клинических признаков эндогенной интоксикации.

4. Искусственная вентиляция лёгких более суток.

5. Увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации со 2-х суток после операции или количество палочкоядерных нейтрофилов более 7 %.

6. Интраоперационная массивная контаминация тканей.

7. Объективно доказанное (хотя бы на основании анализа лейкоцитарной формулы) состояние иммунодефицита у послеоперационного больного.

Наличие одного из первых 4 критериев является абсолютным показанием для проведения антибиотикотерапии, критерии 5-й и 6-й являются факультативными и при их наличии вопрос о проведении антибиотикотерапии решается индивидуально.

Критерии отмены антибиотикотерапии

1. Отсутствие клинических признаков интоксикации.

2. Стабильность гемодинамики.

3. Положительная динамика основных симптомов инфекции.

4. Положительная рентгенологическая динамика.

5. Температура тела меньше 37°C в течение 24–48 часов.

6. Количество лейкоцитов менее 9000 10⁹/л.

7. Количество палочкоядерных нейтрофилов менее 7 %.

Никакая профилактика и никакие самые совершенные антибактериальные препараты не могут заменить известное с 19-го столетия элементарное правило «чистых» рук в хирургии, т.е. неукоснительное соблюдение асептики и антисептики по-прежнему занимает ведущее место в профилактике хирургических инфекций.

Кроме того, нельзя забывать (а пренебрегать преступно) эпидемиологические требования, такие, как сокращение предоперационного койко-дня, исключение контакта больных, готовящихся к плановому оперативному вмешательству, с больными, контаминированными госпитальной инфекцией.

Хирург всегда должен помнить, что «щадающая» работа с тканями и стремление к минимизации кровопотери – весомый плюс в пользу безопасности больного и один из основных факторов в профилактике хирургической инфекции.

Классификация хирургических ран по степени микробной контаминации

Класс раны	Определение	Примеры
Класс I: чистая	Неинфицированная послеоперационная рана при отсутствии воспаления, при этом не затрагивались дыхательный, пищеварительный, половой или неинфицированный мочевыводящий тракты. Чистые раны закрываются первичным натяжением и в случае необходимости дренируются с помощью закрытого дренажа	Краниотомия, адреналэктомия, кардиохирургия, открытая редукция и фиксация закрытого перелома, спленэктомия, операция по поводу катаракты, грыжесечение, орхиэктомия, мастэктомия
Класс II: условно-чистая («чисто-контаминированная»)	Послеоперационная рана, затрагивающая дыхательный, пищеварительный, половой или мочевыводящий тракты в контролируемых условиях и без необычной контаминации	Холецистэктомия при отсутствии острого воспаления, аппендэктомия при отсутствии острого воспаления, гистерэктомия (вагинальная, абдоминальная), простатэктомия, ринопластика, оральная хирургия, кесарево сечение, торакотомия, ушивание рваной раны менее 8 ч после травмы
Класс III: контаминированная («загрязненная»)	Открытые, свежие, травматические раны. Кроме того, в эту категорию включены операции со значительными нарушениями асептики (например, открытый массаж сердца), или сопровождающиеся выраженной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта, а также операции, при которых наблюдается острое негнойное воспаление	Открытый массаж сердца, аппендэктомия (негангренозный аппендицит, но с воспалением), аппендэктомия при перфорации аппендикса, острый холецистит, ушивание рваной раны более 8 ч после травмы, открытая редукция и внутренняя фиксация открытого перелома с отсрочкой операции (8 ч после перелома), проникающая абдоминальная травма без перфорации полых органов, серьезные нарушения стерильности (например, использование нестерильных инструментов, промокание насквозь стерильного поля, отверстие в перчатках работающих в операционной), контакт инородного тела с раной или стерильным полем
Класс IV: «грязная» (инфицированная)	Старые травматические раны с нежизнеспособными тканями, а также послеоперационные раны, в области которых уже имелаась инфекция или произошла перфорация кишечника. Подразумевается, что микроорганизмы, способные вызвать ИОХВ, присутствовали в области оперативного вмешательства до операции	Огнестрельные раны, травматические раны с оставшимися нежизнеспособными тканями, обработка травматической раны, загрязненной травой или землей, вскрытие и дренирование абсцесса, отсроченное первичное натяжение после аппендэктомии по поводу перфоративного аппендицита, «грязная» травма с задержкой операции 10 ч и более

Примеры оценки физического состояния пациента по шкале ASA

Оценка	Состояние пациента	Примеры
P1	Нормальный, здоровый пациент (никаких органических, физиологических, биохимических или психических расстройств)	
P2	Пациент, имеющий нетяжелое системное заболевание	Заболевание сердца, которое лишь в незначительной степени ограничивает физическую активность: гипертоническая болезнь под контролем, сахарный диабет с минимальным повреждением органов, анемия, крайне пожилой/младенческий возраст, патологическое ожирение, хронический бронхит
P3	Пациент с тяжелым системным заболеванием, не приводящим, однако, к полной потере трудоспособности	Заболевание сердца, ограничивающее физическую активность: с трудом контролируемая гипертоническая болезнь, сахарный диабет с сосудистыми осложнениями, хроническое заболевание легких, ограничивающее активность пациента
P4	Пациент с инвалидизирующим тяжелым системным заболеванием, представляющим постоянную угрозу жизни	Тяжелая сердечная недостаточность, тяжелая ишемическая болезнь сердца, выраженная дыхательная недостаточность, выраженное нарушение функции почек или печени
P5	Умиравший пациент, который неминуемо погибнет без операции из-за крайне тяжелого основного заболевания	Неконтролируемое кровотечение при разрыве аневризмы брюшной аорты, травма головного мозга, массивная эмболия легочной артерии
P6	Пациент с установленной смертью головного мозга, используемый в качестве донора органов	

Схемы ПАП при различных типах хирургических вмешательств

Абдоминальная хирургия			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Экстренные и плановые лапаротомии, аппендэктомия и колоректальные операции	Цефазолин + Метронидазол или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин+Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+Метронидазол	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита), при которых антибиотики ПАП вводятся в течение 24 часов после операции
Операции на желудке и 12-перстной кишке, (резекция желудка или 12-перстной кишки или поджелудочной железы)	Цефазолин +Метронидазол или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, или Ципрофлоксацин	
Шунтирование желудка	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, + Азтреонам или Ципрофлоксацин	
Операции на тонком кишечнике без обструкции	Цефазолин	Клиндамицин+Гентамицин или Азтреонам или	

		Ципрофлоксацин	
Операции на тонком кишечнике с обструкцией	Цефазолин +Метронидазол, или Цефокситин	Гентамицин+Метронидазол или Ципрофлоксацин	
Открытые операции на желчных протоках и желчном пузыре	Цефазолин, или Цефокситин, или Цефтриаксон, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин+Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+Метронидазол	
Лапароскопические операции на желчных протоках и желчном пузыре у пациентов без факторов риска	Не рекомендуется		
Лапароскопические операции на желчных протоках и желчном пузыре у пациентов с факторами риска (перфорация желчного пузыря, переход от лапароскопического доступа к лапаротомическому, острый холецистит/панкреатит, желтуха, беременность, сниженный иммунитет, введение инородных устройств)	Цефазолин, или Цефокситин, или Цефтриаксон, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин+гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+метронидазол	
Грыжесечение не ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки и их пластика с использованием импланта (сетка)	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Грыжесечение не ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки и их пластика без импланта (сетка)	Не рекомендуется		
Грыжесечение ущемленной грыжи паховой области или брюшной стенки	Цефазолин +Метронидазол, или Цефокситин, или Цефотетан	Гентамицин+Метронидазол или Ципрофлоксацин	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита), при которых антибиотики ПАП вводятся в течение 24 часов после операции

Торакальная хирургия			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Операции на пищеводе	ПАП не проводится		
Устройство для механической поддержки левого желудка	Цефазолин, или Цефутоксим	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Рак молочной железы	Цефазолин, или Цефутоксим	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Изменение формы молочной железы	Цефазолин, или Цефутоксим	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Введение имплантов в молочную железу	Цефазолин, или Цефутоксим	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Лобэктомия, пневмэктомия	Цефазолин, или Цефутоксим, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин, или Ванкомицин	
Операции на ЛОР органах			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Чистые операции: тиреоидэктомия и удаление лимфатических узлов	Не рекомендуется		
Чистые операции с использованием протезов (исключая тимпаностомическую трубку)	Цефазолин, или цефутоксим	Клиндамицин	
Условно-чистые онкологические операции	Цефазолин+Метронидазол, или Цефутоксим+Метронидазол, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин	
Условно-чистые: паротидэктомия, удаление подчелюстной железы, ринопластика, реконструкция переломов челюсти (исключая тонзиллэктомию, аденоидэктомию)	Цефазолин+Метронидазол, или Цефутоксим+Метронидазол, или Ампициллин/сульбактам	Клиндамицин	
Введение трубки в среднее ухо	Местный АБ однократно		
Гинекологические операции			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Экстренные и плановые гинекологические операции на органах малого таза с лапаротомическим доступом, или экс-	Цефазолин +Метронидазол, или Цефтриаксон + Метронидазол	Клиндамицин+Гентамицин, или Азтреонам или Ципрофлоксацин или Гентамицин+Метронидазол	ПАП проводится однократно, за исключением контаминированных операций (наличие серозного перитонита), при которых антибиотики ПАП вводятся в течение 24 часов

тренированные лапароскопические операции			после операции
Кесарево сечение	Цефазолин внутривенно в 60-минутном интервале до разреза	Гентамицин+Клиндамицин	
Кесарево сечение (экстренное и плановое) при длительном безводном периоде (более 12 ч) и/или преждевременных родах (<37 недель гестации)	Амоксициллин+клавулановая кислота внутривенно после пережатия пуповины Цефазолин +Метронидазолом в внутривенно в 60-минутном интервале до разреза	Гентамицин + метронидазол	Не применять Амоксициллин+клавулановая кислота, если АБ вводится до разреза
Аборт (инструментальный – кюретаж)	Доксициклин 100 мг до операции и 200 мг после операции		per os
Неполный аборт	Не рекомендуется		
Разрыв промежности III–IV степени с вовлечением анального сфинктера и/или слизистой прямой кишки	Цефазолин+Метронидазол	Гентамицин+Клиндамицин	
Нейрохирургия			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Краниотомия и шунтирование СМЖ	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	Однократно
Имплантация интра-текальной помпы	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	Однократно
Травматология			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Чистые операции на конечностях без использования протезов/имплантов	Не рекомендуется	Не рекомендуется	
Фиксация перелома с использованием гвоздя, пластины	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	
Искусственный сустав	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	
Открытые/сочетанные переломы Тип I, II, IIIa (все открытые переломы без повреждения мягких тканей)	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	В течение 24 ч
Тип IIIb, IIIc (открытые переломы с нарушением мягких тканей, массивной контаминацией и поражением сосудов)	Цефазолин	Клиндамицин или Ванкомицин	В течение 72 ч

Ампутация конечностей неинфицированная	Цефазолин + Метронидазол Амоксициллин+клавулановая кислота	Клиндамицин или Ванкомицин	За 60 мин до операции
Ампутация конечностей инфицированная	Бензилпенициллин, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Клиндамицин + Гентамицин	5 дней
Челюстно-лицевая хирургия			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Внутренняя фиксация множественных переломов нижней челюсти	Цефазолин+метронидазол, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Гентамицин+Клиндамицин	Не более 24 ч
Интраоральная костная пластика	Цефазолин+метронидазол, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Гентамицин+Клиндамицин	
Хирургическая ортодонтия	Цефазолин+метронидазол, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Гентамицин+Клиндамицин	Не более 24 ч
Операции на лице (чистые)	Не рекомендуется		
Пластические операции на лице с использованием имплантов	Цефазолин	Гентамицин+Клиндамицин	
Сосудистая хирургия			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Операции на брюшной аорте и сосудах нижних конечностей. Протезирование сосудов	Цефазолин	Клиндамицин, или Ванкомицин	Однократно
Урологические операции			
Вид/локализация операции	Препараты выбора	Препараты резерва	Продолжительность ПАП
Трансректальная биопсия простаты	Ципрофлоксацин, или Тримето-прим/сульфаметоксазол		<72 ч
Ударно-волновая литотрипсия	Цефутоксим, или цефтриаксон	Тримето-прим/сульфаметокс азол	
Чрескожная нефролитотомия: камни ≥20 мм и расширение почечных лоханок	Цефутоксим, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Тримето-прим/сульфаметокс азол, или Ципрофлоксацин	Фторхинолоны 7 дней
Трансуретральная резекция простаты	Цефутоксим, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Тримето-прим/сульфаметокс азол, или Ципрофлоксацин	

Трансуретральная резекция опухоли мочевого пузыря	Цефуроксим, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Тримето-прим/сульфаметокс азол, или Ципро-флоксацин	У пациентов из группы риска и большими опухолями с некрозом
Радикальная цистэк-томия	Цефуроксим, или Цефтриаксон, или Амоксициллин+клавулановая кислота	Тримето-прим/сульфаметокс азол, или Ципро-флоксацин	

Распределение продолжительности операций

№ п/п	Тип операции	75 перцентиль длительности операции (в часах и минутах)
1	Коронарное шунтирование	4 ч 53 мин
2	Операции на сердце	4 ч 45 мин
3	Другие операции на сердечно-сосудистой системе	1 ч 50 мин
4	Операции на легких	2 ч 40 мин
5	Другие операции на органах дыхательной системы	1 ч 26 мин
6	Аппендэктомия	1 ч 10 мин
7	Операции на печени, поджелудочной железе	3 ч 44 мин
8	Холецистэктомия	1 ч 50 мин
9	Операции на толстой кишке	3 ч
10	Операции на желудке	2 ч 32 мин
11	Операции на тонкой кишке	3 ч 19 мин
12	Лапаротомия	1 ч 53 мин
13	Другие операции на органах желудочно-кишечного тракта	2 ч 30 мин
14	Ампутация конечностей	1 ч 25 мин
15	Операции на позвоночнике	2 ч 30 мин
16	Операции по поводу открытых переломов	2 ч 10 мин
17	Протезирование	2 ч 45 мин
18	Другие операции костно-мышечной системы	2 ч 03 мин
19	Кесарево сечение	57 мин
20	Абдоминальное удаление матки	2 ч
21	Вагинальное удаление матки	1 ч 58 мин
22	Другие операции на матке	1 ч
23	Удаление почки	3 ч 08 мин
24	Удаление простаты	3 ч 55 мин
25	Другие операции на органах мочеполовой системы	1 ч 30 мин
26	Операции на голове и шее	3 ч 45 мин
27	Другие операции на ушах, носу, рте, пазухах	2 ч 30 мин
28	Операции на головном мозге	4 ч 17 ми
29	Вентрикулярное шунтирование	1 ч 35 мин
30	Другие операции на нервной системе	1 ч 35 мин
31	Операции по поводу грыж	1 ч 35 мин
32	Удаление грудной железы	2 ч 15 мин
33	Трансплантация внутренних органов	7 ч 05 мин
34	Кожная пластика	1 ч 50 мин
35	Удаление селезенки	2 ч 24 мин
36	Сосудистые операции	3 ч 22 мин
37	Операции на эндокринной системе	2 ч 23 мин
38	Операции на глазах	1 ч 55 мин
39	Операции на лимфатической системе	1 ч 48 мин
40	Операции на коже и ее придатках	1 ч 30 мин

Глава 10. Деятельность клинико-диагностической лаборатории

Утверждены: положение о клинико-диагностической лаборатории, порядок обеспечения ресурсами в клинико-диагностической лаборатории, порядок идентификации образцов в клинико-диагностической лаборатории, порядок организации безопасности производственной среды в клинико-диагностической лаборатории, порядок управления информацией и информационной безопасностью в клинико-диагностической лаборатории, преаналитические процессы, аналитические процессы в клинико-диагностической лаборатории, постаналитические процессы в клинико-диагностической лаборатории, порядок организации внутреннего контроля качества лабораторных исследований.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

05.12.2019

№ 178

г. Пенза

Об организации деятельности клинико-диагностической лаборатории в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и независимой системы оценки качества работы в клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», руководствуясь Федеральными законами Российской Федерации от 28.12.2013 № 426 «О специальной оценке условий труда», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», ГОСТ Р ИСО 15189 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности», ГОСТ Р ИСО 9000 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь», ГОСТ Р ИСО 14971 «Изделия медицинские. Применение менеджмента риска к медицинским изделиям», ГОСТ Р ИСО 31000 «Менеджмент риска. Принципы и руководство», ГОСТ Р 51897-2011/Руководство ИСО 73:2009 «Менеджмент риска. Термины и определения», ГОСТ Р 51901.12 «Менеджмент риска. Метод анализа видов и последствий отказов», ГОСТ Р 56395-2015/ИСО/ТС 22367:2008 «Лаборатории медицинские. Снижение ошибок посредством менеджмента риска и постоянного улучшения», ГОСТ Р 52905-2007 «Лаборатории медицинские. Требования безопасности», ГОСТ Р 53022.1-2008 «Технологии лабораторные медицинские. Требования к качеству клинических лабораторных исследований», ГОСТ Р 53079.1 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 1. Правила описания методов исследования», ГОСТ Р 53079.2 «Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследо-

ваний. Часть 2. Руководство по управлению качеством в клинико-диагностической лаборатории. Типовая модель», ГОСТ Р 53022.2 «Технологии лабораторные клинические. Требования к качеству клинических лабораторных исследований. Часть 2. Оценка аналитической надежности методов исследования (точность, чувствительность, специфичность)», ГОСТ Р 53133.1-2008 «Технологии лабораторные медицинские. Контроль качества клинических лабораторных исследований». Часть 1. Пределы допускаемых погрешностей результатов измерений аналитов в клинико-диагностических лабораториях, ГОСТ Р 53133.2-2008 «Технологии лабораторные медицинские. Контроль качества клинических лабораторных исследований. Часть 2. Правила проведения внутрилабораторного контроля качества методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов», ГОСТ Р 53133.3 «Технологии лабораторные клинические. Контроль качества клинических лабораторных исследований. Часть 3. Описание материалов для контроля качества клинических лабораторных исследований», СанПин 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации», СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)», СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С», СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами III–IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней», СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В», письмом Роспотребнадзора от 13.04.2009 № 01/4801-9-32 «О типовых программах производственного контроля», Руководством Р 3.5.1904-04 «Дезинфектология. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях», Методическими указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения МУ № 287-113 от 30.12.1998, приказами Минздрава России № 381н от 07.06.2019 «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», № 109 от 21.03.2003 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», № 220 от 26.05.2003 «Об утверждении отраслевого стандарта “Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов”», № 64 от 21.02.2000 «Об утверждении номенклатуры клинических лабораторных исследований», № 45 от 07.02.2000 «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», № 380 от 25.12.1997 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения РФ», национальным руководством от 2012 г. «Клиническая лабораторная диагностика», клиническими рекомендациями от 2015 г. «Обеспечения клинической безопасности получения и применения лабораторной информации», приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта «Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок обеспечения ресурсами в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 1).
2. Утвердить порядок идентификации образцов в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 2).
3. Утвердить порядок организации безопасности производственной среды в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 3).
4. Утвердить управления информацией и информационной безопасностью в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 4).
5. Утвердить преаналитические процессы (Приложение № 5).
6. Утвердить аналитические процессы в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 6).
7. Утвердить постаналитические процессы в клинико-диагностической лаборатории (Приложение № 7).
8. Утвердить порядок организации внутреннего контроля качества лабораторных исследований (Приложение № 8).
9. Назначить врача клинической лабораторной диагностики клинико-диагностической лаборатории Жукову С.В. ответственной за организацию и проведение внутреннего контроля качества в КДЛ.
10. Назначить ответственным лицом за актуализацию приказа заведующего клинико-диагностической лабораторией Токареву Е.В.

11. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок обеспечения ресурсами в клинико-диагностической лаборатории

1. Клинико-диагностическая лаборатория ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ПОКБ) должна быть обеспечена всеми необходимыми ресурсами согласно порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.

2. Выбор оборудования должен осуществляться с учетом того, что приборы соответствуют услугам, которые предоставляет лаборатория, удобны в эксплуатации для специалистов лаборатории, наличия инструкции по эксплуатации на русском языке. Уровень точности и воспроизводимости предоставляемого оборудования должен соответствовать потребностям лаборатории.

3. Заведующий КДЛ определяет перечень необходимого лабораторного оборудования согласно порядкам, стандартам оказания медицинской помощи и ежегодно составляет заявки на приобретение необходимого оборудования.

4. Закупка лабораторного оборудования осуществляется в соответствии с требованиями федеральных законов от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц», от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции».

5. Закупка лабораторного оборудования осуществляется у организаций, зарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий и организаций, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, у поставщиков в соответствии с единым порядком формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в учреждении, утвержденным приказами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 24.12.2013 № 159 «О порядке формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» (с последующими изменениями и дополнениями), от 22.01.2018 № 17 «Об утверждении положения о комиссии по осуществлению закупок ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», состава постоянно действующей комиссии и Порядка проведения процедур закупок, заключения контрактов (договоров) по итогам проведения закупок по Федеральному закону от 18.07.2011 № 223-ФЗ.

6. При закупке, эксплуатации лабораторного оборудования применяет в работе приказ ПОКБ от 01.03.2019 № 39 «Об организации контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

7. Заведующий КДЛ назначает ответственных за обращение и использование изделий медицинского назначения.

8. При установке нового оборудования проводится обучение всех сотрудников; только сотрудники, которые были специально обучены правильному использованию оборудования, допускаются к работе с ним.

9. Обслуживание оборудования (ежедневное, еженедельное и ежемесячное) осуществляется в соответствии с СОП.

10. Во всех помещениях, где работает автоматическое оборудование, должны быть установлены гигрометры и ежедневно вестись карты учета температурного режима помещения и влажности.

11. На лабораторном оборудовании должен быть проставлен инвентарный номер.

12. Сервисное обслуживание и ремонт оборудования.

12.1. Сервисное обслуживание оборудования должно проводиться специалистами медицинской техники и метрологии или поставщиком регулярно.

12.2. Регулярное обслуживание планируется таким образом, чтобы не мешать работе лаборатории.

12.3. Ремонт лабораторного оборудования проводится согласно договору технического обслуживания.

13. Списание и удаление оборудования.

13.1. Списание оборудования производится, когда прибор не функционирует и не подлежит ремонту.

13.2. Устаревшее оборудование.

После проведения процедуры списания оборудование удаляется из лаборатории.

14. Управление реагентами, расходными материалами, калибраторами и контрольными материалами включает:

- закупки реагентов и расходных материалов в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок, товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Федеральным законом Российской Федерации от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»;

- прием и организацию хранения в соответствии с СОП «Прием и хранение реагентов и расходных материалов»;

- верификацию (руководство по верификации и оценке неопределенности тест-систем);

- применение (в соответствии с инструкциями производителей);

- утилизация (в соответствии с действующими санитарными правилами).

Хранение реагентов осуществляется в специально оборудованных холодильниках с постоянной фиксацией температуры и влажности в соответствии с СОП «Прием и хранение реагентов и расходных материалов». Согласно приказу Минздрава России от 25.08.2010 № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» на каждое холодильное оборудование ведется «Карта учета температурного режима холодильника».

15. Заведующий КДЛ для определения лимитов на следующий год составляет заявки на приобретение реагентов и расходных материалов. Далее согласно приказам ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 24.12.2013 № 159 «О порядке формирования и согласования заявок на закупку, проведения способов определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), заключения договоров, контрактов, исполнения договоров, контрактов и ведения претензионной работы в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» (с последующими изменениями и дополнениями), от 22.01.2018 № 17 «Об утверждении положения о комиссии по осуществлению закупок ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”, состава постоянно действующих комиссий» и Порядка проведения процедур закупок, заключения контрактов (договоров) по итогам проведения закупок по Федеральному закону от 18.07.2011 № 223-ФЗ и приемки результата по контрактам (договорам) служебная записка предоставляется на подпись главному врачу для передачи в работу контрактной службе. Одновременно с заявкой заведующий КДЛ подготавливает техническое задание на необходимые и указанные в заявке реагенты и расходные материалы. После передачи в контрактную службу заявки с резолюциями главного врача и заместителя главного врача по экономическим вопросам начальником контрактной службы определяется способ проведения закупки в соответствии с законодательством РФ и передается работнику контрактной службы, оформляющему документацию на закупку, с резолюцией начальника. После оформления документации на проведение закупки работник контрактной службы осуществляет ее согласование с контролирующими органами и отвозит в управление по закупкам.

16. Заведующий контролирует расход реагентов и расходных материалов и за 3 месяца до окончания ресурсов доводит до сведения главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в виде заявки на необходимые реагенты и расходные материалы.

Порядок идентификации образцов в клинико-диагностической лаборатории

Все лабораторные исследования в КДЛ выполняются по назначению врача. Врач осматривает пациента и делает соответствующие назначения в лист назначения истории болезни и в программу РИАМС ПроМед. Лабораторные исследования назначаются согласно стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям и протоколам. КДЛ применяет в работе приказ ПОКБ от 26.04.2019 № 80 «Об идентификации личности пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

1. Целью идентификации образцов в клинико-диагностической лаборатории является:

– правильное определение пациента, которому предназначено проведение забора биологического материала (кровь, моча, ликвор, мокрота, кал, выпотные жидкости и др.) и выполнение лабораторных исследований;

– снижение риска нежелательных исходов при диагностике и лечении пациентов.

2. Методы идентификации пациента:

– идентификация пациента (фамилия, имя и число, месяц, год рождения) отражается письменно в медицинской документации в любом виде – набранный и распечатанный текст, либо запись от руки, либо стикер (наклейка), либо штрих-код. Обязательное требование – в виде читабельность текста;

– допускается сокращение до фамилии и инициалов пациента и года рождения пациента в немедицинских документах, таких как направления на оплату, талоны, бегунки, квитанции об оплате, акты выполненных работ;

– на контейнере с биоматериалом (кровь, моча и др.) полную ФИО и дату рождения необходимо указать в присутствии пациента.

3. Требования по идентификации пациентов:

3.1. Пациент идентифицируется на основании следующих двух идентификаторов: фамилия, имя, отчество и число, месяц и год рождения.

Номер палаты или место нахождения пациента не могут быть использованы в качестве идентификаторов пациента (переменчивые признаки).

3.2. Идентификация пациентов в особых обстоятельствах, например, в коматозном или бредовом/дезориентированном состоянии без документов, удостоверяющих личность, определяется на основании следующих идентификаторов: неизвестный/ая, пол (муж/жен), номер истории болезни стационарного больного.

3.3. В медицинской документации новорождённых идентификация проводится на основании следующих трех идентификаторов: фамилия матери новорождённого, пол новорожденного (мальчик/девочка), число, месяц и год рождения новорождённого; в случае двойни/тройни, дополнительно указать порядковый номер (1, 2, 3).

3.4. В родильном зале акушерка фиксирует на обеих ногах новорождённого идентификационные браслеты розового (для девочек) или голубого (для мальчиков) цвета с указанием следующих данных: фамилия, инициалы и № истории болезни матери, пол новорождённого (мальчик/девочка), вес, рост, время (ч, мин.) и число, месяц и год рождения.

3.5. На контейнере с биологическим материалом, направляемым в лабораторию, указывается: фамилия и инициалы пациента, число, месяц, год рождения, наименование материала, название отделения, дата забора. Если несколько образцов от одного пациента, то дополнительно необходимо указать: порядковый номер и локализацию (например, 1 – правая доля щитовидной железы, 2 – левая доля щитовидной железы).

Требования к проведению идентификации пациентов определены в СОП «Идентификация проб пациентов».

4. Регистрация.

В направлении на анализ должна быть указана следующая информация: фамилия, имя, отчество пациента, возраст, дата и время взятия материала, регистрационный номер анализа (указывает отделение – каждому отделению разданы регистрационные номера), номер истории болезни (амбулаторной карты), фамилия лечащего врача; отделение или подразделение, направившее пациента;

другая информация (домашний адрес и телефон пациента). Пробирки (контейнеры) для взятия образцов и бланки направлений маркируются заранее одним регистрационным номером. Необходимо убедиться, что взятие крови будет проведено у пациента, указанного в направлении. Независимо от подразделения клиники для идентификации пациента следует предпринять следующее:

- у амбулаторного пациента спросить его имя и фамилию, домашний адрес и/или дату рождения;
- сравнить эту информацию с указанной в направлении;
- у стационарного пациента спросить те же данные (если пациент в сознании), сравнить информацию с указанной в направлении;
- для неизвестных пациентов (пациентов без сознания или с сумеречным сознанием) в приемном отделении должно быть присвоено какое-либо временное, но четкое обозначение, пока его личность не будет выяснена.

Только убедившись в соответствии предоставленных документальных данных и озвученных пациентом (либо зафиксированной идентификации) медицинский работник выполняет лечебно-диагностическую процедуру согласно листу назначения врача.

При внедрении ЛИС и системы штрих-кодирования необходимо нанесение штрих-кода на направление и на образец.

После выполнения забора образца медицинский работник заполняет утвержденные формы медицинской документации и транспортирует биологический материал в лабораторию в соответствии с СОП «Правила сбора и доставки биологического материала».

5. Идентификация в лаборатории.

При поступлении биологического материала в лабораторию специалист КДЛ проверяет правильность сбора биоматериала и сверяет информацию на направлении и на контейнере. Убедившись в том, что информация о пациенте совпадает, и материал собран и доставлен правильно, специалисты КДЛ проводят свою идентификацию согласно разделам лаборатории (гематологический, биохимический, коагулологический, иммунологический и др.), и далее пробы отправляются по разделам для проведения лабораторных исследований.

6. Отказ в принятии биологического материала определяется в соответствии с СОП «Отбраковка биологических проб». В случае несовпадения информации между пациентом и направлением, отсутствия регистрационного номера в направлении, неполных данных по пациенту, отсутствия номера истории болезни или номера амбулаторной карты, а также поступления образцов с гемолизом, с недостаточным объемом пробы, с бактериальным засором специалисты КДЛ отклоняют данные пробы в приеме к лабораторным исследованиям и записывают в журнал «Отбраковки биологических проб».

7. Направления на все лабораторные исследования хранятся в КДЛ в течение 1 месяца.

8. Ответственность медицинских работников.

8.1. Врачи и медицинские сестры несут ответственность за свои действия и должны строго следовать установленным стандартам проведения тех или иных мероприятий по идентификации пациентов.

8.2. В соответствии со ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники несут ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленными законодательством Российской Федерации. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Порядок
организации безопасности производственной среды в клинко-диагностической лаборатории**

1. Клинко-диагностическая лаборатория работает на основании санитарно-эпидемиологических заключений, выданных управлением Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пензенской области и лицензии на медицинскую деятельность.

2. Лаборатория должна иметь обозначения на дверях на каждом входе и выходе с указанием экстренного выхода, отличного от обычного. На входной двери лаборатории должен быть международный знак «Биологическая опасность» и обозначение «Клинко-диагностическая лаборатория. Посторонним вход воспрещен». КДЛ должна иметь отдельные входы для сотрудников и для доставки биологического материала, разрешается доставлять биологический материал через передаточное окно, на котором имеется международный знак «Биологическая опасность» и обозначение «Прием клинического материала». На входах в КДЛ должны быть запирающиеся двери. Запоры на дверях не должны препятствовать выходу в экстренных ситуациях. Доступ в лаборатории предоставляется только персоналу, имеющему разрешение.

3. Помещение лаборатории должно разделяться на «заразную зону», где осуществляются манипуляции с патогенными биологическими объектами (ПБА) 3–4 групп и их хранение, и «чистую» зону, где не проводят работы с микроорганизмами и их хранение. Поточность движения ПБА 3–4 групп персонала должна соответствовать требованиям СП 1.3.2322-08 «Безопасность работы с микроорганизмами 3–4 групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней».

В «чистой» зоне лаборатории должны располагаться следующие помещения:

- гардероб для верхней одежды;
- моечная;
- помещения для отдыха и приема пищи;
- кабинет заведующего;
- кабинет старшего лаборанта;
- кабинет сестры-хозяйки;
- подсобные помещения;
- туалет.

В «заразной» зоне лаборатории должны располагаться следующие помещения:

- помещение для приема и регистрации материала (проб);
- рабочие комнаты для проведения гематологических исследований;
- покрасочная;
- микроскопическая (лаборантская – для подсчета лейкоцитарной формулы);
- ординаторская;
- помещения для проведения иммунологических исследований;
- помещения для проведения биохимических исследований;
- помещения для проведения иммуногематологических и коагулологических исследований;
- помещения для проведения паразитологических исследований;
- помещения для проведения химико-микроскопических исследований.

4. Внутренняя отделка помещения должна быть выполнена в соответствии с их функциональным назначением и гигиеническими нормативами. Поверхность пола, стен, потолка в лабораторных помещениях должна быть гладкая, без щелей, устойчива к многократному действию моющих и дезинфицирующих средств. Отопительные приборы должны иметь гладкую легко очищаемую поверхность.

5. Приборы, оборудование и средства измерений, используемые в работе лаборатории, должны быть технически исправны, иметь технический паспорт и рабочую инструкцию по эксплуатации с учетом требований биологической безопасности. Средства измерения подвергаются метрологическому контролю в установленные сроки (ответственный – метролог, заведующий структурным подразделением).

6. Планово-предупредительный ремонт лабораторного оборудования и инженерных систем обеспечения биологической безопасности подразделения осуществляется инженерно-технической

службой в соответствии с годовым графиком (ответственный – инженер по медицинскому оборудованию ПОУБ).

7. Лабораторное оборудование и мебель должны быть гладкими, без острых краев и шероховатостей и иметь покрытие, устойчивое к действию моющих и дезинфицирующих средств.

8. В лабораторных помещениях должна быть предусмотрена защита рабочих столов от попадания прямого солнечного света.

9. Помещения «заразной» зоны должны быть оборудованы бактерицидными облучателями для обеззараживания воздуха и поверхностей в соответствии с нормативами.

10. Работы, связанные с высоким риском образования аэрозоля (центрифугирование), должны осуществляться в отдельных помещениях.

11. Весь персонал в течение всего времени пребывания в аналитической зоне должен быть одет в защитную одежду, дополняемую средствами индивидуальной защиты, соответствующими характеру предпринимаемой деятельности.

12. Все работы в помещениях биологической безопасности проводят на поддонах с салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.

13. Работники лаборатории должны быть обучены правилам безопасного обращения с острыми инструментами и устройствами для их удаления.

14. Лабораторные помещения должны быть оборудованы пожарной сигнализацией и обеспечены средствами пожаротушения в соответствии с требованиями пожарной безопасности.

15. Лаборатория работает в соответствии с приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 05.04.2019 № 63 «Об организации эпидемиологической безопасности медицинской деятельности и внутреннего контроля качества профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”».

16. Все жидкие отходы, образующиеся в процессе работы в «заразной» зоне, перед сбросом в канализационную систему подлежат обязательному химическому или физическому обеззараживанию и доводятся до биологически безопасного состояния.

17. Обеззараживание и утилизация отходов производится в соответствии с приказом ПОКБ от 06.08.2015 № 95/1 «Об организации работы по обращению с отходами, образующимися в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”» (с изменениями от 27.01.2016 № 10).

18. Не допускаются накопления мусора и лабораторных отходов. Наполненные контейнеры регулярно удаляются из рабочей зоны. Они должны содержаться в специально предназначенном месте перед обеззараживанием или окончательным удалением.

19. Лабораторный мусор и обычные бумажные отходы, не зараженные реагентами или биологическими жидкостями, подвергаются обращению и обработке как неопасные отходы.

Приложение № 4

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Управление информацией и информационной безопасностью в клинико-диагностической лаборатории

Высокая клиническая информативность результатов лабораторных исследований требует соответствующего качества выполнения процедур всеми участниками процесса исследования на всех его этапах для получения надежных сведений, объективно отражающих состояние пациента.

1. Для предотвращения лабораторных ошибок необходимо применять систему мер регламентации, которые обеспечивали бы:

– соблюдение всеми участниками процесса выполнения лабораторных тестов, включая клинический персонал, условий, обеспечивающих максимально возможное сохранение в образце биоматериала свойств и состава, присущих ему *in vivo*;

– соблюдение изготовителями средств лабораторного анализа при разработке, производстве, транспортировке изделий наибольшего соответствия их свойств требованиям по чувствительности, специфичности, правильности и прецизионности выполняемых с их применением методик исследований;

– рациональную организацию аналитического процесса, обоснованный выбор чувствительных, специфичных методик, обладающих оптимальной правильностью и прецизионностью, отслеживание постоянства их аналитических характеристик.

2. Для регламентации процесса лабораторного исследования, его этапов и отдельных процедур используются:

- национальные стандарты;
- стандартизованные или гармонизированные аналитические технологии;
- стандартные операционные процедуры;
- лабораторная информационная система.

3. Лабораторно-информационная система (ЛИС, LIMS) – это информационная технология, предназначенная для получения достоверной информации по результатам испытаний и оптимизации полученной информации с целью ее использования для принятия управленческих решений. ЛИС, которая используется для сбора, обработки, записи, передачи, хранения и восстановления данных исследований и информации, должна быть валидирована поставщиком и верифицирована лабораторией перед использованием. Любые изменения, которые вносятся в систему, должны быть утверждены, задокументированы и верифицированы перед внедрением.

Управление данной информацией должно осуществляться путем разграничения прав доступа к персональным компьютерам, разделам сервера, информации ЛИС. Каждый сотрудник должен иметь уникальный идентификатор и личный пароль для входа в компьютерную систему через персональный компьютер (первый уровень идентификации), данный идентификатор используется для входа на сервер МО (второй уровень идентификации); уникальный идентификатор и личный пароль для входа в ЛИС (третий уровень идентификации). За работоспособность данной системы отвечает отдел автоматизированной системы управления (АСУ).

При приеме на работу сотрудники КДЛ должны проходить инструктаж по работе с компьютерной системой ЛИС, в том числе по сохранности данных.

В ЛИС должны быть соблюдены национальные требования по защите данных.

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Преаналитические процессы

1. Преаналитический этап представляет собой комплекс мероприятий (процессов и действий), выполняемых с момента назначения врачом лабораторных анализов до начала аналитического измерения. От преаналитического этапа зависит качество исследований и полученный результат. Преаналитический процесс подразделяется на внелабораторный и лабораторный.

1.1. Внелабораторный преаналитический процесс проходит в соответствии с СОП «Организация внелабораторного преаналитического этапа».

1.1.1. В лаборатории используются утвержденные Минздравом формы направлений, которые могут быть как на бумажном, так и на электронном носителе. Направление на лабораторное исследование должно включать следующие сведения:

- идентификация пациента;
- имя или иная идентификационная информация о враче или другом лице, законно имеющем право запрашивать исследование, место назначения для сообщения результата и/или адрес медицинского специалиста, направившего на исследование;
- тип первичной пробы (ПП) и анатомическое место взятия образца;
- запрашиваемые исследования;
- клиническая информация, относящаяся к пациенту, которая как минимум включает пол, дату рождения для целей идентификации;
- дата и время взятия ПП;
- дата и время поступления ПП в лабораторию.

1.1.2. Для предохранения от инфицирования медицинского персонала и пациентов при сборе проб биоматериалов и доставке их в лабораторию необходимо:

- не загрязнять наружную поверхность посуды при сборе и доставке проб;

- не загрязнять сопроводительные документы (направления);
- свести к минимуму непосредственный контакт пробы биоматериала с руками медицинского работника, собирающего и доставляющего его в лабораторию;
- использовать стерильные одноразовые или разрешенные к применению для этих целей в установленном порядке контейнеры (емкости) для сбора, хранения и доставки проб;
- транспортировать пробы в переносках или укладках с отдельными гнездами;
- соблюдать асептические условия для предотвращения инфицирования пациента в процессе выполнения инвазивных мероприятий;
- собирать пробы в стерильную одноразовую или стеклянную посуду (не загрязненную биоматериалом, не испорченную трещинами, отколотыми краями и другими дефектами).

1.1.3. Пробы биоматериала необходимо собирать следующим образом:

- до начала антибактериальной терапии, при отсутствии такой возможности – непосредственно перед повторным введением (приемом) препаратов;
- в количестве (объеме), необходимом для выполнения анализа, т.к. недостаточное для исследования количество биоматериала приводит к получению ложных результатов;
- с минимальным загрязнением материала нормальной микрофлорой, т.к. ее наличие приводит к ошибочной трактовке результатов, полученных, например, при исследовании мокроты, проб из носа, глотки (зева), гениталий и др.

1.1.4. Все собранные пробы пациентов из клинических отделений доставляются средним медицинским персоналом данного подразделения непосредственно в КДЛ и (или) микробиологическую лабораторию в соответствии с СОП «Правила сбора и доставки биологического материала».

1.1.5. Для надлежащего отбора первичных проб и обращения с ними в лаборатории должны быть разработаны инструкции по правилам сбора и доставки биологического материала.

1.2. Лабораторный преаналитический процесс.

1.2.1. Первичные пробы прослеживаются через форму запроса в конкретный отдел лаборатории. ПП, которые невозможно идентифицировать, не принимаются и не обрабатываются лабораторией. Лаборатория может принять предварительное решение об анализе данной пробы, но без представления отчетов об исследовании до того момента, пока врач, который направил запрос, или лицо, которое отвечает за отбор первичных проб, не возьмет на себя ответственность за ее идентификацию и доступ, или за предоставление надлежащей информации о ней, или за все вышеперечисленное. В подобном случае на форме запроса или на прилагаемом к ней документе должна быть получена подпись лица, на котором лежит ответственность за идентификацию ПП. При невыполнении этого требования по какой-либо причине ответственное лицо должно быть названо в бланке ответа, если таковое все же проводилось. Пробы, сохраняемые для последующих анализов (например, вирусные антитела, метаболиты, важные с точки зрения соответствующего медицинского синдрома, и т.п.), также должны иметь собственную идентификацию.

1.2.2. Лаборатория контролирует транспортировку проб в лабораторию таким образом, чтобы она производилась:

- в промежутке времени, соответствующем характеру запрашиваемого исследования и относимой отрасли лаборатории;
- в пределах температурного интервала, установленного в руководстве по отбору ПП, и с использованием установленных средств консервации для сохранения целостности проб;
- способом, гарантирующим безопасность перевозчика, общественную безопасность и безопасность для принимающей лаборатории в соответствии с национальными, региональными и местными нормативными требованиями.

1.2.3. Все поступившие ПП регистрируются в журнале регистрации и (или) ЛИС. Дата и время поступления проб, а также сведения об уполномоченном лице, осуществляющем прием, подлежат обязательной регистрации.

2. В лаборатории должны быть разработаны и документированы критерии допуска и отбраковки первичных проб. В случаях, когда ПП неудовлетворительного качества были допущены к анализу, бланк ответа по результатам исследования должен содержать указания на характер проблемы и, если это приемлемо, рекомендации к осторожности при интерпретации результатов.

3. Руководство лаборатории должно периодически анализировать свои требования к объему проб, чтобы не допускать отбора как недостаточного, так и излишнего количества пробы.

4. Уполномоченные сотрудники систематически рассматривают получаемые запросы и поступающие пробы для принятия решения о том, какого вида исследования должны проводиться и какие методы следует использовать при их проведении.

5. Лаборатория должна располагать документированной процедурой приемки и подготовки бланка ответа для проб, поступающих в лабораторию, в особенности с пометкой «срочно!». Процедура должна детализировать все режимы экспресс-обработки, которые применяются в МО, и специальные критерии подготовки результата исследования, которым необходимо следовать.

6. Пробы должны сохраняться в течение установленного времени, в условиях, обеспечивающих стабильность их характеристик, для возможного повторного исследования после предоставления отчетов о результатах или для проведения дополнительных исследований.

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Аналитические процессы в клиничко-диагностической лаборатории

1. Аналитический этап – совокупность манипуляций с образцами биоматериала для их исследования и определения параметров в соответствии с типом назначенного анализа. Аналитический этап лабораторного исследования включает: хранение и подготовку пробы к измерению, калибровку аналитической системы, измерение лабораторного показателя в аналитической серии как в пробах пациентов, так и в контрольных материалах, а также оценку приемлемости полученных результатов.

1.1. Хранение и подготовка пробы к измерению.

1.1.1. Отбор образцов (проб) для проведения лабораторных исследований и измерений является важной процедурой, направленной на обеспечение достоверности и обоснованности результатов лабораторных исследований. Отбор образцов (проб) производится в соответствии с требованиями, устанавливающими методы отбора и исследований, в количестве, необходимом для проведения лабораторных исследований и измерений.

1.1.2. Все исследования, за исключением тех, которым требуется необходимое количество проб для проведения анализа (иммуноферментный анализ, анализ полимеразной цепной реакции), проводятся в день сдачи.

1.1.3. Пробы, которым требуется хранение, в соответствии с инструкцией аликвотируются, идентифицируются и замораживаются при определенной температуре. Допускается только однократное размораживание.

1.2. Калибровка аналитической системы.

1.2.1. Аналитическая система представляет собой совокупность измерительных приборов и другого оборудования, объединенных для выполнения специальных измерений, которая включает в себя также химические и биологические вещества и другие материалы.

1.2.2. Калибровка аналитической системы представляет собой набор действий, которые позволяют установить в заданных условиях соответствие между значениями, полученными с помощью измерительной системы, и значениями, переданными от некоторого эталона.

1.2.3. Калибровка обязательна при налаживании метода, смене реактива, при получении погрешностей при проведении внутрилабораторного контроля качества.

1.2.4. В случае внесения существенных изменений в аналитическую систему, а именно при изменении аналитических принципов измерения (приборов, реактивов, калибровочных средств, контрольных материалов, технологической процедуры и др.) необходимо проведение внутрилабораторного контроля качества в соответствии с приказом от 26.05.2003 № 220 «Об утверждении отраслевого стандарта “Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов”».

1.2.4. Лаборатория должна использовать аналитические методики, включая выбор/взятие порций пробы, которые отвечают потребностям пользователей лабораторных услуг и соответствуют сути исследования. Предпочтение должно быть отдано унифицированным методикам.

1.2.5. Все методики должны быть оформлены в виде СОП и располагаться на рабочих местах, доступных для персонала лаборатории.

1.2.6. Рассмотрение методик должно осуществляться ответственным лицом первоначально и периодически (не реже одного раз в три года). Результаты рассмотрения документируются в виде СОП.

1.3. Измерение лабораторного показателя в аналитической серии в пробах пациентов и в контрольных материалах.

1.3.1. Аналитическая серия является совокупностью измерений лабораторного показателя, выполненных в одних и тех же условиях без перенастройки и калибровки аналитической системы, при которых характеристики аналитической системы остаются стабильными.

1.3.2. Контрольные материалы, используемые в клиничко-диагностических лабораториях для проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований, должны быть рекомендованы к применению Минздравом России.

1.3.3. При внутрилабораторном контроле используются контрольные материалы с аттестованными и неаттестованными значениями контролируемых показателей.

1.3.4. Контрольные материалы с аттестованными значениями показателей должны использоваться для контроля правильности и воспроизводимости результатов лабораторного анализа, с неаттестованными значениями – только для контроля воспроизводимости.

1.3.5. Все лабораторные исследования на оборудовании должны проводиться только после проведения ВКК и получения удовлетворительных результатов.

1.4. Оценка приемлемости полученных результатов.

1.4.1. Приемлемым результатом анализа считается результат, который характеризует истинное содержание компонента в анализируемой пробе (в идентичных анализируемых пробах).

1.4.2. Целью проверки приемлемости результатов единичного анализа, полученных в условиях повторяемости, является возможность их использования для расчета результата анализа.

1.4.3. Для оценки приемлемости полученных результатов необходимо проведение внутрилабораторного контроля качества.

1.4.4. Проведение оперативного контроля качества количественных методов лабораторных исследований предполагает межсерийное измерение показателя в контрольных материалах и оценку приемлемости результатов исследования проб пациентов.

1.4.5. Приемлемость оценивают по результатам исследования контрольных материалов с помощью контрольных правил.

1.4.6. Проведение контроля качества обязательно для всех видов количественных исследований, для которых разработаны контрольные материалы.

1.4.7. Результаты проведения ВКК лаборатория регистрирует в формах, утвержденных ГОСТ: «Оценка повторяемости результатов измерения», «Результаты установочных серий измерений показателя в контрольных материалах».

1.4.8. Отчеты о выполнении оперативного контроля качества сотрудники лаборатории оформляют в виде контрольных карт, журналов на бумажных или электронных носителях и архивируют на срок не менее трех лет.

1.4.9. Для оценки правильности лабораторных показателей лаборатория должна участвовать в программах внешней оценки контроля качества.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Постаналитические процессы в клиничко-диагностической лаборатории

1. Постаналитический этап состоит в интерпретации полученного результата исследования с учетом принятых референтных пределов для искомого аналита и поставленной лечащим врачом диагностической задачи, а также в оперативной доставке результата исследования назначившему исследование лечащему врачу.

2. Постаналитический этап делится на внутрилабораторный и внелабораторный:

2.1. Внутрилабораторный этап заключается в проверке специалистом лаборатории результата исследования на предмет достоверности (валидации), сопоставление его с референтными интервалами, оформлении бланка с результатом. Результаты, которые выходят за пределы референтных значений или не укладываются в какую-либо клиническую картину, просматриваются врачом КДЛ, и в случае необходимости принимается решение о повторении анализа или выдаче результата с сопроводительной записью. Внутрилабораторный этап заканчивается авторизацией бланка отчета и передачей его клини-

цисту. Также специалисты лаборатории должны оказывать помощь врачу-клиницисту в интерпретации результатов лабораторных исследований.

2.2. Внелабораторный этап включает авторизованный отчет с результатами лабораторных исследований, который поступает к врачу-клиницисту, тот интерпретирует полученную информацию, сопоставляет ее с данными собственного наблюдения за пациентом, результатами других методов диагностики и использует ее для оказания пациенту медицинской помощи.

3. Индикаторы качества постаналитического этапа:

3.1. Оценка и четкая интерпретация результатов анализов.

3.2. Соблюдение правил обращения с пробам и наличие записей о проведенных исследованиях в журналах регистрации установленной формы.

3.3. Наличие в бланках результатов анализа референтных интервалов.

3.4. Наличие в бланках результатов пометок (выделение другим цветом или подчеркивание) в случае, когда результаты исследования оказались в интервалах «тревожный» или «критический».

3.5. Клиническое использование результатов анализов.

Приложение № 8

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Порядок организации внутреннего контроля качества лабораторных исследований

1. Область применения

В порядке изложено проведение внутрилабораторного контроля качества клинических лабораторных исследований.

2. Нормативные ссылки

2.1. ГОСТ Р ИСО 15189-2015 Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности.

2.2. ГОСТ Р 53079.2-2008 Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований. Часть 2. Руководство по качеству исследований в клиничко-диагностической лаборатории. Типовая модель.

2.3. ГОСТ Р 53133.3-2008 Технологии лабораторные клинические. Контроль качества клинических лабораторных исследований. Часть 3. Описание материалов для контроля качества клинических лабораторных исследований.

2.4. ГОСТ Р 53133.3-2008 Технологии лабораторные клинические. Контроль качества клинических лабораторных исследований. Часть 2. Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов.

3. Термины и определения

3.1. Аналит – компонент, представленный в наименовании измеряемой величины.

3.2. Аналитическая серия – совокупность измерений аналита, выполненных в одних и тех же условиях без перенастройки и калибровки аналитической системы, при которых характеристики аналитической системы остаются стабильными.

3.3. Аналитическая система – совокупность приборов (включая программное обеспечение), калибраторов, реагентов и расходных материалов, необходимых для выполнения измерения аналита.

3.4. Значение (величины) – числовое выражение величины, обычно в виде некоторого числа и единицы измерения.

3.5. Измеряемая величина – конкретная величина, являющаяся объектом измерения.

3.6. Исследования – комплекс операций, результатом которых является определение значения величины или характеристики ее свойств.

3.7. Калибратор (калибровочный материал) – стандартный образец, числовое значение которого используется как независимая переменная в калибровочной функции.

3.8. Калибровка – совокупность операций, устанавливающих в заданных условиях соотношения между значениями величин, показанных средством измерений или измерительной системой и значени-

ями, представленными материальной мерой или стандартным образцом, и соответствующими значениями, воспроизводимыми эталонами.

3.9. Контрольный материал – однородный материал человеческого или животного происхождения или искусственный материал, приближающийся, насколько это возможно, по своим наиболее существенным свойствам к исследуемому биологическому материалу пробы и предназначенный для оценки качества измерений аналитов в пробах пациентов, выполняемых КДЛ.

3.10. Методика измерения – совокупность конкретно описанных операций, используемых при выполнении конкретных измерений в соответствии с данным методом.

3.11. Оперативный контроль качества – выполнение повседневных (ежесерийных) процедур внутрилабораторного контроля качества с использованием контрольных материалов.

3.12. Правильность – степень близости среднего значения, полученного на основании большой серии результатов измерений к принятому опорному значению.

3.13. Предельно допускаемые значения характеристик погрешности – крайние значения погрешности, допускаемые нормативными документами для результата измерения аналита в контрольных материалах.

3.14. Прецизионность – степень близости друг к другу независимых результатов измерений, полученных в конкретных регламентированных условиях.

3.15. Случайная погрешность – разность между результатом измерения и средним значением многократных измерений одной и той же измеряемой величины, выполненных в условиях сходимости.

3.16. Систематическая погрешность – разность между математическим ожиданием результатов измерений и истинным значением.

3.17. Точность – степень близости результата измерений к принятому опорному значению.

4. Порядок контроля качества клинических лабораторных исследований

4.1. Контроль качества клинических лабораторных исследований – это создание и регулярное осуществление системы мероприятий для выявления и предотвращения недопустимых погрешностей, которые могут проявиться в процессе выполнения лабораторных исследований. Система контроля качества основана на принципах стандартизации всех этапов лабораторного исследования и анализе результатов внутрилабораторного контроля качества и внешней оценки качества.

4.2. Качество, применительно к медицинским лабораториям – это правильно и своевременно назначенный тест для нуждающегося в нем пациента, выполненный на достаточном аналитическом уровне с необходимой информацией для его интерпретации.

4.3. Обеспечение качества – это совокупность планируемых и систематически проводимых мероприятий, необходимых для создания уверенности в том, что диагностическая информация, содержащаяся в авторизованном отчете, удовлетворяет определенным требованиям качества. Обеспечение качества результатов лабораторных исследований базируется на единой технологии производства, включающей контроль их назначения, на соблюдении правил подготовки и идентификации пациента, правильном взятии и транспортировке биоматериала в лабораторию, в точном выполнении исследований в лаборатории, правильной регистрации и своевременной выдаче результатов.

4.4. Преаналитические процедуры.

4.4.1. Направление на исследование должно содержать информацию, достаточную для идентификации пациента и лица, запрашивающего исследование, а также соответствующие клинические данные.

4.4.2. Взятие биологического материала и транспортирование проб в лабораторию осуществляется в соответствии с СОП «Правила сбора и доставки биологического материала».

4.4.3. Все полученные первичные пробы регистрируются в журналах «Регистрация лабораторных исследований» утвержденной формы и (или) в ЛИС (в компьютере), где отмечаются дата и время получения пробы.

4.4.4. Прием или отказ первичной пробы проводится согласно СОП «Отбраковка биологических проб».

4.4.5. Пробы должны храниться установленное время в условиях, обеспечивающих стабильность свойств биоматериала и возможности повторного исследования после сообщения результатов или дополнительных исследований.

4.4.6. Для предотвращения ошибок преаналитического этапа должны систематически проводиться занятия с процедурными медицинскими сестрами клинических и реанимационных отделений.

4.5. Внутрилабораторный контроль в системе управления качеством клинических лабораторных исследований:

4.5.1. Контроль качества аналитического этапа клинических лабораторных исследований – неотъемлемая часть системы взаимосвязанных мер по управлению качеством клинических

лабораторных исследований. Контроль качества клинических лабораторных исследований существует в двух взаимодополняющих формах: внутрилабораторного контроля качества и внешней оценки качества.

4.5.2. Комплексная система контроля качества клинических лабораторных исследований осуществляется путем:

- установления единых требований к аналитическому качеству количественных методов;
- межсерийного выполнения процедур внутрилабораторного контроля качества с использованием контрольных материалов (оперативный контроль качества);
- регулярного участия в программах внешней оценки качества.

4.6. Аналитические процедуры (методики).

4.6.1. Лаборатория использует аналитические методики, включая выбор/взятие порций пробы, которые отвечают потребностям пользователей лабораторных услуг и соответствуют сущности исследования. Предпочтение отдано унифицированным методикам.

4.6.2. Все методики оформлены в виде документов, которые доступны на рабочих местах персоналу лаборатории (СОП).

4.6.3. Рассмотрение методик ответственным лицом осуществляется первоначально и периодически. Результаты рассмотрения документируются.

4.6.4. Валидация референсных значений.

4.7. Организация и проведение внутрилабораторного контроля качества в КДЛ.

4.7.1. Каждая лаборатория должна разработать систему внутрилабораторного контроля качества, который обеспечивает поддержание требуемого качества результата (СОП «Проведение оперативного внутрилабораторного контроля качества»).

4.7.2. Лаборатория должна участвовать в программах внешней оценки качества.

5. Правила проведения внутрилабораторного контроля качества количественных методов клинических лабораторных исследований с использованием контрольных материалов.

5.1. Контрольные материалы.

Контрольные материалы должны быть аттестованы, зарегистрированы и разрешены к использованию в установленном порядке федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

5.2. Использование контрольных материалов.

ВКК с использованием контрольных материалов выполняется в течение длительного времени с использованием одного и того же контрольного материала (до конца срока годности) или на протяжении аналитических серий одного лота. Подготовка контрольного материала к исследованию и хранению после приготовления проводится в соответствии с инструкцией изготовителя. Для хранения замороженного контрольного материала при -20°C используется морозильная камера. Контрольные материалы исследуются так же, как пробы пациентов, т.е. в тех же аналитических сериях.

6. Статистические основы оценки погрешностей количественных методов исследования с применением контрольных материалов.

Статистической основой оценки погрешностей при внутрилабораторном контроле качества количественных методов лабораторных исследований является допущение о том, что частотные распределения результатов многократного измерения одного и того же контрольного материала одним и тем же аналитическим методом имеют вид нормального распределения. Для оценки случайных и систематических погрешностей измерения используются следующие статистические характеристики:

- среднеарифметическое значение (среднеарифметическое)

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}, \quad (1)$$

где X – результат i -го измерения из выполненных; n – число измерений;

$$\sum_{i=1}^n x_i$$

– сумма результатов измерений, $x_1, x_2, \dots, x_n$;

среднеквадратическое отклонение S :

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2}{n - 1}}, \quad (2)$$

$$\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

где $\bar{X}$ – сумма квадратов отклонений результатов измерений $x_1, x_2, \dots, x_n$ от среднеарифметического $\bar{X}$

$$CV = \frac{S}{\bar{X}} \cdot 100\% \quad (3)$$

– коэффициент вариации CV

Среднеквадратическое отклонение S и коэффициент вариации CV служат характеристикой случайных погрешностей и используются для оценки повторяемости и прецизионности измерений.

Среднеарифметическое значение $\bar{X}$ используется при расчете смещения B в установочной серии измерений. Смещение B определяется близостью среднеарифметического значения результатов установочной серии измерений контрольного материала X к аттестованному значению (A3) измеряемой величины и может быть выражено в абсолютных и/или относительных величинах. Относительную систематическую погрешность или смещение рассчитывают по формуле

$$B = \frac{\bar{X} - A3}{A3} \cdot 100\% \quad (4)$$

В полученном результате обязательно указывают знак числа ("+" или "-").

7. Порядок проведения внутрилабораторного контроля качества.

Выявление недопустимых случайных погрешностей выполняется путем оценки повторяемости и промежуточной прецизионности (далее – прецизионности) результатов измерения аналитов в контрольном материале (по результатам установочной серии измерений); систематических погрешностей с помощью оценки относительного смещения. Систематическое выполнение процедур оперативного контроля качества позволяет с помощью контрольных правил и установленных контрольных пределов для каждого аналита выявить недопустимые погрешности и провести работу по их устранению.

Порядок проведения внутрилабораторного контроля качества для каждой выполняемой в лаборатории количественной методики исследования состоит из трех последовательных стадий:

Стадия 1 – оценка повторяемости результатов измерений.

Стадия 2 – оценка прецизионности и относительного смещения по результатам установочной серии измерений, построение контрольных карт.

Стадия 3 – проведение оперативного внутрилабораторного контроля качества.

Предварительную оценку повторяемости, прецизионности и относительного смещения (правильности измерений) лабораторного показателя (1 и 2 стадии ВКК) выполняют при внедрении в работу лаборатории каждой новой методики. В случае внесения существенных изменений в аналитическую систему, а именно принципа аналитического измерения (приборов, реактивов, калибраторов, технологической процедуры и др.), стадии 1 и 2 ВКК следует повторить. При использовании контрольного материала того же изготовителя введение нового лота требует выполнения только стадий 2 и 3. Принятые обозначения в тексте – результаты измерений лабораторного показателя, получаемые в лаборатории, оцениваются по значениям коэффициента вариации и относительного смещения, в тексте настоящего стандарта обозначаются следующими символами:

- CV_w повторяемость, индекс «w – within run» (внутри серии);
- CV₁₀ прецизионность соответственно в 10 аналитических сериях;
- CV₂₀ прецизионность соответственно в 20 аналитических сериях;
- B₂₀ относительное смещение (правильность) соответственно в 20 аналитических сериях.

Формулы расчета (1–4) приведены выше.

7.1. Стадия 1: Оценка повторяемости результатов измерений.

Оценка повторяемости выполняется не только при замене компонентов аналитической системы, но и при анализе причин неудовлетворительной прецизионности результатов исследования аналита.

Цель: проверка соответствия повторяемости результатов измерения установленным нормам. Исследуемый материал: контрольный материал или проба пациента со значением аналита в нормальном диапазоне.

Последовательность выполнения:

- провести 10 измерений на одном и том же материале в одной аналитической серии;
- результаты измерений внести в регистрационную форму «Оценка повторяемости результатов измерения» (Приложение № 2);
- по формулам 1–3 рассчитать значение коэффициента вариации CV_w;

– проверить, что полученное значение CV_w не превышает половины значения CV_{10} (Приложение № 1):

$$\hat{CV}_w \leq 0,5 CV_{10}; \quad (6)$$

– если значение CV_w превышает $0,5 CV_{10}$, необходимо выявить источники недопустимо больших случайных погрешностей и провести работу по их устранению. Затем следует повторить стадию 1;

– при соответствии повторяемости установленным нормам переходят к следующей стадии.

7.2. Стадия 2. Оценка прецизионности и относительного смещения по результатам установочной серии измерений, построение контрольных карт.

Цель: оценка соответствия значений коэффициента вариации CV_{20} и относительного смещения B_{20} установленным нормам.

Исследуемый материал: контрольные материалы с аттестованными значениями аналитов – для оценки значений коэффициента вариации CV_{20} и относительного смещения B_{20} контрольные материалы прецизионности – для оценки значений коэффициента вариации CV_{20} (Приложение № 2).

Все контрольные материалы могут использоваться в стадии 3 для проведения оперативного контроля качества.

Последовательность выполнения:

– провести измерение показателя в 20 аналитических сериях; в каждой серии по одному измерению одновременно в двух контрольных материалах.

После выполнения 10 аналитических серий из 10 полученных результатов измерения для каждого контрольного материала следует рассчитать значения CV_{10} и B_{10} и сравнить с предельно допустимыми значениями, указанными в Приложении № 1. Если полученные значения CV_{10} и B_{10} превышают допустимые, следует выявить источники погрешностей и провести работу по их устранению. Затем данную процедуру следует повторить;

– если полученные значения не превышают установленных норм, выполняют следующие 10 аналитических серий. Указанный расчет по 10 измерениям аналита в контрольных материалах следует проводить для предварительной оценки погрешностей в установочной серии измерений (Приложение № 2);

– результаты внести в регистрационную форму «Результаты установочных серий измерений показателя в контрольных материалах» (Приложение № 3);

– из полученных для каждого из контрольных материалов 20 результатов с использованием формул 1–3 рассчитать значения коэффициента вариации CV_{20} и сравнить его с предельно допустимым значением (Приложение № 1);

– если полученное значение CV_{20} превышает допустимое, следует выявить источники погрешностей и провести работу по их устранению. Затем следует повторить с 1 по 3;

Последовательность процедур при введении внутрिलाбораторного контроля качества (установочная серия измерений)

Наименование процедуры	Исследуемый материал	Число серий	Число измерений в серии для каждого материала	Рассчитываемые показатели
Стадия 1				
Оценка повторяемости измерений	Контрольный материал или проба пациента	1	10	CV_w
Стадия 2				
Предварительная оценка относительного смещения	Аттестованные контрольные материалы	10	1	B_{10}
Предварительная оценка прецизионности измерений	Контрольные материалы для текущего ежедневного контроля	10	1	CV_{10}
Окончательная оценка относительного смещения	Аттестованные контрольные материалы	20	1	B_{20}

Окончательная оценка прецизионности измерений	Контрольные материалы для текущего ежедневного контроля	20	1	CV_{20}
Построение контрольной карты	Контрольные материалы для текущего ежедневного контроля	20	1	$\bar{O}, S$

– если значения коэффициента вариации CV_{20} не превышают установленных норм, следует рассчитать относительное смещение B_{20} по формуле 4 и сравнить его с предельно допустимым значением B_{20} (Приложение № 1);

– если полученное значение B_{20} превышает допустимое, следует установить причину отклонения и устранить ее. Затем следует повторить перечисления с 1 по 4;

– если полученное значение B_{20} не превышает допустимое, делают окончательный вывод о возможности использования рассматриваемой методики для целей лабораторной диагностики и переходят к следующему этапу – построению контрольных карт.

7.3. Построение контрольных карт.

Выполнение в стадии 2 двадцати измерений лабораторного показателя в контрольных материалах называют установочными сериями измерений, по результатам которых рассчитывают среднеарифметическое значение $\bar{O}$, среднеквадратическое отклонение S и контрольные пределы для каждого контрольного материала.

Цель: построение контрольных карт.

Последовательность выполнения:

– из полученных в установочной серии 20 результатов измерений определяемого показателя рассчитывают: среднеарифметическое значение $\bar{O}$ (формула 1), среднеквадратическое отклонение S (формула 2), контрольные пределы: $\bar{X} \pm 1S$, $\bar{X} \pm 2S$ и $\bar{X} \pm 3S$;

– если в ряду результатов оказалось значение, выходящее за пределы $\pm 3S$, то его не учитывают; выполняют еще одну аналитическую серию, после чего снова подсчитывают значения $\bar{O}$ и S .

Контрольная карта, построенная по установочной серии измерений, представляет собой график, на оси абсцисс которого откладывается номер аналитической серии (или дата ее выполнения), а на оси ординат – значения определяемого показателя в контрольном материале (рис. 1).

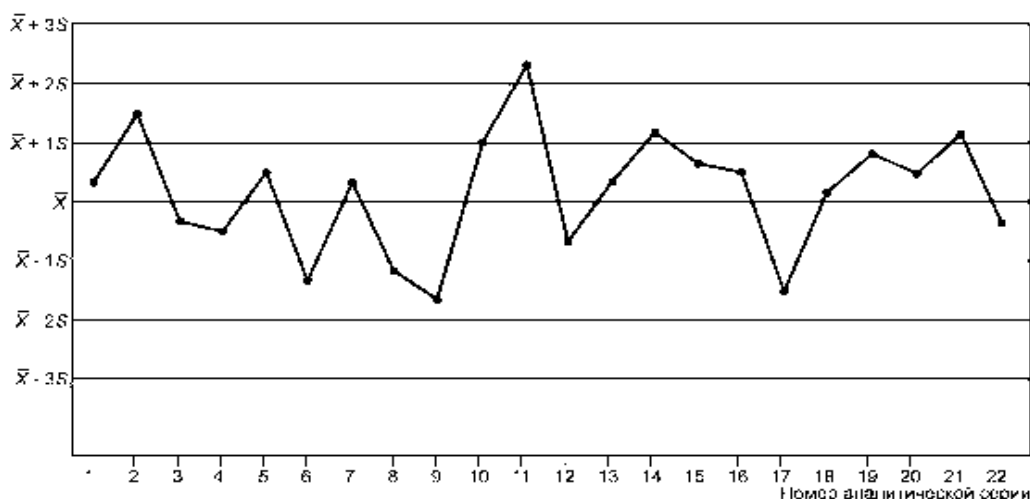


Рис. 1. Пример контрольной карты

Через середину оси ординат проводится линия, соответствующая среднеарифметическому значению $\bar{O}$, и параллельно этой линии отмечаются линии, соответствующие контрольным пределам:

$\bar{X} \pm 1S$ – контрольный предел «1 среднеквадратическое отклонение»;

$\bar{X} \pm 2S$ – контрольный предел «2 среднеквадратических отклонения»;

$\bar{X} \pm 3S$ – контрольный предел «3 среднеквадратических отклонения».

Контрольные карты строят для каждого лабораторного показателя и для каждого контрольного материала, предназначенного для оперативного контроля качества. Контрольные карты оформляют и архивируют в виде графиков, таблиц в бумажном или электронном виде.

7.4. Стадия 3. Проведение оперативного внутрилабораторного контроля качества.

7.4.1. Проведение оперативного контроля качества количественных методов лабораторных исследований предполагает измерение аналита в контрольных материалах и оценку приемлемости результатов исследования проб пациентов в каждой аналитической серии. Приемлемость результатов измерений проб пациентов в каждой аналитической серии оценивают по результатам исследования контрольных материалов с помощью контрольных правил. Окончательное решение о приемлемости проб пациентов в данной аналитической серии принимает специалист по клинической лабораторной диагностике исходя из допускаемых значений пределов погрешностей для данного аналита и его клинической значимости.

7.4.2. Цель: оценка приемлемости результатов исследования проб пациентов и подтверждение стабильности аналитической системы по результатам исследования контрольных материалов в каждой аналитической серии.

Исследуемый материал: для оперативного контроля качества лаборатория должна использовать контрольный материал промышленного производства в двух диапазонах определяемых показателей.

7.4.3. Последовательность выполнения:

- в каждой аналитической серии проводится однократное (как минимум) измерение показателя в каждом контрольном материале. Число образцов пациентов в аналитической серии не ограничивается;
- образцы контрольных материалов следует равномерно распределять среди анализируемых проб пациентов при отсутствии иных указаний изготовителей приборов и реагентов;
- наносят точки, соответствующие результатам контрольных измерений, на соответствующие контрольные карты;
- при отклонении результатов контрольных измерений за контрольные пределы оценить приемлемость результатов проб пациентов в данной аналитической серии с помощью контрольных правил*:

проверить присутствие на обеих контрольных картах предупредительного контрольного правила 1_{2s} ;

если один из результатов анализа контрольных материалов выходит за пределы $\bar{X} \pm 2S$, последовательно проверить наличие контрольных правил 1_{3s} ; 2_{2s} ; R_{4s} ; 4_{1s} ; и $10\bar{O}$; аналитическая серия признается неудовлетворительной при наличии одного из них: 1_{3s} – одно из контрольных измерений выходит за пределы $\bar{X} \pm 3S$, 2_{2s} – два последних контрольных измерения превышают предел $\bar{X} \pm 2S$ или лежат ниже предела $\bar{X} - 2S$; R_{4s} – два контрольных измерения в рассматриваемой аналитической серии расположены по разные стороны от коридора $\bar{X} \pm 2S$; 4_{1s} – четыре последних контрольных измерения превышают $\bar{X} + 1S$ или лежат ниже предела $\bar{X} - 1S$; $10\bar{O}$ – десять последних контрольных измерений располагаются по одну сторону от линии, соответствующей $\bar{O}$;

если в дополнение к нарушению признака 1_{2s} обнаруживается хотя бы один из указанных признаков: 1_{3s} ; 2_{2s} ; R_{4s} ; 4_{1s} ; и $10\bar{O}$; все результаты, полученные в данной аналитической серии, следует считать неприемлемыми (рис. 2);

контрольные признаки, 2_{2s} ; 4_{1s} и $10\bar{O}$ следует проверять на одной контрольной карте и/или на обеих контрольных картах (рис. 3);

проведение анализа приостановить, выявить и устранить причины возникновения повышенных погрешностей.

Все пробы, проанализированные в этой серии (и пациентов, и контрольные), исследовать повторно;

- результаты измерения контрольных материалов в серии, признанной неприемлемой, не должны использоваться при оценке по контрольным правилам повторной и последующих серий;

- в случае, если ни один из признаков, перечисленных выше, не обнаруживается ни на одной контрольной карте, проведение исследований следует продолжить;

- решение о приемлемости результатов измерения аналита в биологическом материале пациентов принимается сотрудником, отвечающим за качество исследований. Если результаты аналитической серии признаются неприемлемыми, делается соответствующая запись в журнале «Регистрация отбракованных результатов внутрилабораторного контроля качества» (Приложение № 3).

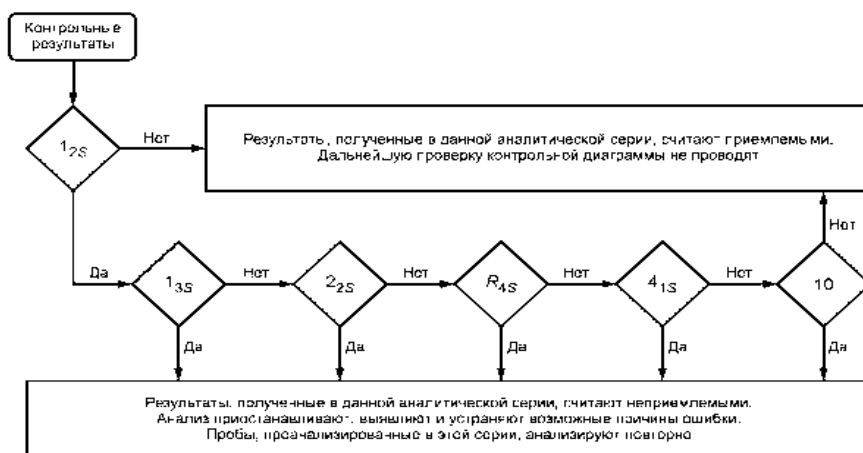


Рис. 2. Схема последовательного применения контрольных правил

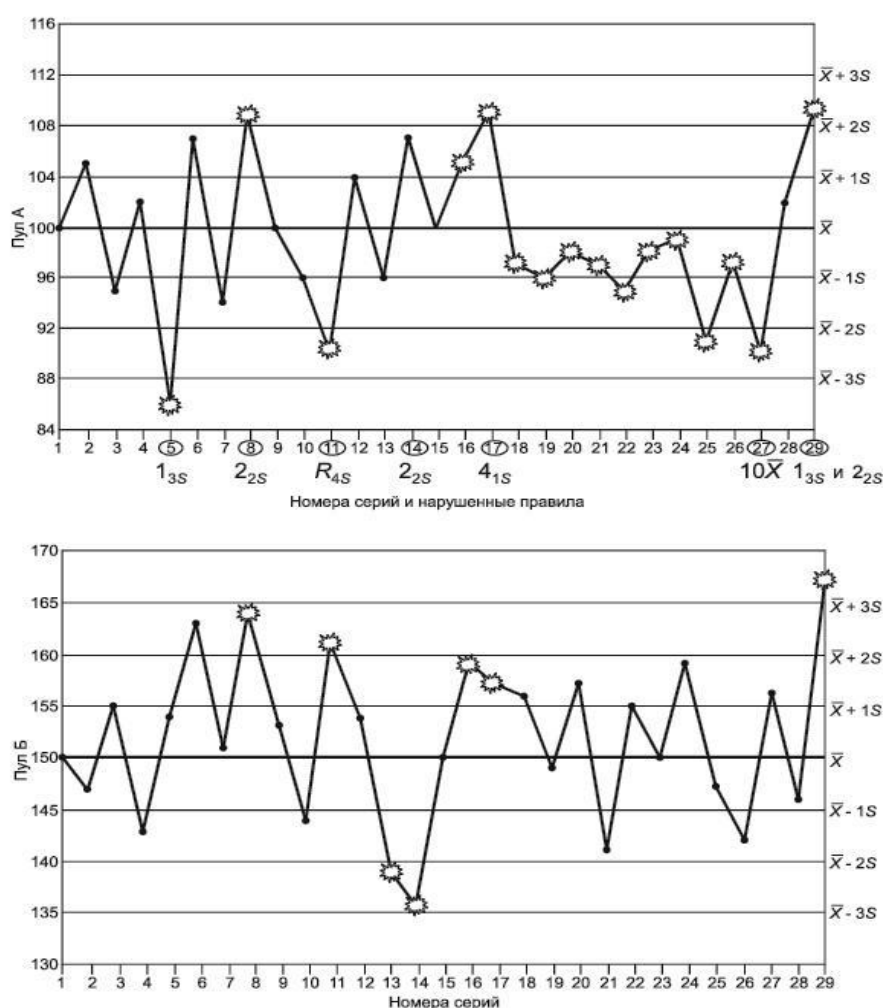


Рис. 3. Примеры нарушения контрольных правил в случае двух контрольных материалов

Пул А – контрольный материал с нормальными значениями: $\bar{O} = 100$, $S = 4$.

Пул Б – контрольный материал с патологическими значениями: $\bar{O} = 150$, $S = 5$.

Обведены номера неудовлетворительных серий и указаны нарушенные в них правила. Статистические расчеты и выполнение оперативного контроля качества в повседневной работе лаборатории рекомендуется выполнять с помощью компьютерных программ. Пример контрольных карт для двух контрольных материалов, на которых представлены серии, являющиеся неудовлетворительными ввиду нарушения разных контрольных правил, приведен на рис. 3.

7.5. Смена контрольного материала.

Для сохранения непрерывности внутрилабораторного контроля в период, когда используемого контрольного материала остается только на 20 аналитических серий, необходим переход на новый контрольный материал путем проведения так называемого «перекрывания». Перекрывание состоит в том, что в течение 20 серий (периода перекрывания) лаборатория исследует одновременно заканчивающийся материал («используемый»), по которому продолжается осуществление текущего контроля, и материал, который его заменяет («вводимый»). При этом пробы вводимого контрольного материала располагают в положениях, отстоящих на две или более позиции от положений, в которых расположены пробы используемого контрольного материала. Например, если пробы используемого контрольного материала находятся в положениях 07, 36, то пробы вводимого контрольного материала можно разместить в положениях 04, 33. Число серий периода перекрывания может быть больше 20. Для гематологических анализаторов период перекрывания составляет 4 аналитические серии. По результатам, полученным для вводимого контрольного материала, рассчитывают среднее арифметическое значение и среднеквадратическое отклонение, по которым строится новая контрольная карта.

В Приложении № 1 приведены сведения о предельно допускаемых погрешностях.

Приложение № 1

Предельно допускаемые значения смещения В и коэффициента вариации CV определения лабораторных показателей в контрольном материале

Исследование биологических жидкостей	Код ОК-ПМУ*	В ₁₀ , %	CV ₁₀ , %	В ₂₀ , %	CV ₂₀ , %
Исследование уровня аланинтрансаминазы* в крови	09.05.042	±17	16	±15	15
Исследование уровня альбумина в крови	09.05.011	±5	4	±4	4
Исследование уровня амилазы* в крови	09.05.045	±16	11	±15	10
Исследование уровня аспартаттрансаминазы* в крови	09.05.041	±11	11	±10	10
Исследование уровня общего белка в крови	09.05.010	±5	3	±5	3
Исследование уровня общего билирубина в крови	09.05.021	±17	16	±15	15
Исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы* в крови	09.05.044	±16	11	±15	10
Исследование уровня глюкозы в крови	09.05.023	±6	5	±5	5
Исследование уровня железа в крови	09.05.007	±12	17	±10	16
Исследование уровня калия в крови	09.05.031	±5	4	±4	4
Исследование уровня кальция в крови	09.05.032	±3,4	3,3	±3,0	3,0
Исследование уровня креатинина в крови	09.05.020	±11	8	±10	7
Исследование уровня креатинкиназы* в крови	09.05.043	±23	22	±20	20
Исследование уровня лактатдегидрогеназы* и ее изоферментов в крови	09.05.039	±11	11	±10	10
Исследование уровня магния в крови	09.05.132	±7	7	±6	6
Исследование уровня мочевой кислоты в крови	09.05.018	±11	8	±10	7
Исследование уровня мочевины в крови	09.05.017	±11	11	±10	10
Исследование уровня натрия в крови	09.05.030	±1,8	2,2	±1,5	2,0
Исследование уровня нейтральных жиров и триглицеридов плазмы крови	09.05.025	±17	16	±15	15
Исследование уровня фосфатов (неорганических) в крови	09.05.033	±8	8	±7	7
Исследование уровня хлоридов в крови	09.05.034	±3,4	3,3	±3,0	3,0
Исследование уровня холестерина в крови	09.05.026	±9	8	±8	7
Исследование уровня щелочной фосфатазы* в крови	09.05.046	±16	11	±15	10
Определение белка в моче	09.28.003	±24	27	±20	25
Исследование уровня глюкозы в моче	09.28.011	±22	16	±20	15
Исследование уровня общего гемоглобина в крови	09.05.003	±5	4	±4	4
Исследование уровня эритроцитов в крови	08.05.003	±7	4	±6	4
* Обозначения услуг даны в соответствии с ОКПМУ – отраслевым классификатором простых медицинских услуг.					

Лаборатория: Отдел:		Показатель:	
Дата измерения:	Исследуемый материал (нужное подчеркнуть): проба пациента, контрольный материал		
Методика измерения:	Контрольный материал (наименование, диапазон значений):		
Исполнитель:	Изготовитель контрольного материала:	№ партии контрольного материала:	Срок годности контрольного материала:

Порядковый номер измерения	Результат измерения показателя ()	$(X_i - \bar{X})$	$(X_i - \bar{X})^2$
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
Число результатов 10	результатов измерений: $10 = \bar{X} =$		$\sum (X_i - \bar{X})^2 =$
$\hat{CV}_n =$	$0,5CV_{10} =$	Повторяемость приемлема: да нет	

В форму регистрации результатов оценки повторяемости результатов измерения аналита в одной аналитической серии вносят рассчитанное по формулам 1–3 среднеквадратическое отклонение и значение коэффициента вариации CV_n , которое сравнивают со значением $0,5 CV_{10}$. (Приложение № 1).

Форма регистрации результатов установочных серий измерений показателя
в контрольных материалах

Лаборатория: Отдел:		Показатель:		Дата проведения измерений с _____ по _____ Исполнитель:		
Контрольный материал: (наименование)	Срок годности:	Изготовитель:		№ партии	Паспортное значение (диапазон значений):	
1						
2						
Прибор и его метрологические характеристики*:		Методика измерения:		Реактивы:		
Серия исследований	Контрольный материал 1			Контрольный материал 2		
	Результат измерения	$(X_i - \bar{X})$	$(X_i - \bar{X})^2$	Результат измерения	$(X_i - \bar{X})$	$(X_i - \bar{X})^2$
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
0	N=2	$\bar{X}_{20} =$	$\sum (X_i -$		$\sum (X_i - \bar{X})^2 =$	
$\hat{CV}_{20} =$ $\hat{B}_{20} =$		(приложение 1)= (приложение 1)=			$\hat{CV}_{20} =$ $\hat{B}_{20} =$	
Прецизионность в 20 сериях приемлема: да нет				Прецизионность в 20 сериях приемлема: да нет		
Правильность по 20 сериям приемлема: да нет				Правильность по 20 сериям приемлема: да нет		

В форму (Приложение № 4) должны заносить данные об отбракованных при проведении оперативного контроля аналитических сериях (по датам, с указанием причин выбраковки).

Форма регистрации отбракованных результатов внутрилабораторного контроля качества

Лаборатория: Отдел:	Показатель:	Методика выполнения измерений:		
Прибор:	Реактивы:	Контрольный материал (название, диапазон значений):		
		Изготовитель:	№ партии:	Срок годности:

День	Запись*	Подпись

* При выбраковке результатов сотрудник делает запись о произведенных действиях: проверка калибровки, инструментов, дозирования, повторное измерение результатов отбракованной аналитической серии.

В конце каждого месяца заведующий лабораторией просматривает регистрационные листы и делает выводы с соответствующими комментариями по поводу предпринятых действий и решений.

8. Контроль качества качественных и полуколичественных исследований.

8.1. Качественные исследования – это те исследования, которые определяют наличие или отсутствие анализируемого вещества или оценивают клеточные характеристики, например, морфологию клетки. Результаты выражают не числами, а описательными или качественными терминами, такими, как «положительный», «отрицательный», «реактивный», «нереактивный», «норма» или «патология».

Примерами качественных исследований будут микроскопические исследования морфологии клеток и наличия паразитов, серологические исследования на присутствие или отсутствие антигенов и антител, некоторые бактериологические исследования и некоторые молекулярные методы.

8.2. Полуколичественные исследования похожи на качественные, они не определяют точного количества вещества. Разница заключается в том, что результатом этих анализов является оценка количества анализируемого вещества. В некоторых случаях эту оценку выражают в цифрах. Так, результаты полуколичественных анализов могут быть представлены как «следы», «1+», «2+», или «3+» или «положительный при 1:160» (титр или разведение). Примерами полуколичественных анализов будут тест-полоски для анализа мочи, серологические тесты на агглютинацию.

Некоторые микроскопические исследования считаются полуколичественными, поскольку результаты выражают в оценке числа клеток в поле зрения под малым или большим увеличением. Например, микроскопическое исследование мочи может дать результат «0–5 эритроцитов в поле зрения под большим увеличением».

Как и в случае количественных анализов, до того, как передать результаты запросившему лицу, убеждаемся, что результаты качественных и полуколичественных анализов являются правильными.

8.3. Общие принципы качества, применимые к качественным и полуколичественным анализам:

- обращение с пробами является важным аспектом для всех лабораторных анализов. Для исследований, которые зависят от наличия живых организмов в пробах, требуется более тщательный контроль и лучшее взаимодействие с персоналом вне лаборатории;

- термостаты, холодильники, микроскопы, автоклавы и другое оборудование обслуживается и тщательно контролируется;

- положительные и отрицательные контроли применяются для проверки эффективности тех анализов, в которых используют специальные штаммы и реагенты, а также для анализов на конечный результат, таких, как агглютинация или изменение цвета, и для других анализов с нечисловыми результатами;

- реагенты хранятся в соответствии с инструкциями производителей, помечены датой вскрытия и начала использования, и списываются по истечению срока годности;

- для непрерывного улучшения системы качества в лаборатории ведутся записи по всем процессам КК и корректирующим действиям;

– при возникновении проблем ликвидируется их источник, а затем повторяется анализ.

Если результат КК не соответствует требованиям, отчет с результатами анализов проб от пациентов не выдается.

8.4. Материалами для контроля качества могут быть разнообразные контрольные материалы. Контроли могут быть встроенными (в наборе или в процедуре), традиционными, т.е. похожими на пробы пациентов, или могут представлять собой контрольные культуры для бактериологических исследований.

8.4.1. К встроенным контролям относят такие контроли, которые интегрированы в конструкцию аналитической системы, например, в приспособление для теста из набора. Данные контроли ставятся автоматически при проведении каждого анализа. В инструкциях производителей такие контроли могут называться контролями на процедуру, встроенными контролями или внутренними контролями.

Несмотря на то, что встроенные контроли дают некоторую степень уверенности в правильности результатов, они не контролируют все условия, которые могут повлиять на результат. Для общей уверенности в правильности и надежности результатов исследований периодически анализируем традиционные контрольные материалы, похожие на пробы пациентов.

8.4.2. Традиционные контроли должны быть приготовлены так, чтобы они имитировали пробы от пациентов, и для оценки аналитического процесса их следует анализировать вместе с пробами пациентов. Положительные контроли должны давать ожидаемую реакцию, а отрицательные контроли должны не давать реакции, т.е. давать отрицательную реакцию на анализируемое вещество.

Глава 11. Деятельность поликлиники

Утверждены: алгоритм взаимодействия дневного стационара с ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» (маршрутизация пациентов), алгоритм оформления листков временной нетрудоспособности, их учёта и регистрации в поликлинике, правила хранения первичной медицинской документации и её доставки в кабинеты приёма врачей-специалистов, правила размещения наглядной информации в поликлинике и обеспечения пациентов навигационной информацией с учётом характера расположения помещений, алгоритм взаимодействия регистратуры со структурными подразделениями поликлиники, алгоритм взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами, алгоритм распределения потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах, алгоритм направления пациентов в другие медицинские организации, алгоритм маршрутизации пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний, алгоритм записи и отмены записи на приём при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему, алгоритм уведомления пациента об отмене приёма по инициативе медицинской организации, алгоритм информирования пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни, алгоритм движения медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, алгоритм плановой госпитализации пациентов.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

16.12.2019

№ 202

г. Пенза

Об организации деятельности поликлиники в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 25.09.2012 № 970 «Об утверждении положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий», постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», а также с целью повышения качества и безопасности оказания специализированной медицинской помощи в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», рационального использования ресурсов организации и дальнейшего развития системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Алгоритм взаимодействия дневного стационара ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» с ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» (маршрутизация пациентов) (Приложение № 1).
2. Утвердить Алгоритм оформления листов временной нетрудоспособности, их учёта и регистрации в поликлинике (Приложение № 2).
3. Утвердить Правила хранения первичной медицинской документации и её доставки в кабинеты приёма врачей-специалистов (Приложение № 3).
4. Утвердить Правила размещения наглядной информации в поликлинике и обеспечения пациентов навигационной информацией с учётом характера расположения помещений (Приложение № 4).
5. Утвердить Алгоритм взаимодействия регистратуры со структурными подразделениями поликлиники (Приложение № 5).
6. Утвердить Алгоритм взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами (Приложение № 6).
7. Утвердить Алгоритм распределения потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах (Приложение № 7).
8. Утвердить Алгоритм направления пациентов в другие медицинские организации (Приложение № 8).
9. Утвердить Алгоритм маршрутизации пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний (Приложение № 9).
10. Утвердить Алгоритм записи и отмены записи на приём при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему (Приложение № 10).
11. Утвердить Алгоритм уведомления пациента об отмене приёма по инициативе медицинской организации (Приложение № 11).
12. Утвердить Алгоритм информирования пациентов о методах профилактики неинфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни (Приложение № 12).
13. Утвердить Алгоритм движения медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 13).
14. Утвердить Алгоритм плановой госпитализации пациентов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 14).
15. Признать утратившими силу приказы главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 31.07.2012 № 135 «О порядке оказания консультативной и лечебно-диагностической помощи в поликлинике при консультативно-диагностическом центре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»» и от 12.04.2018 № 62 «О назначении ответственного лица за координацию работы медицинских регистраторов в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».
16. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. письменно, персонально под роспись ознакомить всех заинтересованных лиц с настоящим приказом (согласно листу ознакомления).
17. Ответственность за актуализацию данного приказа возложить на заведующего поликлиникой Горину О.С.
18. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

**Алгоритм
взаимодействия дневного стационара ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
с ГБУЗ «Областной онкологический диспансер»
(маршрутизация пациентов)**

1. Показания к госпитализации в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

1.1. Онкологические больные в процессе комбинированного и комплексного противоопухолевого лечения, не требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

2. Госпитализация в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» возможна при следующих условиях:

2.1. Общесоматический статус пациента должен быть не ниже 2 по шкале ECOG и не ниже 60 по шкале Карновского, признаки токсичности не выше 2 степени по критериям CTC NCIC.

2.2. Состояние здоровья пациента должно позволять ему добраться до дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» без переутомления и ущерба самочувствию.

2.3. У больного не должно быть сопутствующих заболеваний тяжелой степени в стадии декомпенсации, способных дать серьезные осложнения после введения цитостатиков.

3. Пациенты, имеющие общесоматический статус 1–2 по шкале ECOG и 40–60 по шкале Карновского, а также признаки токсичности 3–4 подлежат рассмотрению вопроса о госпитализации строго в круглосуточное отделение химиотерапии ГБУЗ «Областной онкологический диспансер».

4. Пациенты более низкого общесоматического статуса (10–30 по шкале Карновского) подлежат симптоматическому лечению по месту жительства.

5. Противопоказания к госпитализации в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

5.1. Острые инфекционные заболевания.

5.2. Хронические сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации.

5.3. Состояния, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

5.4. Миелодепрессивный агранулоцитоз.

5.5. Острая сердечно-сосудистая патология.

5.6. Психические заболевания в стадии обострения и декомпенсации.

6. Порядок направления пациентов на лечение в дневной стационар поликлиники «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

6.1. Для пациентов, направляемых в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного.

6.2. Решение консилиума врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов должно быть оформлено в виде протокола (с указанием диагноза, номера стекол и заключения гистологического исследования, проведенного лечения и схемы химиотерапии).

6.3. Протокол должен быть зарегистрирован в системе РИАМС ПроМед. При невозможности регистрации протокола в системе РИАМС ПроМед на руки пациенту выдается его копия.

6.4. На руки пациенту врачом-онкологом ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» выдается «Памятка для пациента» (Приложение к Регламенту).

6.5. Направление на лечение в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» выдается врачом-онкологом ГБУЗ «Областной

онкологический диспансер» круглосуточного или дневного стационара, врачом-онкологом после проведения консилиума.

6.6. Направление оформляется через систему РИАМС ПроМед и выдается пациенту после согласования даты госпитализации с врачом-онкологом дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» по тел. 59-16-33 с 14:00 до 16:00 с понедельника по пятницу.

7. Перечень документов и обследований пациента для госпитализации в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

7.1. Направление на лечение из ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» через систему РИАМС ПроМед.

7.2. Копия протокола консилиума врачей-онкологов ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» в случае, если заключение не внесено в систему РИАМС ПроМед.

7.3. Паспорт, страховой полис, карточка пенсионного страхования (СНИЛС).

7.4. Последняя выписка из химиотерапевтического отделения (дневного или круглосуточного стационара) ГБУЗ «Областной онкологический диспансер».

7.5. Выписки из других лечебных учреждений о проведенном лечении и обследовании (при наличии).

7.6. Общий анализ крови (эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоформула, гемоглобин, гематокрит, СОЭ) – срок годности 5 дней.

7.7. Общий анализ мочи – срок годности 10 дней.

7.8. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, ЛДГ) – срок годности 5 дней.

7.9. Кровь на ПТИ фибриноген – срок годности 5 дней.

7.10. ЭКГ – срок годности 5 дней.

7.11. Заключение терапевта по месту жительства о наличии сопутствующих заболеваний. При наличии признаков заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, анемия) необходимо заключение ФГДС.

7.12. Лист временной нетрудоспособности (при наличии).

8. Отсутствие одного из указанных документов или обследований в перечне является основанием для рассмотрения вопроса об отказе в проведении противоопухолевого лечения в дневном стационаре поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

9. Порядок госпитализации пациентов в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

9.1. При обращении пациента в дневной стационар поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» впервые он предоставляет необходимые документы врачу-онкологу дневного стационара согласно перечню документов и обследований, указанному в «Памятке для пациента», на основании которых врач-онколог дневного стационара осуществляет госпитализацию.

10. Врач-онколог дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», осуществляющий прием, вправе отказать пациенту в госпитализации с рекомендациями о дальнейшей тактике ведения в случае:

10.1. Отсутствия одного из указанных документов или обследований в перечне документов, указанных в «Памятке для пациента».

10.2. Наличие у пациента медицинских противопоказаний к проведению лекарственного противоопухолевого лечения в условиях дневного стационара.

10.3. Наличие у пациента медицинских противопоказаний к проведению очередного курса лекарственного противоопухолевого лечения.

11. Порядок выписки пациента из дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

11.1. При выписке пациента из дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» врач-онколог записывает пациента на следующий курс химиотерапии и выдает направление на госпитализацию через систему РИАМС ПроМед.

12. В случае завершения лекарственного противоопухолевого лечения врач-онколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» выдает направление пациенту на амбулаторный приём к врачу-онкологу ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» через систему РИАМС ПроМед.

13. При ухудшении состояния здоровья или возникновении у пациента осложнений противоопухолевой терапии (фебрильная нейтропения, анемия тяжелой степени, токсичность 3–4 степени), требующих круглосуточного наблюдения, пациент переводится в профильное отделение стационара ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» в плановом порядке.

14. При возникновении у пациента неотложных состояний (анафилактический шок, острый инфаркт миокарда, инсульт и др.) пациент направляется бригадой скорой помощи в дежурный стационар.

Приложение
к приложению № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Памятка для пациента

Адрес дневного стационара поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

г. Пенза, ул. Тамбовская/Богданова 32/53А, 3 этаж, кабинет № 301, время приема: понедельник – пятница 9:00–12:00.

Врач-онколог Андреева Анастасия Андреевна.

Перечень документов и обследований для госпитализации в дневной стационар поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко:

1. Направление на лечение из ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» через систему РИАМС ПроМед.

2. Копия протокола консилиума врачей-онколов ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» (если заключение не внесено в систему РИАМС ПроМед).

3. Паспорт, страховой полис, карточка пенсионного страхования (СНИЛС).

4. Последняя выписка из химиотерапевтического отделения (дневного или круглосуточного стационара) ГБУЗ «Областной онкологический диспансер».

5. Выписки из других лечебных учреждений о проведенном лечении и обследовании при наличии.

6. Общий анализ крови (эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоформула, гемоглобин, гематокрит, СОЭ) – срок годности 5 дней.

7. Общий анализ мочи – срок годности 10 дней.

8. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин, ЛДГ) – срок годности 5 дней.

9. Кровь на ПТИ фибриноген – срок годности 5 дней.

10. ЭКГ – срок годности 5 дней.

11. Заключение терапевта по месту жительства о наличии сопутствующих заболеваний. При наличии признаков заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, анемия) необходимо заключение ФГДС.

12. Лист временной нетрудоспособности (при наличии).

Отсутствие одного из документов или обследований, указанных в перечне, является основанием для рассмотрения вопроса об отказе в проведении противоопухолевого лечения на базе дневного стационара поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

**Алгоритм оформления листков временной нетрудоспособности,
их учёта и регистрации в поликлинике**

1. Лица, ответственные за получение, хранение и оформление листков нетрудоспособности, назначаются приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
2. В поликлинике ответственным лицом за получение, хранение и оформление листков нетрудоспособности назначен медицинский регистратор регистратуры поликлиники.
3. Листок нетрудоспособности оформляется в электронном виде (в РИАМС ПроМед) и на бумажном носителе (бланк листка нетрудоспособности, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»).
4. Правила заполнения листка нетрудоспособности регламентированы приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н (ред. от 10.06.2019) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».
5. Показания к выдаче листка нетрудоспособности определяет врач.
6. При оформлении электронного листка нетрудоспособности:
 - 6.1. Врач делает отметку о выдаче листка нетрудоспособности в электронной медицинской карте пациента.
 - 6.2. Определяет дату следующей явки на прием.
 - 6.3. Заполняется бланк согласия пациента на оформление электронного листка нетрудоспособности (бланк согласия с подписью пациента заполняется в 2 экземплярах, один из которых отдается пациенту, а второй подклеивается в медицинскую карту пациента).
 - 6.4. Врач открывает вкладку «нетрудоспособность» в электронной медицинской карте пациента, где заполняет поля периода временной нетрудоспособности.
 - 6.5. Заверяет внесенные данные квалифицированной электронной подписью.
 - 6.6. Медицинская сестра кабинета незамедлительно передает информацию об открытии электронного листка нетрудоспособности медицинскому регистратору, ответственному за оформление листков нетрудоспособности в поликлинике, для записи его в книге регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у) и в оперативный отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для формирования и отправки реестров в ФСС.
 - 6.7. При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, врач направляет пациента на врачебную комиссию по экспертизе временной нетрудоспособности.
 - 6.7.1. При подтверждении срока нетрудоспособности врачебной комиссией по экспертизе временной нетрудоспособности электронный листок нетрудоспособности в РИАМС ПроМед подтверждается квалифицированной электронной подписью председателя врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности и лечащего врача. В медицинской карте пациента решение врачебной комиссии оформляется протоколом с указанием даты, регистрационного номера в соответствии с записью в Журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (ф. № 035/у-02), подписью председателя врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности и её членов.
 - 6.7.2. При необходимости продления электронного листка нетрудоспособности свыше срока, установленного законодательством («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10), утв. Минздравом России и Фондом социального страхования РФ от 21.08.2000 № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), пациент направляется на медико-социальную экспертизу. Электронный листок нетрудоспособности через РИАМС ПроМед направляется в бюро медико-социальной экспертизы.
 - 6.7.3. Обо всех сроках продления нетрудоспособности и в случае направления электронного листка нетрудоспособности через РИАМС ПроМед в бюро медико-социальной экспертизы врач делает отметки в электронной медицинской карте пациента, а медицинская сестра кабинета незамедлительно передает информацию медицинскому регистратору, ответственному за оформление листков нетрудоспособности, и предоставляет информацию о пациенте и сроках его временной

нетрудоспособности в оперативный отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для формирования и отправки реестров в ФСС.

6.8. В случае признания пациента трудоспособным в электронной медицинской карте пациента врач делает отметку о закрытии электронного листка нетрудоспособности и подтверждает своей квалифицированной электронной подписью.

6.9. Заполняет талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025-9/у-96).

6.10. Медицинская сестра кабинета незамедлительно передает талон на законченный случай временной нетрудоспособности медицинскому регистратору, ответственному за оформление листков нетрудоспособности, и предоставляет информацию о пациенте и сроках его временной нетрудоспособности в оперативный отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для формирования и отправки реестров в ФСС.

6.11. Корешок с номером листка нетрудоспособности из РИАМС ПроМед распечатывается и выдается пациенту для предоставления по месту работы, второй экземпляр корешка подклеивается в медицинскую карту пациента.

7. При оформлении листка нетрудоспособности на бумажном носителе (бланк листка нетрудоспособности, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2011 № 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»):

7.1. Врач делает отметку о выдаче листка нетрудоспособности в электронной медицинской карте пациента.

7.2. Определяет дату следующей явки на прием.

7.3. При сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, врач направляет пациента на врачебную комиссию по экспертизе временной нетрудоспособности.

7.3.1. При подтверждении срока нетрудоспособности врачебной комиссией по экспертизе временной нетрудоспособности в медицинской карте пациента ставится отметка о решении врачебной комиссии с указанием даты, регистрационного номера в соответствии с записью в Журнале учета клинично-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (ф. № 035/у-02), подписью председателя врачебной комиссии по экспертизе временной нетрудоспособности и её членов.

7.3.2. При необходимости продления листка нетрудоспособности свыше срока, установленного законодательством («Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах» (в соответствии с МКБ-10), утв. Минздравом России и Фондом социального страхования РФ от 21.08.2000 № 2510/9362-34, 02-08/10-1977П), пациент направляется на медико-социальную экспертизу. Бумажный листок нетрудоспособности через отдел документационного обеспечения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко отправляется в бюро медико-социальной экспертизы.

7.4. Медицинская сестра кабинета незамедлительно передает медицинскую карту пациента медицинскому регистратору, ответственному за оформление листков нетрудоспособности в поликлинике, для оформления листка нетрудоспособности и записи его в книге регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у), а также передает информацию в оперативный отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для формирования и отправки реестров в ФСС.

7.5. Медицинский регистратор, ответственный за оформление листков нетрудоспособности, оформляет листок нетрудоспособности в день его «открытия» на специальном бланке с помощью специальной программы, установленной на персональном компьютере, распечатывает бланк листка нетрудоспособности на специальном принтере.

7.6. После регистрации листка нетрудоспособности в книге регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у) медицинский регистратор, ответственный за оформление листков нетрудоспособности, возвращает медицинскую карту пациента вместе с оформленным листком нетрудоспособности врачу-специалисту.

7.7. Получив оформленный листок нетрудоспособности, врач вносит его номер и сроки временной нетрудоспособности в электронную медицинскую карту пациента.

7.8. При повторной явке пациента врач решает вопрос о продлении либо закрытии листка нетрудоспособности.

7.9. В случае продления листка нетрудоспособности врач делает отметку в медицинской карте пациента о сроках продления (при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, врач направляет пациента на врачебную комиссию по экспертизе временной нетрудоспособности, см. п. 7.3.1 и 7.3.2 настоящего Приложения).

7.10. Врач заполняет соответствующие графы в листке нетрудоспособности о следующем периоде нетрудоспособности печатными заглавными буквами. При этом используется перьевая, гелевая или капиллярная ручка черного цвета. Недопустимо внесение данных шариковой ручкой, исправления, помарки и ошибки.

7.11. В случае признания пациента трудоспособным в электронной медицинской карте пациента врач делает отметку о закрытии листка нетрудоспособности, заполняет талон на законченный случай временной нетрудоспособности (ф. 025-9/у-96).

7.12. Медицинская сестра кабинета незамедлительно передает талон на законченный случай временной нетрудоспособности и листок нетрудоспособности в кабинет выдачи листков нетрудоспособности.

7.13. Медицинский регистратор, ответственный за оформление листков нетрудоспособности, делает отметку в книге регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у) об окончании периода нетрудоспособности и заверяет «закрытый» листок нетрудоспособности печатью медицинской организации.

7.14. Листок нетрудоспособности выдается пациенту для предоставления по месту работы.

7.15. Талоны на законченный случай временной нетрудоспособности и корешки от «закрытых» листков нетрудоспособности передаются медицинским регистратором, ответственным за оформление листков нетрудоспособности, ответственным лицам для дальнейшей их обработки.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Правила хранения первичной медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов

1. Медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее медицинские карты пациентов), хранятся в картохранилище регистратуры поликлиники.

2. Стеллажи картохранилища промаркированы по годам обращения, внутри каждого года обращения – по районам области, внутри района области – по алфавиту.

3. В действующем картохранилище хранятся медицинские карты пациентов, обратившихся в поликлинику за 3 последних года, включая текущий. Медицинские карты пациентов, не обращавшихся в поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко более 3 лет, перемещаются на хранение в архив поликлиники на срок 25 лет.

4. При обращении пациентов, медицинские карты которых хранятся в архиве, медицинский регистратор по требованию врача-специалиста обязан найти данную медицинскую карту, обновить информацию титульного листа медицинской карты при изменении данных в личных документах пациента и доставить в кабинет.

5. В регистратуре выделены отдельные стеллажи для хранения медицинских карт сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, которые систематизированы по структурным подразделениям больницы и внутри подразделений – по алфавиту.

6. При увольнении сотрудника его медицинская карта перемещается в общую картотеку по адресу регистрации и затем в общем порядке передается в архив, если уволенный не обращался за медицинской помощью в поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в течении 3 лет.

7. Медицинские карты пациентов подбираются из картотеки картохранилища, либо заводятся вновь медицинским регистратором после проведения стандартной операционной процедуры идентификации личности пациента и при наличии направления на прием.

8. Подобранные медицинские карты пациентов группируются в папки по врачам поликлиники и своевременно доставляются в кабинеты медицинскими регистраторами-курьерами (время доставки карт не должно превышать 5–7 мин. с момента регистрации).

9. Доставка медицинских карт пациентов должна осуществляться с соблюдением принципов сохранения тайны диагноза и персональных данных пациента.

**Правила размещения наглядной информации в поликлинике
и обеспечения пациентов навигационной информацией
с учетом характера расположения помещений**

1. В целях информирования граждан о медицинской организации и услугах, оказываемых медицинской организацией, вся информация, необходимая пациентам, размещается в холле регистратуры поликлиники.

2. Информационные стенды оформляются в понятной и доступной для пациентов форме, в визуально доступном месте, информация на стендах постоянно актуализируется.

3. Актуализацию информации на стендах осуществляет ответственное лицо, назначенное приказом главного врача больницы.

4. На информационных стендах размещается следующая информация:

4.1. Полное наименование медицинской организации, юридический адрес, телефон, адрес электронной почты, адрес сайта в сети Интернет, режим работы, контактные телефоны.

4.2. Копия свидетельства государственной регистрации медицинской организации.

4.3. Копия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности (номер, дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией), наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.

4.4. Структура медицинской организации.

4.5. Виды оказываемой медицинской помощи.

4.6. Условия оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе сроки ожидания плановой медицинской помощи.

4.7. Информация о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья.

4.8. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.

4.9. Показатели доступности и качества медицинской помощи.

4.10. Права на льготы при получении медицинской помощи.

4.11. Порядок обращения за медицинской помощью.

4.12. Режим работы поликлиники и её подразделений.

4.13. Порядок предварительной записи на прием к врачам.

4.14. Правила предоставления платных медицинских услуг и порядок их оплаты.

4.15. Перечень оказываемых платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (тарифы).

4.16. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

4.17. Порядок обращения граждан к дежурному администратору по телефону «горячей линии» (с указанием ФИО, должности и номера телефона).

4.18. График приема граждан руководителями подразделений поликлиники (с указанием ФИО руководителя, должности, места, времени приема и номера телефона).

4.20. График приема граждан руководителем медицинской организации, его заместителями и иными уполномоченными лицами (с указанием ФИО, должности, местом, временем приема и номерами телефонов).

4.21. Адреса, телефоны страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

4.22. Информация о вышестоящих инстанциях по контролю, надзору в сфере здравоохранения, по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и т.д. (ФИО руководителей, номера телефонов, адреса (места расположения)).

4.23. поэтажный указатель кабинетов и структурных подразделений (названия, номера, место расположения).

4.24. Расписание приема врачей и работы лечебно-диагностических подразделений (ФИО врача, специальность, номер кабинета, часы и дни приема).

5. В холле регистратуры, на лифтовых площадках этажей, в холлах отделений размещаются информационно-методические стенды и стойки с материалами по профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, правам пациентов, диспансеризации, вакцинации и оказанию первой доврачебной помощи при некоторых неотложных состояниях. Информация обновляется не реже одного раза в год, при необходимости чаще.

6. В холле регистратуры, на высоте, оптимальной для просмотра посетителей, размещается цифровая видеотехника, предназначенная для демонстрации видеоматериалов профилактической направленности, а также видеоинформации о новых методах лечения и диагностики в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. Ответственный специалист, назначенный приказом руководителя медицинской организации, обеспечивает ежедневную трансляцию видеоматериалов в течение всего времени работы регистратуры.

7. Навигационная информация для пациентов с учетом характера расположения помещений должна быть представлена в виде:

7.1. Настенного информационного табло, расположенного в холле 1-го этажа, с расписанием приема врачей-специалистов, где указаны номера кабинетов приёма, ФИО врача полностью, специальность, номер кабинета, дни и часы приема.

7.2. Настенного информационного табло с поэтажным указателем расположения подразделений поликлиники и диагностических отделений, расположенным около регистратуры.

7.3. Мини-табло с поэтажным указателем расположения отделений и кабинетов размещены в кабинах всех 3 пассажирских лифтов.

7.4. В виде указателей на лифтовых площадках, лестничных пролётах каждого этажа и перед входом в левое и правое «крыло» поликлиники с названием отделения и номерами кабинетов, расположенных в «крыле» данного этажа.

7.5. В виде настенных «стрелок», указывающих на вход, выход, расположение туалетов.

7.6. В виде напольных наклеек – «лапок», указывающих на расположение кабинета ЭКГ в кардиологическом диспансере.

Приложение № 5

к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

от _____ № _____

Алгоритм взаимодействия сотрудников регистратуры со структурными подразделениями поликлиники

1. Медицинские регистраторы регистратуры поликлиники взаимодействуют с медицинским персоналом подразделений поликлиники посредством своевременного предоставления правильно оформленной первичной медицинской документации.

2. Кроме этого непосредственное взаимодействие происходит:

2.1. При согласовании с врачами структурных подразделений поликлиники о приёме пациентов по экстренным и неотложным показаниям, а также возможности приёма сверх записи пациентов, имеющих право на льготы.

2.2. При устном запросе врача-специалиста структурного подразделения поликлиники о доставке медицинской карты пациента из архива или картохранилища в кабинет.

2.3. При выяснении медицинским регистратором наличия или отсутствия медицинской карты пациента в кабинете у врача-специалиста структурного подразделения поликлиники после последнего посещения при отсутствии данной медицинской карты пациента в картохранилище регистратуры.

3. Медицинский регистратор должен вести разговоры с сотрудниками поликлиники и структурных подразделений, связанные только с выполнением своих обязанностей и производственной деятельностью, не обсуждать посетителей или сотрудников МО, не обсуждать и не использовать информацию, полученную при выполнении должностных обязанностей.

Алгоритм взаимодействия сотрудников регистратуры с пациентами

1. Медицинский регистратор регистратуры поликлиники должен находиться на рабочем месте в специальной одежде, определенной корпоративной этикой, с именным бейджиком, где указаны ФИО и должность.
2. Внешний вид медицинского регистратора должен соответствовать деловому стилю – неяркий макияж, маникюр, минимум украшений, волосы собраны или уложены в аккуратную прическу.
3. Медицинский регистратор в спокойной приветливой манере приветствует пациента, удостоверяется в наличии у него направления.
4. После проведения стандартной операционной процедуры идентификации личности находит (заводит вновь при первичном обращении) медицинскую карту данного пациента.
5. При ведении дальнейшего диалога обращаться к пациенту следует по имени-отчеству, вежливо, доброжелательно, спокойно. При ведении диалога предпочтительно использовать обращения «Будьте добры» или «Будьте любезны», недопустимы панибратские обращения: «Лапушка», «Дорогуша» и т.д., а также обезличено-вульгарные: «мужчина», «женщина», «больной». Речь должна быть литературно правильной, без слов-паразитов и бытовых выражений.
6. Медицинский регистратор оформляет согласие пациента на обработку персональных данных, указывает на предоставленном пациентом направлении номер кабинета и предлагает проследовать на приём.
7. При необходимости объясняет место нахождения кабинета или привлекает к сопровождению пациента медицинского регистратора, выполняющего функции консультанта.
8. Направляет медицинскую карту пациента в кабинет врача-специалиста через медицинского регистратора-курьера. На руки пациенту медицинская карта не выдается.
9. При возникновении у пациента вопросов, в решении которых данный медицинский регистратор помочь или разобраться не может, необходимо спокойным тоном, не провоцируя развитие конфликта, пригласить для решения проблемы медицинского регистратора, ответственного за координацию работы медицинских регистраторов в поликлинике.
10. Персонал не обсуждает при пациентах посторонние проблемы, личные дела, других сотрудников, других пациентов.
11. Если у вас деловой и актуальный разговор, следует извиниться перед пациентом и постараться завершить беседу персональную или по телефону максимально быстро.
12. Все разговоры в регистратуре ведутся негромко.
13. При общении с пациентами в регистратуре необходимо использовать темп речи медленный, ритм речи размеренный. Выговаривать необходимо все звуки, окончания слов, полные названия отделений, процедур, обследований, специальностей. Следует помнить, что медицинские аббревиатуры и сокращения, а также медицинский сленг понятны только специалистам.
14. Если с первого раза вы не сумели понятно ответить на заданный вопрос – это не повод для раздражения на непонимание пациента, его уточнения и повторы. Следует все объяснить и повторить необходимое количество раз спокойно и медленно. Можно предложить пациенту записать информацию.
15. При сообщении информации пациенту, обратившемуся в регистратуру, все цифры в вашем ответе надо произносить четко и размеренно: дату, время, номер кабинета, номер телефона и т.д.
16. Во время работы по телефону в справочном режиме при поиске нужной информации не молчите, прокомментируйте свои действия:
 - минуточку, подождите, пожалуйста;
 - будьте добры подождать, я сейчас найду необходимую информацию;
 - я сейчас узнаю, уточню для вас;
 - пожалуйста, подождите, я сейчас занимаюсь вашим вопросом;
 - я могу предложить вам следующее.
17. Недопустимы пререкания, споры. В ваших ответах должны чувствоваться вежливость, доброжелательность, заинтересованность.

**Алгоритм распределения потоков пациентов,
требующих оказания медицинской помощи
в плановой, неотложной и экстренной формах**

1. Медицинский регистратор, выполняющий функцию консультанта, регулирует потоки обратившихся пациентов:

- помогает найти регистрационное окно в соответствии с районом проживания;
- перенаправляет потоки по регистрационным окнам для равномерной нагрузки на медицинских регистраторов и во избежание образования очередей;
- направляет пациентов, не записанных через РИАМС ПроМед, но имеющих направление на плановую консультацию утвержденной формы № 057/у, заверенное личной подписью и печатью врача, в регистрационные окна для записи его на свободные, выделенные для регистратуры квоты в пределах доступности расписания;
- при обращении в регистратуру пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах, независимо от наличия или отсутствия у него направления, организует вызов врача-терапевта (кардиолога и т.д.) к месту нахождения пациента;
- по указанию врача-специалиста помогает транспортировать пациента в кабинет для оказания ему неотложной помощи.

2. После передачи медицинским регистратором экстренного пациента врач-специалист проводит осмотр и принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациента:

- вызывает на консультацию других специалистов по показаниям;
- проводит по показаниям медикаментозное лечение;
- проводит по показаниям необходимое дообследование;
- при выявлении экстренной патологии направляет пациента в дежурную больницу согласно маршрутизации.

**Алгоритм
направления пациентов в другие медицинские организации**

1. При возникновении показаний к направлению пациента в другую медицинскую организацию на диагностическое обследование, консультацию, госпитализацию врачу поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко необходимо:

- 1.1. Получить письменное согласие пациента на проведение диагностического обследования, консультацию, стационарное лечение в другой медицинской организации.
- 1.2. Выдать пациенту направление установленного образца из РИАМС ПроМед с указанием даты и времени процедуры, названием медицинской организации.
- 1.3. Определить сроки повторной явки на прием с результатами диагностического обследования, консультации, стационарного лечения в другой медицинской организации с целью выбора дальнейшей тактики лечения.
- 1.4. Если определенный срок повторной консультации находится в пределах доступного расписания – выдать направление из РИАМС ПроМед на повторную консультацию.
- 1.5. Если определенный срок повторной консультации находится за пределами доступного расписания – выдать рекомендации о повторной консультации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по записи из поликлиники по месту жительства.

**Алгоритм маршрутизации пациентов в особых случаях:
в период эпидемии гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других
инфекционных заболеваний**

1. При получении распоряжения главного врача больницы о введении карантинных либо ограничительных мероприятий в связи с неблагоприятной обстановкой по гриппу и ОРВИ в поликлинике организуется кабинет по приему температурающих больных из числа сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, обратившихся к доверенному врачу-терапевту.
2. Медицинские регистраторы, работающие в регистрационных окнах, при обращении пациентов спрашивают о наличии у них высокой температуры.
3. При наличии у пациента температуры и признаков ОРВИ медицинский регистратор направляет его в кабинет приема температурающих больных, вызвав туда врача-терапевта для решения вопроса о целесообразности дальнейшего пребывания температурающего пациента в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и определения последующей тактики оказания медицинской помощи данному пациенту.
4. При подозрении у пациента инфекционного заболевания, требующего лечения в специализированном стационаре (ГБУЗ «Пензенский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи», ГБУЗ «Пензенская областная туберкулезная больница»), врач поликлиники выдает пациенту направление установленного образца через РИАМС ПроМед и организует его транспортировку в профильную специализированную медицинскую организацию на специализированном транспорте. Подает экстренное извещение (ф. 058/у) в эпидемиологический отдел ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

**Алгоритм записи и отмены записи на прием при
непосредственном обращении в поликлинику, по телефону,
через медицинскую информационную систему**

1. Запись на приём в поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко через РИАМС ПроМед осуществляется врачами поликлиники по месту проживания (прикрепления) пациентов.
2. При недоступности в медицинской организации РИАМС ПроМед в момент выдачи направления (по техническим причинам) пациент может быть записан при непосредственном обращении в поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, предоставив направление установленного образца формы № 057/у, выданного на рукописном бланке, заверенного личной подписью, печатью врача и штампом медицинской организации.
3. Медицинский регистратор поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко может записать пациента на свободные, выделенные для регистратуры квоты в пределах доступности расписания. Распечатанное направление с указанием даты и времени приема, оформленное медицинским регистратором ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, скрепляется с направлением, предоставленным пациентом.
4. По телефону предварительная запись к врачам-специалистам поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко не производится.
5. Пациент в случае возникновения некоторых причин, не позволяющих ему явиться на приём в поликлинику ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, обязан заранее уведомить об этом врача своей поликлиники, выдавшего направление.
6. Лечащий врач обязан переписать пациента на другое возможное время.

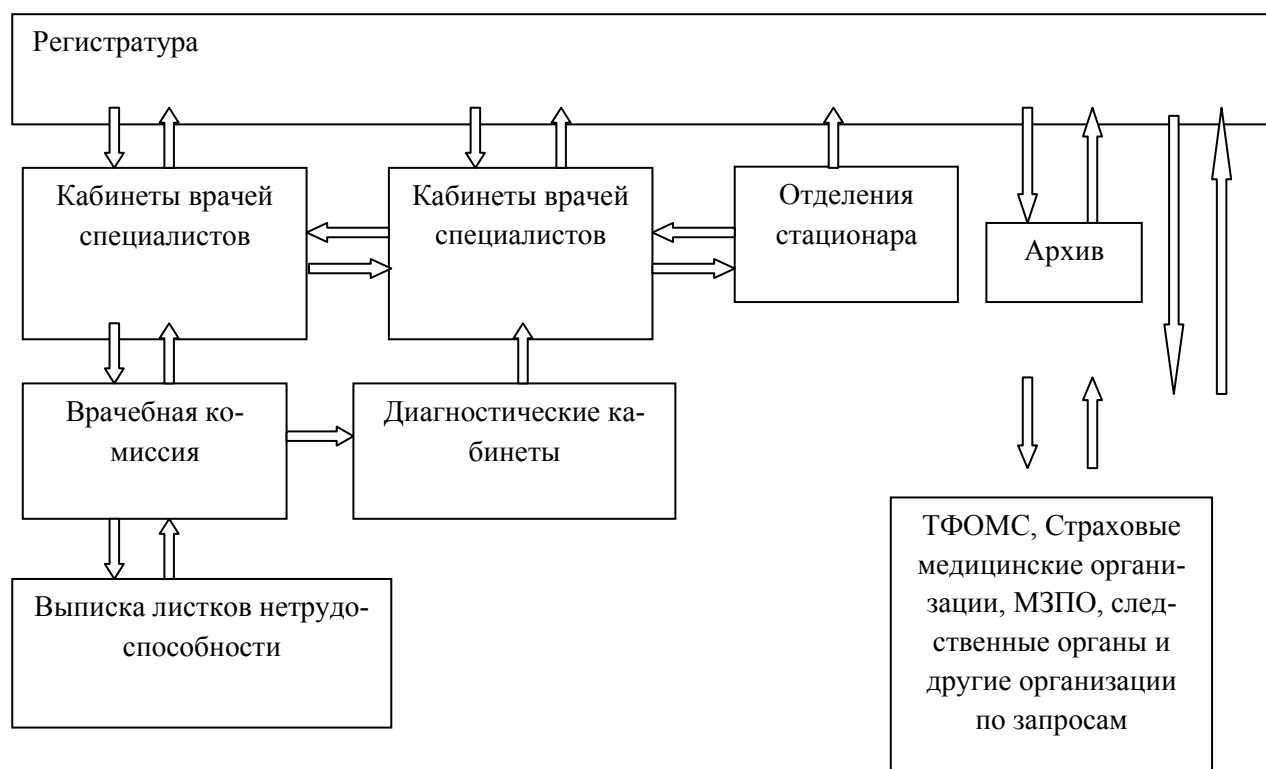
**Алгоритм уведомления пациента об отмене приема
по инициативе медицинской организации**

1. Необходимость уведомления пациента об отмене приема по инициативе медицинской организации возникает в случае незапланированного отсутствия врача-специалиста в день приема и невозможности его срочной замены.
2. Если дата отмены приема врача-специалиста стала известна заранее, медицинский регистратор, ответственный за актуализацию электронного расписания, по распоряжению заведующего поликлиникой закрывает все доступные места на даты отсутствия врача-специалиста бирками «командировка», «отпуск» и т.д.
3. Распечатывает списки записанных пациентов с их адресами, контактными телефонами и обзванивает пациентов, предлагая им для записи другие места в пределах доступности расписания к данному специалисту или к другим специалистам этого профиля (при их наличии).
4. При отсутствии в персональных данных пациента номера телефона, либо при недоступности его при вызове пациенту через отдел документационного обеспечения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (с регистрацией в журнале установленного образца) отправляется письмо, содержащее информацию об отмене приема и перезаписи пациента на другую дату и время. В тексте письма указывается контактный телефон медицинского регистратора, осуществляющего запись в РИАМС ПроМед, для обратной связи пациента, если предложенная дата и время приема его не устраивают.
5. Дополнительно информация об отмене приема передается по телефону заведующему поликлиникой по месту регистрации пациента.
6. Если дата отмены приема врача стала известна только в день приема и замена специалиста невозможна – пациенты, записанные на утренние часы и уже прибывшие в поликлинику, перезаписываются в регистратуре поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по факту их обращения, а пациенты, записанные на вторую половину дня, обзваниваются для перезаписи по указанным в РИАМС ПроМед телефонам (при их наличии).

**Алгоритм информирования пациентов
о методах профилактики неинфекционных заболеваний,
основах здорового образа жизни**

1. В рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни осуществляются врачами-специалистами по профилю оказываемой медицинской помощи.
2. Каждый врач-специалист, осуществляющий амбулаторно-поликлинический прием, даёт пациенту информацию в виде бесед и лекций на темы здорового образа жизни, профилактики неинфекционных заболеваний, информирует пациентов о факторах риска для их здоровья, даёт рекомендации по диетическому питанию и занятиям физической культурой и спортом.
3. Все рекомендации по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний врач-специалист отражает в «Справке лечащему врачу» и выдает на руки пациенту.
4. На лифтовых площадках этажей, в холлах отделений поликлиники размещаются информационно-методические стенды и стойки с материалами по профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни, диспансеризации, вакцинации и оказанию первой доврачебной помощи при некоторых неотложных состояниях.

**Алгоритм движения медицинской карты пациента,
получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**



В поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко движение медицинских карт пациентов фиксируется в журналах учета при:

- 1) оформлении протокола решения врачебной комиссии (журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения, ф. № 035/у-02);
- 2) выписке листка нетрудоспособности (книга регистрации листков нетрудоспособности, ф. 036/у);
- 3) передаче карты в архив или другие организации и ведомства по запросам (журнал учета передачи оригинала медицинской документации поликлиники (приказ ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 24.11.2016 № 139));
- 4) передаче из поликлиники в отделения стационара при госпитализации (журнал учета отправки медицинских карт в стационар);
- 5) передаче из отделений стационара в поликлинику при выписке (журнал учета возврата медицинских карт в поликлинику).

**Алгоритм плановой госпитализации пациентов
в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

1. Плановая госпитализация пациентов в отделения стационара осуществляется врачами-специалистами поликлиники при наличии показаний, требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

2. Заведующие отделениями стационара не позднее 2 недель вперед определяют количество квот на каждый день на плановую госпитализацию и сообщают эту информацию медицинским регистраторам центра госпитализации и в кабинет врачу-специалисту по своему профилю.

3. На каждое отделение стационара в поликлинике ведётся «Лист ожидания плановой госпитализации» (электронная версия) отдельно для мужчин и женщин.

4. Ведение «Листа ожидания плановой госпитализации» осуществляется:

– графы 1–8, 12 заполняет медицинская сестра, работающая с врачом-специалистом, определившим показания для плановой госпитализации;

– графы 9–11 и 13 заполняет медицинский регистратор центра госпитализации.

5. При наличии свободного места в отделении стационара на момент обращения пациента в поликлинику врач-специалист, определивший показания для плановой госпитализации, вносит пациента в «Лист ожидания плановой госпитализации», выдает ему электронное направление через систему РИ-АМС ПроМед на дату согласно очереди по «Листу ожидания плановой госпитализации» и назначает ему необходимое догоспитальное обследование согласно срокам годности анализов.

6. При отсутствии свободного места в отделении стационара на момент обращения пациента в поликлинику врач-специалист, определивший показания для плановой госпитализации, вносит пациента в «Лист ожидания плановой госпитализации» без даты госпитализации, назначает ему необходимое догоспитальное обследование согласно срокам годности анализов. Информировать его о том, что конкретная дата госпитализации будет сообщена пациенту за две недели до плановой госпитализации по телефону, указанному в «Листе ожидания плановой госпитализации».

7. При появлении дополнительных квот на плановую госпитализацию заведующие отделениями стационара сообщают их количество медицинским регистраторам центра госпитализации по телефону. Медицинский регистратор проставляет даты госпитализации (согласно очередности) пациентам, которые были внесены в «Лист ожидания плановой госпитализации» без даты. За две недели до госпитализации медицинские регистраторы по телефону информируют пациентов о дате плановой госпитализации и приглашают их на консультацию к врачу-специалисту для уточнения показаний к плановой госпитализации и прохождения необходимого дообследования.

8. При отказе пациента от госпитализации он снимается с очереди в «Листе ожидания плановой госпитализации» (строка окрашивается красным цветом). При временном отказе пациента от госпитализации медицинский регистратор в графе «Примечание» указывает причину отказа и назначает дату консультации у врача-специалиста для назначения новой даты госпитализации.

9. Медицинские сестры врачей-специалистов ежедневно просматривают «Лист ожидания плановой госпитализации» для подбора медицинских карт пациентов, запланированных на госпитализацию на следующий день.

10. В день госпитализации пациент обращается к врачу-специалисту для получения электронного направления через систему РИАМС ПроМед на плановую госпитализацию и проверки наличия необходимых обследований. При отсутствии каких-либо обследований пациент их проходит в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в этот же день, после чего направляется в приемное отделение.

11. Медицинский регистратор центра госпитализации ежедневно (кроме выходных и праздничных дней) в 12:45 копирует «Лист ожидания плановой госпитализации» на внешний носитель (флеш-накопитель) и передает с курьером поликлиники ответственному программисту отдела АСУ. Программист отдела АСУ размещает полученную информацию в папке общего доступа стационара для заведующих отделений.

12. В день госпитализации пациентов медицинские сестры кабинетов врачей-специалистов заполняют «Журнал госпитализации» и «Журнал учёта отправки амбулаторных карт в стационар», амбулаторные карты передают курьеру для доставки их в стационар.

13. Курьер поликлиники доставляет амбулаторные карты в приёмное отделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и раскладывает их в стеллаж по номерам отделений.

14. Ежедневно старшие медицинские сестры отделений стационара забирают амбулаторные карты пациентов для передачи их лечащим врачам-специалистам.

15. В день выписки пациентов из стационара старшие медицинские сестры отделений вклеивают выписные эпикризы в амбулаторные карты и в приёмном отделении записывают сведения о пациентах в «Журнал учёта возврата амбулаторных карт из стационара в поликлинику».

16. Ежедневно курьер поликлиники доставляет амбулаторные карты пациентов, выписанных из стационара, в регистратуру поликлиники. Медицинские регистраторы регистратуры поликлиники раскладывают амбулаторные карты в папки с номерами кабинетов врачей-специалистов, направивших пациентов на госпитализацию для ознакомления с выписным эпикризом.

17. Медицинские сестры кабинетов врачей-специалистов в «Журнале госпитализации» отмечают дату выписки пациентов из отделений стационара и сдают амбулаторные карты в регистратуру для их раскладки по месту регистрации.

Глава 12. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений

Утверждены порядок формирования безопасной среды для пациентов и персонала, шкала оценки риска падения Морса, алгоритм определения риска падения пациентов, поступающих на стационарное лечение, отчет о падении пациента, порядок проведения мероприятий, направленных на профилактику и лечение пролежней у пациентов, методические рекомендации «Принципы ухода за маломобильными и лежачими пациентами» (для родственников).



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

20.12.2019

№ 214

г. Пенза

Об организации безопасной среды в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденном приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 119, правилами оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну, утвержденными приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.06.2017 № 100, приказом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 17.05.2017 № 63 «О реализации проекта “Внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности”» и с целью организации безопасных условий пребывания пациентов, посетителей и условий работы для медицинского и обслуживающего персонала, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения «Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок формирования безопасной среды для пациентов и персонала ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 1).
2. Утвердить шкалу оценки риска падения Морзе (Приложение № 2).
3. Утвердить алгоритм определения риска падения пациентов, поступающих на стационарное лечение в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3).

4. Утвердить отчет о падении пациента (Приложение № 4).
5. Утвердить Порядок проведения мероприятий, направленных на профилактику и лечение пролежней у пациентов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 5).
6. Утвердить методические рекомендации «Принципы ухода за маломобильными и лежащими пациентами» (для родственников) (Приложение № 6).
7. Ответственным за актуализацию приказа назначить заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом Рыжонину Т.В.
8. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. внести изменения в должностные инструкции сотрудников, персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок формирования безопасной среды для пациентов и персонала ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Безопасные условия пребывания для пациентов так же важны для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, как и хирургическая, инфекционная или лекарственная безопасность.

В медицинской организации условно можно выделить две основные части безопасной среды:

1. Эмоциональную, поведенческую (например, междисциплинарные контакты персонала, коммуникация врач-пациент, обратная связь с пациентами, включая жалобы, возможные конфликты между медработниками и т.д.), которая отражает следование общечеловеческим нормам и ценностям и трудно поддается изменениям.

2. Материальную, техническую (например, организация рабочего места, чистота, освещенность, обеспеченность индивидуальными средствами защиты и т.д.), зависящую от работы, руководителей, ее в большинстве случаев проще и быстрее изменить. В этой части особое внимание необходимо уделять рациональной планировке пространства как внутри медицинской организации (например, взаиморасположение операционного блока и реанимационного отделения), так и внутри подразделений (например, взаиморасположение поста дежурной сестры и палаты для тяжелобольных, перевязочной, процедурного кабинета и т.д.).

2.1. Для обеспечения охраны и безопасности медицинской организации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ежегодно на конкурсной основе заключаются договоры по охране медицинской организации с охранным предприятием. Пропускная система на территорию больницы осуществляется на основании приказа «О контрольно-пропускном режиме в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”», утверждаемом на текущий год.

2.2. Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий осуществляется на основании приказов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко:

– приказ № 10 от 17.01.2018 «О специальной подготовке сотрудников по гражданской обороне и защите от чрезвычайных ситуаций на территории ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»;

– приказ № 145 от 17.10.2018 «О мерах пожарной безопасности на территории, в зданиях, сооружениях и помещениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»;

– приказ № 8 от 17.01.2018 «О специальной подготовке сотрудников ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” по гражданской обороне и защите от чрезвычайных ситуаций»;

– приказ № 18 от 31.01.2019 «О составе комиссии по пожарной безопасности на территории ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»;

– приказ № 50 от 18.03.2019 «По промышленной безопасности ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”».

2.3. Информационная безопасность, в том числе с целью защиты персональных данных пациента, осуществляется согласно приказу № 112 от 26.07.2019 «О создании комиссии по категорированию объектов критической информационной инфраструктуры ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”» и Положению об организации работы архива, утвержденного главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2.4. Профилактика травм среди пациентов, медработников и посетителей является одной из главных задач. Частота падений пациентов является объективным показателем безопасности организации пространства и влияет на качество медицинской помощи в целом.

Мероприятия по снижению риска падений начинаются на территории, прилегающей к зданиям ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а именно:

2.4.1. Выделены тротуары для движения пациентов, которые содержатся в чистом виде. В зимний период они своевременно очищаются от снега и льда, для снижения скольжения поверхности посыпаются песком.

2.4.2. Организовано движение транспорта по специально выделенным дорожным полосам.

2.4.3. На въезде на территорию ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обязательно снижение скорости до 5 км/ч во избежание ДТП (в соответствии с дорожными знаками).

2.4.4. Выделена площадка для стоянки транспорта пациентов с ограниченными способностями.

2.4.5. Строго выполняются все мероприятия для пациентов маломобильных групп, инвалидов по зрению (организация пандусов на входе в лечебные корпуса, организация работы дебаркадера в приемном отделении, обеспечение кнопки вызова для маломобильных пациентов в приемном отделении и поликлинике, цветовые знаки на стеклянных дверях и ступенях лестничных пролетов для слабовидящих пациентов, план территории с указанием корпусов, таблоидные указатели названий отделений в корпусах, доводчики дверей, парапеты и т.д.).

2.4.6. Выделяют группы больных с повышенным риском падений. Это пожилые пациенты, дети, больные после операций и т.д.

Риск падения – вероятность того, что пациент может упасть.

В ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко осуществляются следующие мероприятия, направленные на снижение риска падения пациентов:

2.4.6.1. При поступлении пациента в отделение медицинская сестра палатная осуществляет подсчет риска падения по шкале Морзе, которая используется для определения риска падения взрослых пациентов (Приложение № 2). В дальнейшем бланк прикрепляется в историю болезни пациента.

2.4.6.2. При выявлении высокого риска падения профилактика падений, создание безопасной окружающей среды и снижение факторов риска падения осуществляются в соответствии с алгоритмом (Приложение № 3).

2.4.6.3. Все случаи падения пациентов, особенно сопровождаемые травмами, тем более смертельными исходами, подвергаются разбору для более эффективного предотвращения их в будущем. Для чего формируется отчет о падении – форма предоставления информации о случае падения (Приложение № 4). Отчет о падении составляется медицинским работником, обнаружившим упавшего пациента с привлечением 2 свидетелей из числа медицинских работников. Отчет передается старшей медицинской сестре приемного отделения, в случае если падение произошло в приемном отделении на этапе оформления пациента на стационарное лечение, в иных случаях отчет о падении передается старшей медицинской сестре отделения, где проходит лечение пострадавший пациент. Все случаи падения разбираются в недельный срок, и принимаются меры по безопасности пациента.

;

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Шкала оценки риска падений Морзе

ФИО пациента _____ № ист. б-ни _____

Дата рождения _____

Категории (оценка проводится на момент осмотра)	Варианты ответов	Количество баллов	Даты														
Падение в анамнезе (за последние 3 месяца)	Нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Да	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Сопутствующие заболевания (более 1 диагноза)	Нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Да	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения (ходите самостоятельно, придерживаетесь за стенку или используете палочку/костыли)	Постельный режим/помощь	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Костыли/палка/ход	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	Нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Да	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Функция ходьбы	Норма/постельный режим	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Слабая (длительное)	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	Нарушена (кратковременное нарушение, при котором используется ком-)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	Знает свои ограничения	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Не осознает/Переоценивает свои возможности	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	Шкала оценки риска падений	ИТОГО															

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Тщательный основной медицинский уход
Низкий уровень	5–20	Тщательный основной медицинский уход
Средний уровень	25–45	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Алгоритм определения риска падения пациентов, поступающих на стационарное лечение в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Ресурсы, оснащение

Браслет или стикер красного цвета (на запястьи пациента с высоким риском падения).
Красный знак на дверь палаты пациента с высоким риском падения.
Знак «Осторожно, мокрый пол!».
Документы для оценки и профилактики факторов риска.
Меры по предотвращению фактов падения пациентов, в т.ч. при транспортировке.
Мероприятия при обнаружении пациента с риском падения. Мероприятия при обнаружении факта падения пациента.

Документирование

Специальные формы медицинской карты стационарного больного:
– шкала Морзе – для взрослых пациентов;
– форма «Отчет о случае падения».

Порядок выполнения алгоритма

Первичная оценка риска падения проводится в отделении при поступлении пациента. Медицинская сестра/брат заполняет лист сестринского динамического наблюдения. Во время первичного сестринского осмотра медицинская сестра/брат проводит всем пациентам и лицам по уходу инструктаж по отделению и обучает профилактике падения (кнопка вызова, боковые ограждения кровати, поручни, знак «Осторожно, мокрый пол!», расположение проводов и др.), фиксирует в листе сестринского динамического наблюдения, берет подпись пациента и/или лица по уходу. Во время первичного сестринского осмотра медицинская сестра/брат проводит оценку риска падения у взрослых по шкале Морзе как часть первичного сестринского осмотра (кроме лежащих неподвижных пациентов). На основании первичной оценки медицинская сестра/брат определяет степень риска падения (по баллам) и предпринимает необходимые меры. Обучить пациента и лиц по уходу о предотвращении падения. Вставать не спеша: не вставать с постели/стула одному, не вставать резко (если кружится голова после анестезии/операции/родов, после принятия лекарственных средств). Звать на помощь ухаживающее лицо или вызвать медперсонал по кнопке вызова, если нужно в туалет/др. Обувь: носить нескользкую обувь (носки, невысокие каблуки). Чистый, сухой пол: медперсонал должен убирать с пути преграды (шнуры, провода), пациент должен попросить немедленно вытереть мокрое место на полу, обращать внимание на знак «Осторожно, мокрый пол!».

Повторная оценка риска падения проводится медицинской сестрой/братом с заполнением

сестринского листа динамического наблюдения.

Повторную оценку риска падения проводят до тех пор, пока риск падения не будет 50 или менее баллов. Частота оценки риска падения для пациентов с высоким риском падения – каждые 24 часа или чаще по состоянию.

Критерии повторной оценки риска падения. Пациент с высоким риском падения:

51 и выше баллов по шкале Морзе.

Если произошло падение:

после операции, анестезии, седации, инвазивной процедуры;

при приеме медикаментов, повышающих риск падения – седативные гипнотические диуретики, нейролептики, антидепрессанты, противосудорожные средства;

при заторможенном, затуманенном, встревоженном состоянии, делирии, лунатизме, атаксии, дистонии, гиперкинезе, с историей судорог, эпилепсии, ДЦП и др. состояниях, повышающих риск падения;

при недержании мочи, учащенном мочеиспускании;

1 раз в сутки до тех пор, пока не снизится на 50 или ниже баллов, оценить риск падения минимум 1 раз.

Оценить риск падения минимум 2 раза (после операции и позже в течение 12 часов).

Меры по снижению риска падения (по результатам оценки):

Низкий риск падения:

Установить высоту кровати на нижнем положении.

Закрепить кроватиные колеса, ходунки, инвалидное кресло в устойчивом положении.

Поставить коляску и др. вспомогательные предметы рядом с пациентом.

Обеспечить хорошее освещение.

Сообщить тех. отделам о неисправностях (например, если не работает кнопка вызова).

Напомнить, чтобы пациент носил нескользкую обувь.

При сопровождении пациента сообщить персоналу другого отделения о его/ее риске падения.

Высокий риск падения:

Если высокий риск (51 и выше баллов у взрослых, 12 и выше у детей) – на браслет пациента наклеить полоску красного цвета (не закрывая текст) или надеть браслет красного цвета (при наличии).

Наклеить соответствующий знак снаружи палаты: на входной двери палаты у взрослых установить знак – красный квадрат.

Провести дополнительное обучение пациента/лица по уходу.

Совершать обходы в палату каждые 2 часа, особенно ночью, в моменты пробуждения.

Поднять боковые ограждения/ борты койки.

Сопровождать в туалет.

Сопровождать пациента после операции, родов, анестезии, седации, инвазивной процедуры.

По мере возможности разместить пациента в палату, ближайшую к посту.

Постараться обеспечить присутствие лица по уходу или санитарки.

Ознакомить пациента и/или лиц по уходу о принимаемых лекарственных средствах, об их влиянии на падение (головокружение, слабость).

Средний медицинский персонал (постовая сестра/брат) должен завести специальную форму и провести повторную оценку риска падения по шкале Морзе для взрослых.

Общие меры по снижению риска падения

Старшая сестра отделения должна:

проводить обучение медицинских сестер/брата уходу за пациентами с высоким риском падения;

обеспечить расположение пациентов с высоким риском падения ближе к посту медицинской сестры (по мере возможности);

обеспечить наблюдение/сопровождение пациентов с высоким риском падения на манипуляции, в туалет и во время других процедур. Сообщать инженеру по технике безопасности о дополнительных рисках падения (например, неровный пол, отслойка кафеля и т.д.).

Кастелянша должна:

обеспечить работу кнопки вызова (сообщить техническим службам в случае неисправности); каждые 30 дней проверять, работают ли все кнопки вызова.

Санитарка должна:

по указанию медицинской сестры или по просьбе пациента сопровождать пациента;
немедлительно реагировать на вызовы пациентов;
содержать в чистоте окружающую среду пациентов;
немедленно вытереть разлитую жидкость, обеспечить сухость пола;
размещать желтую вывеску/знак о мокром (только что вымытом) поле при проведении уборок;
убирать с проходного пути пациента провода, шнуры и другие предметы;
по указанию медицинской сестры фиксировать койки в наиболее низком положении, блокировать тормозами. Включать свет для пациента в малоосвещенных местах (обеспечить достаточное освещение).

Оценка риска падения проводится путем опроса (три вопроса) по адаптированной шкале Морзе:

- 1) падали ли Вы за последние 3 месяца?
- 2) чувствуете ли Вы сейчас головокружение или слабость в ногах?
- 3) использует ли пациент ортопедические средства передвижения (костыли, трость, инвалидное кресло и т.д.) или проведена ли пациенту процедура или введено лекарственное средство, повышающее риск падения?

Результат: если хоть один ответ был «ДА», пациент относится к группе риска падения и нужно обеспечить меры по снижению риска падения.

Даже если пациент считает, что сможет сам ходить без посторонней помощи, оценивающий риск падения работник должен учесть адекватность ответа и на основе своего клинического мышления при необходимости должен обеспечить меры для профилактики падения.

Мероприятия при обнаружении пациента с риском падения

При обнаружении пациента с сигнальным браслетом (красного цвета) без сопровождения или без приспособлений для безопасного перемещения (костыль, трость и др.):

- остановить пациента и сопровождать его до ближайшей скамейки;
- попросить проходящий персонал вызвать охранную службу с инвалидным креслом;
- оставаться с пациентом до прибытия охранной службы;
- транспортировать пациента до профильного отделения;
- сообщить о факте предотвращенного риска падения в профильное отделение пациента старшей медицинской сестре отделения;
- в течение 24 часов подать отчет об инциденте о факте предотвращения риска падения пациента в службу поддержки пациента (отдел качества)

Мероприятия при обнаружении факта падения пациента

Оценить состояние пациента, позвать на помощь персонал отделения, где произошел факт падения.

Если падение произошло в местах общего пользования или на территории медицинской организации, позвать на помощь проходящего медицинского работника.

При отсутствии травм транспортировать пациента в отделение, сообщить о факте падения пациента старшей медицинской сестре отделения.

При наличии травм: пациента транспортировать в профильное отделение для оказания помощи, в течение 24 часов заполнить отчет о падении и передать старшей медицинской сестре отделения.

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

ОТЧЕТ О ПАДЕНИИ

(заполняется сотрудником, ставшим свидетелем падения или обнаружившим упавшего пациента)

(ФИО пациента, дата рождения, отделение, где проводится лечение)

1. Дата, время падения	«__» _____ 20__ г. ____ ч. ____ мин.
2. Описание падения:	_____ _____ _____
3. Что пациент пытался делать, когда он упал?	_____ _____ _____
4. Где был пациент во время падения (палата, ванная, холл, кабинет, подразделение и т.д.):	_____ _____
5. Информирование родственников:	Да/Нет
6. Информирование врача:	Да/Нет
7. Пациент был найден:	☐ в положении лежа ☐ сидя ☐ стоя
8. Освещение было достаточным?	_____ _____
9. Пол был скользким?	_____
10. На полу имелись провода или предметы, о которые пациент мог споткнуться?	_____ _____
ФИО сотрудника	_____
Подпись	_____

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок проведения мероприятий, направленных на профилактику и лечение пролежней у пациентов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Для оценки качества ухода за пациентами, прежде всего сестринского ухода, в качестве показателя используется частота возникновения пролежней. Старение населения, рост распространенности ожирения, фрагментация ухода – основные причины увеличения частоты возникновения пролежней.

В ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко используются следующие методы профилактики пролежней:

- 1) закупка специальных матрасов;
- 2) обеспечение сбалансированного питания;
- 3) со стороны медицинского персонала – выполнение стандартных операционных процедур по уходу за пациентами, утвержденных приказами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая раннюю активизацию пациента, проведение массажа, смену нательного и постельного белья, обеспечения сухости и чистоты кожных покровов, регулярное (каждые 2 часа) переворачивание;
- 4) обучение ухаживающих и родственников тяжелобольных пациентов принципам ухода за лежачими больными.

Для проведения мер, предупреждающих развитие пролежней, осуществляется оценка риска развития пролежней согласно стандартной операционной процедуре «Оценка степени риска развития пролежней», утвержденной приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Комплекс мероприятий, направленный на профилактику и борьбу с пролежнями, осуществляется согласно стандартной операционной процедуре «Профилактика и обработка пролежней», утвержденной приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Для непрерывности наблюдения за пациентами с угрозой развития (развившимся) пролежнем заполняется «Форма карты пациента» в соответствии со стандартной операционной процедурой «Профилактика и обработка пролежней».

Сестринским персоналом отделений осуществляется обучение ухаживающих и родственников пациентов принципам ухода за лежачими пациентами согласно методическим рекомендациям «Принципы ухода за маломобильными и лежачими пациентами» (Приложение № 6). Методическая рекомендация выдается старшей медицинской сестрой отделения родственнику пациента (ухаживающему) в первый день пребывания пациента в стационаре.

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Методические рекомендации «Принципы ухода за маломобильными и лежачими больными» (для родственников)

Настоящие методические рекомендации предназначены для людей, которые могут оказать помощь своим близким в трудное для них время.

Простые советы всегда необходимы, когда мы остаемся наедине с проблемами своих близких.

Мы надеемся, что наши усилия принесут пользу всем нуждающимся в поддержке и профессиональном совете.

Проблема правильного ухода за больными дома имеет непреходящую актуальность. Нередко больные хроническими заболеваниями не нуждаются в активном лечении и повседневном врачебном наблюдении; они лучше чувствуют себя в привычной и спокойной домашней обстановке и нуждаются прежде всего в уходе, создании благоприятных бытовых условий, соблюдении гигиены, помощи при отпавлении ими физиологических потребностей. Ухаживающий является первым и ближайшим помощником врача: он должен точно и аккуратно выполнять все его предписания, тщательно наблюдать за общим состоянием больного и обладать достаточными знаниями, чтобы проводить простые процедуры и сознательно подходить к выполнению врачебных назначений. Это помогает предотвратить осложнения и облегчить страдания больного.

Старинная пословица гласит: «Лечит врач, вылечивает ухаживающий». В лечении больных исключительно большая роль принадлежит соблюдению лечебно-охранительного режима, т.е. умению так организовать лечение и уход, чтобы уберечь больного от тревоги, огорчений, страха и других тяжелых душевных переживаний. Ухаживающий должен обеспечить пациенту душевный покой, не информировать его о каких-либо тяжелых горестных событиях в его семье или среди окружающих его людей, не подавать вида, если ухудшилось течение заболевания, тщательно следить за своей речью, так как больные становятся более ранимыми и восприимчивыми к словам. Неосторожно сказанное слово может принести больному с травмированной и болезненной психикой большой вред. Нужно иметь в виду, что часто с родными и близкими больной бывает более капризен, чем с медицинским персоналом, поэтому от ухаживающего требуются большая выдержка и терпение. Следует быть спокойным, ласковым, не вступать в пререкания.

Одно из основных условий охранительного режима – чистота во всем: чистота тела, нательного и постельного белья, подкладного судна и «утки».

В помещении, где находится больной, должны проводиться влажная уборка, своевременное проветривание.

Хорошая сервировка стола во время еды, позитивный настрой также способствуют выздоровлению. Требуя от больного соблюдения правил личной гигиены, сам ухаживающий тоже должен их полностью соблюдать. Руки всегда безупречно чисты. Перед кормлением больного желательно надеть на себя фартук.

При выносе подкладного судна нужно надевать резиновые перчатки.

Одежда ухаживающего должна всегда быть чистой, легко стираться, а обувь – легкой и мягкой, чтобы не беспокоить больного. Уход за больными – сложное и ответственное дело, которое требует знаний и отработанных навыков. Все манипуляции, назначенные врачом, необходимо выполнять безотлагательно и своевременно, не суетясь, уверенно и спокойно.

Подготовка к выписке пациента домой

Содействие самостоятельной дееспособности инвалидов в первую очередь будет зависеть от организации быта. Обратите внимание на расположение бытовой техники, мебели – это увеличивает возможность самостоятельной жизни ваших близких.

Женщина будет чувствовать себя хозяйкой, а мужчина будет уверен в своем будущем.

Сделайте выдвижную или подъемную полку-стол для приготовления пищи и обращения с горячей посудой.



Кран с гибким шлангом даст возможность наполнять посуду водой на столе и пользоваться раковиной для мытья овощей, посуды.

По возможности опустите полки с необходимым набором продуктов и посуды.



Переоборудовав гладильную доску, можно ее использовать не только для глажения белья, но и как стол с регулирующейся высотой.

Сделайте подставки (бруски) под основание кровати для регулировки ее высоты – это облегчит подъем человека с кровати с помощью приспособлений и самостоятельного перемещения в кресло.



Высота кровати облегчает уход за вашим родственником в постели.



Высота кровати необходима для выполнения перемещения человека, который не может это делать самостоятельно.



Сделайте длинную палку-вешалку для одежды в вашем шкафу. Это позволит самостоятельно одеваться.

Кресло и ходунки обеспечат передвижение взрослого человека по квартире.

Приготовление кровати

После того, как местоположение кровати в комнате выбрано, необходимо правильно застелить ее с учетом проблем пациента.

Если человек будет находиться в кровати достаточно долго (возможно постоянно), необходимо приготовить толстый и мягкий, но упругий матрас. Он должен быть однородным, без бугров и комков. Это позволит снизить риск возникновения у пациента болей в спине, образования пролежней.

Если позволяют возможности, можно купить недорогой ортопедический матрас.

Для создания удобного положения в постели требуется как минимум две подушки.

Одеяло должно быть теплым и легким. Материал, используемый для одеяла, должен хорошо пропускать воздух – лучше всего, если это хлопчатобумажная ткань. Синтетические ткани не пропускают воздух, поэтому человек будет постоянно потеть, а это неблагоприятно отражается на работе сердечно-сосудистой системы. Все испарения, скапливаемые под одеялом: пот, моча – могут способствовать инфицированию в области кожных складок, опрелостей.

Если человек будет пользоваться судном в постели или он страдает недержанием мочи, под простыню необходимо подстелить клеенку.

Для людей, подвижность которых ограничена, необходимо запастись разнообразными валиками и подушечками для подкладывания под разные части тела. Это могут быть обычные подушки, куски обтянутого материей поролона и т.д. В некоторых случаях может понадобиться дополнительное одеяло. Все приспособления нужны для профилактики пролежней.



При перестилании постели важно соблюдать правила собственной безопасности:

- не встряхивайте белье, постельные принадлежности, не взбивайте подушек;
- не перегибайтесь при заправке постели, а если есть возможность, подойдите с нужной стороны;
- если кровать низкая, присядьте на корточки или встаньте на колени;
- вымойте руки перед заправкой постели и после нее, не прислоняйте к себе белье и постельные принадлежности.

Для застилания постели следует:

- сложить одеяло, подушки на стуле рядом с кроватью;
- положить чистое белье стопкой в порядке его использования на горизонтальную поверхность, например, стол, но не на постель. При этом стопка белья будет иметь следующий вид:
 - простынь – сверху,
 - пододеяльник,
 - наволочки,
 - клеенка,
 - пеленка – снизу;
- постелить простынь, хорошо натягивая ее и надежно заправляя под матрас в ножном конце;
- затем вдеть одеяло в пододеяльник и откинуть его на спинку кровати в ножном конце;
- надеть наволочки на подушки;
- постелить клеенку на пеленку так, чтобы пеленка по ширине была на 2 см уже клеенки с каждого края. Если произойдет мочеиспускание в постели, то моча не перейдет на простыню, а, соответственно, и на матрас;
- покрыть все одеялом;
- если необходимо – подготовить валики и дополнительное одеяло.

Белье, которым застилают постель, лучше выбрать не новое, а несколько раз постиранное и мягкое. Нежелательно, чтобы на белье были швы, заплатки, пуговицы – это может способствовать появлению пролежней.

Перестилание постели

Подготовка:

- убедитесь, что пациент согласен сменить постельное белье;
- если при смене белья Вам нужна помощь, то планируйте это сделать тогда, когда рядом есть помогающий;
- продумайте план действий вместе с пациентом, с учетом его возможностей.

Приготовьте емкость для сбора грязного белья: например, пластиковый бак или обычное ведро. Если ничего под руками нет, можно расстелить на полу несколько газет.

Не встряхивайте белье и постельные принадлежности, не взбивайте подушку и одеяло в комнате больного!

Не кладите грязное белье куда попало: на пол, стулья или в другие места.

Инфекционная безопасность

- вымойте руки до и после перестилания постели;
- к биологическим выделениям больного следует относиться так, как если бы они были заражены вирусом гепатита или ВИЧ-инфекции;
- если белье испачкано кровью или испражнениями, наденьте перчатки;
- в процессе перестилания не прислоняйте к себе ни чистое, ни грязное белье.

Смена пододеяльника и наволочки

Производится обычным порядком, как при любом ином застилании постели.

Смена простыни

Смену простыни можно произвести продольно (от головы к ногам больного) или поперечно (от одного края кровати к другому).

Продольная смена простыни:

- скатайте простыню продольным валиком;
- если больной пользуется клеенкой и пеленкой, также скатайте клеенку и отдельно пеленку продольными валиками;
- смените наволочку на подушке и положите подушку под голову.
- поверните больного на бок, скатайте под ним грязную простыню валиком по всей длине кровати и одновременно раскатайте до половины кровати валик чистой простыни;
- поверните пациента на другой бок, соберите грязную простыню и сбросьте ее в бак для грязного белья;
- раскатайте вторую часть чистой простыни.

Если нужны клеенка и пеленка, то застилайте их вслед за простыней в том же порядке.

Поперечная смена простыни:

- скатайте чистую простыню поперечным валиком;
- скатайте под подушкой грязную простыню;
- подложите валик чистой простыни под подушку больного и закрепите ее;
- последовательно, приподнимая сначала верхнюю часть тела, затем ягодицы и ноги, скатывайте грязную и раскатывайте чистую простыню;
- если нужно перестилать клеенку и пеленку, то подложите их тогда, когда будете поднимать ягодицы больного;
- уберите грязное белье;
- протрите прикроватный столик и полы вокруг кровати больного.

Дальнейшие действия

- укройте пациента одеялом;
- заправьте окончательно простыню под матрас и расправьте складки;
- удобно уложите пациента.

Средства для мытья больного

Для очищения стареющей и чувствительной кожи лежачих больных рекомендуется использовать Моющие Кремы. Они содержат специальные вещества, предупреждающие сухость и раздражение. Следует использовать Моющий Крем с pH 5,5. Это способствует сохранению нормальной микрофлоры и защитной функции рогового слоя кожи.

Для ухода за кожей лежачих больных не рекомендуется использовать бактерицидное мыло. Его применение вызывает нарушение нормальной микрофлоры кожи и её кислой реакции. Увеличивается потеря кожей влаги; такие раздражающие вещества, как пот, моча и кал являются возбудителями болезней и легко проникают через кожу. Растворенное в воде мыло может отложиться на коже в виде нерастворимых известковых солей кальция и магния. При трении они могут стать причиной раздражения кожи и её повреждения.

Частота мытья лежачего больного

Руки, лицо, шею и зубы лежачего больного следует мыть и чистить каждое утро перед едой.

Ежедневно утром и вечером следует проводить туалет промежности в направлении спереди назад. Больных, страдающих недержанием мочи или кала, следует подмывать чаще.

Ноги следует мыть 2–3 раза в неделю, ножные ванны делать по необходимости.

Гигиену ротовой полости осуществлять ежедневно.

Ногти на руках и ногах следует стричь раз в неделю.

Голову подопечного следует мыть раз в неделю.

Мытье всего тела больного производят также 1–2 раза в неделю.

Мытье лежачих больных

Лежачего больного можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обтирание всего тела. При принятии больным ванны температура воды в ней должна быть 37–39°C или выше, если позволяет состояние подопечного. При мытье больного в ванне не оставляйте его одного и постоянно наблюдайте за его состоянием. Если больной жалуется на плохое самочувствие, то процедуру мытья следует прекратить. Мытье под душем является более гигиеничным, и больные, как правило, переносят его лучше.

Обтирания проводят тем больным, которых по какой-либо причине нельзя мыть в ванне или под душем. Очищающей влажной салфеткой можно обтирать всё тело ежедневно, в случае чрезмерного потения – несколько раз в день.

Мытье больных в кровати

Перед процедурой мытья попросите больного опорожнить мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24°C. Температура воды 37–40°C. При случае воду можно поменять.

При умывании лица и шеи лежачего больного, прежде всего: протереть глаза теплой влажной салфеткой по направлению от наружного угла к внутреннему, затем протереть лоб, щеки и подбородок. Затем моют рот, нос и уши. Шею подопечного моют в последнюю очередь.

При мытье рук или ног следует извлечь конечность из-под одеяла и постелить под нее полотенце. Моют конечности повторяющимися прерывистыми движениями, двигаясь по ходу кровеносных сосудов в направлении сердца. Затем необходимо тщательно вытереть и укрыть вымытую часть тела.

Для мытья области груди и живота следует снять с больного рубашку и спустить одеяло до уровня бедер. При мытье спины больной сам или при помощи ухаживающего поворачивается на бок.

Спину и бок следует мыть массирующими движениями по направлению от верхней части спины к седалищу и насухо вытереть. Затем перевернуть больного на другой бок, вымыть другой бок и вытереть. Массажные движения стимулируют кожное кровообращение.

При вытирании и мытье следует внимательно осмотреть кожу больного в местах возможного образования пролежней, а также в кожных складках в области подмышечных впадин, промежности и подгрудных желез. Это места наибольшего скопления пота и грязи.

После мытья тщательно промокните тело больного и укройте теплым одеялом. Но процедура мытья еще не окончена. Если кожа сухая, то после мытья следует нанести на нее увлажняющий крем.

Уход за ротовой полостью и зубами

Ротовую полость и зубы больного следует чистить ежедневно утром и вечером. Следует приподнять головной конец кровати и помочь больному принять полусидячее положение.

Под подбородок больного помещают полотенце и чистят зубы мягкой щеткой. Для чистки промежутков между зубами используют зубные нити или спички.

После окончания чистки зубов можно использовать жидкости для полоскания полости рта, которые на некоторое время оставляют во рту ощущение свежести.

Если у больного зубы отсутствуют, достаточно полоскания ротовой полости водой. При наличии протезов их следует удалить из ротовой полости, затем промыть под проточной водой при помощи мягкой щетки. Хранить зубные протезы следует в банке с водой и с закрытой крышкой.

Мытье головы

Мытье в кровати проводят, если больной человек – лежачий или затруднена его транспортировка в ванную. Полная процедура мытья в кровати включает мытье головы и всего тела.

Проводя мытье больного в кровати, обсудите с ним, как он может Вам помочь.

Для мытья головы необходимы следующие принадлежности:

- тазик для воды;
- подставка для таза;
- кувшин с теплой водой;
- мыло или шампунь;
- клеенка;
- полотенце;
- расческа;
- косынка.

Больного кладут на спину, под спину подкладывают подушку так, чтобы верхний край ее доходил до уровня плеч. Можно приобрести подушку-косточку как на рисунке.



Голова больного должна быть запрокинута.

В изголовье кровати постелить клеенку и под голову поставить тазик на подставке.

Можно вместо таза использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы.

Волосы смочить теплой водой (34–37°C), нанести шампунь и распределить его по голове, намылить волосы, несколько раз расчесав голову руками.

Затем хорошо промыть волосы теплой водой, ополоснуть волосы – одной рукой расправляя волосы, другой – осторожно поливая водой из кувшина.

Затем волосы тщательно прополоскать, пока не будут удалены все остатки пены.

После ополаскивания волосы вытирают насухо полотенцем и причесывают больного.

На голову надевают косынку или голову покрывают сухим полотенцем.

Осторожно вынимают тазик с водой и подставку, убирают клеенку, удобно укладывают больного на подушку.

Частота мытья зависит от пожеланий больного и степени загрязнения волос. Обычно голову моют 1–2 раза в неделю.

Если Ваш больной тяжело болен, желательно иметь прическу с короткими волосами.

Подмывание

Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии и не способные самостоятельно осуществлять гигиенические процедуры, нуждаются в подмывании.

Подмывание – процедура интимная. Многие больные стесняются прибегать к помощи посторонних лиц. Поэтому процедура требует интимных условий и деликатного обращения с пациентом.

Для мытья нижней половины тела и смены подгузников лучше всего использовать моющие кремы и влажные салфетки. Они не только мягко очищают и увлажняют кожу, но и экономят силы и время при уходе.

Помните: вода и мыло вызывают сухость слизистых оболочек и являются причиной неприятного зуда и раздражения.

Для проведения процедуры необходимо подготовить:

- клеенку;
- судно (лучше жесткое и вместительное, объемом 3 литра);
- пару одноразовых перчаток;
- кувшин с теплой водой;
- мыло (лучше жидкое);
- ветошь, вату или марлю для мытья;
- полотенце или пеленку для вытирания;
- пеленку для смены;
- чистое гигиеническое белье, если больной им пользуется;
- средства для обработки опрелостей.

Необходимо создать подходящие условия для проведения процедуры:

- останьтесь с больным в комнате наедине;
- попросите всех не беспокоить Вас и пациента в течение некоторого времени;
- закройте дверь в комнату;
- отгородите постель больного ширмой;
- закройте окно комнаты шторой, если она находится на первом этаже;
- будьте деликатны в обращении; не смейтесь и не улыбайтесь, так как обнаженный человек очень уязвим;
- дайте больному ощутить температуру воды, которой Вы будете проводить подмывание (можно полить немного воды на внутреннюю поверхность бедра пациента и лишь затем подмывать);
- по окончании процедуры сначала укройте больного, а затем убирайте оборудование.

Последовательность подмывания мужчины:

- наденьте перчатки;
- бережно оттяните крайнюю плоть головки полового члена, обнажив головку;

- смочите вату или марлю в теплой воде, слегка отожмите и протрите головку полового члена;
- протрите кожу полового члена и мошонки;
- другим куском марли или ваты протрите паховые складки, предварительно попросив больного распрямить ноги для лучшего раскрытия складок;
- другим куском марли или ваты протрите кожу вокруг ануса;
- просушите кожу салфеткой;
- обработайте складки кожи для профилактики опрелостей;
- снимите перчатки и вымойте руки.

Последовательность подмывания женщины:

- оградите больную ширмой;
- помогите ей лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены);
- постелите клеенку под таз больной и между ее ног;
- поставьте емкость с водой между ног больной;
- встаньте справа от больной;
- наденьте перчатки, а на правую руку поверх перчатки «варежку»;
- смочите «варежку» в воде;
- проведите «варежкой» сверху вниз последовательно справа и слева, обходя половую щель;
- повторите движения несколько раз;
- вымойте область анального отверстия;
- снимите «варежку»;
- осушите сухой салфеткой половые губы, затем область анального отверстия;
- уберите емкость с водой, клеенку;
- снимите перчатки;
- помогите больной лечь удобно и укройте ее;
- уберите ограждение;
- вымойте руки.

Уход за ногами

При мытье ног можно делать ножные ванны. Время процедуры составляет 20–30 минут при температуре воды 37°C. В воду можно добавить соль для ванны.

Огрубевшую кожу следует обработать пемзой или специальной пилкой для кожи (проявляйте осторожность при использовании терок – они могут повредить кожу, особенно у диабетиков).

После принятия ножной ванны следует ополоснуть ноги больного и вытереть мягким полотенцем. Особенно тщательно следует вытирать пальцы и промежутки между ними. Обработать ногти подопечного так, чтобы они не выступали за край пальца. Слишком коротко остриженные ногти могут причинять боль. Через поврежденные места может проникнуть инфекция. Подпиливать следует рывками и дугообразно.

И, наконец, следует смазать кожу на ногах кремом, что позволит сохранить ее эластичность.

Во избежание возникновения опрелостей не следует наносить крем между пальцами ног. Если кожа между пальцами ног уже имеет повреждения или опрелости, следует проложить промежутки полосками из льняной или хлопчатобумажной ткани. Они хорошо впитывают влагу и отделяют поврежденные поверхности кожи друг от друга.

Мытье в ванной комнате

Если Ваш подопечный может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате.

Для безопасности и создания удобств во время мытья в ванной или принятия душа необходимо подготовиться:

- закрепить на стене в ванной поручни для безопасного вхождения в ванну и выхода из ванны;
- на пол около ванны положить резиновые гофрированные коврики, предупреждающие скольжение;
- укрепить на краях ванны сидение для ванны;
- поставить стул (табурет) около ванны для перемещения в ванну.



До начала процедуры необходимо приготовить ваннные принадлежности для мытья и чистую одежду.

Температура в помещении должна быть около 24°C, не допускать наличия воды на полу в ванной. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до нужной температуры.

Температура воды в ванне должна быть 35–37°C.

Перед началом процедуры мытья помочь больному добраться до ванной комнаты и войти в нее. В ванной посадить больного на стул, раздеть его и помочь войти в ванну.

Если Ваш больной человек физически слабый или у него ограничена устойчивость, то можно использовать крепкий поручень, крепящийся на ванну, который обеспечит безопасное вхождение в ванну и выход из нее.

Если у больного нарушена функция нижних конечностей, он перемещается со стула на край ванны, одной рукой держится за настенный поручень, а с помощью другой руки – перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и, держась одной рукой за поручень, а другой за край ванны, опускается в нее.

Если у больного нарушены активные и пассивные движения верхних и нижних конечностей, нарушена координация движений, снижена выносливость и он не может сесть в ванну и выйти из нее, то больного можно вымыть, посадив его в ванне на скамеечку, или сидение для ванны, а процедуру мытья проводить с помощью ручного душа.

Если человек в состоянии мыться сам и самостоятельно использовать банные принадлежности, то ему помогут мочалки, рукавицы для мытья, моечные мочалки на длинных ручках, моечная ткань, снабженная петлями, для пациентов с нарушениями хватательных движений – мыло или мыльница на подвесах, распылители для жидкого мыла.

Мытье в ванне нужно начинать с того, чтобы смочить все тело теплой водой, вымыть голову, затем тело, руки, ноги. Избегайте применения масел для смягчения кожи, которые делают ванну скользкой, не оставляйте мыло в воде, на дно ванны постелите нескользкую подстилку или полотенце.

В ванной комнате можно использовать штанги или трапеции, прикрепленные к потолку. Это позволяет пациенту легче перемещаться при принятии ванны. Если помещение ванной комнаты достаточно просторно, то к потолку можно прикрепить штангу со скользящей по ней подвеской. Она позволит пациентам передвигаться без кресла-коляски и без посторонней помощи принимать ванну.

После мытья мыло смыть, помочь больному выйти из ванны, усадить его на край ванны, затем на стул, вытереть полотенцем, надеть чистое белье, халат, тапочки, причесать больного, дать ему передохнуть и помочь дойти до кровати, уложить больного в кровать.

Для больного человека процедура мытья очень важна, так она освежает и расслабляет больного, уничтожает неприятный запах тела, удаляет грязь и омертвевшие клетки кожи, улучшает кровообращение, позволяет комфортно себя чувствовать.

Причины образования пролежней

- преклонный возраст (с возрастом содержание влаги в коже и ее эластичность уменьшаются; она становится более тонкой и связь кожи с подкожной клетчаткой легко нарушается);
- потеря веса или лишний вес;
- изменение чувствительности у парализованных больных и больных сахарным диабетом;
- нарушение кровообращения;
- анемия;
- недостаток гигиены и складки на постельном белье;
- высокая температура, повышенное потоотделение, недержание мочи и кала;

– потертости и травмы кожи, которые могут быть вызваны неправильным распределением давления, когда больного небрежно поворачивают в кровати и он «сползает» в неправильное положение.

Профилактика пролежней

Чтобы не наблюдалось образование пролежней, необходимо выполнять профилактические мероприятия:

- менять положение тела больного в течении дня несколько раз, если позволяет его состояние;
- после кормления больного человека стряхивать простыни;
- следить за отсутствием складок на простынях и нательном белье;
- подкладывать под крестец, пятки, затылок резиновый круг и приспособления (ватно-марлевые кольца, резиновые перчатки, наполненные водой);
- ежедневно протирать кожу камфорным спиртом (перед употреблением нагревается под струей теплой воды) или водой с мылом;
- растирать кожу сухим полотенцем или кварцевать ее для улучшения кровообращения.

В качестве дезинфицирующих средств можно использовать смесь: теплая вода – 1/2 л и уксус, одеколон или спирт – 2 ст. л.

Обратите внимание на особые места, на которых часто образуются пролежни: затылок, лопатки, локти, крестец, колени, пятки, ягодицы.

Техника протирания кожи:

- один конец полотенца смочить дезинфицирующим раствором, слегка отжать;
- протереть шею, за ушами, спину, переднюю поверхность грудной клетки, подмышечные впадины;
- особое внимание следует обратить на складки под молочными железами, где у тучных и потливых женщин могут образоваться опрелости.

Кожу протереть насухо в том же порядке.

Лечение пролежней

Самое благоприятное время для лечения пролежней – это стадия, предшествующая образованию пузырей. При их появлении необходимо срочно вызвать врача и приготовиться к длительному лечению. В зависимости от глубины язвы различают поверхностные и глубокие пролежни.

Для поверхностных пролежней характерно повреждение поверхностного слоя кожи, наличие покраснения и отека.

Помните!

- При наличии покраснения следует освободить соответствующую область из-под давления до исчезновения покраснения.
- Необходимо проводить воздушные ванны.
- Кожу осторожно смазывать увлажняющим кремом и ждать, пока крем полностью впитается.
- Поврежденную кожу с целью защиты можно покрыть гидроколлоидной повязкой, например, Грануфлекс супертонкой, которая предупредит углубление повреждения.
- Не следует тереть кожу.
- Остерегайтесь излишней влаги.
- Не вскрывайте маленькие пузыри. Их необходимо покрыть гидроколлоидной повязкой, например, Грануфлекс.
- На участки, покрытые безболезненным и сухим струпом, без видимых покраснений вокруг них, следует нанести гидроколлоидный гель (например, ГрануГель), на который сверху накладывается гидроколлоидная повязка.
- После растворения струпа (одно-два применения гидроколлоидного геля сроком по 1–2 суток) на пролежневую язву следует наложить гидроколлоидную повязку. Гидроколлоидная повязка может находиться на ране до 7 суток. Применение гидроколлоидной повязки позволит создать влажную среду в ране и ускорит ее заживление.

– Неинфицированные пролежневые язвы следует перевязывать не чаще одного раза в 3–4 дня.

Больные сахарным диабетом, у которых имеются нарушения чувствительности, зачастую не чувствуют боли даже при наличии у них глубоких пролежней.

Для глубоких пролежней характерно повреждение не только кожи, но и более глубоких структур – мышц и костей. Важно знать, что иногда более глубоко расположенные ткани могут повреждаться еще до повреждения поверхностно расположенных тканей, как, например, в случае неправильного распределения давления.

При инфицировании глубоких пролежней происходит их нагноение, что сопровождается потерей организмом большого количества белка и жидкости. Лечение таких пролежней может длиться месяцами и требует квалифицированной помощи хирурга в условиях стационара.

В каких случаях следует вызвать врача на дом:

– если покраснение и раздражение не проходят в течение двух недель, несмотря на принятые меры по уходу;

– если кожа вокруг пролежня сморщилась или потрескалась;

– если появились признаки инфицирования пролежня или прилегающей к нему части тела: отечности, болей, выделений или повышения местной температуры;

– при повышении температуры тела.

Пересаживание с кровати на стул или кресло-каталку

Пересаживаться с кровати на стул или кресло-каталку больной может самостоятельно или с Вашей помощью. Высота кровати должна быть на одном уровне с креслом-каталкой или стулом.

Самостоятельное перемещение с кровати на кресло-каталку:

– вначале готовят больному халат, тапочки, стул или кресло-каталку;

– помогают больному одеться и сесть в кровати, так, чтобы его ноги касались пола;

– кресло-каталку или стул ставят под небольшим углом к кровати с той стороны больного, которая физически более сильная;

– кровать ставят на тормоза;

– если больной перемещается на кресло-каталку, у кресла фиксируют тормоза, убирают подлокотник со стороны, близкой к больному, и подставку для ног;

– больной должен сесть на край кровати, одной рукой опереться на нее, а другой – взяться за подлокотник кресла-каталки;

– затем он встает с постели, одной рукой опираясь на кровать, а другой – на подлокотник кресла, поворачивается спиной к креслу и осторожно садится в него.

При перемещении с кровати на стул и обратно можно использовать те же приемы, что и при перемещении с кровати на инвалидное кресло.

Для безопасности больного лучше использовать стул с подлокотниками.

Перемещение по доске с кровати на кресло-каталку с помощью сиделки:

– кресло или стул придвиньте вплотную к кровати, кресло поставьте на тормоза, снимите подлокотник с кресла со стороны кровати;



– больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него;

– больной должен перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу;

– один конец доски подсунуть ему под ближайшую к коляске ягодицу;

- встаньте за спиной больного и свои руки положите ему на талию;
 - одной рукой больной должен опираться на кровать, а другой – на свободный край доски;
 - затем, опираясь на свободный край доски и пригибая ее к креслу, больной с Вашей помощью и помощью другой руки должен перемещаться в кресло;
 - вытащите из-под него доску;
 - переместите с кровати его ноги и поставьте их на подставку для ног.
- Таким же образом можно перемещаться из кресла на кровать.
Сидя в кресле, он перемещает с кровати ноги и ставит их на подставку для ног.

Перемещение с кровати на стул и обратно с помощью сиделки

- Объясните пациенту Ваш план перемещения и поощряйте его посильную помощь.
 - Больному приготовьте халат, тапочки, стул или кресло-каталку. Кровать должна быть на одной высоте со стулом (креслом-каталкой).
 - Посадите больного в кровати так, чтобы его ноги касались пола.
 - Поставьте стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у больного физически более сильная.
 - Кровать поставьте на тормоза. Если Вы перемещаете больного на кресло-каталку, уберите подлокотник, подставку для ног и зафиксируйте тормоза.
 - Помогите больному одеться и обуться.
 - Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи больного, а другую под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице.
 - Попросите больного, чтобы он обнял Вас за талию или плечи (но не за шею!), а Вы проденьте свои руки под его руками, наклонясь вперед.
 - Когда Ваш больной будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, чтобы он мог сохранять равновесие, когда Вы будете перемещать его массу тела вперед. Ноги больного должны стоять на полу, а пятки – быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть в кресло-каталку или на стул.
 - Поставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями больного коленом к нему, а другую – по направлению движения.
 - Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо.
 - Встаньте как можно ближе к больному. Предупредите его, что на счет «3» Вы поможете ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции. На счет «3», прижимая больного к себе и держа спину прямо, поднимайте больного, используя свое тело как рычаг.
 - Поднимайте больного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед креслом-каталкой. Попросите больного предупредить Вас, когда он почувствует край кресла задней поверхностью бедер.
- Осторожно опустите больного в кресло. Для этого Вам нужно согнуть колени и держать спину прямо. Опускаясь в кресло, больной может помочь Вам, если положит руки на подлокотник кресла. После того как больной сядет в кресло, поставьте подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместите ноги больного.
- Перемещение возможно при помощи приспособлений в виде мягкого легкого кресла или полосок .



Обратите внимание!

Существует четыре основных правила или противопоказания, которые необходимо использовать во время ухода после операций на нижних конечностях:

- Не наклоняйте туловище вперед больше, чем на 90°.
- Не поднимайте колено оперированной конечности выше бедра.
- Не приводите оперированную ногу к срединной линии туловища.
- Не делайте оперированной ногой вращательных движений.



Питание

Для больных людей характерна потеря аппетита. Им трудно заставить себя есть, у многих изменяются вкусовые ощущения, перестают нравиться блюда, которые раньше были любимыми. Иногда им кажется, что пища «безвкусная» или имеет «металлический привкус». Некоторые едят совсем понемногу, а некоторые просто не могут проглотить ни кусочка.

Тошнота и рвота – тоже симптомы болезни. И депрессия не способствует улучшению аппетита, а она – тоже спутник болезни.

Это очень расстраивает и больного, и его близких, все чувствуют себя виноватыми: больной – что не может доставить радость близким, так старательно приготовившим ему еду, близкие – что не знают, что приготовить для больного.

Но все это имеет свои вполне обоснованные причины, связанные с течением болезни или с лечением (облучение, химиотерапия). Что же можно сделать, чтобы помочь больному и что нужно понять близким?

Примите потерю аппетита как результат болезни.

Позвольте пациенту самому выбирать еду или напитки.

Предлагайте различные варианты еды на выбор, но не настаивайте и не принуждайте больного.

Найдите способ иначе показать больному свою любовь, заботу, сострадание.

Сделайте массаж, найдите, чем его можно еще развлечь.

Обезвоживание также способствует ухудшению самочувствия: появляется постоянная сухость во рту. Это состояние можно облегчить, если сосать кусочки льда, смачивать полость рта и губы. Делать это надо часто, каждые 10–15 минут.

Давайте лекарство от тошноты за час до еды.

Попытайтесь устранить запахи, доносящиеся из кухни. Они могут спровоцировать у больного тошноту или создать у него ложное ощущение сытости.

Тошноту можно снимать настоем мяты перечной: две чайные ложки сухой мяты заварите 1 стаканом кипятка (можно в термосе); давать пить горячим, теплым или холодным (по желанию пациента) с медом и лимонным соком.

Используйте для снятия тошноты (по желанию больного) соки, растворимые фруктовые чаи (лимонный, брусничный, малиновый), различные растворимые травяные чаи, морсы и кисели из клюквы, брусники, облепихи, черной смородины.

Делайте настой шиповника (2 столовых ложки размолотого шиповника на пол-литра кипятка, настоять в термосе ночь, пить процеженным с медом и лимонным соком).

Теплые и прохладные напитки можно давать пить больному через соломинку.

Сервируйте еду в приятной обстановке, красивой посуде.

Давайте только маленькие порции еды, одно или два блюда за один раз.

Холодная, прохладная, нежирная, легкая и мягкая пища является наиболее подходящей. В питье можно добавлять различные порошкообразные белковые и витаминные добавки.

Насильно не заставляйте больного ни пить, ни есть, только смачивайте губы в случае отказа от еды и питья.

Спрашивайте у больного, что ему бы хотелось попить или поесть и уважайте его выбор (в том числе и отказ от еды).

Часто больные, перенесшие инсульт, испытывают трудности при глотании. Такому больному легче проглатывать мягкую пищу, чем жидкости, которые сразу попадают в трахею и могут вызвать приступ кашля. Помогая такому больному есть, нужно соблюдать следующие правила:

- не оставлять больного одного, когда он ест;
- подавать больному пищу в рот сбоку, с неповрежденной стороны, так как он не сможет почувствовать пищу с поврежденной стороны, и она будет скапливаться у него за щекой;
- всегда поощряйте больного жевать тщательно и медленно;
- следите, чтобы он сконцентрировался на приеме пищи, необходимо устранить любые отвлекающие факторы, например, выключить телевизор, радиоприемник и др.;
- следите, чтобы больной наклонял голову вниз при жевании;
- держите голову больного в приподнятом положении во время еды и в течение получаса после приема пищи.



Если больной может сидеть в постели и есть сам, то необходимо узнать у него, в какой именно помощи он нуждается.

Для облегчения больному приема пищи необходимо создать ему возможно более удобное положение в кровати, близкое к естественной физиологической позе приема пищи и питья. Используйте прикроватный столик.



Прежде чем кормить больного, нужно убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Если больной нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности.

Кормить больного надо с маленькой (чайной или десертной) ложки, используя гомогенную пищу (пища должна быть вкусной и теплой).

При кормлении голову больного надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок больному подкладывают подушку «косточку», валик или левую руку, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее.

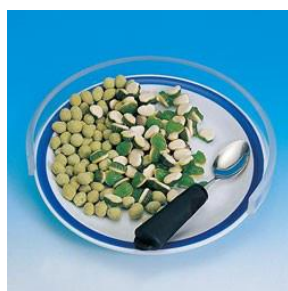
Правой рукой в это время подают больному ложку с пищей.

Поить больного можно также с ложки. Для очень слабых больных количество жидкости, попадающей в рот со столовой ложки, может быть велико, особенно если у больного болит шея и глотание причиняет боль. Поэтому жидкость можно давать с чайной или десертной ложки.

Если больной может и хочет пить сам, то нужно поддерживать ему голову и шею через подушку так, чтобы ему было удобно пить.

Для того чтобы ослабленный больной или больной с нарушением координации движений мог чувствовать себя увереннее, столовые предметы можно приспособить для лучшего удержания:

- тарелку ставить на столик с фиксатором, что позволит тарелке не скользить по поверхности во время еды;
- вилку и ложку согнуть под углом и надеть манжеты на рукоятку;



- поильник удобнее использовать с двумя ручками. Лучше иметь два таких сосуда: один для горячих напитков (чай, бульон), другой – для холодных;

- можно использовать для питья также пластиковые соломинки, с помощью которых можно пить из любого сосуда, не меняя своего положения в кровати.

Поить больного надо понемногу и часто, ослабленным больным надо давать время для отдыха между глотками.

Диету больного человека необходимо согласовать с лечащим врачом.

Ниже приведена пирамида здорового питания.



Питание должно быть легко усваиваемым, полноценным. Желательно кормить больного небольшими порциями 5–6 раз в день. Пищу готовьте так, чтобы она была удобна для жевания и глотания: мясо в виде котлет или суфле, овощи в виде салатов или пюре. Конечно, необходимы супы, бульоны, каши, творог, яйца. Важно ежедневное употребление овощей и фруктов, а также ржаного хлеба и кисломолочных продуктов. Не старайтесь давать всю пищу только в протертом виде, иначе кишечник будет работать хуже. Во время кормления желательно, чтобы больной находился в полусидячем положении (чтобы не поперхнулся). Не укладывайте его сразу после еды. Не забывайте поить пациента соками, минеральной водой.

Распорядок дня

Для ухода за больным дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода – распорядок дня. При составлении плана необходимо учесть потенциал и потребности больного. Если в уходе Вам помогают другие члены семьи, то ведение дневника ухода поможет сориентироваться в гигиенических и лечебных процедурах, которые Вы выполнили, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

Пример распорядка дня:

7:00. Туалет (возможно использование кресла-туалета). Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости).

7:15. Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты.

8:00. Завтрак.

8:30. Время покоя больного. Уборка комнаты.

10:30. Профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (по необходимости). Подготовка к обеду.

12:30. Обед.

15:30. Послеобеденный сон. Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию). Туалет или смена подгузника (по необходимости). Измерение температуры, пульса, АД (при необходимости). Подготовка к ужину.

18:00. Ужин.

18:30. Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (по необходимости). Проветривание помещения.

20:00. Подготовка ко сну.

20:30. Сон.

Проблемы пациента и пути их решения

Длительное пребывание больного в постели является вынужденным следствием тяжелого течения многих острых и хронических заболеваний. Длительное лежание или обездвиженность больного не так безобидны, как это кажется на первый взгляд. Обездвиженность порождает много очень серьезных осложнений. Эти осложнения существенно ухудшают исход основного заболевания, являются сами по себе грозными заболеваниями, способствующими инвалидизации больного. Ниже перечислены основные проблемы, возникающие при длительном лежании, и меры их профилактики.

Проблемы, связанные с сосудами

При лежании часть сосудов, особенно в нижних конечностях, подвергается частичному или полному сдавливанию. Отсутствие активных движений и мышечных сокращений, в результате которых кровь выдавливается из венозного русла, снижает скорость кровотока. Снижению кровотока способствуют также параличи и парезы. Это может привести к образованию тромба в сосуде.

Тромб – это сгусток крови, который частично или полностью закупоривает просвет сосуда. Обычно тромбы образуются в системе глубоких вен нижних конечностях, это может проявляться болью, отеком и самое главное то, что тромб может оторваться и с током крови дойти до легких и закупорить просвет легочных артерий. Это может привести к необратимым последствиям.

Профилактика тромбоза состоит в создании возвышенного положения для нижних конечностей и бинтовании ног эластичными бинтами или использовании специальных чулок, гольф, носков. Необходимо в случаях, когда нет противопоказаний, применять гимнастику для ног. Особенно эффективны упражнения, когда пациент в положении лежа на спине с поднятыми вверх ногами совершает круговые движения на манер езды на велосипеде.

При длительном лежании значительно слабеет тонус сосудов. Это приводит к тому, что при изменении положения пациента, например, из лежачего в полусидячее или сидячее, у него может резко снизиться артериальное давление.

А при попытке пациента встать может случиться обморок.

Проблемы, связанные с органами желудочно-кишечного тракта

Отсутствие активных движений при лежании приводит к снижению тонуса желудочно-кишечного тракта, в особенности толстой кишки, что в свою очередь приводит к запорам или трудной дефекации. Лежачие больные вынуждены совершать дефекацию в необычном и трудном положении, часто в присутствии посторонних лиц. Это способствует подавлению позыва на дефекацию. Некоторые больные произвольно задерживают дефекацию, так как стесняются обращаться за помощью к посторонним лицам. Запоры и вялость желудочно-кишечного тракта могут привести к нарушению пищеварения, что обычно выражается вначале в обложенном языке, дурном запахе изо рта, в отсутствии аппетита, легкой тошноте. Развивается каловая интоксикация.

Нередко запоры сменяются поносами. Через несколько месяцев лежания желудочно-кишечный тракт становится очень восприимчивым к изменениям диеты и к инфекции, т.е. у таких людей быстрее возникают нарушения пищеварения по сравнению с человеком, ведущим активный образ жизни.

Профилактика осложнений состоит в создании комфортных условий для физиологических отклонений, в гимнастике передней брюшной стенки живота, в соблюдении соответствующей диеты.



Проблемы, связанные с мышечной активностью

Установлено на опыте, что отсутствие движений, в результате которых мышцы сокращаются и расслабляются, приводит к потере мышечной массы (атрофии мышц), и эта потеря может составлять при полной неподвижности до 3 % от общей мышечной массы в сутки. Это означает, что чуть больше чем через месяц постоянного неподвижного лежания у пациента произойдет полная атрофия мышц, и даже если появится возможность двигаться, то без посторонней помощи он уже этого сделать не сможет.

Профилактика состоит в регулярном исполнении комплекса гимнастики, физических упражнений.

Проблемы, связанные с суставами

Контрактуры

Контрактуры – ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности. Такое ограничение движений приводит к тяжелым функциональным расстройствам, выражающимся в том, что больной не может передвигаться (если у него поражены коленные или тазобедренные суставы), обслуживать себя и работать (если у него поражены суставы кисти и локтя). Потеря мышечной активности влечет ограничение подвижности суставов, что называется контрактурой. Так, стопа лежачего больного довольно быстро опускается вперед (положение лежачего человека как бы на «цыпочках») под тяжестью одеяла и возникает контрактура голеностопного сустава, которая носит название конская стопа. Для профилактики этого осложнения можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу больного.



Сжатая в кулак кисть больного со временем принимает вид птичьей лапы, коленный сустав плохо сгибается и разгибается и т.д.

Профилактика контрактур

Контрактуру легче предупредить, чем вылечить. Для предупреждения развития контрактур необходимо:

– как можно раньше начинать проводить гимнастику в виде активных и пассивных упражнений, затрагивающих, по возможности, все суставы, особенно те, которые находятся в малоподвижном состоянии. При этом следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм.



Для занятий можно применить специальный конус, обшитый мягкой тканью, лучше овечьей шерстью.

Анкилозы

Если пациент лежит неподвижно очень длительное время и профилактика контрактур не проводится, то не исключена полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей. Такая полная потеря возможности осуществлять движение в суставе называется анкилоз.

Боли в суставах

Тугоподвижность суставов порождает болевой синдром при попытке использовать сустав. Больной начинает дополнительно щадить больной сустав и тем самым усиливает его обездвиженность. Необходимо сочетание физических упражнений с приемом обезболивающих препаратов.

Проблемы, связанные с костями

При отсутствии движений и физических нагрузок крепкие кости становятся как бы ненужными организму. В костях снижается содержание кальция, кости постепенно становятся хрупкими. Развивается остеопороз. Известно, что в трубчатых костях находится красный костный мозг, в котором образуются клетки крови, в частности тромбоциты, которые отвечают за свертываемость крови. При снижении физической активности снижается выработка тромбоцитов и других клеток крови. С одной стороны, это хорошо, потому что кровоток при лежании замедляется и повышается риск образования тромбов, о чем мы говорили выше, а «разжижение» крови понижает этот риск. Но возникает другая проблема. Из-за того, что в крови содержится мало тромбоцитов, у пациента могут возникать спонтанные кровотечения, например, из носа, десен и других слизистых оболочек. Эти кровотечения незначительны, но длительны, что дополнительно ослабляет пациента.

Проблемы, связанные с мочевыделительными органами

Длительное горизонтальное положение может повлечь за собой изменения в мочевыделительной системе. В горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует возникновению инфекционного процесса, а затем и образованию камней в почках. Длительное «пододеяльное» тепло делает человека уязвимым от прохладного воздуха, это может отразиться на любых органах и системах, в том числе и на почках. А воспаление может способствовать образованию солей, а далее – песка и камней. Пользование судном и/или уткой, обращение за помощью при физиологических отправлениях и неудобное положение – все это создает дискомфорт, влечет за собой раздражительность, депрессию, а такие состояния только ускоряют наступление проблем.

Самой грозной проблемой, конечно же, является образование камней в почках, и это не единственная проблема. Со временем у пациента может возникнуть недержание мочи, которое, в свою очередь, приводит к возникновению проблем с кожей, а также к появлению или усилению депрессии, т.к. неожиданное мочеиспускание в постель для человека, находящегося в сознании, большая беда, стресс, который тяжело переживается. Нужно также помнить о том, что в горизонтальном положении удерживать мочу тяжелее, чем в вертикальном.

Недержание мочи, о котором мы сейчас говорим, как правило, не является функциональным, а связано лишь с неудобствами физическими и психологическими, а также с нерасторопностью или нехваткой обслуживающего персонала. Есть такое понятие, как «психология ожидания». Нередко можно слышать, что если человек слег, да еще пожилой, то жди недержания мочи. Такая психология ничем не оправдана, а печальные плоды ее таковы, что ухаживающий персонал теряет драгоценное время на ожидание недержания вместо того, чтобы активно проводить профилактику.

Проблемы, связанные с нервной системой и психикой

Одна из быстро наступающих проблем – это бессонница по ночам. Мысль о том, чтобы прибегнуть к помощи снотворных, приходит очень быстро и нередко реализуется пациентом даже без совета с врачом. Употребление снотворных, как правило, не дает хорошего, глубокого сна. Человек, хотя и спит, но не отдыхает, делается «вялым», уставшим, что, в свою очередь, приводит к раздражительности и далее к депрессии. Проявления заболеваний нервной системы усиливаются, если пациент вынужден какое-то время провести в лежачем положении. Например, болезнь Паркинсона. Одно из проявлений этой болезни – скованность в движениях. Так вот, если пациент сломает ногу и месяц пролежит

по этой причине в постели, то скованность будет еще больше. Время на реабилитацию после длительного пребывания в постели у пациентов, имеющих заболевания нервной системы, увеличивается в 4–5 раз. Вернемся к случаю с переломом. Обычно пациент с относительно здоровой нервной системой сколько времени находится в гипсе, столько же времени и реабилитируется. Например, 1 месяц в гипсе, значит приблизительно ему понадобится 1 месяц, чтобы вновь начать ходить без костылей или палочки.

Пациенту с заболеванием нервной системы понадобится уже 4–5 месяцев. Не длительное, но частое лежание в постели для пациентов с заболеванием нервной системы может привести к раннему постоянному пребыванию в постели.

Длительно лежащие больные часто страдают социальной «одичалостью», т.е. потерей навыков поведения в обществе, особенно это касается пожилых людей и людей с проявлениями умственной отсталости, которая всегда на фоне обездвиженности склонна к прогрессированию.

Пожилые люди, находившиеся на длительном постельном режиме, падают чаще. Их падения чаще приводят к переломам.

Профилактика бессонницы состоит в исполнении требований для нормализации сна.

Необходимо организовать досуг больного, создать условия для активной умственной работы. Нужно поощрять любую самостоятельную деятельность больного. Стараться максимально активизировать его режим. Пожилые и ослабленные больные в период восстановления самостоятельного хождения должны пользоваться приспособлениями для дополнительного упора: поручнями, ходунками, тростями и др.

Принципы общения

Человек не должен оставаться наедине со своими проблемами, и здесь главным в его жизни будет общение с близкими, друзьями.

Когда Вы разговариваете с человеком, находящимся на Вашем попечении, используйте следующие принципы общения:

- Создайте комфортную и не отвлекающую внимание больного обстановку.
- До того, как начать говорить, привлечите внимание опекаемого. Если человек чем-то занят, а Ваше сообщение не является срочным, лучше всего на некоторое время отложить разговор с ним.
- Говорите доступным языком. Используйте понятные для больного слова.
- При общении с подопечным не злоупотребляйте медицинской терминологией. Поскольку некоторые люди стесняются обращаться за разъяснением, сообщение может остаться непонятым.
- Давайте только четкие инструкции.
- Избегайте двусмысленностей.
- Не обещайте невозможного.
- Поясняйте свои действия, чтобы его участие в лечении и уходе было осознанным.
- Убедитесь, правильно ли Вас понял больной.
- Выбирайте нужную громкость. Говорите достаточно громко для того, чтобы Вас слышали, но не кричите. Громкость, с которой Вам следует говорить, зависит от того, насколько хорошо слышит больной, насколько шумно вокруг Вас, и от того, обсуждаете ли Вы информацию личного порядка.
- Если Ваш собеседник Вас плохо слышит, подойдите к нему поближе.
- Говорите медленно, четко выговаривая слова. Говорите достаточно медленно для того, чтобы четко передать свои мысли и дать больному время услышать и обдумать информацию, а также дать ему возможность как-то отреагировать на Ваши слова или задать вопрос.

Следите за интонацией Вашего голоса. Прислушивайтесь к интонации собственной речи и следите за тем, чтобы эта интонация соответствовала тому, что Вы пытаетесь сказать. Иногда, когда Вы куда-то торопитесь или Ваши мысли заняты чем-то другим, Вы произносите слова тоном, который не подходит для данной ситуации. Например, если Вы думаете о неприятном разговоре, который произошел у Вас сегодня с водителем автобуса, Ваше раздражение может отразиться на тоне беседы с Вашим подопечным.

Не бойтесь повторяться.

Проверьте, правильно ли больной Вас понял. Попросите его повторить наиболее важные вещи из Вашего сообщения. В случае, если больной Вас плохо понял, Вам придется передать сообщение еще раз, но в измененном виде.

Определите, не осталось ли у больного неразрешенных вопросов.

Письменное общение

В процессе ухода за больным Вы иногда пишете ему записки – напоминания. До того, как писать записку, убедитесь, сможет ли он ее прочитать, в т.ч. потому что он может плохо видеть из-за слабого зрения. Чтобы узнать, как хорошо умеет читать Ваш подопечный, и чтобы не ранить его самолюбия, поговорите об этом с ним или членами его семьи.

При общении в письменном виде используйте следующие приемы:

- Пишите аккуратно. Если у Вас плохой почерк, пишите печатными буквами.
 - Выбирайте правильный размер и цвет букв. Если Вы пишете записку человеку со слабым зрением, пишите на белой бумаге крупными буквами, используя черную, темно-синюю ручку или фломастер.
 - Рисуйте картинки. Иногда человеку, не умеющему читать, картинка может сказать больше, чем слова.
 - Выбирайте простые слова. Если Вы хотите, чтобы Ваше сообщение достигло цели, используйте самые простые слова.
 - Будьте точны. Если Вы называете время, не забудьте указать, вечер это или утро.
 - Будьте внимательны. Проверьте, включили ли Вы в памятку всю нужную информацию.
 - Пишите слова грамотно. Если Вы не уверены в правильности написания того или иного слова, проверьте это слово по словарю.
 - Подписывайте сообщение. В конце Вашей памятки всегда ставьте подпись, чтобы было понятно, кто ее написал.
- Проверяйте Ваше сообщение. До того, как отправить памятку по назначению, проверьте, не допустили ли Вы в ней ошибок.

Достоинство пациента

Понятия о достоинстве пациента очень разнятся в разных обществах и зависят от очень многих факторов.

Тем не менее в большинстве обществ принято быть чистоплотным, одетым в чистую, прикрывающую наготу тела, не рваную одежду, причесанным, с аккуратными ногтями и т.д. А также по нормам морали принято без нужды не оголять тело и не прикасаться к нему, не рассказывать о личных особенностях пациента и о том, что происходит в его доме, если это не касается ухода за пациентом.

Нередко при нарушении таких несложных правил обращения ухаживающий персонал способствует унижению достоинства человека. Чем слабее и ранимее человек, тем быстрее это происходит.

Человек – это величайшая ценность, которую никто не имеет права разрушать. На совести того, кто служит больному, лежит большая ответственность за его душу и тело. Поэтому старайтесь приобрести навыки не только хорошего ухода, но и правильного, профессионального общения. Профессиональное общение – это общение согласно профессии или, иначе говоря, выбранному служению. Об особенностях общения с больным и ухода за ним можно говорить очень много, но есть золотое правило, которое легко запомнить: как вы хотите, чтобы люди поступали с вами, так и вы поступайте с ними!

Глава 13. Система управления персоналом. Медицинские кадры.

Компетентность и компетенции

Утверждены общие принципы системы управления персоналом, положение о системе обучения персонала, формировании и развитии кадрового потенциала, порядок адаптации новых сотрудников, положение о системе социальной поддержки, мотивации персонала, порядок формирования резерва на замещение должностей руководителей структурных подразделений, положение о наставничестве.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

27.12.2019

№ 221

г. Пенза

О совершенствовании системы управления персоналом в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

С целью обеспечения эффективной работы системы управления персоналом, снижения текучести кадров, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить общие принципы системы управления персоналом в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 1).
2. Утвердить Положение о системе обучения персонала, формировании и развитии кадрового потенциала ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 2).
3. Утвердить Порядок адаптации новых сотрудников (Приложение № 3).
4. Утвердить Положение о системе социальной поддержки, мотивации персонала (Приложение № 4).
5. Утвердить порядок формирования резерва на замещение должностей руководителей структурных подразделений в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 5).
6. Утвердить Положение о наставничестве в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (Приложение № 6).
7. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.
8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

Общие принципы системы управления персоналом в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Качество и безопасность медицинской деятельности во многом зависит от слаженной работы хорошо подготовленных медицинских работников. Задача руководителя – наиболее эффективно использовать кадровый потенциал организации, иными словами, управлять персоналом.

Управление персоналом – область знаний и практической деятельности, направленная на обеспечение организации качественно подготовленным персоналом, способным выполнять возложенные на него трудовые функции и оптимальное его использование. Основными компонентами системы управления персоналом являются:

1. Подбор и адаптация персонала.
2. Оперативная работа с персоналом (включая обучение и развитие).
3. Оперативная оценка персонала.
4. Организация труда, управление деловыми коммуникациями, использование системы мотивации (включая использование материальных и нематериальных стимулов).
5. Стратегическая работа с персоналом (включая подготовку резерва руководителей).

Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности зависит от степени участия всего персонала: от медицинской сестры до главного врача, от умения работать в команде, причем мультидисциплинарной. Требуется не только высокая квалификация и исполнительская дисциплина работников, но и их творческое участие в работе медицинской организации, а также участие в процессе принятия управленческих решений.

Компетенции медицинского работника – совокупность теоретических знаний, практических навыков и личного опыта в области обеспечения качественной и безопасной профессиональной деятельности в рамках своей специальности.

Компетентность медицинского работника – это способность осуществлять качественную и безопасную медицинскую деятельность, своевременно и обоснованно используя свои профессиональные и личные компетенции.

Профессиональная компетенция определяется как наличие профессиональных знаний, умений и навыков, необходимых для оказания медицинской помощи, умение их применить в конкретной ситуации, в том числе при использовании в работе клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций. Важны профессионально значимые личностные качества: честность, ответственность, дисциплинированность, аккуратность.

Профессиональные компетенции включают в себя следующие уровни:

- инструментальный уровень – конкретные знания и навыки в профессиональной деятельности;
- нормативно-ценностный уровень – стандарты поведения в профессиональной среде.

Личностные компетенции включают в себя следующие уровни:

- уровень промежуточных умений – универсальные навыки коммуникации, мышления, личностного развития;
- базовый уровень – личностные характеристики, мотивы, самооценка.

В комплексном процессе управления персоналом в соответствии с компетенциями обычно используют несколько последовательно реализуемых практик:

1. Определение базовых компетенций – тех, которыми должны обладать абсолютно все сотрудники (хорошие коммуникативные навыки). Базовые компетенции медицинский работник приобретает после окончания образовательной организации.

2. Определение специализированных компетенций – тех, которые необходимы для работы на конкретных должностях или для выполнения определенных обязанностей (оказание специализированной медицинской помощи в соответствии с полученным образованием). Специализированные компетенции медицинский работник приобретает после прохождения определенного вида последиplomной подготовки (ординатура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации).

3. Разработка профилей компетенций – перечня базовых и специализированных компетенций, которыми должен обладать сотрудник, работающий на конкретной должности или в определенном подразделении.

4. Согласование уровней овладения компетенциями для разных категорий сотрудников, а также правила перехода на новый уровень.

Специализированные компетенции разрабатываются заведующими отделениями по утвержденной форме (Приложение). При наличии профессионального стандарта специализированные компетенции утрачивают свою силу.

Важно, чтобы разработки медицинской организации по компетенциям персонала были доведены до сведения всех сотрудников. В дальнейшем модель и профили компетенций могут быть применены для оценки эффективности работы персонала.

Приложение
к общим принципам системы управления персоналом в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

УТВЕРЖДАЮ
главный врач
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
_____ ФИО

Специализированные компетенции

Умения	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Знания	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Разработчик: _____ ФИО, Должность

Подпись

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о системе обучения персонала, формировании и развитии кадрового потенциала ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано с целью определения стратегии и порядка организации работы по повышению профессионализма персонала, расширению компетенций, а также созданию и поддержанию необходимых допусков к работе. Система обучения персонала является частью кадровой политики ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

1.2. Обучение персонала – это целенаправленно организованный, планомерно и систематически осуществляемый процесс овладения теоретическими знаниями, навыками и умениями под руководством опытных специалистов. Обучение персонала должно быть непрерывным.

1.3. Цель обучения персонала – формирование и поддержание необходимого уровня квалификации персонала с учетом требований нормативных правовых актов Российской Федерации, Пензенской области, ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и перспектив развития.

1.4. Задачи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в области обучения персонала:

1.4.1. Разработка и внедрение системы обучения, включающей выявление потребности в обучении, планирование и бюджетирование, организацию обучения и контроль его результативности.

1.4.2. Построение обучения в соответствии со спецификой работы персонала.

1.4.3. Развитие персонала в процессе обучения.

1.4.4. Мотивация работников к повышению эффективности работы.

1.5. Обучение персонала проводится в следующих случаях:

- при поступлении нового сотрудника на работу (как правило, на рабочем месте);
- при назначении уже работающего сотрудника на новую должность;
- по результатам аттестации персонала, выявившей недостаточную квалификацию сотрудника;
- в целях соблюдения требований законодательства РФ;
- при внедрении новых технологий, новых рабочих функций, приобретении нового оборудования, в связи с развитием профессиональной области;
- при возникновении новой непредвиденной технологической или производственной задачи.

2. Методы и виды обучения

2.1. Выбор метода и формы обучения сотрудников имеет большое значение для организации эффективной системы обучения, получения желаемого результата с приемлемыми для учреждения затратами. Выбор метода обучения обусловлен прежде всего целями обучения, которые применительно к управленческим дисциплинам отличаются тем, что предполагают не только приобретение знаний, но и формирование умений и навыков, необходимых в практической работе.

2.2. Обучение делится на обязательное и дополнительное. Обязательное обучение – обучение для тех категорий сотрудников, деятельность которых предполагает получение допуска для выполнения работ, присвоение разряда, аттестацию и другое обучение, необходимость которого оговорена в законодательных актах РФ. Дополнительное обучение – обучение, проводимое для любой категории персонала с целью повышения квалификации, освоения новых методик, повышение уровня лояльности к ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2.3. Обучение работников может быть очным, очно-заочным, дистанционным.

2.4. Виды обучения:

2.4.1. Повышение квалификации – это процесс обучения работников с целью усовершенствования их знаний и навыков в связи с ростом профессиональных требований или повышением в должности на специализированных курсах.

2.4.2. Профессиональная переподготовка предполагает обучение работников с целью освоения ими новых знаний, умений, навыков и способов общения при овладении новой специальностью или в связи с изменившимися требованиями к содержанию и результатам работы.

2.5. В разрезе врачебных специальностей существует ординатура, которая также предполагает освоение новых знаний, умений, навыков при овладении новой специальностью.

2.6. Данные виды обучения организуются образовательными учреждениями, но также понятие обучения может включать и обучение на базе учреждения.

2.7. Обучение внутри самой организации (без отрыва от работы) подразумевает проведение обучения в стенах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, направленное на овладение знаниями и навыками, необходимыми непосредственно для качественного выполнения должностных обязанностей. Данный вид обучения может предусматривать приглашение внешнего преподавателя для обучения сотрудников.

2.8. Обучение вне организации подразумевает все виды обучения, не связанные с выполнением непосредственно должностных обязанностей, проходящие за пределами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко во внешних образовательных организациях.

2.9. Самообучение (самоподготовка) заключается в изучении специальной литературы или осуществляется путем обучения в системе высшего и среднего профессионального образования. Самообучение является для работника важным мотивирующим фактором и должно стимулироваться руководством учреждения путем предоставления дополнительного времени на приобретение новых знаний или повышения в должности по результатам обучения.

2.10. Одной из форм непрерывного обучения является участие работников:

- в выездных научно-практических конференциях, съездах, конгрессах в качестве слушателей и докладчиков, организаторов, и выступление перед коллегами по результатам участия;
- на заседаниях научно-практического общества по профилю в качестве слушателей и докладчиков.

2.11. Вышеназванные методы, виды и формы обучения не исключают друг друга, могут проводиться параллельно, дополнять друг друга, инициатива может одновременно исходить и от работодателя, и от работников. Содержанием обучения могут быть как узкоспециальные профессиональные знания, управленческие навыки, так и корпоративные ценности.

3. Порядок направления на обучение

3.1. Обучение работников в целях обеспечения соответствия требованиям законодательства РФ проводится для соответствия требованиям профессиональных стандартов и квалификационных справочников. Данное обучение разделяется по источникам финансирования, а, соответственно, в зависимости от источников определяется порядок направления на обучение. По источникам финансирования разделяют обучение за счет средств:

- федерального бюджета;
- страхового нормированного запаса Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области (ТФОМС);
- ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.1.1. Обучение за счет средств федерального бюджета осуществляется совместно с Минздравом Пензенской области (Минздравом ПО), образовательными организациями. За три недели до начала нового квартала по письменному запросу отделом кадров подготавливается заявка в Минздрав ПО. В данную заявку включаются специалисты, у которых осталось менее года до окончания действия сертификата специалиста. Приблизительный план, составленный отделом кадров исходя из потребности, согласовывается с сотрудниками и руководителями сотрудников. Далее заявка направляется в Минздрав ПО. После получения вышеуказанной заявки Минздравом Пензенской области предоставляются путевки для работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. При отсутствии путевок в Минздраве Пензенской области специалистом по кадрам готовится ходатайство на выделение бюджетных путевок из образовательных учреждений Российской Федерации.

Не позднее трех рабочих дней до начала обучения специалист получает в отделе кадров пакет заверенных документов, после чего специалист отвозит документы в учебный отдел образовательной организации и зачисляется на цикл.

После прохождения обучения специалист обязан предоставить документы об образовании в отдел кадров в течение 5 рабочих дней с момента окончания цикла.

3.1.2. Обучение за счет страхового нормированного запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области. За 15 дней до начала квартала в Минздрав Пензенской области направляется письмо с заявкой на циклы и пакетом заверенных копий документов. Позднее, когда приходит приказ из Минздрава Пензенской области об утверждении плана мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программе повышения квалификации, с образовательными организациями заключаются договоры на весь предстоящий квартал. Договоры с пакетом документов (заверенные копии заявки, заявления и сертификата) предоставляются в планово-экономический отдел. Далее юридический отдел совместно с планово-экономическим отделом заключает соглашение с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Пензенской области о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации.

Зачисление специалиста на цикл происходит аналогично предыдущему способу.

3.1.3. Обучение за счет средств учреждения. При невозможности финансирования обучения двумя вышеперечисленными способами, либо при желании сотрудника пройти цикл на договорной основе возможно обучение за счет средств учреждения. Для этого сотрудником направляется заявление на имя главного врача с указанием цикла, даты проведения цикла, стоимости обучения. Главный врач рассматривает поданное заявление и накладывает резолюцию в соответствии со своим решением. В случае положительного решения по данной служебной записке с учебным заведением заключается договор. Данный вид обучения организуется не менее чем за месяц до предстоящего цикла.

3.2. Обучение вне требований, определенное потребностью политики учреждения.

С целью систематизации обучения персонала ежегодно формируется ежегодный план обучения. План обучения разрабатывается с учетом:

- стратегии развития;
- результатов аттестации сотрудников;
- кадровой политики на текущий период;
- развития необходимых (новых) компетенций;
- данных по формированию кадрового резерва;
- бюджетных ограничений.

При составлении плана обучения руководители подразделений до 1 декабря каждого года предоставляют в отдел кадров заявку об обучении сотрудников с обоснованием необходимости обучения, указанием списка сотрудников, для которых необходимо провести обучение, и примерного содержания обучения. По итогам ежегодной оценки персонала и с учетом задач, стоящих перед подразделениями на планируемый год, главный врач определяет целесообразность проведения обучения по каждому работнику и утверждает до 15 декабря план обучения на предстоящий год. Корректировка Плана обучения производится при необходимости до 25-го числа месяца на основании служебных записок руководителей подразделений о проведении внепланового обучения, либо при выяснении обстоятельств, в связи с которыми обучение согласно плану не может быть проведено.

При возникновении потребности в обучении сотрудников непосредственный руководитель сотрудников, либо руководитель подразделения, заинтересованный в проведении обучения, формирует служебную записку о проведении внепланового обучения на имя главного врача с обоснованием необходимости обучения, указанием списка сотрудников, для которых необходимо провести обучение, и примерного содержания обучения. При положительном решении специалист по кадрам вносит обучение в план обучения.

3.3. Обучение заместителей главного врача, руководителей структурных подразделений проводится аналогично обучению других специалистов, а также при возникновении необходимости во внеплановом обучении по решению главного врача.

3.4. Направление работников на научно-практические конференции (в том числе с международным участием), съезды, мастер-классы.

3.4.1. Заместители главного врача могут направляться в командировки по решению главного врача для участия в работе конференций не менее 1 раза в три года при наличии денежных средств в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.4.2. Каждый заведующий структурным подразделением не менее 1 раза в год может быть направлен для участия в работе профильных комиссий, научно-практических конференций при наличии денежных средств в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.4.3. Дублиеры заведующих структурными подразделениями 1 раз в год могут быть направлены на научно-практические конференции, врачи и средние медицинские работники – 1 раз в три года при наличии денежных средств в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и по усмотрению непосредственного руководителя.

3.4.4. При проведении внутрибольничных конференций все профильные специалисты обязаны участвовать в работе конференции (за исключением специалистов, оказывающих в это время экстренную медицинскую помощь).

4. Формирование кадрового резерва

4.1. Важным понятием в формировании кадрового резерва является расстановка персонала. Под расстановкой персонала понимают распределение и передвижение работников по рабочим местам в организации соответственно профессиональной подготовленности и требованиям деятельности на конкретном рабочем месте. Расстановка персонала обеспечивается системой мероприятий, включающей планирование карьеры работников, организацию системы движения кадров по вертикали и горизонтали в учреждении. В то же время карьера – это результат осознанной позиции и трудового поведения самого работника, связанный с его собственными целями, желаниями и установками. Если рассматривать планирование и развитие карьеры как конкретную деятельность, то карьера может быть определена как сознательно выбранный и реализуемый путь должностного продвижения, стремление к намеченному статусу (социальному, должностному, квалификационному), обеспечивающее профессиональное и социальное самоутверждение специалиста в соответствии с уровнем его квалификации.

4.2. Кадровый резерв – это группа сотрудников организации, обладающих способностями и потенциалом к управленческой деятельности, сформированная в результате отбора для дальнейшей систематической целевой подготовки. Сама система замещения руководителей, по сути, представляет собой процесс оптимизации управленческой деятельности и схему развития организационной структуры учреждения, ориентированную на конкретных работников с их приоритетами и управленческими ориентациями.

4.3. Источником формирования резерва являются квалифицированные специалисты, заместители руководителей подразделений, руководители технологического и управленческого уровня, а также дипломированные специалисты, замещающие должности в учреждении.

4.4. Цели создания кадрового резерва:

- подготовка внутренних специалистов для замещения ключевых позиций;
- обеспечение непрерывности внутриучрежденческих процессов;
- создание прозрачной системы карьерного роста для сотрудников;
- определение потенциала сотрудников для занятия ими в будущем руководящих должностей.

4.5. Методы работы с кадровым резервом включают в себя:

- определение критериев отбора кандидатов в резерв (составление профиля компетенций);
- проведение сбалансированной оценки кандидатов;
- планирование будущих позиций с учетом профессиональных и личностных качеств каждого выдвигаемого в резерв кандидата;
- составление индивидуального плана развития для каждого сотрудника, включенного в резерв.

4.6. Формирование кадрового резерва осуществляется специально созданной комиссией и включает следующие этапы:

4.6.1. Анализ потребности в руководящих кадрах:

- разработка требований к кандидатам в группы резерва;
- формальные требования к кандидатам. Список компетенций и критериев оценки кандидатов по уровням управления в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

4.6.2. Формирование группы резерва руководителей:

- формирование предварительного списка кандидатов в группы резерва;
- расширенные списки кандидатов в группу резерва;
- комплексные технологии оценки кандидатов в группу резерва руководителей;
- итоговый список группы резерва.

4.6.3. Обучение и развитие группы резерва руководителей:

- оценка результативности деятельности по формированию и развитию групп резерва руководителей;
- программы обучения и развития. Возможное изменение состава группы резерва;
- корректировка программ формирования, обучения и развития группы резерва руководителей.

4.7. Формирование резерва должно осуществляться независимо от мнений руководителей о конкретных сотрудниках и основываться на независимых заключениях группы экспертов. В то же время необходимо вовлекать действующих руководителей в процесс работы с резервом, обеспечивая тем самым преемственность и повышая результативность процесса подготовки кандидатов на руководящую должность. Само участие действующих руководителей в процессе подготовки резерва поможет снять возможное напряжение и уменьшить риск возникновения конфликтов между ними и будущими руководителями. Необходимо привлекать руководителей к формированию критериев оценки кандидатов, к процедурам оценки, давать им обратную связь по итогам оценки их подчиненных, согласовывать планы обучения и развития резервистов, внедрять наставничество и регулярно информировать о том, что происходит с группой резерва.

4.8. Сама эффективность и качество сформированной группы резерва зависит от результата работы по определению списка критериев (компетентностей), которым должны соответствовать кандидаты на руководящие должности. Среди таких критериев необходимо выделить профессиональные компетенции и личностные компетенции.

4.9. Далее происходит оценка резервистов на соответствие необходимым компетенциям и формируется план обучения для тех компетенций, которые у специалиста не развиты или развиты слабо. Сами программы обучения и развития групп резерва направлены на формирование и развитие управленческих знаний, умений и навыков, а также на формирование управленческой позиции кандидатов

на должность руководителя. В систему подготовки может включаться индивидуальное и групповое обучение и развитие кандидатов, стажировки, а также обучение в высших учебных заведениях и на курсах повышения квалификации в зависимости от уровня планируемой управленческой деятельности. Далее производится анализ результатов обучения и развития группы резерва, который включает в себя:

- подведение итогов обучения;
- анализ качества усвоения учебного материала слушателями;
- зачисление слушателей группы резерва в действующий состав резерва руководителей.

4.10. Сама программа обучения должна быть комплексной и направлена на достижение единой цели: сформировать группу кандидатов на руководящую должность, обладающих необходимыми теоретическими знаниями в области управления персоналом и способными применять эти знания в практической управленческой деятельности на разных уровнях управления в организации (в зависимости от уровня, на который готовятся кандидаты). В процессе реализации программы предусматривается проведение периодических оценочных процедур для замера степени выраженности значимых для управленческой деятельности параметров личности и их динамики в процессе обучения и развития. Результатом оценки может стать корректировка планов обучения и (или) изменение состава группы резерва.

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок адаптации новых медицинских работников

1. Настоящий Порядок разработан в целях проведения адаптационной работы с вновь поступающими медицинскими работниками в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2. Порядок адаптации рассчитан для формирования эффективного сотрудника из вновь принятого работника на работу в учреждение.

3. Адаптация позволяет быстрее включить работника в трудовой процесс, повысить квалификацию сотрудника и снизить количество ошибок.

4. Ответственность за организацию работы с вновь принятыми работниками возлагается на непосредственных руководителей подразделений.

5. Период адаптации длится до 2 недель в зависимости от специальности. Адаптацию новый сотрудник проходит под руководством непосредственного руководителя подразделения.

6. Во время адаптации руководитель структурного подразделения вместе с вновь принятым на работу определяют цели и задачи для профессионального роста новичка.

7. Введение работника в коллектив проводит непосредственный руководитель подразделения.

8. Адаптация работника включает в себя следующие этапы:

8.1. Знакомство с учреждением проводится в первый рабочий день нового сотрудника и состоит из следующих блоков:

- разъяснение организационной структуры учреждения, структуры подразделения и руководящего состава (цели, задачи, иерархия подчиненности, коммуникация с другими подразделениями и руководителями);

- ознакомление с Положением о структурном подразделении;

- представление работника коллективу;

- знакомство с работниками, с которыми в процессе своей трудовой деятельности нужно непосредственно взаимодействовать вновь принятому работнику;

- пространственное знакомство с подразделениями (места расположения администрации, места общего пользования и т.д.).

8.2. Вхождение в должность проводится на второй день работы нового сотрудника (адаптируемого) и состоит из следующих блоков:

- ознакомление с правилами внутреннего трудового распорядка;

- ознакомление с графиком работы;

- ознакомление со всеми нормативными документами и локальными нормативными документами, требования которых непосредственно касаются выполнения обязанностей данным работником;
- ознакомление с ресурсами, необходимыми для выполнения обязанностей работником, ознакомление с порядком получения инструментария, расходных материалов и т.д.;
- ознакомление с порядком получения спецодежды, продуктов, средств индивидуальной защиты, моющих средств (если они положены);
- ознакомление с правилами техники безопасности применительно к конкретному рабочему месту с указанием возможных источников опасности;
- подробное разъяснение его должностных обязанностей согласно должностной инструкции;
- ознакомление с рабочим процессом и выполнением должностных обязанностей.

8.3. Контроль адаптации проводится в течение всего срока адаптации и состоит из следующих блоков:

- беседа руководителя подразделения с адаптируемым работником по вопросам вхождения в коллектив, нахождения общего языка с работниками, о трудностях во взаимодействии, обсуждение рабочих моментов, сложностей в работе, о результатах работы,
- выявление негативных факторов при адаптации, влияющих на рабочий процесс нового сотрудника;
- корректировка задач для нового работника.

8.4. Завершение процесса адаптации состоит из:

- оформления листа адаптации на нового сотрудника руководителем подразделения, назначение наставника для прошедшего адаптацию сотрудника после согласования наставника с вышестоящим руководителем – заместителем главного врача по соответствующему профилю, которому также предоставляется информация об итогах адаптации нового сотрудника.

9. Оформленные листы адаптации сотрудников хранятся в структурном подразделении учреждения, ответственным лицом за хранение листов адаптации является руководитель подразделения.

Приложение к Порядку адаптации новых медицин- ских работников

Лист адаптации нового сотрудника

ФИО _____

Возраст _____

Должность _____

Отделение _____

Дата выхода на работу «__» _____ 20__ г.

Дата заполнения «__» _____ 20__ г.

Уважаемый коллега! Вы отработали 2 недели. Давайте вместе проанализируем, как прошел процесс адаптации в нашем учреждении.

ФИО непосредственного руководителя _____

1. Можете ли Вы сказать, что полностью адаптировались в новом коллективе? _____

2. Что показалось наиболее сложным в течение этого периода? _____

3. Какие качества характера Вам помогают адаптироваться в новых условиях? _____

4. Что мешает освоиться на новой работе? _____

5. Устраивают ли Вас:

— условия и организация труда;

— режим работы;

— заработная плата;

— климат в коллективе?

6. Интересна ли выбранная деятельность? Почему? _____

7. Вы уверены, что характер работы соответствует Вашим способностям? _____

8. Испытываете ли Вы недостаток следующих качеств для дальнейшего выполнения профессиональных обязанностей:

- практических навыков;
- теоретических навыков?

9. Получали ли Вы помощь:

- коллег по работе;
- непосредственного руководителя?

10. Возникали ли у Вас сложности в отношениях с коллегами:

- с непосредственным руководителем.

Если да, то почему?

11. Сколько времени планируете работать в нашей организации:

- 6 месяцев;
- 1 год;
- 2 года;
- 3 года и более.

12. Как оцениваете перспективы Вашего материального состояния, если продолжите работать у нас:

- будет так же, как сейчас;
- будет хуже, чем сейчас;
- будет лучше, чем сейчас.

13. Знаете ли Вы, что такое СМК (система менеджмента и контроля), и есть ли она в Вашем отделении?

14. Возникали ли сложности при выполнении заданий? Если да, то какие? _____

15. Что Вас привлекает в работе:

- содержание работы;
- перспектива должностного продвижения;
- перспектива профессионального роста;
- заработная плата;
- социальный пакет;
- условия работы;
- отношения с непосредственным руководителем;
- отношения с коллегами.

16. Как Вы оцениваете морально-психологический климат в коллективе? Пожалуйста, подчеркните соответствующие прилагательные или напишите свои: приятный, тяжелый, нервный, веселый, ужасный, радужный, легкий, спокойный, располагающий, непостоянный, доброжелательный, отталкивающий, искренний, враждебный, оптимистичный, напряженный.

17. Итоговая оценка вашей адаптации:

- удовлетворен;
- не удовлетворен;
- затрудняюсь ответить.

Подпись сотрудника (адаптируемого) _____ / _____ /

Резюме непосредственного руководителя

1. Краткая характеристика нового работника (адаптируемого):

2. Недостатки, выявленные при адаптации со стороны работника _____

3. Недостатки, выявленные при адаптации, независимые от работника _____

4. Рекомендации по назначению наставника _____

5. ФИО наставника, назначенного для прошедшего адаптацию сотрудника _____

Дата «__» ____ 20__ г.

Подпись непосредственного
руководителя подразделения

_____ / _____ /

Приложение № 4

**Положение о системе
социальной поддержки, мотивации персонала**

1. Система социальной поддержки и мотивации персонала включает социальную поддержку, мотивацию, улучшение социально-бытовых условий, изучение мнения (удовлетворенности) и профессионального выгорания.

2. Социальная поддержка как составная часть политики управления персоналом учреждения представляет собой мероприятия, связанные с предоставлением, во-первых, работникам льгот и гарантий в рамках социальной защиты работников, установленных на государственном уровне, во-вторых, предоставление работникам дополнительных льгот и услуг согласно коллективному договору.

3. Материальные стимулы, применяемые руководством учреждения для мотивирования работников, должны предусматриваться в Положении о стимулирующих выплатах в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

4. Нематериальные стимулы:

- социально-психологические (общественное признание, похвала, поддержка, одобрение);
- творческие (повышение квалификации, применение групповых форм работы, стажировки, командировки).

5. Чтобы система мотивации была эффективной, следует придерживаться объективности, предсказуемости, адекватности, своевременности, значимости, справедливости.

6. Изучение мнения персонала удовлетворенностью работой и профессионального выгорания должно проводиться 1 раз в 3 года в разрезе структурных подразделений, профессий (врачи, работники со средним медицинским образованием, младший медицинский персонал) по специально разработанным анкетам (Приложение № 1 и № 2 к Положению о системе социальной поддержки, мотивации персонала).

**Приложение № 1
к Положению о системе социальной
поддержки, мотивации персонала**

**Анкета
по изучению степени профессионального «выгорания»**

Уважаемый коллега, ответьте, пожалуйста, как часто Вы испытываете чувства, перечисленные ниже в анкете. Для этого отметьте по каждому пункту один из вариантов ответа: «никогда – 1»; «очень редко – 2»; «иногда – 3»; «часто – 4»; «очень часто – 5»; «каждый день – 6».

Вопрос	Вариант ответа
1. Я чувствую себя эмоционально опустошенным.	
2. После работы я чувствую себя как «выжатый лимон».	
3. Утром я чувствую усталость и нежелание идти на работу.	
4. Я хорошо понимаю, что чувствуют мои подчиненные и коллеги, и стараюсь учитывать это в интересах дела.	
5. Я чувствую, что общаюсь с некоторыми подчиненными и коллегами как с предметами (без теплоты и расположения к ним).	
6. После работы на некоторое время хочется уединиться от всех и всего.	
7. Я умею находить правильное решение в конфликтных ситуациях, возникающих при общении с коллегами.	
8. Я чувствую угнетенность и апатию.	
9. Я уверен, что моя работа нужна людям.	
10. В последнее время я стал более черствым по отношению к тем, с кем работаю.	

11. Я замечаю, что моя работа ожесточает меня. 12. У меня много планов на будущее, и я верю в их осуществление. 13. Моя работа все больше меня разочаровывает. 14. Мне кажется, что я слишком много работаю. 15. Бывает, что мне действительно безразлично то, что происходит с некоторыми моими подчиненными и коллегами. 16. Мне хочется уединиться и отдохнуть от всего и всех. 17. Я легко могу создать атмосферу доброжелательности и сотрудничества в коллективе. 18. Во время работы я чувствую приятное оживление. 19. Благодаря своей работе я уже сделал в жизни много действительно ценного. 20. Я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в моей работе. 21. На работе я спокойно справляюсь с эмоциональными проблемами. 22. В последнее время мне кажется, что коллеги и подчиненные все чаще перекладывают на меня груз своих проблем и обязанностей.	

Приложение № 2
к Положению о системе социальной
поддержки, мотивации персонала

**Анкета
по изучению удовлетворенности персонала**

1. Как долго Вы работаете в данной больнице?
менее 1 года – 1;
от 1 года до 5 лет – 2;
от 5 до 10 лет – 3;
более 10 лет – 4.
2. Как Вы добираетесь до места работы?
на личном транспорте – 1;
на общественном транспорте – 2;
пешком – 3;
другое – 4.
3. Сколько времени Вы тратите на дорогу из дома до работы?
0–15 минут – 1;
15–30 минут – 2;
30–60 минут – 3;
более 60 минут – 4.
4. Насколько легко Вам добираться до работы?
очень легко – 1;
довольно легко – 2;
довольно трудно – 3;
очень трудно – 4.
5. Вас устраивает месторасположения Вашей работы?
полностью устраивает – 1;
в какой-то мере устраивает – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не устраивает – 4;
совсем не устраивает – 5.

6. Вы удовлетворены своей работой?	
полностью удовлетворен – 1;	
в какой-то мере удовлетворен – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
в какой-то мере не удовлетворён – 4	
совсем не удовлетворен – 5.	
7. Насколько вероятно Ваше продвижение по службе на данном месте работы?	
очень вероятно – 1;	
довольно вероятно – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
маловероятно – 4;	
полностью исключено – 5.	
8. Оправдываются ли Ваши ожидания относительно продвижения по службе?	
полностью оправдываются – 1;	
в какой-то мере оправдываются – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
в какой-то мере не оправдываются – 4	
совсем не оправдываются – 5.	
9. Ваша работа является ответственной?	
очень ответственной – 1;	
довольно ответственной – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
не очень ответственной – 4;	
совсем не требует ответственности – 5.	
10. Вы удовлетворены степенью ответственности, которая возлагается на Вас на работе?	
полностью удовлетворен – 1;	
в какой-то мере удовлетворен – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
в какой-то мере не удовлетворён – 4	
совсем не удовлетворен – 5.	
11. Вы чувствуете себя перегруженным на данной работе?	
всегда – 1;	
довольно часто – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
иногда – 4;	
никогда – 5.	
12. Вы удовлетворены своими отношениями с коллегами в целом?	
полностью удовлетворен – 1;	
в какой-то мере удовлетворен – 2;	
затрудняюсь ответить – 3;	
в какой-то мере не удовлетворён – 4;	
совсем не удовлетворен – 5.	
13. Как часто у Вас проводятся собрания трудового коллектива?	
более одного раза в неделю – 1;	
один раз в неделю – 2;	
1–3 раза в месяц – 3;	

реже, чем один раз в месяц – 4;
никогда – 5.
14. Вы удовлетворены частотой проведения этих собраний?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
15. Вы удовлетворены тем, как проводятся собрания трудового коллектива?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
16. Вы удовлетворены эффективностью собраний?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
17. Получаете ли Вы от своего непосредственного начальника поддержку, которая Вам необходима?
всегда – 1;
довольно часто – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
иногда – 4;
никогда – 5.
18. Вы удовлетворены поддержкой, которую получаете?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
19. Как Вы считаете, руководители учреждения (отделения) контролируют Вас чрезмерно?
всегда – 1;
довольно часто – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
иногда – 4;
никогда – 5.
20. Вы удовлетворены такой степенью контроля?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
21. Вы удовлетворены степенью самостоятельности, имеющейся у Вас на работе?
полностью удовлетворен – 1;

в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
22. Вы удовлетворены общением с коллегами по профессиональным вопросам?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
23. Вы удовлетворены в целом общением с руководством?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
24. Как часто, с Вашей точки зрения, учитывается Ваше мнение?
очень часто – 1;
довольно часто – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
иногда – 4;
никогда – 5.
25. Вы удовлетворены вниманием, с которым относятся к Вашему мнению?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
26. Насколько Вы удовлетворены микроклиматом в учреждении?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
27. Как Вы оцениваете степень дружелюбия сотрудников учреждения?
очень дружелюбны – 1;
довольно дружелюбны – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
довольно не дружелюбны – 4;
совсем не дружелюбны – 5.
28. Удовлетворены ли Вы своей заработной платой?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.

29. Вы удовлетворены льготами, которые получаете на работе?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
30. Вы удовлетворены Вашей рабочей нагрузкой?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
31. Вы удовлетворены организацией работы в учреждении в целом?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворён – 4.
32. Удовлетворены ли Вы объективностью оценки Вашей работы руководством учреждения?
полностью удовлетворен – 1;
в какой-то мере удовлетворен – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не удовлетворен – 4;
совсем не удовлетворен – 5.
33. Имеете ли Вы дополнительную работу вне учреждения?
да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет – 3.
34. При 100 % укомплектованности кадрами согласились бы Вы работать на одну ставку?
да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет – 3.
35. Является ли заработная плата вашим самым главным доходом?
да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет – 3.
36. Приходится ли вам работать во внеурочное время?
да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет – 3.
37. Если Вам приходится работать во внеурочное время, устраивает ли Вас это?
полностью устраивает – 1;
в какой-то мере устраивает – 2;
затрудняюсь ответить – 3;
в какой-то мере не устраивает – 4;
совсем не устраивает —5.
38. Перешли бы Вы работать в другое учреждение, если бы представилась такая возможность?

да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет — 3.
39. Понимаете ли Вы, чем определяется Ваша заработная плата?
да – 1;
затрудняюсь ответить – 2;
нет – 3.

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок формирования резерва на замещение должностей руководителей структурных подразделений в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

1. Общие положения

1.1. Успешное решение задач по развитию здравоохранения и медицинской науки, дальнейшее совершенствование лечебно-профилактической деятельности учреждений здравоохранения невозможно без улучшения подбора, подготовки и использования руководящих кадров, без создания действенного, хорошо изученного и подготовленного резерва.

1.2. Подбор резерва производится на должности в соответствии:

- с номенклатурой руководящих должностей;
- со штатным расписанием учреждения;
- наличием ключевых, трудно заменимых, узкоспециализированных должностей;
- с концепцией развития учреждения.

1.3. Резерв на замещение руководящих должностей призван решать не только кадровые проблемы внутри учреждения здравоохранения, но и по выдвижению на работу в вышестоящие органы здравоохранения.

1.4. Формирование резерва на замещение должностей руководителей предполагает глубокое изучение возможностей, творческого и делового потенциала кандидатов для работы на руководящих должностях.

1.5. В работе по подбору кандидатов в резерв необходимо ориентироваться прежде всего на передовые, сложившиеся коллективы со стабильными высокими показателями работы для выдвижения из этих коллективов специалистов в резерв.

1.6. В резерв на замещение руководящих должностей подбираются специалисты, обладающие знаниями, опытом и личными качествами, позволяющими в короткие сроки подготовить их на соответствующую должность.

2. Порядок и условия включения в кадровый резерв

2.1. Работе по формированию резерва должно предшествовать определение кадровой службой оптимальной численности резерва руководящих кадров на основе:

- прогноза изменения структуры руководящего аппарата;
- потребности в руководящих кадрах на ближайшую (год) и длительную (до пяти лет) перспективу;
- фактической численности подготовленного резерва каждого уровня;
- количества кандидатов, выбывших из резерва вследствие невыполнения индивидуальной программы подготовки, перемены места жительства и др.;
- числа руководителей, высвобождаемых в ходе организационно-штатных мероприятий, которые могут замещать имеющиеся вакансии руководящего аппарата.

В целях обеспечения эффективности резерва его численность должна составлять не менее двух кандидатов на место по каждой категории руководящих должностей. Допускается зачисление одного специалиста в резерв по различным (не более двух) категориям должностей.

2.2. Резерв кадров учреждения формируется из следующих источников:

- квалифицированные специалисты;
- заместители руководителей подразделений, дублеры;
- руководители подразделений (среднего звена);
- работники иных учреждений, отобранные кандидатами на руководящие должности в учреждение.

2.3. При отборе кандидатов в резерв следует учитывать:

- возраст (возраст кандидата на момент вступления в кадровый резерв не должен превышать 50 лет);
- уровень образования;
- состояние здоровья (способность выполнять трудовую функцию в полном объеме);
- стаж работы по специальности (не менее 3 лет);
- квалификационные требования по планируемой должности;
- обладание организаторскими способностями;
- высокая требовательность к себе и подчиненным;
- авторитет и умение работать с коллективом;
- инициативность, оперативность в работе в современных условиях.

3. Порядок работы Конкурсной комиссии по формированию и организации подготовки кадрового резерва

3.1. Цели Комиссии:

- способствовать своевременному формированию кадрового резерва;
- устранить субъективизм при принятии решения по кандидатурам сотрудников, зачисляемых в кадровый резерв.

3.2. Задачи Комиссии:

- обеспечить соблюдение технологии работы с кадровым резервом;
- сформировать кадровый резерв на должности в соответствии с требованиями учреждения (рассмотрение результатов оценки, формирование списка должностей кадрового резерва и т.д.).

3.3. Состав Комиссии:

3.3.1. Председателем Комиссии является главный врач.

3.3.2. Председатель Комиссии обеспечивает деятельность Комиссии согласно Положению о кадровом резерве учреждения.

3.3.3. Постоянными членами Комиссии являются:

- председатель Комиссии;
- руководитель отдела кадров – секретарь комиссии;
- заместители главного врача.

3.3.4. Председатель Комиссии имеет право пригласить любого сотрудника учреждения принять участие в заседании Комиссии.

3.3.5. Полномочия.

Комиссия вправе принимать следующие решения в отношении сотрудников:

- зачислить сотрудника в группу подготовки кандидатов кадрового резерва и состав кадрового резерва;
- рекомендовать сотруднику дополнительное обучение;
- исключить сотрудника из кандидатов для вступления в кадровый резерв.

3.3.6. Комиссия может принять решение о расширении или сокращении списка должностей, на которые готовится кадровый резерв учреждения.

3.3.7. Комиссия может принимать решения об утверждении, изменении компетенций, которые оцениваются в рамках технологии по подготовке кадрового резерва.

3.3.8. Принципы формирования резерва руководящих кадров.

Формирование резерва производится в два этапа. На первом этапе осуществляется изучение кандидатур. Тщательный отбор для зачисления кандидатов в резерв является основным условием его высокой действенности и является основой для последующей работы с резервом.

Второй этап – зачисление в резерв и проведение мероприятий по подготовке кандидатов к занятию соответствующей руководящей должности. Зачисление работников в резерв оформляется приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Персональный состав резерва руководящих кадров ежегодно корректируется на комиссии по резерву.

3.3.9. Процедура принятия решения:

На заседании Комиссии Секретарь объявляет результаты проведенной оценки кандидатов.

Члены Комиссии знакомятся с информацией о кандидате на зачисление в кадровый резерв, полученной в результате проведенной процедуры оценки.

Секретарь формулирует предложения по каждой конкретной кандидатуре и выносит их на голосование.

Решение принимается простым большинством голосов. В случае, если на заседании Комиссии присутствует четное число участников, решающим голосом является голос председателя Комиссии.

3.3.10. Ответственность:

Комиссия несет ответственность за объективность в принятии решений, соблюдение стандартов в работе с кадровым резервом и сроков в соответствии с планом работы Комиссии.

Комиссия несет ответственность за соблюдение сроков принятия решений по вопросам, связанным с формированием кадрового резерва учреждения.

3.3.11. Порядок работы Комиссии:

Комиссия осуществляет свою работу согласно плану работы с кадровым резервом.

Внеочередное заседание Комиссии может быть назначено председателем Комиссии по инициативе любого члена Комиссии.

4. Исключение из резерва

4.1. Сотрудник исключается из резерва в следующих случаях:

- назначение на должность в порядке карьерного роста;
- решение о несоответствии должности, принятое по результатам аттестации;
- сокращение должности, на замещение которой сотрудник претендовал;
- личное заявление;
- увольнение с работы.

4.2. Исключение сотрудника из резерва производится на основании приказа работодателя.

С данным приказом сотрудник знакомится под роспись.

5. Назначение на должность

5.1. Выдвижение из резерва производится в порядке, принятом в учреждении при решении вопросов назначения на должности.

6. Заключительные положения

6.1. Вопросы, не урегулированные настоящим Положением, могут решаться в отдельных приказах главного врача (при условии сохранения общего порядка формирования Кадрового резерва).

Изменения и дополнения к настоящему Положению вносятся приказом главного врача.

Положение о наставничестве в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

I. Общие положения

1.1. Наставничество в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – медицинская организация) вводится для совершенствования качества индивидуального обучения молодых специалистов медицинского профиля: врачей, медицинских сестер (далее – молодых специалистов).

1.2. Целью наставничества является приобретение молодыми специалистами необходимых профессиональных навыков и опыта работы, а также воспитание у них требовательности к себе и заинтересованности в результатах труда, приобретение профессионального мастерства и уровня компетенции молодых специалистов в медицинской организации, овладение нормами медицинской этики и деонтологии, повышение культурного уровня, привлечение к участию в общественной жизни медицинской организации.

1.3. Задачами наставничества являются:

- организация и проведение работы по оказанию помощи молодым специалистам в становлении индивидуальных профессиональных навыков, овладении нормами медицинской этики и деонтологии, повышении общеобразовательного и культурного уровня, привлечению к участию в общественной жизни медицинской организации;
- воспитание молодых специалистов на примерах работы лучших работников медицинской организации, использование личного примера наставника в воспитании молодых специалистов;
- ознакомление с историей медицинской организации, этапами ее деятельности, задачами по оказанию медицинской помощи населению;
- вовлечение молодых специалистов в выполнение научно-практической работы;
- формирование у молодых специалистов высокой ответственности за выполняемую работу, стремления к постоянному совершенствованию, изучению и внедрению в практику новых современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- постоянное совершенствование форм и методов наставничества;
- изучение и внедрение передового опыта наставничества других организаций здравоохранения;
- ведение установленной документации (план, дневник наставника, отчет и др.);
- подведение итогов работы по наставничеству за год.

1.4. Права, обязанности и ответственность наставников и молодых специалистов, в отношении которых осуществляется наставническая работа, основываются на правах и ответственности сотрудников медицинской организации, определенных законодательством Российской Федерации и соответствующих должностным обязанностям.

II. Наставник

2.1. Наставником может быть медицинский работник, имеющий стаж работы по данной специальности не менее 7 лет, первую или высшую квалификационную категорию, пользующийся уважением в коллективе.

2.2. Кандидатуры наставников предлагаются главному врачу заместителями главного врача, главной медицинской сестрой по согласованию с заведующими отделений в соответствии со следующими личностными качествами: позитивный стиль общения и мировосприятия, педагогические навыки, умение решать проблемы, способность выделять приоритеты, особенности личного влияния и авторитет среди коллег. Все предложения и согласования кандидатур оформляются в письменном виде в форме служебных записок с указанием соответствия кандидата критериям и приложением характеристики на кандидата в наставники.

2.3. Согласованный с главным врачом списочный состав наставников утверждается приказом главного врача медицинской организации на календарный год не позднее 30 января.

2.4. Конкретный наставник для конкретного молодого специалиста в зависимости от специализации назначается не позднее двух недель со дня трудоустройства молодого специалиста в медицинскую организацию на основании приказа главного врача и подписанного Соглашения о трудовом

сотрудничестве между наставником и молодым специалистом (Приложение № 1 к настоящему Положению).

Сроки наставничества определяются индивидуально и указываются в приказе. Общий срок наставничества не должен превышать 1 года. На весь срок проведения наставнической работы с молодым специалистом наставнику устанавливается доплата в размере, установленном приказом Минздрава Пензенской области от 29.03.2019 № 69 и Положения об оплате труда работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, срок и размер указывается в вышеуказанном приказе о назначении наставника молодому специалисту.

2.5. За наставником закрепляется не более двух молодых специалистов, в отношении которых осуществляется наставническая работа.

2.6. Критериями соответствия роли наставника следует считать:

- готовность оказать помощь и поддержку в адаптации к производственной среде;
- умение выявить и оценить качества личности наставляемого, которые нуждаются в развитии;
- способность применять современные подходы к обучению;
- служить положительной моделью в профессии и общении.

2.7. Сотрудники, имеющие дисциплинарные взыскания, к наставнической работе на период действия данного взыскания не привлекаются.

2.8. В своей работе наставник руководствуется действующим законодательством Российской Федерации, настоящим Положением о наставничестве, должностной инструкцией.

2.9. Наставник обязан:

- максимально индивидуализировать процесс воспитания молодого специалиста;
- составлять план работы с молодым специалистом (Приложение № 2 к настоящему Положению) и оценивать его эффективность с регистрацией результатов в дневнике наставника, который оформляется в течение месяца, ведется еженедельно. Количество дневников должно соответствовать всему сроку наставничества по количеству месяцев и отражает всю деятельность наставника и студента;
- поддерживать, осуществлять помощь в утверждении профессионального мастерства;
- получить представление об отношении молодого специалиста к труду, дисциплине, самопознанию, самоконтролю и иных личностных способностях;
- содействовать ознакомлению молодого специалиста с его должностными обязанностями, основными направлениями деятельности, с организацией работы в медицинской организации;
- передавать молодому специалисту накопленный опыт профессионального мастерства, обучать наиболее рациональным приемам и передовым методам работы;
- периодически докладывать непосредственному руководителю структурного подразделения о процессе адаптации молодого специалиста, его дисциплине и поведении, результатах его профессионального становления;
- составлять отчет об итогах наставнической работы (Приложение № 3 к настоящему Положению) на основании проведения оценки эффективности работы молодого специалиста по итогам каждого месяца наставничества, отраженных в дневниках.

2.10. Наставник имеет право:

- подавать предложения при решении вопросов о перемещении, определении соответствия занимаемой должности молодого специалиста;
- принимать участие в обсуждении вопросов, связанных со служебной деятельностью, вносить предложения заведующему отделением о поощрении молодого специалиста, применении мер воспитательного и дисциплинарного воздействия, а также по другим вопросам, требующим решения руководителей.

2.11. За ненадлежащее исполнение обязанностей по наставничеству наставник может быть отстранен от данной работы.

2.12. Замена наставника производится по приказу главного врача медицинской организации на основании служебной записки с обоснованием необходимости замены наставника:

- при прекращении наставником трудовых отношений;
- при переводе (назначении) наставника в другое отделение медицинской организации;
- при привлечении наставника к дисциплинарной ответственности;

– по иным основаниям при наличии обстоятельств, препятствующих осуществлению процесса профессионального становления молодого специалиста, в отношении которого осуществляется наставническая работа.

III. Молодой специалист

3.1. Молодым специалистом считается врач-специалист, принятый на работу в медицинскую организацию в соответствии с полученной специальностью в течение одного года после окончания образовательного учреждения.

3.2. Молодой специалист, в отношении которого осуществляется наставническая работа, обязан:

- выполнять правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации и руководствоваться в работе должностной инструкцией;
- в соответствии с поставленными задачами овладеть необходимыми профессиональными навыками, изучить и использовать в работе действующее законодательство и нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинской организации и конкретного специалиста;
- максимально использовать опыт и знания наставника для овладения профессией, ознакомления с особенностями работы в медицинской организации;
- проявлять дисциплинированность, организованность, культуру в работе;
- соблюдать правила этики и деонтологии;
- дорожить честью своего коллектива, с достоинством вести себя на работе и вне работы, активно участвовать в общественной жизни коллектива.

3.3. Молодой специалист, в отношении которого осуществляется наставническая работа, имеет право:

- пользоваться имеющейся в медицинской организации служебной, нормативной, учебно-методической документацией по вопросам служебной деятельности;
- в индивидуальном порядке обращаться к наставнику за советом, помощью по вопросам, связанным со служебной деятельностью;
- при невозможности установления личного контакта с наставником выходить с соответствующим ходатайством о его замене к заведующему соответствующим структурным подразделением медицинской организации.

IV. Наставническая работа

4.1. Наставник составляет план по форме плана работы с молодым специалистом (Приложение № 2 к настоящему Положению) и проводит оценку эффективности работы молодого специалиста по итогам недели, месяца с оформлением дневников наставника и по итогам окончания срока наставничества с оформлением отчета об итогах наставнической работы.

4.2. В течение десяти календарных дней по окончании срока наставничества, установленного приказом главного врача медицинской организации, наставник составляет отчет об итогах наставнической работы по форме отчета согласно Приложению № 3 к настоящему Положению на основании и с приложением дневников наставника по каждому периоду в течение всего срока наставничества и, согласовав его с заведующим отделением, представляет руководителю медицинской организации.

При необходимости молодому специалисту, в отношении которого осуществлялось наставничество, даются конкретные рекомендации по дальнейшему повышению профессиональных навыков и умений.

4.3. Отчет об итогах наставнической работы после его рассмотрения руководителем медицинской организации приобщается к личному делу молодого специалиста, в отношении которого осуществлялось наставничество.

4.4. Результатами эффективной работы наставника считаются: освоение и использование молодым специалистом, в отношении которого осуществлялось наставничество, теоретических знаний в практической деятельности, положительная мотивация к профессиональной деятельности и профессиональному развитию, самостоятельность и инициативность в служебной деятельности; самостоятельность молодого специалиста, в отношении которого осуществлялось наставничество, при принятии решений и выполнении им должностных обязанностей; дисциплинированность и исполнительность при выполнении распоряжений и указаний, связанных с профессиональной деятельностью.

Приложение № 1
к Положению о наставничестве в ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

СОГЛАШЕНИЕ

о трудовом сотрудничестве между наставником и молодым специалистом

Я, наставник, _____ беру в ученики
_____ и обязуюсь оказывать помощь в процессе овладения
профессией, нормами медицинской этики и деонтологии, в повышении образовательного и культурно-
го уровня, адаптации в коллективе.

Дата «__» _____ 20__ года

подпись наставника _____.

Я, молодой специалист, _____ обязуюсь
овладеть необходимыми профессиональными навыками, изучить цели и задачи стационара, макси-
мально использовать опыт и знания наставника для овладения профессией.

Дата «__» _____ 20__ года

подпись молодого специалиста _____.

Приложение № 2
к Положению о наставничестве в ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

План работы с молодым специалистом

Фамилия, имя, отчество молодого специалиста, в отношении которого осуществляется настав-
ничество _____

_____ должность _____

Период наставничества с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года.

№ п/п	Мероприятия по наставничеству	Сроки исполнения	Отметка об исполнении
1	2	3	4
1. Социально-психологическая адаптация			
1.1.	Представление молодого специалиста, в отношении которого осуществляется наставничество, коллективу, ознакомле- ние с организационной структурой ме- дицинской организации		
1.2.	Ознакомление с должностной инструк- цией и правилами внутреннего распо- рядка медицинской организации, ло- кальными нормативными актами, со- держащими нормы трудового права, трудовой дисциплиной в коллективе		
1.3.	Иные мероприятия		
2. Профессиональная адаптация			
2.1.	Изучение действующих нормативных документов по: лечебному процессу, санитарно-противоэпидемическому ре- жиму; охране труда и технике безопас- ности; проблемам организации здраво-		

	охранения. Изучение иных приказов, инструкций, методических рекомендаций по организации и выполнению должностных обязанностей данным молодым специалистом (указываются конкретные мероприятия)		
2.2.	Освоение и совершенствование практических навыков в работе специалиста (указываются конкретные мероприятия)		
2.3.	Изучение порядка оформления документации (указываются конкретные мероприятия)		
2.4.	Изучение вопросов медицинской этики и деонтологии		
2.5.	Оказание консультативной помощи в работе по специальности		
2.6.	Изучение медицинской литературы		
2.7.	Выполнение самостоятельных практических заданий (указываются конкретные мероприятия)		
2.8.	Ознакомление с положением о санитарном просвещении, формах пропаганды здорового образа жизни		
2.9.	Проверка навыков, знаний и умений, приобретенных молодым специалистом, в отношении которого осуществляется наставничество		
2.10.	Иные мероприятия		

Наставник _____
 ФИО, подпись)

(должность,

«__» _____ 20__ года

Молодой специалист, в отношении которого осуществлялось наставничество _____

(должность, ФИО, подпись)

«__» _____ 20__ года

Приложение № 3
к Положению о наставничестве в ГБУЗ
«Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»

Отчет об итогах наставнической работы

Молодой специалист _____

Наставник _____

Период наставничества с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года

Проведенные мероприятия: _____

Выводы по итогам наставничества: _____

Рекомендации по итогам наставничества: _____

Наставник _____ (должность,
ФИО, подпись)

«__» _____ 20__ года

Ознакомлен:

Молодой специалист, в отношении которого осуществлялось наставниче-
ство _____ (должность, ФИО, подпись)

«__» _____ 20__ года

Глава 14. Правила оформления медицинской документации

Утверждены правила оформления медицинских документов, хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну (Правила); они разработаны с целью систематизации правил ведения и использования медицинской документации, обеспечения полноты и достоверности информации, необходимой для осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в целях обеспечения требований федерального законодательства и федеральных нормативных правовых актов; они устанавливают требования к оформлению медицинских документов, хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну, обязательные для исполнения медицинскими работниками и приглашенными консультантами из других медицинских организаций или медицинских вузов, определены лица, ответственные за разработку и актуализацию настоящих Правил.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

27.06.2017

№ 100

г. Пенза

Об утверждении правил оформления медицинских документов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», «Программой работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении», утвержденной Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Госстандартом России 21.07.1998, приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом Минздрава России от 31.07.2000 № 301 «О введении в действие отраслевого стандарта «Принципы и порядок построения классификаторов в здравоохранении. Общие положения»», приказом Минздрава России от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»», приказом Минздрава России от 31.01.2000 № 18 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении»», приказом Минздрава России от 04.06.2001 № 181 «О введении в действие отраслевого стандарта «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения»», приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учетной медицинской документации», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить «Правила оформления медицинских документов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну» (Приложение).

2. Заведующего отделом контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита Евстигнеева С.В. назначить ответственным лицом за актуализацию настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 120 «Об утверждении правил оформления медицинской документации в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранение и использование информации, составляющей врачебную тайну».

4. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись, ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

А.В. Никишин

Приложение
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

ПРАВИЛА

оформления медицинских документов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну

Назначение и область применения

Настоящие «Правила оформления медицинских документов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну» (далее – Правила) разработаны с целью соблюдения требований нормативных документов, а также систематизации правил ведения и использования медицинской документации, обеспечения полноты и достоверности информации, необходимой для осуществления контроля качества медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко).

Настоящие Правила разработаны в целях обеспечения требований Федерального закона № 323-ФЗ, на основании Федерального закона № 152-ФЗ, приказа Минздрава СССР № 1030, «Типовой инструкции к заполнению форм первичной документации лечебно-профилактических учреждений», утверждённой Минздравом СССР 20.06.1983 № 27-14/70-83, приказов Минздрава России № 203н, 255, 413, 545 и других нормативных правовых актов Российской Федерации.

Настоящие Правила устанавливают требования к оформлению медицинских документов, хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну, обязательные для исполнения медицинскими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и приглашёнными консультантами из других медицинских организаций города или медицинских вузов.

Ответственность

Ответственным за организацию разработки и актуализации настоящих Правил является заведующий организационно-методическим отделом.

Ответственными за исполнение требований данного Положения, включая своевременность и надлежащее оформление медицинских документов, а также требования по хранению и использованию информации, составляющей врачебную тайну, являются все работники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (в пределах своей компетенции).

Изменения

Внесение изменений/дополнений в настоящие Правила осуществляется путем их переиздания на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех работников.

Определения и сокращения

Определения

Медицинские документы – специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг.

Сокращения

ВОВ – Великая Отечественная война.

ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

ДМС – добровольное медицинское страхование.

МО – медицинская организация

МКБ – международная классификация болезней.

ОМС – обязательное медицинское страхование.

ЧАЭС – Чернобыльская атомная электростанция.

1. Общие требования к оформлению медицинских документов

1.1. Медицинский работник ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обязан (в пределах своей компетенции) своевременно заполнять все графы (строки) в медицинских документах, внося в них полную, достоверную информацию о состоянии здоровья гражданина, обратившегося в учреждение за медицинской помощью (в том числе консультативной), диагнозе его заболевания, назначенных лечебно-диагностических мероприятиях, их результатах и т.п. Во всех формах медицинских документов врач обязан указать наименование и код диагноза (предварительного, клинического, заключительного, патологоанатомического, сопутствующего) в соответствии с МКБ-Х.

1.2. Каждая запись в медицинских документах должна быть оформлена разборчивым почерком на русском языке (наименование лекарственных средств – на латинском языке), шариковой или перьевой ручкой, чернилами чёрного или синего цвета, и заверена личной подписью медицинского работника с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи в хронологическом порядке. При внедрении в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко электронных форм медицинских документов соответствующие записи должны выполняться в электронном виде.

1.3. Все даты в медицинских документах должны быть оформлены цифровым способом, при этом день месяца и месяц указывают двумя парами арабских цифр, разделёнными точкой, год – четырьмя арабскими цифрами (например, 07.09.2005).

1.4. Медицинский работник обязан указывать в медицинских документах точное московское время начала (при необходимости – время окончания):

- первичного осмотра пациента;
- осмотра (наблюдения, обследования) пациента, находящегося в тяжелом состоянии;
- проведения операции;
- переливания крови, её компонентов и препаратов, кровезаменителей;
- назначения и введения наркотических средств и психотропных веществ.

1.5. Ошибки и неточности, допущенные при оформлении медицинских документов, должны быть исправлены следующим образом: неправильную запись зачёркивают одной линией так, чтобы можно было прочитать первоначальный текст, ниже производят правильную запись и заверяют её личной подписью медицинского работника с указанием его фамилии, инициалов, даты внесения исправления и проставлением слов: «исправленному верить».

1.6. Исправление текста путём внесения дополнительных записей (дописывание пропущенных слов, фраз и т.п.) заверяют личной подписью медицинского работника с указанием его фамилии, инициалов, даты внесения исправления и проставлением слов: «дополнено верить».

1.7. Запрещается заклеивание текста или закрашивание его с помощью корректирующих жидкостей, а также внесение исправлений и дополнений без проставления заверительных подписей.

1.8. Дополнительная распечатка текста при формировании истории болезни в электронном виде (на отдельных листах) проводится в следующих случаях:

- при необходимости динамического наблюдения за пациентом дежурными врачами;
- оперативного вмешательства (протоколы операций);
- по особому распоряжению заведующего отделением, заместителя главного врача, главного врача.

1.9. Медицинская карта стационарного больного в период пребывания пациента в стационаре хранится в папке лечащего врача.

1.10. Срок хранения медицинской карты стационарного больного в архиве – 25 лет.

2. Требования к оформлению медицинской карты стационарного больного (форма № 003/у)

2.1 Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у) (далее – история болезни) является основным медицинским документом, который должен быть оформлен на каждого пациента, госпитализированного в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполняется в электронном виде в программе ФТМИС с последующим оформлением на бумажном носителе.

2.2 Обязательное предварительное условие медицинского вмешательства – наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.2.1 Пациент или его законный представитель в приемном отделении заполняет бланк информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а именно на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, лечебную физкультуру.

2.2.2 Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство подписывается пациентом или законным представителем с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи, а также лечащим врачом.

2.3 Если состояние пациента не позволяет выразить согласие на медицинское вмешательство или отказ от него и (или) отсутствует его законный представитель, решение о медицинском вмешательстве по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека принимается консилиумом врачей. Решение консилиума оформляется записью, в которой обосновывается необходимость медицинского вмешательства.

2.4 В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, и в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается судом в случаях и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

2.5 Медицинская сестра приёмного отделения при поступлении пациента заполняет согласие на обработку персональных данных, бланк «Информация о правах и обязанностях пациента», который подписывается пациентом (законным представителем) и лечащим или дежурным врачом.

2.6 В электронном виде медицинская сестра приемного отделения оформляет титульный лист истории болезни, в котором указывает:

- дату и время поступления пациента в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- возраст пациента (год рождения, полных лет);
- адрес постоянного места жительства пациента;
- место работы, профессию или должность пациента; наличие группы инвалидности;
- кем направлен больной, цель направления;
- показания для госпитализации (по экстренным показаниям, в плановом порядке);
- диагноз направившего учреждения;
- сведения о транспортабельности пациента (амбулаторный, транспортабельный, нетранспортабельный);
- документ, удостоверяющий личность пациента: серия, номер паспорта;
- название страховой компании, серия, номер медицинского страхового полиса;
- название отделения, профиль коек;

– после слов «медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у) проставляет в виде дроби: числитель – календарный год госпитализации, знаменатель – порядковый номер госпитализации пациента из «Журнала учёта приёма больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у);

– отметку о проведении санитарной обработки, осмотра пациента на педикулёз и чесотку;
– вид оплаты (бюджет, ОМС, платные услуги, военнослужащие и приравняемые к ним лица);
– заполняет первую страницу статистической карты выбывшего из стационара (ф. № 066/у-2) согласно указанным графам.

2.7 Пациент или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека или когда заболевание представляет опасность для окружающих).

Лечащим (дежурным врачом) в доступной для пациента или законного представителя форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа. В соответствии с действующим законодательством при отказе от медицинского вмешательства граждан или его законный представитель вместе с лечащим (дежурным) врачом должны заполнить бланк «Отказ от проведения медицинского вмешательства» и подписать его.

Бланк «Отказ от медицинского вмешательства» используется также в случае отказа пациента от медицинского вмешательства: операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, проведения лечебного клинического питания, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов и в других неоговоренных данными правилами случаях.

2.8 Назначение врача лечащим осуществляет заведующий отделением (руководитель подразделения) путем госпитализации пациента в закрепленные за этим врачом палаты или (и) письменно – на титульном листе указывает его ФИО.

2.9 Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее – профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации.

2.10.1 Лечащий врач (либо дежурный врач) проводит первичный осмотр пациента в приемном отделении или профильном структурном подразделении (дневном стационаре) или отделении анестезиологии-реанимации при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно. В протоколе первичного осмотра пациента, госпитализированного по экстренным показаниям, должен быть указан объем экстренной помощи, оказанной на догоспитальном этапе (если есть информация), показания для оказания экстренной помощи, в которой пациент нуждается при поступлении в стационар, ее объем после оказания экстренной помощи. В приемном, профильном отделении или в отделении анестезиологии-реанимации лечащим (дежурным) врачом оформляется запись о состоянии пациента в динамике.

2.10.2 Первичный осмотр пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, проводится не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации, оформляется записью в истории болезни.

2.10.3 Первичный осмотр пациента, госпитализированного в профильное отделение (дневной стационар) в плановом порядке, врачом профильного отделения должен быть проведен не позднее 2 часов с момента поступления пациента и оформлен соответствующей записью в истории болезни.

2.11 Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в медицинской карте стационарного больного.

При первичном осмотре лечащий (дежурный) врач отражает в истории болезни:

– дату, время осмотра, жалобы пациента;
– данные анамнеза заболевания и жизни пациента;
– продолжительность заболевания;
– симптомы начала и развития заболевания;
– сведения об обращаемости за медицинской помощью или самолечении с указанием наименования, доз, периодичности и длительности приема лекарственных средств;

- перенесенные заболевания, в том числе болезнь Боткина, туберкулёз, сифилис;
- сведения о диспансерном учёте пациента (с какого времени, с каким диагнозом);
- переносимость лекарственных средств (при непереносимости – наименование лекарственного средства и побочное действие, выносит наименование непереносимых препаратов на лицевую сторону истории болезни);
- данные объективного обследования пациента (с оценкой тяжести состояния):
- рост, вес, индекс массы тела (ИМТ);
- температура тела пациента;
- частота дыхательных движений пациента;
- частота сердечных сокращений пациента;
- артериальное давление пациента;
- состояние внутренних органов и систем.

2.12 Установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения анестезиологии-реанимации должно быть выполнено не позднее 2 часов с момента поступления в медицинскую организацию.

2.13 План обследования составляется с учетом предварительного диагноза.

В план обследования включаются с учетом предварительного диагноза методы, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи с частотой применения 1,0, и клиническим протоколом (протоколом лечения).

2.14 План лечения пациента составляется с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии) на основе соответствующего стандарта медицинской помощи, клинического протокола (протокола лечения).

2.15 При заболеваниях (состояниях), требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики, и при наличии медицинских показаний в плане лечения указывается метод (объем) хирургического вмешательства.

2.16. Лечащим (дежурным) врачом после первичного осмотра заполняется лист назначений.

2.16.1 В графе «обследование» указывается методы, включенные в стандарты медицинской помощи, имеющие частоту применения 1,0, и в клинические рекомендации (протоколы лечения), а также с учетом диагноза, особенностей клинических проявлений заболевания или состояния пациента.

2.16.2 В графе «назначение» вписываются наименования лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию (при его отсутствии – по группировочному или, в случае отсутствия международного непатентованного и группировочного наименований – по торговому наименованию).

2.16.3 Лекарственные препараты назначаются с соблюдением инструкций по их применению, возраста и пола пациента, тяжести заболевания, с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и в клинические протоколы (протоколы лечения), а также с учетом наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

Указываются разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса назначения лекарственного препарата. Все назначения заверяются подписью врача.

2.16.4 Лекарственные препараты для поддерживающего лечения сопутствующего хронического заболевания, приобретенные пациентом в период амбулаторного лечения, указываются лечащим врачом в листке назначений, и назначение дополняется буквой «А» (амбулаторный).

2.16.5 Дата отмены назначения препарата заверяется подписью врача в графе «дата отмены, подпись врача» листа назначений.

2.16.6 Соответствующие графы «листа назначений» заполняются медицинской сестрой.

2.17. Оформление дневников наблюдения.

2.17.1 Лечащий врач (дежурный врач) профильного отделения записывает дневники наблюдения:

- не реже одного раза в сутки – пациентам, находящимся в отделении анестезиологии-реанимации или в палате интенсивной терапии;
- не реже 1 раза в сутки – в профильном отделении при состоянии средней и тяжелой степени тяжести;

– не реже 3 раз в неделю при наблюдении пациента в профильном отделении в удовлетворительном состоянии.

2.17.2 В выходные и праздничные дни осмотр пациентов, которые находятся в тяжелом состоянии или в состоянии средней степени тяжести, в том числе в отделении анестезиологии-реанимации, проводится дежурным врачом профильного отделения или дежурным врачом по профилю, запись о данных осмотра вносится в историю болезни.

2.18 При наблюдении пациента записи о данных объективного осмотра (дневники) должны отражать:

- динамику состояния пациента;
- тяжесть состояния пациента;
- температуру тела пациента;
- частоту дыхательных движений пациента;
- частоту сердечных сокращений пациента;
- артериальное давление пациента (по показаниям);
- состояние внутренних органов пациента;
- локальный статус;
- данные методов исследования, имеющие значение при определении тактики ведения пациента;

– обоснование коррекции плана лечения и обследования пациента с учетом состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;

– обоснование коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

– обоснование и проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента.

2.19 Лечащий врач (либо дежурный врач) отдельными записями в истории болезни оформляет:

2.19.1 Обоснование клинического диагноза.

Установление клинического диагноза и оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанной лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром), должно быть выполнено при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение; в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации при поступлении пациента с неотложными показаниями или в плановом порядке.

В обосновании клинического диагноза должны быть отражены:

- жалобы пациента;
- данные анамнеза заболевания пациента;
- данные анамнеза жизни пациента;
- данные объективного осмотра пациента;
- результаты консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартом медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- данные дополнительных методов исследования, обосновывающие клинический диагноз.

Клинический диагноз выставляется лечащим врачом на лицевую сторону медицинской карты стационарного больного, ставится дата его установления и подпись, фамилия и инициалы врача.

В случае, когда основной клинический диагноз не может быть выставлен в установленный срок, в соответствующем дневнике наблюдения указываются причины и период времени, необходимый для его установления. Обоснование клинического диагноза в таком случае должно быть сформулировано по окончании обследования пациента.

2.19.2 Этапный эпикриз.

При пребывании пациента в профильном отделении ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» свыше средних сроков, утвержденных действующей Программой

государственных гарантий оказания гражданам Пензенской области бесплатной медицинской помощи, лечащий врач отдельной записью в истории болезни оформляет этапный эпикриз. Отсчет срока лечения начинается с первого дня поступления в стационар, независимо от отделения, в которое пациент был госпитализирован.

В эпикризе должно быть отражено следующее:

- дата поступления пациента в стационар;
- жалобы пациента при поступлении;
- динамика состояния пациента с момента поступления в стационар учреждения по настоящее время;
- локальный статус;
- результаты проведенных лечебно-диагностических мероприятий;
- клинический диагноз;
- план дальнейшего ведения пациента;
- обоснование необходимости продления пребывания пациента в стационаре и ориентировочный срок лечения.

Далее этапный эпикриз оформляется на каждый 10 день пребывания в отделении после оформления предыдущего эпикриза. Этапный эпикриз оформляется дополнительно в случае изменения основного диагноза, с обоснованием нового диагноза в соответствии с требованиями п. 2.20.2 настоящих Правил.

2.19.3. Протокол консилиума.

При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решение принимается консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту.

В протоколе консилиума лечащий врач отражает дату проведения консилиума, сведения, перечисленные в п. 2.20.1 настоящих Правил, выставленный диагноз и рекомендации по обследованию и лечению пациента, высказанные каждым специалистом, участвовавшим в консилиуме.

Решение консилиума подписывают все его участники с расшифровкой подписей и занимаемых должностей. Рекомендации консилиума врачей обязательны для выполнения лечащим врачом, ответственность за их выполнение несет также заведующий отделением.

2.19.4 Показания к введению наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств, психотропных веществ.

2.19.5 Протокол информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на манипуляции, исследования и процедуры, не предусмотренные п. 2.2.1 настоящего приказа.

2.19.6 Показания для проведения дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследования в случае особенностей течения заболевания, заверенные подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром).

2.19.7 Показания к оперативному лечению.

2.19.8 Сведения о нарушении больничного режима.

2.19.9 Медицинские показания для перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент, и в которое переводится пациент).

2.19.10 В форме направления на врачебную комиссию:

- медицинские показания к применению лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, средств, не предусмотренных стандартом медицинской помощи;
- медицинские показания к назначению лекарственных препаратов по торговым наименованиям;
- медицинские показания для назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- медицинские показания для решения вопроса экспертизы временной нетрудоспособности;
- медицинские показания для направления на долечивание в санаторий непосредственно после стационарного лечения;
- медицинские показания для госпитализации в отделение сестринского ухода;

- показания для изменения кратности определения отдельных показателей, установленных стандартом медицинской помощи с учетом особенностей течения заболевания;
- показания для проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту.

При наличии показаний для перевода в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, лечащим врачом оформляется направление на врачебную комиссию для принятия решения о переводе. Перевод согласуется одним из заместителей главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент, о чем делается запись в направлении на врачебную комиссию.

Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, который вносится в медицинскую карту стационарного больного и регистрируется в журнале учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения (форма 035/у – 02).

2.20 При выявлении у пациента любой инфекционной (внутрибольничной гнойно-септической) или паразитарной патологии, а также носительства не позднее 6 часов от момента выявления лечащий врач должен заполнить экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении (ф. № 058/у) и передать его в эпидемиологический отдел больницы.

Пациент, у которого выявлены признаки любой инфекционной (внутрибольничной гнойно-септической) или паразитарной патологии, а также носительство, должен быть изолирован в отдельную палату, к нему должен быть вызван консультант – врач-инфекционист (врач-эпидемиолог), о чем должна быть сделана запись в соответствующем дневнике.

2.21 Осмотр заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в обязательном порядке проводится в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар), далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением лечащим врачом в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и лечащим врачом.

Пациентов отделения анестезиологии-реанимации, палат интенсивной терапии заведующий профильным отделением осматривает не реже 2 раз в неделю.

Назначение лечащим (дежурным) врачом 5 и более лекарственных препаратов должно быть согласовано с заведующим отделением и подтверждено его подписью в листе назначений.

2.22 При поступлении пациента в отделение анестезиологии-реанимации или палату интенсивной терапии принимающий врач делает краткую запись с указанием объективного статуса, диагноза или имеющегося симптомокомплекса.

Анестезиолог-реаниматолог вносит в историю болезни записи о проведенных осмотрах:

- не реже 1 раза в 6 часов – при динамическом наблюдении пациента в тяжёлом состоянии в реанимационном отделении;
- не реже 1 раза в 12 часов – при наблюдении в палате интенсивной терапии.

Если порядком оказания медицинской помощи предусмотрена иная частота наблюдения за состоянием пациента, записи о результатах осмотра вносятся реаниматологом, лечащим или дежурным по профилю врачом в соответствии с требованиями действующего нормативного документа.

Записи в дневниках наблюдения анестезиологом-реаниматологом должны отражать динамику состояния пациента и важнейших показателей жизнедеятельности организма, показания для назначения консультаций врачами-специалистами, обосновывать коррекцию терапии, лабораторные, инструментальные и другие исследования и манипуляции, выполнение которых связано с изменением состояния здоровья пациента.

Заведующий реанимационным отделением ежедневно (рабочие дни) осматривает всех пациентов отделения.

2.23 Перевод пациента из отделения анестезиологии-реанимации или палаты интенсивной терапии в профильное отделение производится после согласования с лечащим (дежурным) врачом профильного отделения или заведующим отделением.

Врачом-реаниматологом оформляется краткий переводной эпикриз с указанием даты и времени перевода, фамилии, имени, отчества лечащего (дежурного) врача (заведующего отделением), с которым согласован перевод. Переводной эпикриз подписывается врачом анестезиологом-реаниматологом.

2.24 Врач профильного отделения (дежурный врач) осматривает пациента не позже, чем через 1 час после поступления из отделения анестезиологии-реанимации или палаты интенсивной терапии и оформляет результаты осмотра отдельной записью с указанием даты и времени осмотра, заверяет подписью с указанием своих фамилии, инициалов.

2.25 Врач-консультант отдельной записью в медицинской карте стационарного больного отражает дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, выставленный диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению пациента.

Все назначения консультантов могут быть применены по отношению к пациенту только после согласования с лечащим врачом.

2.26 Особенности ведения карты стационарного больного хирургических отделений

2.26.1 Предоперационный эпикриз.

При госпитализации пациента в плановом порядке предоперационный эпикриз оформляется лечащим врачом накануне операции, при госпитализации по неотложным или экстренным показаниям – перед операцией.

Лечащим врачом в предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, вид анестезии, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, объем предстоящей операции, план операции, степень риска оперативного вмешательства и тромбоземболических осложнений, оформляется соответствующая графа «Информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство».

Предоперационный эпикриз заверяется подписью лечащего врача и заведующего отделением, если предстоит оперативное вмешательство в плановом порядке, или оперирующим хирургом, если операция должна быть выполнена по неотложным или экстренным показаниям.

Согласие пациента или его законного представителя на операцию должно быть информированным, то есть ему должна быть разъяснена необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Запись о согласии на оперативное лечение, которой должен заканчиваться предоперационный эпикриз, пациент или его законный представитель заверяет своей подписью.

2.26.2 Пациент, поступивший для оперативного лечения в плановом порядке, должен быть осмотрен лечащим врачом перед операцией и после перевода из операционного блока в палату отделения анестезиологии-реанимации или в палату профильного отделения в течение 1 часа, запись о состоянии пациента с указанием времени осмотра должна быть заверена подписью лечащего врача.

2.26.3 Протокол операции.

Протокол операции должен содержать сведения о дате, времени и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, название операции, вид обезболивания, описание операции.

Описание операции должно содержать доступ (в какой области сделан разрез, его размеры, направление, слои рассекаемых тканей, описание патологических изменений, обнаруженных при операции, интраоперационный диагноз, подробное описание хода ее выполнения).

Указывается, проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет марли и инструментов.

Описывается завершение операции (вид швов, повязка, объем кровопотери).

Проводится подробное описание удаленного макропрепарата и тканей, взятых для гистологического исследования.

Ставится подпись хирурга.

По окончании операции хирургом оформляется направление на гистологическое исследование (биопсию операционного материала) – учетная форма 218.

2.26.4 На 2-й странице медицинской карты стационарного больного указывается дата и время операции и ее название. Подробное описание операции вносится в «Журнал для записи протоколов операций» (ф. 008/у).

2.26.5 Дневники наблюдения. Дневники наблюдения лечащим врачом (дежурным врачом профильного отделения) записываются ежедневно в течение первых трех дней с момента операции, затем в зависимости от степени тяжести пациента (п. 2.18 Правил). В дневниках отражаются: состояние пациента, динамика симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны,

все манипуляции, проводимые с больным (зондирование раны, удаление дренажей, трубок, перевязки, снятие швов и т.д.).

2.27 Алгоритм ведения медицинских документов анестезиологом-реаниматологом в периперационном периоде

2.27.1 Осмотр анестезиолога.

Осмотр анестезиолога, информированное добровольное согласие пациента, протокол анестезии являются обязательными записями в медицинской карте стационарного больного для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии.

Осмотр анестезиологом пациента, госпитализированного для оперативного лечения в плановом порядке, проводится не более чем за сутки до оперативного вмешательства.

При наличии неотложных или экстренных показаний для оперативного вмешательства пациент должен быть осмотрен перед операцией, а в чрезвычайных ситуациях осмотр пациента врачом анестезиологом-реаниматологом возможен на операционном столе.

Результаты осмотра должны быть в обязательном порядке зафиксированы в истории болезни. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут повлиять на анестезиологическую тактику, такие как особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются артериальное давление, пульс, особенности данных лабораторных, инструментальных методов обследования. Указывается характер предстоящей операции, определяется степень риска тромбоэмболических осложнений по принятой методике, исходя из степени риска ТЭЛА определяется объем мер немедикаментозной и медикаментозной профилактики ТЭО, инфекционных осложнений, определяется степень операционно-анестезиологического риска, премедикация. При наличии показаний заполняется шкала оценки трудной интубации, рекомендуется дообследование, повторный осмотр анестезиологом. В сложных, спорных ситуациях может быть созван консилиум.

2.27.2 Перед операцией анестезиологом оформляется и подписывается пациентом информированное добровольное согласие пациента на проведение анестезии, переливание донорской крови и компонентов донорской крови.

2.27.3 Непосредственно перед операцией анестезиологом заполняется лист предоперационного осмотра, в котором уточняется предоперационная подготовка, показания к виду обезболивания, степень анестезиологического риска, премедикация с учетом данных обследования и объективных данных на время осмотра.

2.27.4 В ходе операции анестезиологом ведется «Карта операционного периода».

2.27.5 По окончании операции анестезиологом-реаниматологом заполняются все разделы «Протокола анестезии».

2.28 Выписной (посмертный) эпикриз.

Лечащим врачом по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оформляется выписка из стационарной карты (выписной (посмертный) эпикриз) с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанная лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенная печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

В случае необходимости долечивания в амбулаторных условиях в выписном эпикризе указывается дата явки к врачу по месту жительства (прикрепления) пациента. В отдельных случаях (военнослужащие и приравненные к ним лица) указывается период временной нетрудоспособности.

Выписной эпикриз оформляется в печатном виде в трех экземплярах, один из которых остается в медицинской карте стационарного больного, второй подклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, третий выдается на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Лечащий врач при выписке (смерти) пациента из стационара учреждения на титульном листе истории болезни:

– указывает количество койко-дней, при пребывании менее одного койко-дня указываются часы;

- формулирует заключительный диагноз;
- указывается шифр заболевания в соответствии с МКБ-10.

На обороте титульного листа истории болезни лечащий врач при выписке пациента заполняет все разделы по назначению, заполняет статистическую карту выбывшего из стационара (ф. № 066/у).

2.29 Заведующий отделением после выписки пациента проверяет оформление медицинской карты стационарного больного, в том числе выписного эпикриза и листа назначений, заполняет карту внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», применяя критерии качества медицинской помощи, предусмотренные приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

2.30 Медицинская сестра палатная вклеивает в медицинскую карту стационарного больного:

- результаты лабораторных анализов (по мере их поступления);
- температурный лист (отмечает температуру);
- лист сестринского динамического наблюдения по назначению врача (с динамикой АД, ЧСС, диуреза и т.п.);
- протоколы исследований с заключениями.

2.31 Медицинская сестра палатная при выписке (смерти) пациента передаёт медицинскую карту стационарного больного, подписанную лечащим врачом и заведующим отделением, в день выписки в приемное отделение для дальнейшего оформления.

2.32 Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) составляется на основании медицинской карты стационарного больного и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем).

Карта составляется лечащим врачом на каждого выбывшего (выписанного, переведенного в другую медицинскую организацию или умершего) пациента.

В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующего заболеваний, сроке, характере эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др.

Карты обеспечивают наиболее рациональную разработку сведений для составления соответствующих разделов отчета. На основании карты выбывшего из стационара заполняются разделы отчета: состав больных и исходы лечения, хирургическая работа стационара (включая экстренную хирургическую помощь).

При переводе больного из одного отделения в другое в той же медицинской организации статистическая карта выбывшего из стационара заполняется в отделении, из которого выбыл больной.

В тех случаях, когда в статистической карте указано два и более диагноза заболеваний, в отчете больной относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации.

На статистической карте выбывшего из стационара, госпитализированного по поводу травмы, лечащим врачом должна быть сделана пометка о виде травмы: производственная, бытовая, уличная, дорожно-транспортная, школьная, спортивная. Заполняются другие разделы статистической карты по назначению. Статистическая карта выбывшего из стационара должна быть подписана лечащим врачом.

Заведующий отделением на статистической карте выбывшего из стационара указывает результат контроля качества медицинской помощи первого этапа в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»» – коэффициент качества медицинской помощи, оказанной пациенту, ставит свою подпись.

3. Требования по оформлению медицинской карты амбулаторного больного (форма № 025/у – 87)

3.1. Медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у – 87) (далее в тексте настоящих Правил – карта) является основным первичным медицинским документом, отражающим состояние здоровья пациента, оформляется в поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполняется в электронном виде в программе ФТМИС с последующим оформлением на бумажном носителе.

3.2 Карта заполняется на каждого пациента, обратившегося в поликлинику впервые, и используется в течение всего периода лечения и наблюдения пациента врачами поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, согласно указанным графам.

3.3 Медицинский регистратор при первичном обращении пациента заполняет титульный лист карты, в котором указывает:

- порядковый номер карты;
- полное наименование страховой медицинской организации, выдавшей страховой медицинский полис ОМС (ДМС при их наличии);
- серию и номер страхового медицинского полиса ОМС (ДМС при их наличии), номер и дату договора медицинского страхования;
- номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- возраст пациента (дата рождения);
- адрес постоянного места жительства пациента (для иногородних дополнительно указывается адрес родственников и номер контактного телефона);
- место работы и должность (профессию) пациента;
- делается отметка о категории льгот (участник ВОВ, боевых действий, ликвидатор аварии на ЧАЭС и др.).

3.4 Графы титульного листа с информацией о страховом медицинском полисе ОМС (ДМС при их наличии), номере и дате договора медицинского страхования, а также графы с информацией о страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования заполняются при предъявлении страхового медицинского полиса и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования и сверяются с информацией, содержащейся в электронной комплексной базе данных лиц, застрахованных в системе ОМС.

Графы титульного листа с персональной информацией о пациенте заполняются на основании паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.

3.5 Пациент в регистратуре заполняет бланк «Информация о правах и обязанностях пациента».

В кабинете врача пациент 1 раз в 12 месяцев заполняет бланк «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» или, при отказе гражданина от медицинского вмешательства, бланк «Отказ от проведения медицинского вмешательства». «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» и «Отказ от проведения медицинского вмешательства» подписываются пациентом (одним из родителей или законным представителем) с указанием его фамилии, инициалов и даты внесения соответствующей записи, а также подписываются лечащим врачом.

3.6 Врач поликлиники при обращении пациента в медицинской карте амбулаторного больного указывает:

- дату и время обращения пациента;
- жалобы пациента при обращении;
- данные анамнеза заболевания пациента;
- объективные данные осмотра пациента;
- диагноз;
- назначенные обследования и консультации других врачей специалистов (при необходимости);
- рекомендации по режиму дня и питанию;
- рекомендации по лечению (при необходимости с указанием наименования, дозы, кратности и продолжительности приёма каждого лекарственного средства);
- показания к применению лекарственных средств, введению наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств, психотропных веществ;
- показания к проведению диагностических исследований;
- показания к проведению операции, манипуляции;
- дату следующей явки пациента (при необходимости).

3.7 Пациент или иной законный представитель лица имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни

человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. В соответствии с действующим законодательством при отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

3.8 Бланк отказа от медицинского вмешательства используется в случае отказа пациента от медицинского вмешательства: операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, проведения лечебного клинического питания, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов и в других неоговоренных данными правилами случаях. Бланк после заполнения пациентом и врачом клеивается в медицинскую карту амбулаторного больного.

3.9 Врачи всех специальностей заполняют Лист для записи заключительных (уточнённых) диагнозов на каждое заболевание, по поводу которого пациент обратился в поликлинику в отчётном году. Острое заболевание, хроническое заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается «+» (плюс). Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения в поликлинику в отчётном году, один раз в календарном году вносится в лист, но со знаком «-» (минус).

3.10 В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточнённых диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

3.11 В случае, когда поставленный и записанный в лист для записи уточнённых диагнозов диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачёркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения. Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся в лист для записи уточнённых диагнозов.

3.12 Лечащий врач при постановке пациента на диспансерный учёт в карте оформляет эпикриз взятия на диспансерный учёт, в котором отражает:

- анамнез заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учёт;
- группу диспансерного наблюдения (третья);
- кратность явок пациента на диспансерный осмотр;
- объём необходимого обследования и кратность его проведения;
- объём лечебно-реабилитационных мероприятий;
- дату следующей явки пациента.

3.13 Лечащий врач в карте каждого пациента, поставленного на диспансерный учёт, в конце каждого календарного года оформляет этапный (годовой) эпикриз, в котором отражает:

- частоту диспансерных осмотров, проведённых за истекший календарный год;
- объём обследования, проведённого пациенту за истекший календарный год;
- объём лечения, проведённого пациенту за истекший календарный год;
- динамику заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учёт (наличие или отсутствие обострений, развитие осложнений, выход на инвалидность и т.п.);
- оценку эффективности диспансеризации (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен, смерть);
- для пациентов кардиологического профиля – необходимость в высокотехнологической помощи;
- план лечебно-диагностических мероприятий и обследований на следующий календарный год.

3.14 Врач поликлиники в карте каждого пациента, снятого с диспансерного учета, оформляет эпикриз снятия с диспансерного учета, в котором отражает причину снятия с диспансерного учета (выздоровление, изменение диагноза, выбытие пациента за пределы обслуживаемой территории, смерть).

3.15 Каждый врач поликлиники, взявший пациента на диспансерный учёт, оформляет эпикризы в порядке, предусмотренном п. 3.10 настоящих Правил.

3.16 Врач поликлиники при проведении диспансерного осмотра пациента в карте указывает:

- дату обращения;
- жалобы пациента при обращении;
- динамику общего состояния пациента;
- данные о проведенных обследованиях и лечении;
- объективные данные осмотра пациента;
- наименование и код диагноза;
- план дальнейшего наблюдения и лечения пациента (назначенные обследования и консультации других врачей, специалистов, рекомендации по режиму дня, питанию и лечению с указанием наименования, дозы, кратности и продолжительности приема каждого лекарственного средства);
- дату следующей явки пациента (при необходимости);
- при определении показаний к экстренной госпитализации врач поликлиники дает направление на стационарное лечение в день посещения поликлиники, при плановой госпитализации вносит данные о пациенте в «Лист ожидания».

3.17 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, вносит в карту:

- результаты лабораторных анализов (по мере их поступления);
- протоколы инструментальных исследований с заключениями.

3.18 Медицинский регистратор систематизирует карты по географическому принципу и хранит в регистратуре поликлиники в течение 3 лет с момента последнего обращения пациента за консультативной помощью. По истечении указанного срока медицинский регистратор поликлиники сдает карту в архив ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для хранения в течение 25 лет.

4. Требования по оформлению контрольной карты диспансерного наблюдения (форма № 030/у)

Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) является медицинским документом, который заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. Контрольная карта является оперативным документом для осуществления контроля за выполнением предписаний врача. Врач, у которого больной находится на динамическом наблюдении, определяет сроки вызовов больного на медицинское обследование, консультации специалистов, объем лабораторных и инструментальных исследований, лечебно-оздоровительные мероприятия и прочее в зависимости от течения и характера заболеваний, условий работы и т.д. Один и тот же больной может состоять на динамическом наблюдении одновременно у нескольких врачей различных специальностей.

Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п. 7 контрольных карт отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, на лицевой стороне карты указывает:

- фамилию врача;
- дату взятия на учет;
- дату снятия с учета;
- причину снятия;
- фамилию, имя и отчество пациента (полностью);
- пол пациента;
- дату рождения;
- адрес постоянного места жительства пациента (для приезжих дополнительно указывает адрес родственников и номер контактного телефона);
- место работы (учебы);
- профессию (должность) пациента.

В правой стороне контрольной карты диспансерного наблюдения указывается:

- номер медицинской карты амбулаторного больного, оформленной в поликлинике;
- наименование диагноза, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учет;
- дату, когда диагноз был установлен впервые;
- код диагноза;

- наименования диагнозов сопутствующих заболеваний;
- заболевание выявлено:
при обращении за консультацией (лечением);
при профилактическом осмотре;
- дату очередной явки на диспансерный осмотр, назначенную врачом;
- дату явки пациента на диспансерный осмотр.

Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, на обратной стороне карты указывает:

- данные об изменении диагноза;
- данные о сопутствующих заболеваниях;
- данные об осложнениях;
- даты начала и окончания проводимых лечебно-профилактических мероприятий;
- даты начала и окончания госпитализации в отделение стационара для лечения заболевания, по поводу которого пациент поставлен на диспансерный учет;
- даты начала и окончания санаторно-курортного лечения;
- трудоустройство, перевод на инвалидность по показаниям.

Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, в случае, когда пациент поставлен на диспансерный учет по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, оформляет карту на каждое такое заболевание.

4.7 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, систематизирует карты по срокам явки (по месяцам в течение календарного года) и хранит в рабочем кабинете до снятия пациента с диспансерного учёта.

4.8 Медицинская сестра кабинета, работающая с соответствующим врачом, после снятия пациента с диспансерного учёта подклеивает карту в медицинскую карту амбулаторного больного (форма № 025/у-04).

5. Требования к оформлению истории родов (форма № 096/у)

5.1 История родов (форма № 096/у) (далее – история родов) является основным медицинским документом, который должен быть оформлен на каждую беременную женщину, госпитализированную в перинатальный центр ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, заполняется в электронном виде в программе ПРОМЕД с последующим оформлением на бумажном носителе.

5.2 Обязательное предварительное условие медицинского вмешательства – наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

5.2.1 Беременная женщина или ее законный представитель в приемном отделении заполняет бланк информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, а именно: на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование, ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию, рентгенологические методы обследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, лечебную физкультуру.

5.2.2 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывается беременной женщиной или законным представителем с указанием его фамилии, инициалов и даты. внесения соответствующей записи, а также лечащим врачом.

5.3 Если состояние беременной женщины не позволяет выразить согласие на медицинское вмешательство или отказ от него и (или) отсутствует ее законный представитель, решение о медицинском вмешательстве по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека принимается консилиумом врачей. Решение консилиума оформляется записью, в которой обосновывается необходимость медицинского вмешательства.

5.4 В отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, и в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления), решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается судом в случаях и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

5.5 Акушерка приёмного отделения при поступлении беременной женщины заполняет согласие на обработку персональных данных, бланк «Информация о правах и обязанностях пациента», который подписывается беременной (законным представителем) и лечащим или дежурным врачом.

5.6 В электронном виде акушерка приемного отделения оформляет титульный лист истории родов, в котором указывает:

- дату и время поступления беременной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- фамилию, имя и отчество беременной (полностью);
- возраст беременной (год рождения, полных лет);
- адрес постоянного места жительства беременной;
- место работы, профессию или должность беременной, наличие группы инвалидности;
- документ, удостоверяющий личность беременной: серия, номер паспорта;
- сведения о транспортабельности беременной (амбулаторная, транспортабельная, нетранспортабельная);
- название страховой компании, серия, номер медицинского страхового полиса;
- семейное положение беременной;
- посещала ли акушерку во время беременности и сколько раз;
- наименование женской консультации;
- диагноз при поступлении;
- диагноз клинический;
- диагноз заключительный;
- осложнения в родах;
- пособия в родах;
- название операций и пособий;
- отмечает рост, вес, температуру тела беременной
- дату последней менструации, которая беременность и роды по счету, первое шевеление плода;
- размеры таза, окружность живота и высоту стояния дна матки;
- положение плода, предлежащую часть, сердцебиение плода;
- после слов «История родов» (форма № 096/у) проставляет в виде дроби: числитель – календарный год госпитализации, знаменатель – порядковый номер госпитализации беременной из «Журнала учёта приёма беременных рожениц и родильниц» (форма № 002/у);
- отметку о проведении санитарной обработки, осмотра беременной на педикулёз и чесотку;
- дату выбытия, проведено койко-дней.

5.7 Беременная или её законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (за исключением случаев, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека или когда заболевание представляет опасность для окружающих).

Врачом акушером-гинекологом в доступной для беременной или её законного представителя форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа. В соответствии с действующим законодательством при отказе от медицинского вмешательства беременная или ее законный представитель вместе с врачом акушером-гинекологом должны заполнить бланк «Отказ от проведения медицинского вмешательства» и подписать его.

Бланк «Отказ от медицинского вмешательства» используется также в случае отказа беременной от медицинского вмешательства: операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, проведения лечебного клинического питания, приема лекарственных средств, переливания крови и ее компонентов и в друнического питания и других неоговоренных данными правилами случаях.

5.8 Назначение врача акушера-гинеколога лечащим осуществляет заведующий отделением (руководитель подразделения) путем госпитализации беременной в закрепленные за этим врачом палаты или (и) письменно – на титульном листе указывает его фамилия, имя и отчество.

5.9 Первичный осмотр беременной и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее – профильное отделение) или отделении (перинатальном центре) анестезиологии-реанимации перинатального центра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

5.9.1 Лечащий врач (либо дежурный врач) проводит первичный осмотр беременной в приемном отделении или профильном структурном подразделении или отделении анестезиологии-реанимации при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни беременной, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно. В протоколе первичного осмотра (вкладной лист) беременной, роженицы или родильницы, госпитализированной по экстренным показаниям, должен быть указан объем экстренной помощи, оказанной на догоспитальном этапе (если есть информация), показания для оказания экстренной помощи, в которой беременная нуждается при поступлении в стационар, ее объем после оказания экстренной помощи. В приемном, профильном отделении или в отделении анестезиологии-реаниматологии лечащим (дежурным) врачом во вкладном листе № 1 оформляется запись о состоянии пациентки в динамике.

5.9.2 Первичный осмотр беременной при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, проводится не позднее 20 минут с момента поступления беременной в приемное отделение перинатального центра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и оформляется записью в форме № 096/у.

5.9.3 Первичный осмотр беременной, госпитализированной в профильное отделение в плановом порядке, врачом профильного отделения должен быть проведен не позднее 1 часа с момента поступления беременной, и оформлен соответствующей записью в форме № 096/у.

5.10 Оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в истории родов.

При первичном осмотре лечащий (дежурный) врач отражает в истории родов:

- дату, время осмотра, жалобы беременной;
- данные анамнеза заболевания и жизни беременной;
- продолжительность заболевания;
- симптомы начала и развития заболевания;
- сведения об обращаемости за медицинской помощью или самолечении с указанием наименования, доз, периодичности и длительности приёма лекарственных средств;
- перенесенные заболевания, в том числе болезнь Боткина, туберкулёз, сифилис;
- сведения о диспансерном учёте беременной по экстрагенитальным заболеваниям (с какого времени, с каким диагнозом);
- переносимость лекарственных средств (при непереносимости – наименование лекарственного средства и побочное действие, выносит наименование непереносимых препаратов на лицевую сторону истории болезни);
- данные объективного обследования беременной (с оценкой тяжести состояния):
 - температуру тела беременной;
 - частоту дыхательных движений беременной;
 - частоту сердечных сокращений беременной;
 - артериальное давление беременной;
 - состояние внутренних органов и систем;
 - количество предыдущих беременностей и их исход;
- подсчитывает срок данной беременности;

- отражает характер и особенности ее течения;
- наличие родовой деятельности (частота схваток, их сила, продолжительность);
- данные методов исследования, имеющие значение при определении тактики ведения беременной или роженицы (КТГ, УЗЛГ, УЗИ);
- частоту сердечных сокращений плода;
- предполагаемый вес плода;
- допустимую кровопотерю беременной;
- данные влагалищного исследования (длину, консистенцию шейки матки, состояние плодного пузыря, предлежащую часть плода, характер выделений);
- у роженицы время начала родовой деятельности, время излития околоплодных вод и их характер, данные влагалищного исследования: открытие маточного зева в сантиметрах, наличие или отсутствие плодного пузыря, предлежащую часть плода.

5.11 Установление предварительного диагноза врачом акушером-гинекологом при предлежании плаценты с кровотечением, преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременных родах, преэклампсии должно быть выполнено не позднее 10 мин с момента поступления в перинатальный центр ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при состояниях, не представляющих угрозу жизни – в течение 20 мин, при поступлении в плановом порядке – в течение 1 часа.

5.12 План обследования составляется с учетом предварительного диагноза и вносится во вкладной лист. В план обследования в обязательном порядке включаются методы, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи с частотой применения 1,0, и клиническим протоколом (протоколом лечения), и по показателям с частотой менее 1,0.

5.13 План лечения и родоразрешения беременной составляется с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния беременной, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии) на основе соответствующего стандарта медицинской помощи, клинического протокола (протокола лечения) и вносится во вкладной лист № 2.

5.14 При заболеваниях (состояниях), требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики, и при наличии медицинских показаний в плане лечения указывается метод (объем) хирургического вмешательства.

5.15 Лечащим (дежурным) врачом после первичного осмотра заполняется лист назначений.

5.15.1 В графе «обследование» листа назначения указываются методы, включенные в стандарты медицинской помощи, имеющие частоту применения 1,0, и в клинические рекомендации (протоколы лечения), а также с учетом диагноза, особенностей клинических проявлений заболевания или состояния беременной, роженицы или родильницы.

5.15.2 В графе «назначение» вписываются наименования лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию (при его отсутствии – по группировочному или, в случае отсутствия международного непатентованного и группировочного наименований – по торговому наименованию).

5.15.3 Лекарственные препараты назначаются с соблюдением инструкций по их применению, возраста состояния беременной, роженицы или родильницы, тяжести заболевания, с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и в клинические протоколы (протоколы лечения), а также с учетом наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний.

Указываются разовая доза, способ и кратность приема или введения, длительность курса назначения лекарственного препарата. Все назначения заверяются подписью врача.

5.15.4 Лекарственные препараты для поддерживающего лечения сопутствующего хронического заболевания, приобретенные пациенткой в период амбулаторного лечения, указываются лечащим врачом в листке назначений, и назначение дополняется буквой «А» (амбулаторный).

5.15.5 Дата отмены назначения препарата заверяется подписью врача в графе «дата отмены, подпись врача» листа назначений.

5.15.6 Соответствующие графы в листе учета выполненных назначений заполняются акушеркой.

5.16. Оформление дневников наблюдения

5.16.1 Лечащий врач (дежурный врач) профильного отделения записывает дневники наблюдения ежедневно, за исключением выходных и праздничных дней, в том числе:

– не реже одного раза в 3 часа – пациентам, находящимся в отделении анестезиологии-реанимации;

– не реже 2 раз в сутки – в профильном отделении при состоянии средней и тяжелой степени тяжести;

– если пациентка поступила в родах, помимо дневников, отражающих состояние роженицы и плода, ведется партограмма.

5.16.2 В выходные и праздничные дни осмотр пациентов, которые находятся в тяжелом состоянии или в состоянии средней степени тяжести, в том числе в отделении анестезиологии-реанимации, проводится дежурным врачом акушером-гинекологом и врачом анестезиологом-реаниматологом,

запись о данных осмотра вносится в форму № 096/у.

5.17 При наблюдении пациента записи о данных объективного осмотра (дневники) должны отражать:

- динамику состояния беременной или роженицы;
- тяжесть состояния беременной или роженицы;
- температуру тела беременной или роженицы;
- частоту дыхательных движений беременной или роженицы;
- частоту сердечных сокращений беременной или роженицы;
- артериальное давление беременной или роженицы (по показаниям);
- локальный статус;
- данные методов исследования, имеющие значение при определении тактики ведения беременной или роженицы;

- обоснование коррекции плана лечения и обследования беременной или роженицы с учетом её состояния, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения;

- обоснование коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения, осмотра заведующим профильным отделением после установления клинического диагноза;

- обоснование и проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения, осмотра заведующим профильным отделением при изменении степени тяжести состояния беременной или роженицы.

5.17.1 Запись дневников в истории родов в родильном блоке проводятся каждые 3 часа. Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится по показаниям.

Ведение акушеркой партограммы в родах осуществляется врачом с регистрацией во вкладном листе следующих показателей:

- сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда (в т.ч. по данным наружной гистерографии), продолжительность) каждый час;

- частоты сердечных сокращений плода каждые 30 мин;

- высоты стояния предлежащей части плода (оценка опускания головки пальпацией живота) каждый час;

- характера околоплодных вод каждый час;

- динамики раскрытия маточного зева, конфигурации головки, динамики продвижения предлежащей части плода – вагинальный осмотр проводится по показаниям, но не реже 1 раза в 6 часов (излитие околоплодных вод является дополнительным показанием к влагалищному исследованию).

Исследование акушеркой пульса роженицы проводится каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела 1 раз в 4 часа, сократительная деятельность матки каждые 30 мин. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.

5.17.2. После рождения ребенка акушерка записывает на 1-й странице истории родов дату и время рождения, пол, вес, массу ребенка, рост, окружность головы и груди. На второй странице истории родов отмечает, чем проводилась профилактика гонобленореи.

5.17.3 Врач акушер-гинеколог отмечает продолжительность родов по периодам, объем кровопотери, целостность последа, вид обезболивания, если имело место. Отмечает, имеются ли разрывы родовых путей, состояние родильницы (пульс, артериальное давление), оценивает рождение ребенка по Апгару, обвитие пуповины.

5.17.4 В случае мертворождения акушерка взвешивает ребенка, измеряет рост, окружность головы, груди и заносит эти данные в историю родов. Врач акушер-гинеколог, который вел роды, оформляет медицинскую документацию на патолого-анатомическое исследование ребенка, посмертный эпикриз и готовит направление на послед и на вскрытие мертворожденного. В течение часа после родов должен сообщить по телефону о произошедшем заместителю главного врача по акушерству и гинекологии перинатального центра, заместителю Министра здравоохранения Пензенской области, о чем вносится соответствующая запись в историю родов.

5.17.5 После родоразрешения женщин с ВИЧ-инфекцией лечащий врач профильного отделения, где находится родильница, а именно акушерского-физиологического отделения в плановом порядке в рабочий день сообщает по телефону о родоразрешении беременной врачу в Центр СПИД, о чем делает запись в дневнике истории родов.

5.18 Лечащий врач (либо дежурный врач) отдельными записями в форме № 096/у оформляет:

5.18.1 Обоснование клинического диагноза.

Установление клинического диагноза и оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью, подписанной лечащим врачом и заведующим профильным отделением, должно быть выполнено при поступлении беременной или роженицы по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение; в течение 72 часов – операции, забора биологических жидкостей, проведения диагностических мероприятий, проведения физиотерапевтического лечения, с момента поступления беременной или роженицы в профильное отделение перинатального центра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с неотложными показаниями или в плановом порядке.

В обосновании клинического диагноза должны быть отражены:

- жалобы беременной, роженицы, родильницы;
- данные анамнеза заболевания беременной, роженицы, родильницы;
- данные анамнеза жизни беременной, роженицы, родильницы;
- данные объективного осмотра беременной, роженицы, родильницы;
- результаты консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартом медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения);
- данные дополнительных методов исследования, обосновывающие клинический диагноз.

Клинический диагноз выставляется лечащим врачом на лицевую сторону истории родов, ставится дата его установления и подпись, фамилия и инициалы врача.

В случае, когда основной клинический диагноз не может быть выставлен в установленный срок, в соответствующем дневнике наблюдения указываются причины и период времени, необходимый для его установления. Обоснование клинического диагноза в таком случае должно быть оформлено по окончании обследования беременной или роженицы, родильницы.

5.18.2 Этапный эпикриз

При пребывании беременной, роженицы, родильницы в профильном отделении перинатального центра ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко свыше средних сроков, утвержденных действующей Программой государственных гарантий оказания гражданам Пензенской области бесплатной медицинской помощи, лечащий врач отдельной записью в форме № 96/у оформляет этапный эпикриз. Отсчет срока лечения начинается с первого дня поступления в перинатальный центр независимо от отделения, в которое беременная, роженица или родильница была госпитализирована.

В эпикризе должно быть отражено следующее:

- дата поступления беременной в перинатальный центр;
- жалобы беременной при поступлении;
- динамика состояния беременной с момента поступления в стационар учреждения по настоящее время;
- локальный статус;
- результаты проведенных лечебно-диагностических мероприятий;
- клинический диагноз;
- план дальнейшего ведения беременной;
- обоснование необходимости продления пребывания беременной в стационаре и ориентировочный срок лечения.

Далее этапный эпикриз оформляется на каждый 10 день пребывания в отделении после оформления предыдущего эпикриза.

Этапный эпикриз оформляется дополнительно в случае изменения основного диагноза с обоснованием нового диагноза в соответствии с требованиями п. 6.18.2 настоящего приказа.

5.18.3 Протокол консилиума

При затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решение принимается консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в историю родов.

В протоколе консилиума (во вкладном листе) лечащий врач отражает дату проведения консилиума, сведения, перечисленные в п. 5.18.1 настоящего приказа, выставленный диагноз и рекомендации по обследованию и лечению пациента, высказанные каждым специалистом, участвовавшим в консилиуме.

Решение консилиума подписывают все его участники с расшифровкой подписей и занимаемых должностей. Рекомендации консилиума врачей обязательны для выполнения лечащим врачом, ответственность за их выполнение несет также заведующий отделением.

5.18.4 Показания к введению наркотических, ядовитых и сильнодействующих средств, психотропных веществ.

5.18.5 Протокол информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на манипуляции, исследования и процедуры, не предусмотренные п. 5.2.1 настоящего приказа.

5.18.6 Показания для проведения дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследования в случае особенностей течения заболевания, заверенные подписью заведующего профильным отделением.

5.18.7 Показания к оперативному лечению.

5.18.8 Медицинские показания для перевода беременной, родильницы в другое профильное отделение внутри ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится беременная, родильница и в которое переводится беременная, родильница).

5.18.9 В форме направления на врачебную комиссию отмечаются:

- медицинские показания к применению лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, средств, не предусмотренных стандартом медицинской помощи;

- медицинские показания к назначению лекарственных препаратов по торговым наименованиям;

- медицинские показания для назначения лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших препаратов для медицинского применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- медицинские показания для решения вопроса экспертизы временной нетрудоспособности;

- медицинские показания для госпитализации в отделение сестринского ухода;

- показания для проведения дополнительных исследований вне ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с оформлением протокола и внесением в историю родов.

При наличии показаний для перевода в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, лечащим врачом оформляется направление на врачебную комиссию для принятия решения о переводе. Перевод согласуется одним из заместителей главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент, о чем делается запись в направлении на врачебную комиссию. Перевод осуществляется по решению врачебной комиссии, оформляется протоколом, который вносится в историю родов.

5.19 При выявлении у беременной или родильницы любой инфекционной (внутрибольничной гнойно-септической) или паразитарной патологии, а также носительства не позднее 6 часов от момента выявления лечащий врач должен заполнить экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении (ф. № 058/у) и передать его в эпидемиологический отдел больницы. Беременная или родильница, у которой выявлены признаки любой инфекционной (внутрибольничной гнойно-септической) или паразитарной патологии, а также носительство, должна быть изолирована в отдельную палату, к ней должен быть вызван консультант (врач-инфекционист, врач-эпидемиолог), о чем должна быть сделана запись в соответствующем дневнике.

5.20. Осмотр заведующим профильным отделением в обязательном порядке проводится в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления беременной, родильницы в профильное отделение, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением лечащим врачом в историю родов соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением и лечащим врачом.

Назначение врачом акушером-гинекологом 5 и более лекарственных препаратов должно быть согласовано с заведующим отделением и подтверждено его подписью в листе назначений.

5.21 При поступлении пациента в отделение анестезиологии-реанимации принимающий врач делает краткую запись с указанием объективного статуса, диагноза или имеющегося симптомокомплекса.

Если порядком оказания медицинской помощи предусмотрена иная частота наблюдения за состоянием пациента, записи о результатах осмотра вносятся реаниматологом, лечащим или дежурным по профилю врачом в соответствии с требованиями действующего нормативного документа.

Записи в дневниках наблюдения врачом анестезиологом-реаниматологом должны отражать динамику состояния беременной или родильницы и важнейших показателей жизнедеятельности организма, показания для назначения консультаций врачами-специалистами, обосновывать коррекцию терапии, лабораторные, инструментальные и другие исследования и манипуляции, выполнение которых связано с изменением состояния здоровья пациента.

Заведующий отделением анестезиологии и реанимации перинатального центра ежедневно (рабочие дни) осматривает всех пациентов отделения.

5.22 Перевод беременной или родильницы из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение производится после согласования с лечащим (дежурным) врачом профильного отделения или заведующим отделением.

Врачом анестезиологом-реаниматологом оформляется краткий переводной эпикриз с указанием даты и времени перевода, фамилии, имени, отчества лечащего (дежурного) врача (заведующего отделением), с которым согласован перевод. Переводной эпикриз подписывается врачом анестезиологом-реаниматологом.

5.23 Врач акушер-гинеколог осматривает беременную или родильницу не позже, чем через 1 час после поступления из отделения анестезиологии-реанимации, и оформляет результаты осмотра отдельной записью с указанием даты и времени осмотра, заверяет подписью с указанием своей фамилии и инициалов.

5.24 Врач-консультант отдельной записью в истории родов отражает дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, выставленный диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению беременной или родильницы.

Все назначения консультантов могут быть применены по отношению к пациенту только после согласования с лечащим врачом.

5.25 Особенности ведения истории родов при хирургических вмешательствах:

5.25.1 Предоперационный эпикриз. При госпитализации пациента в плановом порядке предоперационный эпикриз оформляется лечащим врачом накануне операции, при госпитализации по неотложным или экстренным показаниям – перед операцией.

Лечащим врачом в предоперационном эпикризе обосновывается необходимость планового или экстренного оперативного вмешательства, вид анестезии, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, объём предстоящей операции, план операции, степень риска оперативного вмешательства и тромбоэмболических осложнений, оформляется соответствующая графа «Информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство».

Предоперационный эпикриз заверяется подписью лечащего врача и заведующего отделением, если предстоит оперативное вмешательство в плановом порядке, или оперирующим хирургом, если операция должна быть выполнена по неотложным или экстренным показаниям.

Согласие беременной или роженицы или ее законного представителя на операцию должно быть информированным, то есть ей должна быть разъяснена необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения. Запись о согласии на оперативное лечение, которой должен заканчиваться предоперационный эпикриз, беременная или роженица или её законный представитель заверяет своей подписью.

5.25.2 Беременная, поступившая для оперативного лечения в плановом порядке, должна быть осмотрена лечащим врачом перед операцией и после перевода из операционного блока в палату отделения анестезиологии-реанимации или в палату профильного отделения в течение 1 часа, запись о состоянии пациента с указанием времени осмотра должна быть заверена подписью лечащего врача.

5.25.3 Протокол операции.

Протокол операции должен содержать сведения о дате, времени и продолжительности операции. Протокол операции должен содержать сведения о дате, времени и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, название операции, вид обезболивания, описание операции.

Описание операции должно содержать доступ (в какой области сделан разрез, его размеры, направление, слои рассекаемых тканей) описание патологических изменений, обнаруженных при операции, пол ребенка его вес и рост, оценка по шкале Апгар, интраоперационный диагноз, подробное описание хода ее выполнения.

Указывается, проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет марли и инструментов.

Описывается завершение операции (вид швов, повязка, объем кровопотери).

5.25.4 На 2-й странице истории родов указывается дата и время операции, и ее название.

5.25.5 Дневники наблюдения. Дневники наблюдения после операции кесарево сечение пациенткам, находящимся в отделении анестезиологии-реанимации, лечащим врачом записываются каждые 30 минут в течение первых 2 часов после операции. В дальнейшем не реже, чем через каждые 3 часа до 6 часов, пациенткам, находящимся в отделении анестезиологии-реанимации, отражаются состояние пациентки. После перевода в акушерско-физиологическое отделение в дневниках отражаются: основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны, все манипуляции, проводимые с больным (зондирование раны, удаление дренажей, трубок, перевязки, снятие швов).

5.26 Алгоритм ведения медицинских документов анестезиологом-реаниматологом в периперационном периоде:

5.26.1 Осмотр анестезиолога.

Осмотр анестезиолога, информированное добровольное согласие пациента, протокол анестезии являются обязательными записями в истории родов для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии.

Осмотр анестезиологом пациента, госпитализированного для оперативного лечения в плановом порядке, проводится не более чем за сутки до оперативного вмешательства, результаты осмотра вносятся во вкладной лист.

При наличии неотложных или экстренных показаний для оперативного вмешательства пациент должен быть осмотрен перед операцией, а в чрезвычайных ситуациях осмотр пациента врачом анестезиологом-реаниматологом возможен на операционном столе.

Результаты осмотра должны быть в обязательном порядке зафиксированы в истории родов. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут повлиять на анестезиологическую тактику, такие как особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются артериальное давление, пульс, особенности данных лабораторных, инструментальных методов обследования. Указывается характер предстоящей операции, определяется степень риска тромбоэмболических осложнений по принятой методике, исходя из степени риска ТЭЛА, определяется объем мер немедикаментозной и медикаментозной профилактики ТЭО, инфекционных осложнений, определяется степень операционно-анестезиологического риска, премедикация. При наличии показаний заполняется шкала оценки трудной интубации, рекомендуется дообследование, повторный осмотр анестезиологом. В сложных, спорных ситуациях может быть созван консилиум.

5.26.2 Перед операцией анестезиологом оформляется и подписывается пациентом информированное добровольное согласие пациента на проведение анестезии, переливание донорской крови и компонентов донорской крови.

5.26.3 Непосредственно перед операцией анестезиологом заполняется лист предоперационного осмотра, в котором уточняется предоперационная подготовка, показания к виду обезболивания, степень анестезиологического риска, премедикация с учетом данных обследования и объективных данных на время осмотра.

5.26.4 В ходе операции врачом-анестезиологом-реаниматологом ведется «Карта операционного периода».

5.26.5 По окончании операции врачом анестезиологом-реаниматологом заполняются все разделы «Протокола анестезии».

5.27 Выписной (посмертный) эпикриз.

Лечащим врачом по результатам лечения в стационарных условиях оформляется выписка из истории родов (выписной (посмертный) эпикриз) с указанием клинического диагноза, данных Лечащим врачом по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара оформляется выписка из стационарной карты (выписной (посмертный) эпикриз) с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанная лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенная печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

В случае необходимости долечивания в амбулаторных условиях в выписном эпикризе указывается дата явки к врачу по месту жительства (прикрепления) беременной, роженицы, родильницы. В отдельных случаях (военнослужащие и приравненные к ним лица) указывается период временной нетрудоспособности.

Выписной эпикриз оформляется в печатном виде в двух экземплярах, один из которых остается в истории родов, второй выдается на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Лечащий врач при выписке (смерти) беременной или родильницы из перинатального центра на титульном листе истории родов:

- указывает количество койко-дней, при пребывании менее одного койко-дня указываются часы;

- формулирует заключительный диагноз;

- указывается шифр заболевания в соответствии с МКБ-10.

На обороте титульного листа истории родов лечащий врач при выписке пациента заполняет все разделы по назначению, заполняет статистическую карту выбывшего из стационара (ф. № 066/у).

5.28 Заведующий отделением после выписки пациента проверяет оформление истории родов, в том числе выписного эпикриза и листа назначений, заполняет карту внутреннего контроля качества медицинской помощи, оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», применяя критерии качества медицинской помощи, предусмотренные приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

5.29 Акушерка вклеивает в историю родов:

- результаты лабораторных анализов (по мере их поступления);

- температурный лист (отмечает температуру);

- лист сестринского динамического наблюдения по назначению врача (с динамикой АД, ЧСС, диуреза и т.п.);

- протоколы исследований с заключениями.

5.30 Акушерка при выписке (смерти) пациента передает историю родов, подписанную лечащим врачом и заведующим отделением в день выписки в приемное отделение для дальнейшего оформления.

5.31 Статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 066/у) составляется на основании истории родов и является статистическим документом, содержащим сведения о беременной или родильнице, выбывшей из стационара (выписанной, умершей).

Карта составляется лечащим врачом на каждую выбывшую (выписанную, переведенную в другую медицинскую организацию или умершую) беременную или родильницу.

При переводе беременной или родильницы из одного отделения в другое в пределах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко статистическая карта выбывшего из стационара заполняется в отделении, из которого выбыла беременная, родильница.

В тех случаях, когда в статистической карте указано два и более диагноза заболеваний, в отчете беременная или родильница относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации.

Заведующий отделением в статистической карте выбывшего из стационара указывает результат контроля качества медицинской помощи первого этапа в соответствии с «Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» – коэффициент качества медицинской помощи, оказанной пациенту, ставит свою подпись.

6. Требования по оформлению истории развития новорожденного (форма № 097/у)

6.1 История развития новорожденного (форма № 097/у) является основным медицинским документом, который должен быть оформлен на каждого новорожденного, госпитализированного в перинатальный центр ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, и заполняется в электронном виде в программе ПРОМЕД с последующим оформлением на бумажном носителе.

6.1.1 При оформлении истории развития новорожденного номер истории развития ребенка обязательно должен соответствовать номеру истории родов матери.

6.1.2 При рождении ребёнка акушерка родового отделения записывает паспортные данные на лицевой стороне формы № 097/у с обязательным указанием даты и времени рождения ребенка, а также его рост, вес, окружность головы и грудной клетки. Записываются данные акушерского и гинекологического анамнеза, данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимаящим) врачом при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

6.1.3 При оперативном родоразрешении указываются показания к нему, характер обезболивания и оперативного вмешательства.

6.1.4 Врач-неонатолог в соответствующих графах на 2-й странице формы № 097/у дает развернутую оценку состояния ребенка по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут, а также через 10 минут, если оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения не достигла 7 баллов.

6.1.5 В соответствующих графах формы № 097/у подробно отражаются сведения о заболеваниях матери в течение беременности по триместрам и течении родов, длительности безводного промежутка, характере околоплодных вод, лекарственной терапии матери в родах, особого внимания при этом заслуживает информация о проведении стероидной профилактики и антибактериальной терапии. Отдельный акцент делается на информацию из туберкулезного диспансера об эпидемиологической ситуации в окружении родильницы.

6.1.6 В форму 097/у вносятся данные о массе тела и росте ребенка, об окружности головы и груди, указывается способ обработки пуповины. Делается особая отметка о профилактике инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорожденного.

6.1.7 В форме 097/у ведется мониторинг температуры тела ребенка в течение всего периода нахождения его в родильном зале.

6.1.8 Новорожденным детям, которые переводятся в отделение физиологии новорожденных в обязательном порядке, в родильном зале заполняется вкладной лист первичного осмотра новорожденного в родильном зале, где указываются:

- дата и время рождения;
- состояние новорожденного;
- характер крика;
- цвет кожного покрова и слизистых;
- состояние пуповинного остатка;
- форма головы и размер большого родничка;
- форма грудной клетки;
- оценка дыхательной и сердечно-сосудистой системы;
- состояние мышечного тонуса и физиологических рефлексов;
- формирование наружных половых органов;
- наличие ануса;
- стул и мочеиспускание;
- состояние тазобедренных суставов.

6.1.9 Вкладной лист первичной реанимационной помощи новорожденному в родильном зале заполняется на каждого новорожденного врачом (неонатологом, педиатром, акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом) или, при отсутствии врача, акушеркой после завершения комплекса первичных реанимационных мероприятий. Вкладной лист содержит сведения:

- о характере амниотических вод;
- о состоянии новорожденного по признакам живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры), а также по цвету кожных покровов, в динамике;

- о проводимых первичных и реанимационных мероприятиях;

- об исходе первичной и реанимационной помощи.

В разделе «Характер амниотических вод» соответствующий признак необходимо подчеркнуть.

В графах «Пульсация пуповины» и «Произвольные движения мускулатуры» данные признаки отмечаются знаком «Х» при рождении в графах, соответствующих первой минуте, независимо от наличия или отсутствия основных признаков живорождения – самостоятельного дыхания и сердцебиения.

В графах «Дыхание» знаком «Х» указывается «отсутствие» или «наличие» («нерегулярное», «регулярное с втяжением уступчивых мест грудины», «регулярное») внешнего дыхания по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале с учетом изменения признака.

В графах «ЧСС» знаком «Х» отмечается один из перечисленных в строке признаков частоты сердечных сокращений («0–60», «60–100», «более 100») по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале с учетом изменения признака.

В графах «Цвет» знаком «Х» отмечается наличие только одного из перечисленных признаков «очень бледные», «разлитой цианоз», «акроцианоз», «розовые» по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале с учетом изменения признака.

В графе SpO₂ (%) указываются поминутно показатели сатурации в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале.

В разделе «Проводимые мероприятия»:

- в строке «Лучистое тепло» в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале проставляется знак «Х»;

- в строке «Теплосберегающий пакет/пленка» в течение всего периода оказания медицинской помощи недоношенному ребенку со сроком гестации менее 28 недель в родильном зале проставляется знак «Х»;

- в строках «Санация ВДП», «Интубация трахеи», «Санация трахеи» проставляется знак «Х» именно в тот временной период, когда было выполнено данное мероприятие;

- в графе «СРАР» в соответствующей строке («маска», «назальные канюли», «назофарингеальная трубка») ставится знак «Х» в течение всего периода проведения данного вида респираторной поддержки;

- в графе «ИВЛ» в соответствующей строке («маска», «интубационная трубка») ставится знак «Х» в течение всего периода проведения данного вида респираторной поддержки;

- в графе «Параметры», где обозначаются параметры СРАР или ИВЛ (давление на вдохе – PIP, давление на выдохе – РЕЕР, частота – частота вентиляции, время вдоха – Tin, FiO₂ – фракция ингаляционного кислорода), в соответствующих строках указываются величины каждого из параметров в динамике. В случае изменения любого параметра СРАР или ИВЛ его новое значение указывается в графе, соответствующей времени изменения;

- в строке «Непрямой массаж сердца» ставится знак «Х» в то время, когда проводилось мероприятие;

- в графе «Адреналин» разовая доза вводимого препарата, рассчитываемая согласно методическим рекомендациям, вписывается в пробел. В строках, соответствующих способу введения («эндотрахеально», «внутривенно»), знаком «Х» обозначается факт назначения препарата в конкретное время;

- в строке «Физиологический раствор» время применения препарата обозначается знаком «Х» на протяжении всего периода его введения (на протяжении 5 минут) с указанием разовой дозы;

- в строке «Гидрокарбонат натрия» время применения препарата обозначается знаком «Х» на протяжении всего периода его введения (на протяжении 2 минут) с указанием разовой дозы;

- в строке «Сурфактант» знаком «Х» обозначается факт введения препарата в конкретный период времени с указанием разовой дозы.

В разделе «Исход» необходимо записать результат реанимационных мероприятий:

- состояние ребенка на момент их завершения;

- способ и условия транспортировки;

- способ респираторной поддержки во время транспортировки;
- диагноз.

6.1.10 При появлении у недоношенного новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач-неонатолог дает оценку состояния дыхательной функции новорожденного на момент перевода по шкале Сильвермана, у доношенных новорожденных – по шкале Даунса.

По шкале Сильвермана оценивается: движение грудной клетки, втяжение межреберий, втяжение грудины, положение подбородка, дыхание. Оценка выставляется по сумме баллов:

- 0 – дыхательных расстройств нет;
- 1–2 – легкий синдром дыхательных расстройств;
- 3–5 – средней тяжести синдром дыхательных расстройств;
- 10 – тяжелый синдром дыхательных расстройств.

По шкале Даунса оцениваются симптомы в баллах: цианоз кожи, втяжение податливых мест грудной клетки, хрипы при дыхании, крик, частота дыханий в минуту. Оценка в 2–3 балла соответствует легкой тяжести РДСН, в 4–6 баллов – средней тяжести, более 6 баллов – тяжелому симптому РДСН.

6.1.10 При появлении у недоношенного новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач-неонатолог дает оценку состояния дыхательной функции новорожденных на момент перевода по шкале Сильвермана, у доношенного новорожденного по шкале Даунса.

По шкале Сильвермана оценивается: движение грудной клетки, втяжение межреберий, втяжение грудины, положение подбородка, дыхание. Оценка выставляется по сумме баллов:

- 0 – дыхательных расстройств нет;
- 1–2 – легкий синдром дыхательных расстройств;
- 3–5 – средней тяжести синдром дыхательных расстройств;
- 10 – тяжелый синдром дыхательных расстройств.

По шкале Даунса оцениваются симптомы в баллах: цианоз кожи, втяжение податливых мест грудной клетки, хрипы при дыхании, крик, частота дыханий в минуту. Оценка в 2–3 балла соответствует легкой тяжести РДСН, в 4–6 баллов – средней тяжести РДСН, более 6 баллов – тяжелому РДСН.

6.2 При наличии группы крови О (I) и/или отрицательного резус-фактора у матери, а также при наличии резус-конфликта делается отметка о взятии крови из пуповины на группу и резус-принадлежность, билирубин.

6.2.1 Определение группы крови и гемотрансфузия. Согласно приказу Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов» результаты подтверждающего (лабораторный) определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, к и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента. Согласно приказу № 183н пробирка с кровью реципиента должна быть маркирована с указанием фамилии и инициалов реципиента детского возраста (в случае новорожденных первых часов жизни указывается фамилия и инициалы матери), номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента детского возраста, наименования отделения, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови.

6.3 После рождения необходимо выполнить оценку физического развития у доношенных новорожденных INTERGROWTH-21st (Международный консорциум по росту плода и новорожденно-го). Соответствие массы длине тела новорожденного при рождении при определенном сроке гестации определяют по диаграммам для мальчиков и для девочек (форма 097/у, страница 3)

Если значения любого из трех антропометрических параметров, а также отношение масса/длина находятся в интервале между 10-м и 90-м перцентилем для определенного срока гестации, это свидетельствует об отсутствии нарушений.

6.4 У всех недоношенных новорожденных необходимо выполнить оценку зрелости согласно таблицам Fenton.

Оценка проводится по дифференцированным по полу ребенка диаграммам Fenton T.R. Антропометрические показатели (масса, длина, окружность головы) считаются соответствующими гестационному возрасту, если они находятся на данной диаграмме в интервале между 10-м и 90-м перцентилем (P10–P90).

Оценка гестационного возраста всех недоношенных новорожденных по шкале Баллард должна проводиться не позднее 36 ч от момента рождения, где указывается фамилия ребенка, пол, дата и время рождения, вес при рождении, оценка по шкале Апгар, гестационный возраст по расчету и по УЗИ.

Пояснения к оценке физической зрелости:

1) кожа. Созревание кожи плода предполагает постепенное развитие внутренней структуры кожи с одновременной постепенной утратой защитного покрытия – сыровидной смазки. По мере созревания кожа утолщается, становится более сухой, морщинистой, менее яркой по окраске. Эти изменения очень индивидуальны и зависят от состояния материнского организма и других условий внутриутробного развития. До развития эпидермиса с его *stratum corneum* кожа ребёнка прозрачная и немного «прилипает» к пальцам исследователя. Позже кожа утолщается, покрывается смазкой, которая затем, к моменту срочных родов, становится менее выраженной;

2) лануго – это пушковый волос на теле плода и новорождённого. У экстремально незрелых детей лануго отсутствует. Оно появляется примерно с 24–25 недели и, как правило, очень обильно покрывает тело ребёнка (особенно его плечи и спину) к 28 неделям гестации. Истончение пушкового волоса и постепенное его исчезновение происходит по мере внутриутробного развития плода, приобретения им флексорной позы. Лануго исчезает сначала в крестцово-поясничной области, а затем и с большей поверхности спины ребёнка. Вариабельность выраженности лануго у детей одинакового гестационного возраста зависит от семейных, этнических особенностей, а также может быть обусловлена гормональными, метаболическими и нутритивными причинами. Так, у детей от матерей с сахарным диабетом может отмечаться выраженное лануго на спине даже в случае рождения ребёнка доношенным или переносным, а также рост волос по верхнему краю ушной раковины. При оценке по Новой шкале Ballard исследователь отмечает выраженность лануго на спине ребёнка;

3) поверхность подошвы. Дети с очень низкой и экстремально низкой массой тела не имеют поперечных борозд на подошве. Поэтому для этих категорий младенцев целесообразно измерять длину стопы. Если расстояние между пяткой и вершиной большого пальца менее 40 мм, признак оценивается в –2 балла. Если длина стопы составляет 40–50 мм, выставляется оценка в –1 балл. Грудные железы состоят из железистой ткани, рост которой стимулируется материнскими эстрогенами, и жировой ткани, количество которой зависит от общего нутритивного статуса ребёнка. Исследователь оценивает размер выраженности ареолы и соска, пальпирует подлежащую ткань молочной железы и выбирает соответствующую графу в оценочной шкале. На размер молочных желёз может оказать влияние такой фактор, как дефицит веса или избыточный вес, а также опосредованное действием материнских гормонов – явление гинекомастии на 2–4 день жизни;

4) глаз/ухо. По мере роста плода хрящ его ушной раковины становится всё более плотным, увеличивается степень выраженности завитка по верхнему краю уха. Исследователю необходимо отметить, насколько быстро согнутая ушная раковина расправляется. У глубоко недоношенных детей ушная раковина после сгибания может не расправляться. В этом случае в качестве дополнительного индикатора зрелости используют оценку положения век у ребёнка. Большим и указательным пальцами исследователь пытается открыть глаза у ребёнка. У глубоко недоношенных младенцев, веки которых сомкнуты очень плотно, сделать это не удаётся. В тоже время могут отмечаться вариации выраженности признака у детей одного и того же гестационного возраста;

5) мужские половые органы. Яички начинают опускаться в мошонку примерно с 30 недель гестации. Левое яичко обычно опускается раньше правого и обнаруживается на входе в мошонку в 32 недели. Обычно оба яичка легко пальпируются в паховых каналах (в верхней или нижней их части) на 33–34 неделе гестации. Одновременно кожа мошонки утолщается и покрывается складками, количество и глубина которых растут со сроком гестации;

6) женские половые органы. Для правильной оценки бёдра ребёнка должны быть слегка разведены (до 45° от горизонтального уровня при положении ребёнка на спине). Меньшее разведение может создать ложное впечатление о закрытии малых половых губ и клитора большими половыми губами, а большее разведение, наоборот, о более выраженном открытии малых половых губ и клитора. У экстремально недоношенных девочек клитор может значительно возвышаться над сглаженными половыми губами. По мере созревания плода большие половые губы всё больше закрывают малые. Большие половые губы содержат жировую ткань, и их размер зависит от нутритивного статуса плода. При избыточном отложении жира может отмечаться более раннее закрытие малых половых губ большими, в то время как при плохом питании плода (задержке внутриутробного роста, переносности) клитор и малые половые губы открыты.

Пояснения к оценке нейромышечной зрелости:

1) поза ребёнка оценивается в положении его на спине. Учитывается тот факт, что по мере созревания нервной системы плода конечности его (сначала нижние, затем – верхние) постепенно принимают флексорное положение. У ребёнка очень малого гестационного возраста ноги могут быть согнуты только в голеностопных суставах. При исследовании можно аккуратными манипуляциями (например, разгибанием согнутых конечностей) спровоцировать ребёнка на принятие более характерной для него позы. Сгибание бёдер без их приведения (поза «лягушки») соответствует оценке в 3 балла. Оценка 4 балла соответствует позе с согнутыми и приведёнными бёдрами;

2) квадратное окно – определение «на глаз» угла между ладонью ребёнка и внутренней поверхностью предплечья. Выполняется сгибание кисти новорождённого большим и указательным пальцем врача до момента ощущения сопротивления ребёнка. Необходимо учитывать, что некоторые состояния, обуславливающие внутриутробную компрессию плода (например, выраженное маловодие), могут увеличить способность кисти к сгибанию;

3) ответная реакция руки (симптом «отдачи») позволяет оценить пассивный мышечный тонус двуглавой мышцы. Ребёнок лежит на спине. Одной рукой исследователь поддерживает локоть ребёнка. Рука ребёнка сгибается в локтевом суставе на несколько секунд. Затем, взяв ребёнка за кисть, необходимо полностью разогнуть его руку и сразу же отпустить её. Отметить угол сгибания. У экстремально недоношенных детей не отмечается ответного сгибания руки. Оценка 4 балла может быть только у доношенных и переносных младенцев, когда при возвратном сгибании руки кулачок ребёнка касается его лица;

4) подколенный угол. Данное исследование позволяет оценить зрелость пассивного тонуса мышц, участвующих в сгибании ноги в коленном суставе;

5) признак «шарфа». Исследуется пассивный тонус сгибателей. Ребёнок лежит на спине, его голова удерживается в положении на средней линии. Возьмите руку ребёнка за кисть и мягко потяните её над противоположным плечом и вокруг шеи настолько, насколько это возможно (до сопротивления ребёнка). Большой палец другой руки исследователя должен находиться на локте ребёнка.

Интерпретация результатов:

–1 балл – локоть переходит за противоположную подмышечную линию;

0 баллов – локоть достигает противоположной подмышечной линии;

1 балл – локоть находится между средней линией тела и противоположной подмышечной линией (на сосковой линии);

2 балла – локоть – на средней линии тела;

3 балла – локоть – между подмышечной и средней линиями одноименной стороны (на сосковой линии);

4 балла – локоть на подмышечной линии одноименной стороны.

6) пятка к уху. Этот приём позволяет оценить пассивный тонус сгибателей или резистентность к разгибанию мышц-флексоров задней поверхности бедра. Исследователь поддерживает бедро ребёнка ладонью одной руки. Другой рукой, удерживая стопу с двух сторон, пытается привести её к уху на одноимённой стороне. Отмечается то положение ноги, при котором ощущается значительное сопротивление разгибанию.

Интерпретация результатов:

–1 балл – пятка около уха;

0 баллов – пятка около носа;

1 балл – пятка у подбородка;

2 балла – пятка на сосковой линии;

3 балла – пятка напротив пупка;

4 балла – пятка на уровне паховой складки.

6.5 Информированное согласие:

6.5.1 Необходимым предварительным условием проведения вакцинации, независимо от согласия на выполнение любого другого медицинского вмешательства, является информированное добровольное согласие. Информированное согласие на вакцинацию заполняется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказ от них».

6.5.2 На любые другие виды медицинского вмешательства необходимо оформить информированное согласие. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста

достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве согласно ч. 10 ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный врач) с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей пациента. Информация предоставляется родителям ребенка в доступной для них форме. Родители информируются о характере имеющейся у ребенка патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в историю болезни.

6.5.3 Отдельно оформляется информированное согласие родителей или законных представителей ребенка на переливание ребенку крови и ее компонентов. При этом родители должны быть информированы о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде.

6.5.4 Согласно приказу Минздрава России от 19.12.2003 № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» перед назначением химиопрофилактики ВИЧ-инфекции новорожденному ребенку необходимо получение от законного представителя ребенка информированного согласия на ее проведение.

6.6 Согласно приказу Минздрава России № 921н от 15.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “неонатология”» в течение первых суток жизни новорожденный осматривается детской медицинской сестрой через каждые 3–3,5 часа для оценки состояния новорожденного и при необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи. Результаты осмотров (вес, температура, кожные покровы и слизистые, дыхание, стул, диурез) вносятся в лист наблюдения медицинской сестры за новорожденным, страница 8 формы 097/у.

6.7 В листе динамического наблюдения за питанием новорожденного (страница 9 формы 097/у) медицинская сестра отмечает вид вскармливания, вид докорма, часы кормлений.

6.8 Лист назначений является составной частью формы 097/у, страницы 10–11. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены. Медицинская сестра осуществляет ведение записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату выполнения назначений.

6.9 Все проведенные лабораторные исследования вклеиваются медицинской сестрой в лист анализы, страница 12 формы 097/у.

6.10 Частота ежедневных клинических осмотров и записей в дневниках

6.10.1 Ежедневные записи врача-неонатолога должны содержать дату и время (часы и минуты) осмотра, информацию о возрасте ребенка в сутках жизни, информацию об основных витальных функциях. Запись в дневнике ежедневно должна начинаться с оценки тяжести состояния, должна отражать динамику основных патологических симптомов (если таковые имеются), характер и способ вскармливания, активность сосания ребенка, распространенность желтухи, состояние пуповинного остатка до его отпадения или пупочной ранки до тех пор, пока эта область полностью не эпителизируется, состояние кожи и глаз, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, особенности со стороны желудочно-кишечного тракта, характер стула и мочеиспусканий. Факт отпадения пуповинного остатка записывается в дневнике. В конце дневника ежедневно необходимо под грифом «Заключение» делать выводы о ведущих проблемах в день курации; важно указывать основной план ведения ребенка на сутки.

6.10.2 Заведующий отделением осматривает всех поступивших новорожденных не позднее 3 дней с момента поступления, о чем должны быть записи в форме 097/у.

6.10.3 Клинический диагноз обосновывается в форме 097/у в течение трех рабочих дней от момента поступления новорожденного в отделение. Обоснование клинического диагноза должно содержать дату и подпись врача, выполнившего обоснование.

6.10.4 Заключительный диагноз записывается при выписке новорожденного в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение.

6.10.5 Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность, фамилию, имя и отчество консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Протоколы записей консультантов вклеиваются в конце формы 097/у перед дневниками врача-неонатолога.

6.10.6 Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума.

6.11 Трактовка результатов дополнительных методов исследования и обоснование назначений.

6.11.1 В течение всего периода курации и ведения медицинской документации обязательно оцениваются и трактуются данные лабораторных и инструментальных методов исследования, изменения представлений о больном, обосновываются те или иные назначения, смена лекарственных препаратов.

6.11.2 Назначение лекарственных препаратов выполняется согласно приказу Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания». Наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.). Согласно приказу Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» одновременное назначение пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту должно выполняться только по согласованию с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом-клиническим фармакологом.

6.11.3 Протоколы дополнительных методов исследования (НСГ, УЗИ внутренних органов, ЭХО-КГ, ЭКГ, КТ, МРТ, рентгенография) заполняются каждый на отдельном бланке и вклеиваются в форму 097/у сразу же после листа анализа.

6.12 Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного лечения, динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в 2 экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй выдается на руки больному. Экземпляр, который остается в истории болезни, вклеивается в конце истории болезни после всех врачебных записей. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом. Экземпляр, выдаваемый на руки родителям или законным представителям пациента, подписывается лечащим врачом.

6.12.1 Для соблюдения необходимой преемственности в курации новорожденного между перинатальным центром и детской поликлиникой врач-неонатолог перинатального центра обязан отметить в выписном эпикризе:

- основные сведения о матери: состояние ее здоровья, особенности течения беременности и родов, имевшие место оперативные вмешательства,

- оценку новорожденного по шкале Апгар, мероприятия, проводимые в родзале (если ребенок в них нуждался),

- особенности течения раннего неонатального периода: время отпадения пуповины и состояние пупочной ранки, масса тела и состояние на момент рождения и при выписке, дата вакцинации и серия вакцины против гепатита В и БЦЖ-М, данные проведения неонатального скрининга и аудиоскрининга, данные лабораторных и других обследований,

- в случае несовместимости крови матери и новорожденного по резус-принадлежности или по АВО-системе в выписном эпикризе отмечают резус-принадлежность, группу крови матери и ребенка и показатели крови в динамике,

- при гипогалактии у матери об этом указывают в выписном эпикризе, даются рекомендации по решению данной проблемы,

- в случаях асфиксии, родовой травмы, заболевания ребенка в выписном эпикризе указывают не только диагноз, данные обследования ребенка и проведенное лечение, но и рекомендации по дальнейшему ведению ребенка, вскармливанию, проведению лечебных мероприятий.

6.12.2 Наряду с выписным эпикризом, выдаваемым матери на руки, старшая медицинская сестра отделения новорожденных уточняет домашний адрес матери и сообщает в день выписки ребенка по телефону в детскую поликлинику по месту его проживания (кроме иногородних) основные сведения о выписанном ребенке – для проведения более быстрого первого патронажа, на дому, и отмечает в журнале отделения (палаты) для новорожденных детей и в конце истории развития новорожденного ставит дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

6.13 Выявление пороков развития сопровождается обязательным заполнением в этот же день извещения на ребенка с врожденными пороками развития.

6.14 В случае смерти новорожденного в стационаре:

6.14.1 Летальный исход в родильном зале в ходе проведения первичной реанимационной помощи.

Согласно Методическому письму Минздравсоцразвития России № 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» реанимационные мероприятия прекращаются, если у ребенка через 10 минут от начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме отсутствует сердцебиение. В истории развития новорожденного подробно оформляется вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, предусмотренная Методическим письмом Минздрава России № 15-4/10/2-3204. Кроме того, осуществляется подробная запись клинического осмотра новорожденного в родильном зале, выставляется клинический диагноз, с которым ребенок направляется на патологоанатомическое исследование.

6.14.2 Летальный исход новорожденного в отделении

В медицинской документации (история развития новорожденного) подробно оформляется порядок проведения реанимационных мероприятий. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Реанимационные мероприятия, направленные на восстановление жизненно важных функций у новорожденного ребенка, прекращаются при их неэффективности в течение 30 минут. В записях врача, проводившего сердечно-легочную реанимацию, должны быть четко указаны дата и время начала и окончания реанимационных мероприятий. Во всех случаях смерти новорожденных детей оформляется посмертный эпикриз.

6.15 Статистическая карта выбывшего из стационара заполняется по всем графам после выписки (по законченному случаю лечения) или смерти ребенка. Основной диагноз клинического диагноза и его шифровка по МКБ-10 должен соответствовать причине госпитализации и не должен противоречить длительности пребывания больного в стационаре (определенной стандартом), исходу госпитализации.

6.16 Оформление информации о вакцинации.

6.16.1 Вакцинация новорожденных в акушерском стационаре выполняется в строгом соответствии с Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» и Приказом Минздравсоцразвития России от 3.01.2011 № 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

6.16.2 Вакцинация против гепатита В выполняется только в первые 24 часа жизни ребенка, о чем делается запись внизу таблицы, отведенной под вакцинацию против туберкулеза, с указанием названия вакцины, дозы, способа введения, серии вакцины, срока годности, изготовителя. Врач-неонатолог, назначая вакцинацию против гепатита В, обязан указать в назначениях дату проведения вакцинации, название вакцины и дозу (0,5 мл), способ введения (внутримышечно). Если вакцинация не проведена, указывается причина медицинского отвода или отказ в том же месте, где планировалось указать информацию о вакцинации против гепатита В.

6.16.3 Вакцинация против туберкулеза проводится с 3-х по 7-е сутки жизни. В день выполнения вакцинации БЦЖ-М у ребенка не должно быть никаких других инвазивных манипуляций (забор крови из пальца, вены, пятки, внутривенные и внутримышечные инъекции).

Отпадение пуповинного остатка в день вакцинации против туберкулеза не является препятствием к её проведению.

6.16.4 Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами вакцинация против туберкулеза не проводится.

6.16.5 Согласно приказу Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» в истории развития новорожденного

врачом-неонатологом в день вакцинации должна быть сделана подробная запись с указанием результатов термометрии, развернутым дневником, назначением в листе назначений введения вакцины БЦЖ-М с указанием метода введения (в/к), дозы вакцины (0,025). В дневнике в день вакцинации необходимо указать клинический диагноз.

6.16.6 В случае медицинского отвода от вакцинации против туберкулеза, начиная с 3-х суток жизни, ежедневно лечащим врачом-неонатологом в дневниках указывается причина, по которой вакцинация отложена. Отказ матери от вакцинации указывается в таблице, отведенной для занесения информации о вакцинации.

6.16.7 Медицинский отвод от БЦЖ-М оформляется коллегиально. В состав консилиума входит заведующий отделением новорожденных и лечащий врач.

6.16.8 Краткая информация (согласно указанным графам) о вакцинации против гепатита В и туберкулеза, а также о медицинском отводе или отказе родителей ребенка от вакцинации, о неонатальном скрининге и аудиоскрининге выносятся на титульный лист истории развития новорожденных. Информация о вакцинации и скринингах оформляется медицинской сестрой, выполнившей манипуляцию, в специально отведенные для этого графы. Информация о медицинском отводе или отказе от вакцинации – врачом-неонатологом.

6.17 Оформление информации о неонатальном скрининге и аудиоскрининге

6.17.1 Неонатальный скрининг. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», осуществляется забор образца крови новорожденного для неонатального скрининга. После получения письменного информированного согласия от родителей на проведение неонатального скрининга на 4 день жизни у доношенного ребенка берут кровь на бланк специальной фильтровальной бумаги. В истории развития новорожденного лечащим врачом ребенка делается назначение о проведении неонатального скрининга, медицинской сестрой оставляется отметка о дате забора крови для неонатального скрининга в истории развития новорожденного/истории болезни (соответствующая графа заполняется медицинской сестрой, выполнившей манипуляцию, на титульном листе истории развития новорожденного), а также в соответствующем журнале. У недоношенных детей кровь берут на 7 день жизни. У детей, перенесших переливание крови или диализ, забор крови проводят повторно через 2 недели после последней процедуры. Бланки с кровью доставляются в медико-генетическую лабораторию. Забор крови осуществляется только через 3 часа после кормления. На бланк с кровью записывают следующие сведения о ребенке:

- наименование учреждения здравоохранения, в котором произведен забор образцов крови у новорожденного ребенка;
- ФИО матери ребенка;
- подробный адрес выбытия матери ребенка;
- порядковый номер тест-бланка с образцом;
- номер истории родов;
- дата рождения;
- дата забора крови;
- состояние ребенка (здоров/болен – диагноз);
- доношенный/недоношенный/срок гестации;
- вес ребенка при рождении, пол;
- ФИО медицинского персонала, осуществившего забор крови.

Надписи на бланке должны быть выполнены шариковой ручкой четко и разборчиво. Надпись может быть выполнена с любой стороны бланка, но не должна затрагивать пятен крови. Информация о проведении скрининга также заносится в соответствующий журнал. В случае более ранней выписки ребенка из родильного дома (стационара), или других причин, препятствовавших проведению неонатального скрининга, факт непрохождения скрининга на наследственные болезни обмена указывается на титульном листе истории болезни и в выписном эпикризе в обязательном порядке.

6.17.2 Аудиологический скрининг.

Проведение аудиологического скрининга новорожденных в роддомах осуществляется путем выполнения отоакустической эмиссии (ОАЭ) или регистрации звуковых вызванных потенциалов. Аудиологический скрининг проводится всем здоровым детям на 3–4 день жизни по назначению врача. Результат исследования приклеивается к листу, предшествующему дневникам врача-

неонатолога и записывается в соответствующий журнал медицинской сестрой, выполнившей исследование, а также лечащим врачом-неонатологом в выписной или переводной эпикриз.

Нормативные ссылки

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями);
- Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»;
- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;
- приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении инструкций по заполнению учётной медицинской документации»;
- приказ Минздрава России от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкций по заполнению учётной медицинской документации»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг»;
- приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;
- приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»;
- приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;
- приказ Минздрава России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»;
- приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения»;
- приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»;
- приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Глава 15. Добровольное информированное согласие на медицинские услуги

Утвержден бланк «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для медицинской карты стационарного больного» (для всех отделений стационара, отделения платных услуг), бланк «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для амбулаторных пациентов» (для пациентов поликлиники и женской консультации), бланк «Информированное добровольное согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг), бланк «Согласие на обработку персональных данных пациента» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг), бланк «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации), бланк «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство» (для пациентов стационара, дневного стационара, отделения платных услуг), бланк «Информированное добровольное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг), бланк «Информированное добровольное согласие на переливание крови и ее компонентов» (для пациентов стационара) (Приложение № 8), бланк «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» (для всех отделений стационара, отделения платных услуг, поликлиники и женской консультации), бланк «Информированное добровольное согласие на получение лечебного питания» (для всех отделений стационара), бланк «Информированное добровольное согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации), бланк «Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг), бланк «Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг), бланк «Информированное добровольное согласие на докорм новорожденного» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие на пролонгирование/прерывание беременности при наличии у ребенка нарушений внутриутробного развития» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие на проведение операции редукции эмбриона(ов)» (для Перинатального центра), бланк «Информированное согласие беременной женщины на инвазивную пренатальную диагностику наследственных и врожденных заболеваний у плода» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение операции элиминации плода» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение операции элиминации аномально развивающегося плода при многоплодии» (для Перинатального центра), бланк «Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий» (для Перинатального центра), бланк «Информирование согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному» (для Перинатального центра), бланк «Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации); определены ответственные за изготовление утвержденных бланков; актуализацию настоящего приказа.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

20.12.2019

№ 215

г. Пенза

Об утверждении бланков добровольного информированного согласия на медицинские услуги, оказываемые в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии со ст. 20, 56, 57 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства», приказом Минздрава России от 17.07.2019 № 538н «О внесении изменений в порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств», приказом Минздрава России от 19.12.2003 № 606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ», Инструкции по применению компонентов крови от 25.11.2002 № 363, Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для медицинской карты стационарного больного» (для всех отделений стационара, отделения платных услуг) (Приложение № 1).

2. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для амбулаторных пациентов» (для пациентов поликлиники и женской консультации) (Приложение № 2).

3. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг) (Приложение № 3).

4. Утвердить бланк «Согласие на обработку персональных данных пациента» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг) (Приложение № 4).

5. Утвердить бланк «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации) (Приложение № 5).

6. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство» (для пациентов стационара, дневного стационара, отделения платных услуг) (Приложение № 6).

7. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг) (Приложение № 7).

8. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на переливание крови и ее компонентов» (для пациентов стационара) (Приложение № 8).

9. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства» (для всех отделений стационара, отделения платных услуг, поликлиники и женской консультации) (Приложение № 9).

10. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на получение лечебного питания в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» (для всех отделений стационара) (Приложение № 10).

11. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации) (Приложение № 11).

12. Утвердить бланк «Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг) (Приложение № 12).

13. Утвердить бланк «Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации, отделения платных услуг) (Приложение № 13).

14. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на докорм новорожденного в Перинатальном центре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» (для Перинатального центра) (Приложение № 14).

15. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины» (для гинекологического отделения, Перинатального центра и женской консультации) (Приложение № 15).

16. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на пролонгирование/прерывание беременности при наличии у ребенка нарушений внутриутробного развития» (для Перинатального центра и женской консультации) (Приложение № 16).

17. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на проведение операции редукции эмбриона(ов)» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 17).

18. Утвердить бланк «Информированное согласие беременной женщины на инвазивную пренатальную диагностику наследственных и врожденных заболеваний у плода» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 18).

19. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение операции элиминации плода» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 19).

20. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение операции элиминации аномально развивающегося плода при многоплодии» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 20).

21. Утвердить бланк «Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 21).

22. Утвердить бланк «Информирование согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному» (для Перинатального центра, женской консультации) (Приложение № 22).

23. Утвердить бланк «Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (для всех отделений стационара, поликлиники и женской консультации) (Приложение № 23).

24. Заведующему организационно-методическим отделом Дылдину А.В. организовать изготовление утвержденных бланков согласно приложениям к настоящему приказу № 1, 2, 3, 4, 7, 10, 12, 23 в соответствии с потребностью типографским методом.

25. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. организовать размещение приложений к настоящему приказу № 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 в «Общей папке». Врачам данные приложения распечатывать по потребности самостоятельно.

26. Назначить ответственным лицом за актуализацию настоящего приказа заведующего организационно-методическим отделом Дылдина А.В.

27. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. персонально, под роспись, ознакомить всех заинтересованных лиц с настоящим приказом (согласно листу ознакомления).

28. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Фролову И.В.

Главный врач

В.В. Космачев

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для медицинской карты стационарного больного

Я _____

« _____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт _____, выдан « _____ » _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения

Поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение _____
(указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлен (ознакомлена) с порядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, не прямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; неинвазивного исследования органа зрения и зрительных функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); тонометрии; термометрии; антропометрии; проведение лабораторных исследований (в том числе клинических, биохимических, бактериологических, гистологических, цитологических, вирусологических, иммунологических) крови, мочи и другого биологического материала; проведение рентгеновских, функциональных, ультразвуковых и эндоскопических исследований; проведение лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, медицинского массажа, лечебной физкультуры. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств;
- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств;
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам

« ____ » _____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (должность, _____ ФИО) _____

Консилиум: (в соответствии со ст. 20 Закона № 323 -ФЗ):

Консилиум врачей в составе:

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

Должность, ФИО и подпись _____

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств
(для медицинской карты амбулаторного больного)**

Я, _____
(ФИО гражданина)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Минюстом России 05.05.2012 № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть)

В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (полное наименование медицинской организации)

медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(ФИО гражданина (выбранного лица), контактный телефон)

(подпись гражданина) (ФИО гражданина (пациента) или законного представителя гражданина (пациента))

(подпись медицинского работника) (ФИО медицинского работника)

«__» _____ г.
(дата оформления)

(печатается с обратной стороны)

**Перечень
определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное
согласие при выборе врача и медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, не-
прямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактерио-
логические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мо-
ниторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спиро-
графия, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардио-
токография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше
15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно,
внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.

**Информированное добровольное согласие на формирование листка нетрудоспособности
в форме электронного документа и обработку персональных данных**

Медицинская организация _____
(наименование и адрес)

Я _____
(ФИО гражданина, законного представителя)

« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина, законного представителя),

_____ (паспортные данные гражданина или законного представителя: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхования подтверждаю свое согласие на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа, моих/лица, законным представителем которого являюсь, персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям мои/лица, законным представителем которого являюсь, персональные данные, необходимые для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

- а) прекратить их обработку;
- б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

_____ Контактный телефон, ФИО, подпись гражданина либо законного представителя

**Согласие
на обработку персональных данных пациента**

Я, нижеподписавший(ая)ся _____
(ФИО полностью)

Проживающий(ая) по адресу _____

удостоверение личности _____
(серия, номер, кем и когда выдано)

являясь законным представителем _____
(ФИО ребенка полностью)

(далее – Ребенок), проживающего(й) по адресу _____

удостоверение личности ребенка _____
(серия, номер, кем и когда выдано)

в соответствии с требованиями ст. 9–11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», г. Пенза, ул. Лермонтова, 28 (далее – Оператор) персональных данных моих (ребенка) (далее – персональные данные), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и ДМС, СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской и медико-социальной помощью, росте, весе, окружности головы и груди.

1. С целью установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.

2. При условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, либо лицом, уполномоченным на обработку персональных данных на электронных носителях и с применением вычислительной техники.

3. Разрешаю совершение следующих действий: обработку персональных данных (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение).

4. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

5. Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

6. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

7. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (ребенку) до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных (законного представителя) _____

**Добровольное информированное согласие на проведение
профилактических прививок или отказа от них**

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество пациента или родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) _____ года рождения, (указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет) настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

а) о том, что профилактическая прививка – это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости – медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.1999 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки _____,
(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(название прививки)

(добровольно отказываюсь от проведения прививки

(название прививки)

несовершеннолетнему _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения)

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя))

несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.201.

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

«_____» _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

_____ паспорт: _____

выдан _____

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, го недееспособным _____

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____ отделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции _____

(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, осложнения: _____

В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями заболевания, и даю свое согласие на это.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливания крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____ согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно прошу произвести мне (представляемому) _____

« _____ » _____ 20 _____ года

Подпись пациента (законного представителя) _____

Врач (ФИО, подпись) _____

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие пациента на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

находясь на лечении в _____ отделении

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» согласен (согласна) на выполнение мне манипуляции, процедуры

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое

может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я удостоверяю, что текст информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент _____

подпись пациента

Врач _____

ФИО, подпись врача

Дата _____

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие на переливание крови и ее компонентов

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с
ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

« _____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет,
или недееспособных граждан:

Я _____

паспорт: _____, выдан:

являюсь законным представителем (родитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в _____ отделении ГБУЗ
ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому)
операции переливание крови (ее компонентов) и прошу персонал медицинского учреждения о ее
проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представ-
ляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного
лечения.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные об-
стоятельства и осложнения: _____

В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами
по их усмотрению. Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение
операции сопряжено с возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-
сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда
здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в
том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных
препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях,
заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях,
передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, хими-

ческой или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливания крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я _____ даю согласие на переливание донорской крови или ауто(собственной) крови и ее компонентов.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно прошу произвести мне (представляемому) _____

« _____ » _____ 20 ____ года

Подпись пациента (законного представителя) _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(подпись) (ФИО)

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я _____
« _____ » _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных
Я, паспорт _____, выдан
« _____ » _____ г.

Являюсь законным представителем (родитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Находясь на лечении (обследовании, родоразрешении) в отделении

(название отделения, номер палаты)

добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому):

(название вида обезболивания, возможность анестезиологической тактики)

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных

средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

Я предупрежден (предупреждена) о факторах и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях

(возможных осложнений при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

(фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

« ____ » ____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(подпись) _____ (должность

ФИО)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием ФИО, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника ЦМСЧ/МСЧ/КБ/Института, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника ЦМСЧ/МСЧ/КБ/Института, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация _____

« ____ » ____ 20 ____ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(подпись) _____ (должность ФИО)

Консилиум врачей в составе:

Должность, ФИО и подпись _____
Должность, ФИО и подпись _____
Должность, ФИО и подпись _____
« ____ » _____ 20 ____ года.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие на получение лечебного питания
в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

Я _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество)

подтверждаю, что с моего согласия, в понятной мне форме врач предоставил мне:

1. Информацию о необходимости получения мной лечебного питания (стандартные диеты, специализированные диеты, в т.ч. обогащенные сухими белковыми композитными смесями и витаминно-минеральные комплексы) (нужное подчеркнуть); о вероятном течении заболевания при отказе от получения лечебного питания.

2. Информацию о перечне разрешенных и запрещенных продуктов для передачи пациентам стационарных отделений, а также о правилах хранения скоропортящихся продуктов и регулировании продуктовых передач медицинскими работниками.

3. Информацию о необходимости получения мной нутритивной поддержки (клинического питания) (парентеральное, частичное парентеральное, энтеральное питание) (нужное подчеркнуть). При этом врач разъяснил мне цель назначения клинического питания, характер и особенности проведения парентерального и энтерального питания, возможные осложнения, методы их профилактики, а также влияние данного медицинского вмешательства на качество жизни и то, что длительное откладывание или отказ от него могут привести к стойким, возможно неустранимым, нарушениям функций поврежденных органов, что в итоге повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Дата _____ Подпись пациента _____

Пациент расписался в моем присутствии:

Врач: _____ (подпись) _____
(ФИО врача)

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие на проведение
консультации с применением телемедицинских технологий**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

настоящим даю информированное добровольное согласие на проведение мне консультации с применением телемедицинских технологий по вопросу моего заболевания медицинским работником

(наименование консультирующей медицинской организации, ФИО врача-консультанта).

Медицинским работником _____ (ФИО) в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы об условиях, целях и задачах проведения консультации с применением телемедицинских технологий.

В частности, мне разъяснено и понятно, что:

а) консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

– профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

– принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации);

б) при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления им диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации);

в) дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Я проинформирован(а), что результатом консультации является медицинское заключение или, при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, – соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Мне разъяснено, что материалы, полученные по результатам консультации, подлежат хранению в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации. Предоставление мне документации (их копий) и выписок из них осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденного приказом Минздрава России от 30.11. 2017 № 965н, законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю свое согласие на проведение консультации с применением телемедицинских технологий.

Подпись пациента _____

Пациент расписался в моем присутствии:

Врач: _____ (подпись) _____
(ФИО врача)

Дата _____

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

– тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;

– доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое «серонегативное» окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ, и обследуемое лицо может заразить других лиц;

– ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

при сексуальных контактах без презерватива;

от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Подпись обследуемого на ВИЧ

Дата

За информацией обращайтесь в Центр по профилактике
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

г. Пенза, пр. Победы, 122

Телефон регистратуры: +7(8412)-54-81-65

Телефон/Факс приемной: +7(8412)-54-82-59,

E-mail: censpid@sura.ru

**Карта дотестового консультативного приема
при тестировании на ВИЧ-инфекцию**

Дата приема _____

Код обследования _____

ФИО _____ Возраст _____

Адрес _____

Факторы риска:

1.	Семейный анамнез Брак зарегистрирован	да
	Гражданский брак	да
	Количество половых партнеров	
2.	Как предохраняться от внеплановой беременности	
3.	Были ли нежелательные беременности	да
4.	Переносила ли заболевания, передаваемые половым путем	да
5.	Заболевания вирусными гепатитами в анамнезе	да
6.	Как женщина защищается от ИППП/ВИЧ (использует ли презерватив)	да
7.	Были ли переливания крови	да
8.	Оперативные вмешательства	да
	Наличие в анамнезе:	
9.	В/венное введение наркотиков	да
10.	Использование общих игл для инъекций	да
11.	Злоупотребление алкоголем	да
12.	Употреблял ли половой партнер наркотики	да

ФИО врача _____

Консультирование после обследования на ВИЧ

	Сообщить результаты обследования и прокомментировать их
А. При отсутствии антител к ВИЧ	
	Еще раз проговорить план действий по снижению риска заражения
	Обсудить необходимость повторного обследования на ВИЧ с пациентами (через 3 месяца), которые недавно подверглись риску заражения
Б. При неопределенных результатах иммунного блотинга на антитела к ВИЧ*	
	Обсуждение возможности инфицирования ВИЧ, необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, гарантий оказания помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных
	Рассказать о возможных причинах неопределенных результатов обследования
	Обсудить возможность острой стадии ВИЧ-инфекции и необходимость пройти повторное обследование
	Направление на послетестовое консультирование в ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
В. При положительном результате обследования*	
	Сообщить положительный результат теста в ясной и краткой форме, <u>предоставить время для восприятия этого известия</u> , после периода предварительной адаптации ответить на вопросы обследуемого. Объяснить разницу между ВИЧ и СПИД
	Подчеркнуть важность оказания медицинской помощи на ранних стадиях заболевания и выдать направление к врачам-специалистам
	Разъяснить необходимость соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях оказания медицинской помощи, лечения, соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица
	Тестируемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД

*Консультирование должно быть конфиденциально и проходить наедине с пациентом.

ФИО врача _____

Дата _____

Приложение № 13
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информирование о выявлении ВИЧ-инфекции

Я, _____
(фамилия, имя, отчество) _____ года рождения, настоящим подтверждаю, что получил информацию о выявлении у меня ВИЧ-инфекции; мне разъяснено, что означает этот диагноз.

Я проинформирован, что:

- присутствие антител к ВИЧ, эпидемиологических и клинических данных является доказательством наличия ВИЧ-инфекции;
- для диспансерного наблюдения, уточнения стадии заболевания и назначения лечения мне необходимо обратиться в Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Мне разъяснено, что:

- ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- ВИЧ-инфицированные граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и исполняют обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации;

– в настоящее время в России существует бесплатное обследование и лечение (антиретровирусная терапия) для нуждающихся инфицированных ВИЧ. Для наблюдения и лечения мне рекомендовано немедленно обратиться в территориальный Центр СПИД. Антиретровирусная терапия не позволяет излечиться от ВИЧ-инфекции, но останавливает размножение вируса, существенно продлевает жизнь больному и уменьшает вероятность передачи от него заболевания. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно как можно раньше обратиться в Центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка;

– ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

1) при сексуальных контактах без презерватива;

2) через кровь – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться также при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;

3) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании;

– заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.

– Я должен/должна соблюдать меры предосторожности, чтобы не инфицировать ВИЧ других людей. Защитить других от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь с ними опасных контактов (люди не должны иметь контакты с кровью, выделениями половых органов и грудным молоком инфицированного ВИЧ человека). Мне дана рекомендация информировать половых партнеров о наличии у меня ВИЧ-инфекции, всегда и правильно пользоваться презервативами.

Следует оградить других людей от контактов с кровью инфицированного ВИЧ человека, пользоваться только индивидуальными предметами личной гигиены (бритвами, маникюрными принадлежностями, зубными щетками) и при необходимости стерильными медицинскими инструментами. Желательно не употреблять наркотики.

– Инфицированные ВИЧ не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

Существует уголовная ответственность за заведомое поставление другого лица в опасность заражения ВИЧ-инфекцией либо заражение другого лица ВИЧ-инфекцией (ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации, Собрание законодательства Российской Федерации).

За информацией обращайтесь в Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями: г. Пенза, пр. Победы, 122.

Телефон регистратуры: +7(8412)-54-81-65

Телефон/Факс приемной: +7(8412)-54-82-59,

E-mail: censpid@sura.ru

Подпись обследуемого на ВИЧ

**Информированное добровольное согласие на докорм новорожденного
в перинатальном центре ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
_____ года рождения, проживающая по адресу: _____

– Мне даны полные и всесторонние разъяснения о том, что естественным и самым физиологичным питанием для ребенка с первых дней жизни является грудное молоко.

– Я информирована о роли грудного молока в профилактике острых и хронических инфекций у детей, снижении случаев развития инфекций желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей.

– Мне даны полные и всесторонние разъяснения о пользе грудного вскармливания как для ребенка, так и для матери: раннее начало грудного вскармливания после рождения ребенка способствует восстановлению сил матери после родов, ускоряет инволюцию матки и уменьшает риск кровотечения.

– Мне ясен смысл понятия «Докорм»: это вода и/или искусственные заменители грудного молока (смеси); даваемые до 6 месяцев – рекомендованного срока исключительно грудного вскармливания.

– Я информирована о том, что докорм назначается строго по медицинским показаниям и рассчитывается индивидуально.

– Я информирована о важности грудного вскармливания, правилах и режиме питания, питьевом режиме в период становления лактации.

– Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, семейном аллергологическом анамнезе.

– Я предупреждена и осознаю, что при применении детских молочных смесей могут появиться диспепсические расстройства (срыгивания, рвота, жидкий стул или запоры, слизь в стуле), аллергические высыпания на коже ребенка, о чем обязуюсь немедленно сообщать лечащему врачу.

– Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. Я добровольно даю свое согласие на докорм ребенка.

Дата _____ Подпись пациента _____

Пациент расписался в моем присутствии:

Врач: _____ (подпись)
(ФИО врача)

**Информированное добровольное согласие
на проведение искусственного прерывания беременности
по желанию женщины**

Я, нижеподписавшаяся, _____, ____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть): медикаментозным методом; путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов; 7 дней

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения) «___» _____ 20__ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки;

нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность;

невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах – преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог _____
(имя, отчество, фамилия) (подпись)

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Приложение № 16
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие на пролонгирование/прерывание беременности при наличии у ребенка нарушений внутриутробного развития

Я, _____,

присутствуя в медико-генетическом отделении ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» на заседании перинатального консилиума, принимаю решение о досрочном прерывании/продолжении данной беременности. Мне в понятной и доступной форме разъяснены установленные/потенциальные причины, механизмы и сроки формирования обнаруженных у моего ребенка нарушений внутриутробного развития, включая подтвержденный диагноз хромосомного/генного/мультифакторного заболевания, возможности и последствия хирургической коррекции выявленных у него пороков развития, а также прогноз для его жизни, здоровья и интеллекта. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, назначение данного документа, а также полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня в полной мере.

Подпись пациентки _____

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

**Информированное добровольное согласие на проведение операции
редукции эмбрион**

Я, _____

(Ф.И.О., год рождения)

в связи с высоким риском потери беременности, связанной с имеющейся у меня многоплодной беременностью, прошу провести мне редукцию _____ эмбриона (ов).

Мне разъяснен порядок проведения операции редукции эмбрионов.

Я информирована, что операция редукции эмбрионов может привести к прерыванию беременности.

Я понимаю, что по причинам, не зависящим от врачей и медицинского персонала, в результате оперативного внутриматочного вмешательства возможно развитие таких осложнений, как:

- кровотечение;
- инфекционно-септические заболевания;
- аллергические реакции на вводимые препараты;
- тромбоэмболические осложнения,

которые могут потребовать интенсивной терапии и/или незапланированного оперативного вмешательства (вплоть до удаления матки и ее придатков). Заявляю, что изложила врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию о процедуре, предоставленную мне специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах; я имела возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подпись _____

Врач _____

Дата _____

**Информированное согласие беременной женщины на инвазивную пренатальную диагностику
наследственных и врожденных заболеваний у плода**

Я, _____,
согласна на проведение хорионбиопсии, плацентобиопсии, амниокордоцентеза с целью пренатальной диагностики хромосомных или моногенных болезней плода.

При этом мне известно, что риск гибели плода и самопроизвольного прерывания беременности после операции не превышает 1 %. При наличии исходного нарушения развития или пороков развития плод плода риск гибели плода, самопроизвольного прерывания беременности после операции увеличивается до 5 до 5–30 %. Риск каких-либо осложнений беременности после операции не превышает популяционный.

Результаты цитогенетического исследования в типичных случаях позволяют исключить хромосомные болезни или определить кариотип у плода с вероятностью более 99 %.

Результаты молекулярно-генетического исследования позволяют исключить или установить _____ с вероятностью _____%

С вероятностью 1–2 % полученный операционный материал может быть по количеству или качеству непригодным для проведения исследования, что может потребовать повторной операции, а при невозможности ее выполнения или нежелания пациентки пренатальный диагноз поставлен не будет.

Я подтверждаю, что мне предоставлена информация о методе оперативного вмешательства и диагностических возможностях предполагаемого исследования, я обсудила все интересующие меня вопросы и получила на них удовлетворяющие меня разъяснения. Мое согласие на проведение предложенного оперативного вмешательства является свободным и осознанным.

Подпись пациентки _____

Подпись свидетеля пациентки _____

Подпись врача _____

Приложение № 19
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие гражданина на выполнение операции элиминации плода

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011, приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»

Мне _____ «___» _____ года рождения
(ФИО пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода.

Диагноз _____

Я информирована, что в соответствии с приказом Минздрава России № 736 от 25.12.2007 (в редакции приказа № 1661-н от 27.12.2011), учитывая наличие у плода заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния я имею право на прерывание данной беременности по медицинским показаниям.

Я настаиваю на прерывании беременности по медицинским показаниям со стороны плода.

Я информирована, что в соответствии с приказом Минздрава России № 572-н от 12.11.2012 при проведении прерывания беременности мне необходимо медицинское вмешательство в виде выполнения операции элиминации плода.

Настоящим я доверяю

Врачу

(ФИО врача)

(в дальнейшем – ВРАЧ) и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.

Мне разъяснен порядок проведения операции элиминации плода. Я информирована, что это инвазивное вмешательство, а именно: пунктирование вены пуповины плода под ультразвуковым контролем через переднюю брюшную стенку с целью введения лекарственного средства, которое останавливает сердечную деятельность плода.

Мне разъяснено, что выполнение вышеуказанного инвазивного вмешательства может увеличить риск инфекционных осложнений, тромбоэмболических осложнений, сочетаться с такими осложнениями, как: кровотечение, аллергическая реакция на вводимый препарат, манифестация

острых и обострение хронических заболеваний, которые могут потребовать дополнительного лечения и удлинения сроков пребывания в ЛПУ.

Мне также разъяснено, что если в ходе выполнения указанной операции или в послеоперационном периоде возникает необходимость другого медицинского вмешательства, исследования или операции, я даю свое согласие ВРАЧУ и его коллегам принять соответствующее решение в соответствии с их профессиональным суждением (квалификацией) и медицинской информацией и выполнить те медицинские мероприятия, которые ВРАЧ сочтет необходимым для улучшения моего здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, дополнительно разъяснено мне ВРАЧОМ, оно полностью мне понятно.

На предложенную мне операцию элиминации плода согласна. О степени операционного риска и возможных осложнениях предупреждена.

Подпись пациентки или ее законного представителя _____

Если пациентка является несовершеннолетней (до 15 лет):

Подпись законного представителя пациентки (ближайшего родственника)

_____/_____

подпись

расшифровка подписи

Врач

_____/_____

подпись

ФИО

Дата _____

Приложение № 20
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Информированное добровольное согласие гражданина
на выполнение операции элиминации аномально развивающегося
плода при многоплодии**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011, приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»

Мне _____ «___» _____ года рождения

(ФИО пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья, особенности развития моего плода.

Диагноз _____

Я информирована, что в соответствии с приказом Минздрава России № 736 от 25.12.2017 (в редакции приказа № 1661-н от 27.12.2011), учитывая наличие у плода заболевания с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья после рождения, невозможностью постнатальной коррекции выявленного состояния, я имею право на его элиминацию по медицинским показаниям.

Я, в соответствии с приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”» настаиваю на элиминации аномально развивающегося плода по медицинским показаниям с его стороны, направленную на обеспечение оптимальных условий для развития другого плода и снижение осложнений для дальнейшего течения беременности.

Настоящим я доверяю

Врачу _____

(ФИО врача)

(в дальнейшем – ВРАЧ) и его коллегам выполнить предложенную мне операцию элиминации плода.

Мне разъяснен порядок проведения операции элиминации плода. Я информирована, что это инвазивное вмешательство, а именно: пунктирование вены пуповины плода под ультразвуковым

605

– преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;

– сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;

– до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению, или указывает беременность как противопоказание к применению. Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов, я (мы) даю (ем) согласие не даю (ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

– криоконсервировать;

– утилизировать;

– донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Я (Мы) предупреждена(ы) о том, что лечение методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила(и) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписи _____

Подпись врача _____

Дата _____

Приложение № 22
к приказу ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному

Я _____ года рождения _____

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

– по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;

– назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;

– чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

– тем не менее даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8 %. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30 %;

– все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

– как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

– если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

– если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

– назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

– после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

– проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь;

– принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

– сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

– сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

– не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки _____ Дата _____

Врач _____ Дата _____

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, _____
(ФИО гражданина)

«_____» _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Минюстом России 05.05.2012 № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (ФИО медицинского работника)

«_____» _____ г.

(дата оформления)

Глава 16. Организация внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита

Утвержден порядок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита; форма карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в стационаре; форма карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 1, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время проведения анестезиологического пособия); форма карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в поликлинике, консультативно-диагностической поликлинике (женской консультации, дневном стационаре женской консультации), отделение охраны репродуктивного здоровья, медико-генетической консультации; форма карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения), отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных; форма журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; форма анонимной анкеты пациента, находящегося на лечении в подразделении стационара; форма анонимной анкеты пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлиническом подразделении; форма анонимной анкеты по изучению социального портрета и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; перечень проверочных листов внутреннего аудита.



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)**

П Р И К А З

27.12.2019

№ 222

г. Пенза

**Об организации внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности, внутреннего аудита
в государственном бюджетном учреждении здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

В соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлением Правительства Российской Федерации от 08.04.2017 № 426 «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»; постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его

регионального сегмента»; постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2018 № 1416 «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации»; постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»»); ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/ Quality management systems – Requirements; приказом Минздрава России от 21.05.2002 № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении»; приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»; приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»; приказом Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»; приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности»; приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»; приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»; приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»; приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»; приказом Минздрава России от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»; приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»; приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»; приказом Минздрава России от 06.10.2014 № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»; приказом Минздрава России от 21.03.2017 № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»; приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»; приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»; приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»; приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»; приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденными Минздравом России от 20.12.2002 № 2510/224-03-34; СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-

эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»; приказом Росздравнадзора от 09.11.2017 № 9438 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10449 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора, 2015 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2017 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской лаборатории» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора, 2018 г.; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 116 «Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.09.2015 № 117 «Положение о Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.06.2017 № 100 «Об утверждении правил оформления медицинских документов в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”, хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 25.01.2018 № 25 «Об организации работы трансфузиологического кабинета в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 16.12.2018 № 180/1 «Об организации работы приёмного отделения и оказании экстренной помощи в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 18.12.2018 № 180 «Об информационном обеспечении организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 25.12.2018 № 183 «Об организации лекарственной безопасности и фармаконадзора в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 10.01.2019 № 7 «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко” и персонального состава врачебной комиссии»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 31.01.2019 № 17 «О преемственности медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациента в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации из ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 01.03.2019 № 39 «Об организации контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 63 от 05.04.2019 «Об организации эпидемиологической безопасности медицинской деятельности и внутреннего контроля качества профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 26.04.2019 № 80 «Об идентификации личности пациента в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 28.06.2019 № 104 «Об организации работы по обеспечению хирургической безопасности и профилактике рисков, связанных с оперативными вмешательствами в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 05.12.2019 № 178 «Об организации деятельности клинико-диагностической лаборатории в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 16.12.2019 № 202 «Об организации деятельности поликлиники в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 20.12.2019 № 214 «О безопасности среды, организации ухода за пациентами, профилактике пролежней и падений в ГБУЗ “Пензенская

областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 20.12.2019 № 215 «Об утверждении форм добровольных информированных согласий в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 27.12.2019 № 221 «О совершенствовании системы управления персоналом в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить Порядок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль), внутреннего аудита в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) (Приложение № 1).

2. Утвердить форму карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 2).

3. Утвердить форму карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 1, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время проведения анестезиологического пособия) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3).

4. Утвердить форму карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в поликлинике, консультативно-диагностической поликлинике (женской консультации, дневном стационаре женской консультации), отделении охраны репродуктивного здоровья, медико-генетической консультации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 4).

5. Утвердить форму карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения), отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 5).

6. Утвердить форму журнала внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 6).

7. Утвердить форму анонимной анкеты пациента, находящегося на лечении в подразделении стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 7).

8. Утвердить порядок проведения анонимного анкетирования пациента, находящегося на лечении в подразделении стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 8).

9. Утвердить форму анонимной анкеты пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлиническом подразделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 9).

10. Утвердить порядок проведения анонимного анкетирования пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлиническом подразделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 10).

11. Утвердить форму анонимной анкеты по изучению социального портрета и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 11).

12. Утвердить Порядок проведения анонимного анкетирования пациента с целью изучения его социального портрета и удовлетворенности оказанной медицинской помощью в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 12).

13. Назначить ответственным за организацию проведения анонимного анкетирования пациентов заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Рыжонину Т.В.

14. Утвердить список внутренних аудиторов в соответствии с проверочными листами внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 13).

15. Утвердить перечень проверочных листов внутреннего аудита (№ 1–30) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 14).

16. Назначить ответственным за организацию внутреннего контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита заведующего отделом контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита Евстигнеева С.В.

17. Назначить ответственным за проведение контроля качества и безопасности медицинской деятельности, актуализацию настоящего приказа заведующего отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита – уполномоченного по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Моисееву Л.Н.

18. Назначить ответственным за проведение внутреннего аудита качества и безопасности медицинской деятельности заведующего отделением внутреннего аудита отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита Васильева В.В.

19. Заведующему организационно-методическим отделом Дылдину А.В. обеспечить заказ, печать и обеспечение достаточным количеством бланков карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 1, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время проведения анестезиологического пособия) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в поликлинике, консультативно-диагностической поликлинике (женской консультации, дневном стационаре женской консультации), отделении охраны репродуктивного здоровья, медико-генетической консультации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения), отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; журналов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; анкет пациента, находящегося на лечении в подразделении стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; анкет пациента, находящегося на консультации (лечении) в поликлиническом подразделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; анкет по изучению социального портрета и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; проверочных листов внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

20. Заведующему отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита – уполномоченному по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Моисеевой Л.Н. провести занятия с руководителями подразделений по внедрению в практику настоящего приказа.

21. Заведующему отделением внутреннего аудита отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита Васильеву В.В. провести занятия с аудиторами по внедрению в практику настоящего приказа.

22. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 25.12.2013 № 160 «Об организации системы внутреннего контроля качества медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

23. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 119 «Об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

24. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 27.06.2017 № 101 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 119».

25. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 28.07.2017 № 128 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 119».

26. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 05.10.2017 № 161 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 119».

27. Признать утратившим силу приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 12.03.2019 № 47 «Об утверждении Положения о комиссии по оценке качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».

28. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).

29. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.В. Космачев

**Порядок организации и осуществления
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего
аудита в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

I. Общие положения

1. Данный Порядок разработан в целях организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, он регламентирует требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннему аудиту и осуществляется для обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций, а также соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Организация и проведение внутреннего контроля направлены на решение следующих задач:

- совершенствование подходов к осуществлению медицинской деятельности для предупреждения, выявления и предотвращения рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления;

- обеспечение и оценку соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья при осуществлении медицинской деятельности;

- обеспечение и оценку применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- обеспечение и оценку соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- обеспечение и оценку соблюдения медицинскими работниками и руководителями Учреждения ограничений, налагаемых на указанных лиц при осуществлении ими профессиональной деятельности;

- обеспечение и оценку соответствия оказываемой медицинскими работниками медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, а также рассмотрение причин возникновения несоответствия качества оказываемой медицинской помощи указанным критериям;

- выполнение медицинскими работниками должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности;

- предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом: несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья пациента с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленной заболеванием или состоянием либо их осложнением; невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций; несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, включая сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов;

- принятие мер по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи ТФОМС Пензенской области и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

- принятие управленческих решений по совершенствованию подходов к осуществлению медицинской деятельности.

- выполнение объемов медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- мониторинг и измерения показателей качества медицинских услуг в системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- мониторинг удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;
- создание и совершенствование системы оценки деятельности медицинских и иных работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, участвующих в оказании медицинских услуг и обеспечивающих их оказание;
- постоянное повышение качества медицинской помощи и результативности системы менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3. По решению главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко разрабатываются иные локальные акты в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.

4. По решению главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для осуществления мероприятий внутреннего контроля могут привлекаться научные и иные организации, ученые и специалисты других учреждений.

II. Организация мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко осуществляется на постоянной основе, проводится системно, по различным направлениям.

Методами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко являются:

1. Контроль посредством изучения первичной медицинской документации, отобранной по принципам максимального риска (смерти, осложнения, превышение средних сроков пребывания, жалобы и т.д.) «по законченному случаю».
2. Контроль посредством анонимного анкетирования пациентов и медицинских работников.
3. Контроль непосредственно в процессе оказания медицинской помощи посредством прямого наблюдения за процессами медицинской деятельности.
4. Внутренний аудит наиболее актуальных с точки зрения рисков направлений деятельности Учреждения.
5. Контроль процессов, оказывающих влияние на качество и безопасность медицинской деятельности в соответствии с Перечнем вопросов для ежемесячного доклада на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
6. Изучение материалов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, прочих внешних проверок и внешнего аудита вопросов, связанных с качеством и безопасностью медицинской деятельности.
7. Рассмотрение вопросов, связанных с качеством и безопасностью медицинской деятельности на заседаниях подкомиссий Врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
8. Разработка локальных нормативных актов в рамках внутреннего контроля (стандартные операционные процедуры, алгоритмы действий работников и др.) в соответствии с нормативными правовыми актами, регламентирующими вопросы организации медицинской деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, а также с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций.
9. Рассмотрение вопросов, связанных с качеством и безопасностью медицинской деятельности на хозяйственных планерках ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Внутренний контроль включает следующие мероприятия:

- оценку качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации, ее структурных подразделений путем проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок;

– сбор статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, и их анализ в рамках ежемесячных заседаний Медицинского совета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

– учет нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности (фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения или повлекших причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также приведших к удлинению сроков оказания медицинской помощи);

– мониторинг наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций;

– анализ информации о побочных действиях, нежелательных реакциях, серьезных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях при применении лекарственных препаратов, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности лекарственных препаратов, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении лекарственных препаратов и выявленных на всех этапах обращения лекарственных препаратов, сообщаемой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

– анализ информации обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий, сообщаемой медицинской организацией в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

Плановые проверки проводятся в соответствии с ежегодным планом, утверждаемым главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Целевые (внеплановые) проверки проводятся:

– при наличии отрицательной динамики статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности медицинской организации, в том числе установленной в результате проведения плановой проверки;

– при поступлении жалоб граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, а также жалоб по иным вопросам осуществления медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, содержащим информацию об угрозе причинения и (или) причинении вреда жизни и здоровью граждан;

– во всех случаях: летальных исходов; внутрибольничного инфицирования и осложнений, вызванных медицинским вмешательством;

– по результатам материалов государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, прочих внешних проверок и внешнего аудита при выявлении недостатков, связанных с качеством и безопасностью медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

– в целях контроля исполнения ранее выданных поручений либо приказов;

– в целях проверки представленных должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко статистической отчетности или данных мониторинга внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

– при наличии приказов вышестоящих органов управления;

– при несоответствии показателей деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленным целевым показателям ее деятельности;

– при невыполнении подразделением ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи.

Проверки, в зависимости от поставленных задач, включают анализ случаев оказания медицинской помощи, отобранных методом случайной выборки и (или) по тематически однородной совокупности случаев.

Проверка по тематически однородной совокупности случаев проводится в отношении определенной совокупности случаев, отобранных по тематическим признакам.

Выбор тематики для проведения проверки осуществляется на основании результатов анализа статистических данных, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, ее структурных подразделений.

Внеплановые проверки проводятся на основании указаний главного врача, заместителями главного врача по медицинской части, хирургической помощи и по акушерско-гинекологической помощи,

заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, врачами отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита.

По результатам проверок в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности должностными лицами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, проводящими проверку, составляются: акты, служебные записки, заполняются иные документы, также данные проверок докладываются на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

При выявлении в ходе проверок нарушений:

- руководителю подразделения, иному должностному лицу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко выдаются устные или письменные рекомендации и (или) указания об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

- руководством ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко принимаются меры по контролю устранения выявленных нарушений (в том числе путем проведения контрольных внеплановых проверок), их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к дисциплинарной и финансовой ответственности.

Обоснованность мер, принимаемых по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, проведение анализа его эффективности обсуждается ежемесячно на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с «Положением о Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

Анализ случаев оказания медицинской помощи в ходе плановых и целевых (внеплановых) проверок осуществляется для оценки качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе для оценки характера, частоты и причин возможных нарушений при оказании медицинской помощи пациенту, приведших к ухудшению состояния здоровья пациента, создавшего риск прогрессирования имеющегося заболевания, создавших риск возникновения нового заболевания, приведших к инвалидизации, к летальному исходу, а также к неэффективному использованию ресурсов медицинской организации, неудовлетворенности пациента медицинской помощью.

Срок проведения плановых и целевых (внеплановых) проверок устанавливается 5 рабочих дней.

При проведении плановых и целевых (внеплановых) проверок лица, уполномоченные на их проведение, имеют право:

- осуществлять получение, сбор и анализ сведений о деятельности структурных подразделений Учреждения;

- знакомиться с документами, связанными с целями, задачами и предметом внутреннего контроля, в том числе с медицинской документацией, снимать копии с указанных документов, а также производить в необходимых случаях фото- и видеосъемку при осуществлении осмотра и обследования;

- знакомиться с результатами анкетирования и устных опросов пациентов и (или) их законных представителей, членов семьи пациента, работников медицинской организации, а также результата анализа жалоб и обращений граждан;

- доступа в структурные подразделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, а также в здания, строения, сооружения, помещения, к используемому оборудованию и транспортным средствам;

- организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок.

Плановые и целевые (внеплановые) проверки, осуществляемые в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предусматривают оценку следующих показателей:

- наличие в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая: преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах; оказание медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций, дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях; перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинские организации для перевода;

- обеспечение оказания медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций;

- обеспечение взаимодействия медицинской организации с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центрами медицины катастроф, в том числе: передача информации из медицинских организаций, оказывающих ско-

рую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, центров медицины катастроф; ведение медицинской документации медицинскими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента в пределах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и переводе в другую медицинскую организацию;

- обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при переводе пациента, выписке из медицинской организации, передаче дежурства и иных обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению медицинской документации;

- обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме;

- осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств;

- обеспечение своевременного оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания;

- обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве;

- обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты;

- обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в медицинской организации лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме;

- обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи);

- организация безопасной деятельности клинико-диагностической лаборатории, наличие системы идентификации образцов и прослеживаемости результатов;

- обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинской информационной системе ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов;

- осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе: обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов; обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения; хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения; соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов, а также учет рисков при применении лекарственных препаратов (в том числе аллергологического анамнеза, особенностей взаимодействия и совместимости лекарственных препаратов) с внесением соответствующих сведений в медицинскую документацию); осуществление контроля качества письменных назначений лекарственных препаратов, в том числе использование унифицированных листов назначения; организация лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, в том числе предоставление сведений о таких гражданах в Федеральный регистр;

- осуществление мероприятий по обеспечению эпидемиологической безопасности, в том числе: профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (в том числе внутрибольничных инфекций); проведение микробиологических исследований (включая случаи подозрения и (или) возникновения внутрибольничных инфекций); организация дезинфекции и стерилизации медицинских изделий; обеспечение эпидемиологической безопасности среды (включая расчет потребности в дезинфицирующих и антисептических средствах, контроль их наличия в медицинской организации; рациональный выбор дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции; обращение с отходами); соблюдение технологий проведения инвазивных вмешательств; обеспечение условий оказания медицинской помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, особо опасными инфекциями), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, санитарно-гигиеническими требованиями; соблюдение правил гигиены медицинскими работниками, наличие оборудованных мест для мытья и обработки рук; профилактика инфекций, связанных с осуществлением медицинской деятельности, у медицинских работников (включая использование индивидуальных средств защиты); рациональное использование антибактериальных лекарственных препаратов для

профилактики и лечения заболеваний и (или) состояний; проведение противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции;

- проведение мониторинга длительности пребывания пациента в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

- подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным, содержащимся в том числе в документах, удостоверяющих личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, возраст), и в медицинской документации;

- осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий, в том числе: применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия; обучение работников медицинской организации применению, эксплуатации медицинских изделий;

- осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах (подготовка пациента к оперативному вмешательству, ведение пациента в периоперационном периоде, в палате пробуждения и послеоперационном периоде, при проведении перевязок) и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе на основе клинических рекомендаций;

- осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;

- осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе: анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов; предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов;

- осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе: создание рациональной планировки структурных подразделений (включая их размещение друг относительно друга, планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений); проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний; обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий; оснащение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья; наличие и исправность систем жизнеобеспечения (включая резервное электроснабжение); соблюдение внутреннего распорядка ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; обеспечение охраны и безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (включая организацию доступа в здания и структурные подразделения, предотвращение и принятие мер в случаях нападения на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, в случаях суицида); соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций; обеспечение беспрепятственного подъезда транспорта для медицинской эвакуации на территорию ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- осуществление мероприятий по обеспечению ухода при оказании медицинской помощи, в том числе: оценка риска возникновения пролежней; проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней; анализ информации о случаях пролежней; осуществление ухода за дренажами и стомами; кормление пациентов, включая зондовое питание;

- организация мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе: создание условий для раннего выявления онкологических заболеваний; проведение обучения медицинских работников по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний; мониторинг своевременности установления диагноза онкологического заболевания, анализ эффективности деятельности по раннему выявлению; информирование пациентов по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний;

- организация работы регистратуры, включая: деятельность структурных подразделений регистратуры, в том числе «стойки информации», «фронт-офиса», «картохранилища», контакт-центра, «call-центра»; оформление листов временной нетрудоспособности, их учет и регистрация; предварительную запись пациентов на прием к врачу; систематизацию хранения медицинской документации и ее доставки в кабинеты приема врачей-специалистов; обеспечение навигационной информации для пациентов с учетом характера расположения помещений; взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники; коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе

наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций;

- организация управления потоками пациентов, в том числе при первичном обращении: распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах; направление пациентов в другие медицинские организации; маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний; порядок записи и отмены записи пациентов на прием при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему; порядок уведомления пациента об отмене приема по инициативе ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- обеспечение функционирования медицинской информационной системы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая информационное взаимодействие с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения, размещение в них сведений в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- проведение информирования граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, об уровне их образования и об их квалификации;

- организация работы дневного стационара в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;

- осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации;

- обеспечение доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также осуществление мероприятий по информированию работников медицинской организации об опубликовании новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре.

III. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности посредством изучения первичной медицинской документации

Эта форма внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности состоит из трёх этапов исследования первичной медицинской документации (по законченным случаям).

На 1 этапе внутренний контроль осуществляется заведующими (руководителями) отделений и подразделений. Контролю подвергается медицинская документация пациентов стационара (в 100 % законченных случаев) с заполнением Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 2) и медицинская документация пациентов поликлинических подразделений (в количестве не менее 5 % от общего количества случаев оказания медицинской помощи в подразделении за отчетный период на амбулаторном этапе) с заполнением Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в поликлинике, консультативно-диагностической поликлинике (женской консультации, дневном стационаре женской консультации), отделении охраны репродуктивного здоровья, медико-генетической консультации ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 4), в том числе упомянутая медицинская документация в каждом случае:

- летального исхода в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- ятрогенных осложнений или внутрибольничного инфицирования в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

- повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре или повторного обращения по поводу одного и того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения;

- сокращения или превышения сроков средней длительности лечения (или временной нетрудоспособности) свыше 50 % по сравнению со средними;

- при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей;

- расхождения клинического и поликлинического диагнозов;

- при предъявлении претензий со стороны страховых компаний и ТФОМС.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности во время проведения анестезиологического пособия осуществляется с заполнением Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 1, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время проведения анестезиологического пособия) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3) в случае смерти пациента во время проведения анестезиологического пособия или в течение первых суток после его выполнения, а также возникновения осложнений, связанных с ним.

Заведующие (руководители) отделений и подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ежемесячно до пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, сдают отчет по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности 1 уровня заведующему отделением контроля качества и безопасности медицинской.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности во время пребывания пациента в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения), отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных осуществляется с заполнением Карты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения), отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 5) в случае смерти пациента в этих подразделениях, в течение первых суток после перевода в отделения стационара и осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи в упомянутых подразделениях.

Предоставление экспертам первичной медицинской документации для внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, своевременности и определенного данным приказом объема выполнения экспертиз медицинской документации 1 уровня обеспечивает уполномоченный по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (для экспертизы 2 уровня).

На 2 этапе внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется заместителями главного врача по медицинской части, хирургической помощи и по акушерско-гинекологической помощи, заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, врачами отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита.

Внутреннему контролю подвергается медицинская документация пациентов в количестве не менее 15 законченных случаев на одного эксперта в месяц, медицинская документация пациентов отбирается для контроля методом «случайной» выборки по порядковым номерам или по определенной нозологии.

На этом этапе внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется также в случаях:

- летального исхода (заместителями главного врача по медицинской части, хирургической помощи и по акушерско-гинекологической помощи, заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко);
- ятрогенных осложнений или выявления инфекций, связанных с медицинской помощью (заместителями главного врача по медицинской части, хирургической помощи и по акушерско-гинекологической помощи, заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко);
- при поступлении жалоб со стороны пациентов или их законных представителей (уполномоченный по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко);
- при предъявлении претензий со стороны страховых компаний и ТФОМС (уполномоченный по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко);
- когда на 1 или 2 этапе в картах внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности были выявлены грубые недостатки организации лечебно-диагностического процесса, оформления медицинской документации и установлен коэффициент качества медицинской помощи ниже 0,8 (заместители главного врача по медицинской части, хирургической помощи и по акушерско-гинекологической помощи, заведующим региональным сосудистым центром, заведующим поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко).

Предоставление экспертам первичной медицинской документации для внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности 2 уровня, контроль своевременного выполнения

ими экспертиз медицинской документации обеспечивает уполномоченный по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (для экспертизы 2 уровня).

На 3 этапе внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется подкомиссиями ВК в случаях:

- летального исхода;
- ятрогенных осложнений или выявления инфекций, связанных с медицинской помощью;
- когда на 2 этапе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности выявлено расхождение более чем на 0,1 в определении коэффициента качества медицинской помощи;
- при поступлении обоснованных жалоб со стороны пациентов или их законных представителей;
- при предъявлении обоснованных претензий со стороны страховых компаний и ТФОМС.

Подготовка медицинской документации для проведения заседания подкомиссий ВК и их организация обеспечивается уполномоченным по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Оценка по каждому критерию заносится в соответствующую графу карт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту, а также фиксируется в журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 6) отдельно по каждому врачу.

Эксперты, осуществляющие внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 1 этапа, по итогам каждого месяца определяют среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по каждому врачу, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно-диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, принимают меры по устранению причин выявленных недостатков.

Эксперты, осуществляющие внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 2 этапа, по итогам каждого месяца выводят среднемесячные коэффициенты качества медицинской помощи по врачам, проводят анализ врачебных ошибок, недостатков организации лечебно-диагностического процесса и оформления первичной медицинской документации, а также анализ причин расхождения оценок 1 и 2 этапов и дают рекомендации по устранению причин выявленных недостатков.

На 3 этапе в обязательном порядке проводится сопоставление оценок 1 и 2 этапов с выводами экспертных комиссий и ежемесячным докладом на Медицинском совете.

Экспертные комиссии, осуществляющие внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа, при выставлении оценок голосуют отдельно по каждому критерию качества, затем определяют итоговую оценку – коэффициент качества медицинской помощи. Результаты голосования отражаются в протоколе заседания соответствующей комиссии, в карте и журнале внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оказанной пациенту.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

КАРТА
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
оказанной пациенту в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ медицинской карты стационарного больного, истории развития новорожденного, истории родов, медицинской карты прерывания беременности	
ФИО пациента	
Код заболевания по МКБ-10	
ФИО лечащего врача	
Код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отделением, подразделением	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургической помощи, по акушерско-гинекологической помощи, заведующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
1.	Ведение пациента стационара (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) • адекватное – 0,15 • неадекватное – 0			
2.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование • полное – 0,15 • неполное – 0			
3.	Своевременность установления клинического диагноза • да – 0,05 • нет – 0			
4.	Обоснованность, полнота и соответствие клинического диагноза МКБ-10 • да – 0,05 • нет – 0			
5.	Лечение • в полном объеме – 0,2 • не в полном объеме – 0			
6.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования • нет – 0,05 • есть – 0			
7.	Выписка пациента стационара (в соответствии со стандартами) • своевременная – 0,05 • несвоевременная – 0			
8.	Оформление первичной медицинской документации • без нарушений – 0,05 • с нарушениями – 0			
9.	Расхождение диагнозов при поступлении и заключительного • нет – 0,05 • да – 0			
10.	Наличие ятрогенных осложнений • да – 0 • нет – 0,2			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1-10 граф)				
ФИО эксперта				

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отделением, подразделением	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургической помощи, по акушерско-гинекологической помощи, заведующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

* на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

** данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа

Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

КАРТА
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 1, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой
пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время проведения анестезиологического
пособия) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ медицинской карты стационарного больного, истории развития новорожденного, истории родов, медицинской карты прерывания беременности	
ФИО пациента	
Код заболевания по МКБ-10	
ФИО врача анестезиолога-реаниматолога	
Код врача анестезиолога-реаниматолога	

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отделением	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургической помощи, по акушерско-гинекологической помощи, заведующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
1.	Ведение пациента перед операцией, манипуляцией (сбор жалоб, анамнеза, своевременность медикаментозных назначений, консилиумов, Ro, лабораторных и инструментальных исследований) • адекватное – 0,1 • неадекватное – 0			
2.	Объем реанимационных мероприятий • полное – 0,1 • неполное – 0 • не требовалось – 0,1			
3.	Обоснованность выбора метода анестезии • да – 0,1 • нет – 0			
4.	Осмотр пациента, коррекция назначений в первые сутки после операции, манипуляции • да – 0,1 • нет – 0 • не требовалось – 0,1			
5.	Своевременность и полнота коррекции осложнений анестезии • в полном объеме – 0,1 • не в полном объеме – 0 • не требовалось – 0,1			
6.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и их дозировок, инструментальных методов обследования, невыполнение обязательных манипуляций			

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отделением	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургической помощи, по акушерско-гинекологической помощи, заведующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
	- нет – 0,1 - есть – 0			
7.	Своевременность перевода пациента в отделение - своевременная – 0,05 - несвоевременная – 0			
8.	Оформление первичной медицинской документации - без нарушений – 0,05 - с нарушениями – 0			
9.	Технология проведения анестезии - без нарушений – 0,1 - с нарушениями – 0			
10.	Наличие ятрогенных осложнений - да – 0 - нет – 0,2			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1–10 граф)				
ФИО эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

* на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

** данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

КАРТА
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
оказанной пациенту в поликлинике, консультативно-диагностической поликлинике (женской консультации, дневном стационаре
женской консультации), отделении охраны репродуктивного здоровья, медико-генетической консультации
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, индивидуальной карты беременной и родильницы женской консультации, истории развития ребенка	
ФИО пациента	
Код заболевания по МКБ-10	
ФИО лечащего врача	
Код лечащего врача	

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий поликлиническим подразделением	Заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи, заведующая поликлиникой	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий по- ликлиническим подразделением	Заместитель главного врача по акушерско-гинекологической по- мощи, заведующая поликлиникой	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
1.	Ведение пациента в поликлинике (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) • адекватное – 0,15 • неадекватное – 0			
2.	Своевременность установления диагноза • да – 0,1 • нет – 0			
3.	Обоснованность, полнота и соответствие диагноза МКБ-10 • да – 0,1 • нет – 0			
4.	Обоснованность и своевременность направления на госпитализацию • обоснованно – 0,05 • необоснованно – 0			
5.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование • полное – 0,15 • неполное – 0			
6.	Лечение пациента • обоснованная – 0,15 • необоснованная – 0			
7.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов и инструментальных методов обследования • нет – 0,05 • есть – 0			
8.	Наличие рекомендаций по ведению, лечению, обследованию и Д-наблюдению врача по месту жительства пациента • наличие в полном объеме – 0,1 • отсутствие, не в полном объеме – 0			
9.	Оформление первичной медицинской докумен- тации • без нарушений – 0,1 • с нарушениями – 0			
10.	Отсутствие обоснованных жалоб пациентов • отсутствуют – 0,1 • имеются – 0			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1–10 граф)				
ФИО эксперта				
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

* на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

** данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

КАРТА

**внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
оказанной пациенту в отделении анестезиологии-реанимации № 2, отделении анестезиологии-реанимации для женщин с палатой
пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения (на время пребывания в палатах пробуждения),
отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

№ медицинской карты стационарного больного, истории развития новорожденного, истории родов, медицинской карты прерывания беременности	
ФИО пациента	
Код заболевания по МКБ-10	
ФИО врача анестезиолога-реаниматолога	
Код врача анестезиолога-реаниматолога	

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отделением	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургической помощи, по акушерско-гинекологической помощи, заведующий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
1.	Ведение пациента (сбор жалоб, анамнеза, своевременность назначений, консилиумов и т.д.) • адекватное – 0,05 • неадекватное – 0			
2.	Своевременность и полнота реанимационных мероприятий • да – 0,2 • нет – 0 • не требовалось – 0,2			
3.	Ro, лабораторное и инструментальное обследование • полное – 0,1 • неполное – 0			
4.	Лечение • в полном объеме – 0,15 • не в полном объеме – 0			
5.	Своевременность коррекции лечения с учетом состояния пациента • да – 0,1 • нет – 0			
6.	Своевременность коррекции обследования с учетом состояния пациента • нет – 0,05 • да – 0			
7.	Обоснование коррекции лечения и обследования пациента • нет – 0,05 • есть – 0			
8.	Перевод пациента в отделения стационара • своевременный – 0,05 • несвоевременный – 0			
9.	Оформление первичной медицинской документации • без нарушений – 0,05 • с нарушениями – 0			
10.	Наличие ятрогенных осложнений • да – 0 • нет – 0,2			
Коэффициент качества медицинской помощи (сумма 1–10 граф)				
ФИО эксперта				

№ п/п	Оценочные критерии*	Заведующий отде- нием	Заместитель главного врача по медицинской части, по хирургиче- ской помощи, по акушерско- гинекологической помощи, заведу- ющий РСЦ	Комиссия
		1 этап	2 этап	3 этап**
Подпись эксперта				
Дата проведения экспертизы				

* на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

** данный столбец заполняется после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа

Приложение № 6
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

ЖУРНАЛ
внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности,
оказанной в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Наименование отделения, подразделения	
ФИО лечащего врача (врача анестезиолога-реаниматолога)	
ФИО эксперта (1 этап)	
ФИО эксперта (2 этап)	

№ п/п	Дата экспертизы	№ медицинского документа поступившего на экспертизу	Оценочные критерии по графам карт внут- реннего контроля качества медицинской по- мощи										Итоговая оценка (коэффи- циент качества медицин- ской помощи)		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1 этап	2 этап	3 этап*

* данные столбцы заполняются после разбора случая соответствующей комиссией, проводившей внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности 3 этапа

IV. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности посредством анонимного анкетирования пациентов

Весомость каждого источника информации определяется конкретными обстоятельствами, но мнение пациентов будет наиболее значимым (если они обладают информацией по оцениваемому показателю), особенно если пациенты могут быть опрошены письменно (анкетирование), с корректно подобранными вопросами в анкетах.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Анонимная анкета пациента,
находящегося на лечении в подразделении стационара
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Уважаемые пациенты!

Данная анкета разработана с целью изучения мнения пациентов о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Просим Вас ознакомиться с вопросами и вариантами ответов на них. Вариант ответа, совпадающий с Вашим мнением, отметьте знаком «V» в соответствующей строке анкеты.

1. Сроки Вашего ожидания госпитализации:		
менее 1 месяца ☐	более 1 месяца ☐ (укажите сколько _____)	
2. Время Вашего нахождения в приемном отделении при госпитализации:		
до 40 минут ☐	от 40 минут до 3 часов ☐	более 3 часов ☐ (укажите сколько _____)
3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врачебного персонала:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
4. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
5. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам санитарок:		
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)	
6. Приобретали ли Вы медикаменты во время нахождения в стационаре:		
да ☐ (укажите примерную сумму _____)	нет ☐	
7. При длительности в стационаре более 7 дней, меняли ли Вам постельное бельё:		
да ☐	нет ☐	
8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в стационаре:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
9. Удовлетворены ли Вы питанием:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
10. Удовлетворены ли Вы информацией о Вашем заболевании, предоставленной врачом:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
11. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при выписке, данными врачом:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
12. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощи в целом:		
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)	
13. За время пребывания в нашей больнице сталкивались ли Вы с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за проведение процедур, манипуляций, обследования, назначения медицинских препаратов:		
да ☐	нет ☐	
14. Ваши пожелания по улучшению качества оказываемой медицинской помощи:		

Приложение № 8
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Порядок проведения
анонимного анкетирования пациента,
находящегося на лечении в подразделении стационара
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

Анкеты заполняются пациентами во время пребывания пациентов в подразделении стационара. Анкетированию подлежит не менее 10 % от среднестатистического количества пациентов, находящихся на лечении в подразделениях стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Анкетирование должно проводиться равномерно ежемесячно до 25 числа методом опроса всех пациентов, находящихся на лечении в стационаре.

Анкеты раздаются пациентам и собираются старшими медицинскими сестрами других отделений (подразделений), затем они передаются заместителю главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения анализа, при выявлении негативных фактов проводится служебное расследование.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом представляет результаты анализа анкет на ежемесячные заседания Медицинского совета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, где главный врач и члены Медицинского совета изучают результаты анкетирования и проверки негативных фактов, отмеченных пациентами в анкетах. При необходимости принимает меры административного воздействия.

Результаты анкетирования учитываются при проведении годового анализа функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с п. 8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко».

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Анонимная анкета пациента,
находящегося на консультации (лечении) в поликлиническом подразделении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

Уважаемые пациенты!

Данная анкета разработана с целью изучения мнения пациентов о качестве и доступности медицинской помощи, оказываемой в поликлинике ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Просим Вас ознакомиться с вопросами и вариантами ответов на них. Вариант ответа, совпадающий с Вашим мнением, отметьте знаком «V» в соответствующей строке анкеты.

1. Срок Вашего ожидания консультации:	
до 14 дней ☐	более 14 дней ☐
2. Время Вашего ожидания в очереди к врачу:	
до 40 минут ☐	более 40 минут ☐
3. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врачебного персонала:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)
4. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)
5. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам медицинских регистраторов:	
да ☐	нет ☐ (укажите их ФИО _____)

6. Удовлетворены ли Вы режимом работы поликлиники:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
7. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в поликлинике:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
8. Удовлетворены ли Вы объемом медицинских услуг, предоставляемым поликлиникой:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
9. Удовлетворены ли Вы информацией о Вашем заболевании, предоставленной врачом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
10. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при окончании консультации, данными врачом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
11. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощи в целом:	
да ☐	нет ☐ (укажите причину _____)
12. За время пребывания в нашей больнице сталкивались ли Вы с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за проведение процедур, манипуляций, обследования, назначения медицинских препаратов:	
да ☐	нет ☐
13. Ваши пожелания по улучшению качества оказываемой медицинской помощи:	

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Порядок проведения
анонимного анкетирования пациента,
находящегося на консультации (лечения) в поликлиническом подразделении
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

Анкеты заполняются пациентами во время пребывания пациентов в поликлиническом подразделении.

Анкетированию подлежит не менее 5 тысяч пациентов в год, принятых поликлиническим подразделением ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Анкетирование должно проводиться равномерно ежемесячно до 25 числа методом опроса всех пациентов, находящихся в поликлиническом подразделении.

Анкеты раздаются пациентам и собираются старшими медицинскими сестрами других отделений (подразделений), затем они передаются заместителю главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения анализа, при выявлении негативных фактов проводится служебное расследование.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом представляет результаты анализа анкет на ежемесячные заседания Медицинского совета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, где главный врач и члены Медицинского совета изучают результаты анкетирования и проверки негативных фактов, отмеченных пациентами в анкетах. При необходимости принимает меры административного воздействия.

Результаты анкетирования учитываются при проведении годового анализа функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с п. 8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Приложение № 11
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Анонимная анкета
по изучению социального портрета и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью
в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Уважаемый пациент! Просим Вас откровенно ответить на вопросы предлагаемой анкеты. Ваши ответы и предложения будут использоваться для совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности нашего учреждения. При ответе на вопрос необходимо выбрать только один вариант ответа и обвести соответствующий код.

Номер анкеты _____

Дата заполнения анкеты _____

I. СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА

1. Ваш пол:

001 (мужской)

002 (женский)

2. Ваш возраст (полных лет):

003 (моложе 20 лет)

004 (от 21 до 30 лет)

005 (от 31 до 40 лет)

006 (от 41 до 50 лет)

007 (от 51 до 54 лет)

008 (от 55 до 59 лет)

009 (старше 60 лет)

3. Вы проживаете:

010 (в Пензенской области)

011 (в другом субъекте РФ)

012 (в другой стране)

4. Вы проживаете:

013 (в селе)

014 (в городе, кроме областного, республиканского центра)

015 (в областном, республиканском центре)

5. Ваше образование:

016 (высшее)

017 (неоконченное высшее)

018 (средне-специальное)

019 (среднее)

020 (неоконченное среднее)

021 (начальное)

022 (отсутствует)

6. Ваше социальное положение:

023 (имею свой бизнес)

024 (рабочий)

025 (служащий)

026 (учащийся (студент))

027 (пенсионер неработающий)

028 (пенсионер работающий)

029 (инвалид неработающий)

030 (инвалид работающий)

031 (не работаю, в т.ч. - домохозяйка)

032 (безработный)

7. Сфера Вашей трудовой деятельности:

033 (промышленность)

034 (сельское хозяйство)

035 (бытовое обслуживание)

036 (гражданская государственная или муниципальная служба)

037 (здравоохранение)

038 (образование)

039 (культура)

040 (физкультура, спорт)

041 (прочая социальная сфера)

042 (силовые структуры (военный, полицейский и др.))

8. Вы имеете постоянную работу:

043 (да)

044 (нет)

9. Как Вы оцениваете свое материальное положение:

045 (очень плохое)

046 (плохое)

047 (удовлетворительное)

048 (хорошее)

10. Размер среднемесячного дохода на одного члена семьи:

- 049 (до 8 404 руб.)
- 050 (от 8 405 до 9 179 руб.)
- 051 (от 9 180 до 9 953 руб.)
- 052 (от 9 954 руб. до 29 100 руб.)
- 053 (свыше 29 100 руб.)

11. Вы проживаете в:

- 054 (собственной квартире)
- 055 (собственном доме)
- 056 (имею социальное жилье)
- 057 (коммунальной квартире (общежитии))
- 058 (снимаю жилье)

12. Количество квадратных метров на человека:

- 059 (менее 18 м²)
- 060 (более 18 м²)

13. Как Вы оцениваете свои жилищные условия:

- 061 (очень плохие)
- 062 (плохие)
- 063 (удовлетворительные)
- 064 (хорошие)

14. Ваше семейное положение:

- 065 (не замужем или не женат)
- 066 (женат или замужем)
- 067 (разведен или разведена)
- 068 (вдовец или вдова)

15. Сколько у Вас детей:

- 069 (ни одного)
- 070 (один)
- 071 (два)
- 072 (три)
- 073 (четыре и более)

16. Вы себя считаете:

- 074 (оптимистом)
- 075 (реалистом)
- 076 (пессимистом)

II. СВЕДЕНИЯ О ВАШЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ

1. Давность заболевания, по поводу которого Вы находитесь в нашей больнице:

- 077 (до 1 суток)
- 078 (от 1 суток до 7 суток)
- 079 (от 8 суток до 1 месяца)
- 080 (от 1 месяца до 6 месяцев)
- 081 (от 6 месяцев до 1 года)
- 082 (от 1 до 5 лет)
- 083 (от 5 до 10 лет)
- 084 (более 10 лет)

2. Ваше заболевание:

- 085 (острое)
- 086 (хроническое)
- 087 (затрудняюсь ответить)

3. Лечились ли Вы ранее в нашей больнице:

- 088 (да)
- 089 (нет)

4. Который раз Вы лечитесь в нашей больнице:

- 090 (первый раз)
- 091 (второй раз)
- 092 (третий раз)
- 093 (четвертый и более раз)

5. Кто направил Вас на лечение в нашу больницу:

- 094 (врач (фельдшер) скорой медицинской помощи)
- 095 (участковый врач поликлиники по месту жительства)
- 096 («узкий» специалист поликлиники по месту жительства)
- 097 (врач стационара больницы по месту жительства)
- 098 (врач-специалист поликлиники нашей больницы)
- 099 (врач стационара нашей больницы)
- 100 (самостоятельное обращение)

III. ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Смогли ли Вы получить информацию в доступной для Вас форме о нашей больнице, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации:

- 101 (да)
- 102 (нет)
- 103 (не было необходимости)

- 2. Смогли ли Вы осуществить выбор врача и медицинской организации при обращении в нашу больницу:**
 104 (да)
 105 (нет)
 106 (не было необходимости)
- 3. Как долго Вы ожидали консультаций наших врачей-специалистов и диагностических обследований в нашей поликлинике:**
 107 (до 14 суток)
 108 (от 15 до 30 суток)
 109 (более 30 суток)
- 4. Смогли ли Вы воспользоваться правом внеочередного получения медицинской помощи в нашей больнице:**
 110 (да)
 111 (нет)
 112 (не являюсь обладателем этой льготы)
- 5. Какое время Вы ожидали в очереди приема врача в нашей поликлинике (от момента назначенного Вам времени и до приема):**
 113 (до 40 минут)
 114 (больше 40 минут)
- 6. Как долго Вы ожидали госпитализации в нашу больницу:**
 115 (госпитализирован(а) сразу)
 116 (до одной недели)
 117 (до одного месяца)
 118 (до трех месяцев)
 119 (до шести месяцев)
 120 (более шести месяцев)
- 7. Время Вашего нахождения в приемном отделении при госпитализации:**
 121 (до 40 минут)
 122 (от 40 минут до 3 часов)
 123 (более 3 часов)
- 8. Удовлетворены ли Вы условиями пребывания в нашей поликлинике, стационаре:**
 124 (да)
 125 (частично)
 126 (нет)
- 9. При длительности в стационаре более 7 дней, меняли ли Вам постельное бельё:**
 127 (да)
 128 (нет)
 129 (не помню)
- 10. Удовлетворены ли Вы информацией о Вашем заболевании, предоставленной врачом нашей больницы:**
 130 (да)
 131 (частично)
 132 (нет)
- 11. Удовлетворены ли Вы рекомендациями при выписке из стационара нашей больницы, после окончания консультации в поликлинике, данными врачом нашей больницы:**
 133 (да)
 134 (частично)
 135 (нет)
- 12. За время пребывания в нашей больнице сталкивались ли Вы с фактами вымогательства денежных средств медицинским персоналом за проведение процедур, манипуляций, обследования, назначения медицинских препаратов:**
 136 (да)
 137 (нет)
- 13. Удовлетворены ли Вы режимом работы нашей поликлиники, стационара:**
 138 (да)
 139 (частично)
 140 (нет)

IV. ОЦЕНКА ОБЪЕМА ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 1. Удовлетворены ли Вы в целом объемом медицинских услуг, предоставляемым нашей поликлиникой, стационаром:**

- 141 (да)
 142 (частично)
 143 (нет)

- 2. Оцените (по пятибалльной системе, где 1 – минимальный балл и 5 – максимальный балл) объем предоставленных Вам в нашей больнице медицинских услуг. Обведите один соответствующий код:**

№ п/п	Вид лечения и обследования	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1.	Объем медикаментозного лечения	144	145	146	147	148
2.	Объем физиотерапевтического лечения	149	150	151	152	153
3.	Объем диетотерапии	154	155	156	157	158
4.	Объем хирургического лечения	159	160	161	162	163
5.	Объем диагностических исследований					

	ультразвуковых	164	165	166	167	168
	рентгеновских	169	170	171	172	173
	лабораторных	174	175	176	177	178
	• функциональных	179	180	181	182	183

V. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Удовлетворены ли Вы качеством оказанной медицинской помощи в нашей больнице в целом:

184 (да)

185 (частично)

186 (нет)

2. Оцените (по пятибалльной системе, где 1 – минимальный балл и 5 – максимальный балл) качество предоставленных Вам в нашей больнице медицинских услуг. Обведите один соответствующий код:

№ п/п	Вид лечения и обследования	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1.	Качество медикаментозного лечения	187	188	189	190	191
2.	Качество физиотерапевтического лечения	192	193	194	195	196
3.	Качество диетотерапии	197	198	199	200	201
4.	Качество хирургического лечения	202	203	204	205	206
5.	Качество диагностических исследований					
	ультразвуковых	207	208	209	210	211
	рентгеновских	212	213	214	215	216
	лабораторных	217	218	219	220	221
	• функциональных	222	223	224	225	226

VI. ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЖИМА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Удовлетворены ли Вы организацией и режимом работы отделений и специалистов нашей больницы в целом:

227 (да)

228 (частично)

229 (нет)

2. Оцените (по пятибалльной системе, где 1 – минимальный балл и 5 – максимальный балл) организацию и режим работы отделений и специалистов в нашей больнице. Обведите один соответствующий код:

№ п/п	Оцениваемый критерий	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1.	Организация и режим работы отделения или подразделения, в котором Вы получали основное лечение	230	231	232	233	234
2.	Организация и режим работы вспомогательных отделений или подразделений	235	236	237	238	239
3.	Организация и режим работы специалистов отделения или подразделения, в котором Вы получали основное лечение	240	241	242	243	244
4.	Организация и режим работы специалистов вспомогательных отделений или подразделений	245	246	247	248	249

VII. ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЕРСОНАЛА И ОТНОШЕНИЯ ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ

Оцените по пятибалльной системе, где 1 – минимальный балл и 5 – максимальный балл. Обведите один соответствующий код.

1. Удовлетворены ли профессионализмом и отношением персонала нашей больницы в целом:

250 (да)

251 (частично)

252 (нет)

2. Оцените (по пятибалльной системе, где 1 – минимальный балл и 5 – максимальный балл) профессиональные характеристики и отношение персонала к пациентам в нашей больнице. Обведите один соответствующий код:

№ п/п	Оцениваемый критерий	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1.	Профессиональная подготовка врачей	253	254	255	256	257
2.	Профессиональная подготовка медицинских сестер	258	259	260	261	262
3.	Профессиональная подготовка немедицинских работников (санитарок, медицинских регистраторов)	263	264	265	266	267
4.	Отношение врачей к пациентам	268	269	270	271	272
5.	Отношение медицинских сестер к пациентам	273	274	275	276	277
6.	Отношение немедицинских работников к пациентам (санитарок, медицинских регистраторов)	278	279	280	281	282

VIII. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

1. После проведенного лечения в нашей больнице Вы:

- 283 (выздоровел (а))
- 284 (самочувствие улучшилось)
- 285 (осталось без перемен)
- 286 (ухудшилось)

2. Восстановлена ли Ваша трудоспособность:

- 287 (да)
- 288 (не в полном объеме)
- 289 (нет)
- 290 (я не работаю)

3. В случае необходимости в амбулаторном (консультации), стационарном лечении, Вы выберете нашу больницу:

- 291 (да)
- 292 (нет)
- 293 (затрудняюсь ответить)

Благодарим Вас за участие в анкетировании! Просим изложить Ваши пожелания и предложения по улучшению работы ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»:

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Порядок проведения анонимного анкетирования пациента с целью изучения его социального портрета и удовлетворенности оказанной медицинской помощью в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Анкеты заполняются пациентами во время пребывания пациентов в подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Анкетированию подлежит не менее 3 тысяч пациентов, получающих лечение или обследование в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Анкетирование должно проводиться равномерно ежемесячно до 25 числа методом опроса всех пациентов, находящихся в подразделениях.

Анкеты раздаются пациентам и собираются старшими медицинскими сестрами других отделений (подразделений), затем они передаются заместителю главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения анализа, при выявлении негативных фактов проводится служебное расследование.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом представляет результаты анализа анкет на ежемесячные заседания Медицинского совета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, где главный врач и члены Медицинского совета изучают результаты анкетирования и проверки негативных фактов, отмеченных пациентами в анкетах. При необходимости принимает меры административного воздействия.

Результаты анкетирования учитываются при проведении годового анализа функционирования СМК со стороны руководства в соответствии с п. 8 Положения «О системе менеджмента качества ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

V. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности непосредственно в процессе оказания медицинской помощи

Для повышения объективности внутреннего контроля необходимо использовать несколько источников информации, дополняющих друг друга. Одним из главных является прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности. Оно осуществляется главным врачом, заместителями главного врача, руководителем РСЦ, заведующими и старшими медицинскими сестрами подразделений и отделений в процессе обходов, консилиумов, консультаций, первичных осмотров, выполнения операций и манипуляций, процедур. Результаты этого могут отражаться в медицинской документации, протоколах, записных книжках должностных лиц с последующим обобщением полученной информации, внесением коррективов (как правило немедленно), вынесением наиболее важных и повторяющихся проблем на обсуждение Медицинского совета ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

VI. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности посредством внутреннего аудита основных направлений деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Внутренние аудиторы – это сотрудники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, уполномоченные главным врачом на проведение контрольных мероприятий по наиболее актуальным с точки зрения рисков при оказании медицинской помощи направлениям, в чьи должностные обязанности по основному месту работы не входит (или не в своем подразделении) этот контроль и имеющие соответствующие компетенции для него, в рамках осуществления внутреннего аудита подчинены заведующему отделением внутреннего аудита качества и безопасности медицинской деятельности.

В ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко определен следующий перечень направлений внутреннего аудита:

1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений.
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
6. Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и трансфер в другие медицинские организации.
7. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения.
8. Идентификация личности пациентов.
9. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови.
10. Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции.
11. Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
12. Деятельность клиничко-диагностической лаборатории.
13. Деятельность поликлиники.

По каждому из разделов определены основные группы показателей (требования соответствия), комплексная оценка которых дает объективную информацию о состоянии качества и безопасности медицинской деятельности по каждому упомянутому разделу работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. С одной стороны, выбранные показатели достаточно полно отражают процесс, с другой – являются реперными точками оценки этого процесса.

Каждая группа показателей включает в себя показатели медицинской деятельности, которые характеризуют ее качество и безопасность.

Обеспечение необходимой работы по всем указанным выше направлениям является задачей отделения внутреннего аудита качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, при этом определены аудиторы по каждому направлению, в том числе с привлечением в качестве аудиторов среднего медицинского персонала.

Цели, задачи, функции, ответственность, права и порядок взаимодействия отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита, отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности и отделения внутреннего аудита, Уполномоченного по качеству медицинской помощи в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, руководителей и уполномоченных работников (внутренних аудиторов) структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, Врачебной комиссии, Медицинского совета в рамках организации и проведения внутреннего контроля определены в Положении об отделе контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, утвержденном главным врачом.

**Список внутренних аудиторов
в соответствии с проверочными листами внутреннего аудита
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

№ п/п	ФИО внутреннего аудитора	Номер проверочного ли- ста внутреннего аудита
1.	Маркина Инна Николаевна	№ 1 № 10
2.	Умнов Николай Петрович	№ 2 № 11
3.	Барышникова Елена Александровна	№ 3 № 4 № 5
4.	Белова Маргарита Васильевна	№ 6 № 7 № 8
5.	Петров Александр Владимирович	№ 9
6.	Пейфурт Светлана Николаевна	№ 12
7.	Швагирева Альбина Николаевна	№ 13
8.	Юрова Светлана Алексеевна	№ 14
9.	Стешкина Ирина Владимировна	№ 14
10.	Каверина Марина Александровна	№ 15 № 16 № 17
11.	Соломаха Лариса Алексеевна	№ 18
12.	Аскалин Александр Александрович	№ 19
13.	Кулюцин Алексей Валерьевич	№ 19
14.	Крюкова Татьяна Николаевна	№ 20
15.	Юматов Михаил Владимирович	№ 21
16.	Глухова Наталья Васильевна	№ 22
17.	Новикова Елена Анатольевна	№ 23
18.	Кирюхин Игорь Владимирович	№ 24
19.	Фурман Оксана Леонидовна	№ 25
20.	Палиенко Людмила Владимировна	№ 26
21.	Зотова Светлана Анатольевна	№ 27
22.	Умнова Галина Васильевна	№ 28 № 29
23	Сараева Елена Анатольевна	№ 30

Перечень проверочных листов внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

Проверочный лист внутреннего аудита № 1 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	
	Группа(ы) показателей	1. Информирование персонала о новых лекарственных средствах 2. Прогнозирование риска при использовании ЛП 3. Процесс назначения и использования ЛП 4. Контроль качества письменных назначений ЛП 5. Контроль качества вербальных назначений 6. Контроль эффективности назначения ЛП 7. Информирование персонала о ЛП	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных документов по вопросам обеспечения лекарственной безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
2.	Проверить наличие протоколов конференций: – в журнале терапевтических конференций – в журнале хирургических конференций – в журнале клиничко-административных конференций Опросить не менее двух сотрудников на предмет подтверждения информирования		
3.	Учет рисков при применении лекарственных препаратов: проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях учреждения на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая: – аллергию – возраст –сопутствующие заболевания/ ЛП, принимаемые в момент поступления – масса тела пациента – беременность (если применимо) – заболевания печени – заболевания почек – психические заболевания – курение, алкоголь – прием наркотических и других психотропных веществ		
4.	Соблюдение требований к назначению лекарственных препаратов: проверить не менее 10 ИБ на предмет соответствия назначений клиническим рекомендациям/стандартам по данной нозологии: – выбор ЛП – дозировки ЛП – коррекция дозы ЛП с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета – путь введения ЛП – кратность назначения ЛП		
5.	Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП		
6.	Оценить методом наблюдения исполнение персоналом алгоритма идентификации пациента (СОП идентификации личности пациента при оказании медицинской помощи (диагностике, лечении, реабилитации) в стационаре и подразделениях поликлиники, приказ ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 80 от 26.04.2019)		
7.	Проверить наличие таблиц высших разовых и суточных доз ЛП, в том числе ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств		
8.	Проверить наличие алгоритмов действий персонала при передозировке или отравлении ЛП, включая таблицы противоядий во всех подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
9.	Оценить знания персоналом алгоритмов действий при передозировке или отравлении ЛП, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
10.	Использование унифицированных листов назначения: проверить наличие стандартных листов назначений		
11.	Осуществление контроля качества письменных назначений: проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях учреждения, оценить качество заполнения листов назначений, включая: – аккуратность заполнения (назначения написаны разборчиво/печатными буквами) – использование стандартизированных сокращений, включая наличие наименования ЛС, доза, кратность, путь введения, время		

12.	Оценить методом наблюдения (при наличии возможности) или опросить не менее 5 сотрудников из различных подразделений учреждения на предмет знания алгоритма вербальных назначений ЛП				
13.	Проверить не менее 10 ИБ в разных подразделениях учреждения на предмет наличия данных с оценкой эффективности лечения, включая: – жалобы – клиника – лабораторно-диагностические показатели – приверженность/активный контроль назначений				
14.	Проверить наличие справочников (ГРЛС и др.) во всех подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко				
15.	Проверить наличие доступа в интернет в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 24/7/365				
16.	Проверить наличие плана с темами конференций в учреждении за последний год, опросить не менее 5 сотрудников об их участии в конференциях				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 2
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/ п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	
	Группа(ы) показателей	Система регистрации и сбора информации о серьезных и непредвиденных реакциях в Учреждении и передачи сведений в Росздравнадзор	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
1	Проверить наличие актуализированных локальных нормативных актов по фармаконадзору в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко: – актуализированного приказа ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко «Об организации лекарственной безопасности и фармаконадзора в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко» № 183 от 25.12.2018 (включая ответственных лиц: ФИО, должность) – алгоритма сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора – стандартных извещений о нежелательной реакции или отсутствии терапевтического эффекта лекарственного препарата		
2	Оценить знания: – персоналом алгоритма сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – ответственного лица за осуществление мониторинга безопасности лекарственных средств алгоритма направления сведений о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в Росздравнадзор – ответственного лица за осуществление мониторинга безопасности лекарственных средств по заполнению извещений – ответственного лица за осуществление мониторинга безопасности лекарственных средств по использованию алгоритма ВОЗ по определению степени достоверности причинно-следственной связи «лекарство-НПР»		
3	Оценить порядок сбора информации, включая базу данных «Извещения о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства»		
4	Оценить систему информирования персонала о результатах аудитов, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		

Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 3
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор			
	Группа(ы) показателей	1. Система обеспечения лекарственной безопасности в Учреждении 2. Организация внутреннего производственного контроля (обеспечение качества ЛП) 3. Информационная система наличия ЛП в Учреждении (база данных)			
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1	Наличие локальных нормативных актов Учреждения по вопросам обеспечения лекарственной безопасности				
2.	Определен и соблюдается порядок закупки: Наличие договора/контракта Соответствие сроков поставки Соответствие/согласование сроков годности поставляемых лекарственных средств				
3.	Хранение ЛП в недоступных для пациентов и посетителей местах во всех подразделениях				
4.	Хранение ЛП в первичной упаковке во всех подразделениях				
5.	Соблюдение условий хранения ЛП после вскрытия упаковки (на упаковке/этикетке указаны условия хранения ЛП после первого вскрытия первичной упаковки и после приготовления или разбавления раствора (суспензии))				
6.	Правильная маркировка ЛП, включая емкости с жидкими формами (маркировка наносится печатными буквами с указанием дозировок, идентификаторов пациента, которым ЛП предназначено)				
7.	Отсутствие перекрашенных ЛП во всех подразделениях				
8.	Отсутствие немаркированных ЛП во всех подразделениях				
9.	Отсутствие вскрытых флаконов и ампул с ЛП во всех подразделениях				
10.	Выполнение СОП «Порядок хранения лекарственных препаратов в медицинской организации»				
11.	Выполнение СОП «Порядок изготовления лекарственных препаратов для медицинского применения»				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 4
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	
		Группа(ы) показателей	Показатели аудита
		Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов, в том числе: 1. Обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения 2. Хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения 3. Обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов	
			Да/нет (+/-)
1	Обеспечивают ли помещения для хранения лекарственных препаратов:		
	– безопасное раздельное хранение?		
	– перемещение лекарственных препаратов?		
2	Имеется ли обозначенная зона или отдельное помещение для приемки лекарственных препаратов?		
3	Имеются ли обозначенные зоны или отдельные помещения хранения лекарственных препаратов, требующих специальных условий?		
4	Имеется ли для хранения выявленных фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов:		
	– обозначенная зона?		
	– отдельное помещение?		
5	Имеется ли обозначенная зона или отдельное помещение, обеспечивающие требуемые условия хранения лекарственных препаратов, для карантинного хранения лекарственных препаратов?		
5	Имеется ли в помещениях и зонах, используемых для хранения лекарственных препаратов, освещение?		
7	Имеется ли валидированная система, разделяющая зоны хранения?		
8	Отделены ли административно-бытовые помещения от зон хранения лекарственных препаратов?		
9	Проводится ли уборка помещений (зон) для хранения лекарственных препаратов в соответствии с СОП?		
10	Установка оборудования для хранения лекарственных средств в помещениях обеспечивает ли доступность для проведения уборки?		
11	Допускает ли отделка помещений (внутренние поверхности стен, потолков) для хранения лекарственных препаратов возможность проведения влажной уборки?		
12	Обеспечена ли защита помещений для хранения лекарственных препаратов от проникновения насекомых, грызунов или других?		
13	Оснащены ли помещения для хранения лекарственных средств приборами для регистрации параметров воздуха:		
	– термометры?		
	– гигрометры?		
	– термогигрометры?		
	– электронные гигрометры?		
14	Размещены ли измерительные части приборов для регистрации параметров воздуха на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов и на высоте 1,5–1,7 м от пола?		
15	Имеется ли холодильное оборудование (с указанием наименования, марки, инвентарного номера, температурного режима, емкости) с размещением и обслуживанием согласно документации по его использованию (эксплуатации):		
	– холодильные камеры или специально оборудованное помещение?		
	– фармацевтические холодильные шкафы или холодильники?		
16	Имеются ли системы кондиционирования в помещениях для хранения лекарственных средств?		
17	Имеется ли система вентиляции в помещениях для хранения лекарственных средств?		
18	Имеется ли в помещениях для хранения лекарственных средств система контроля доступа в помещения (зоны)?		
19	Имеется ли пломбир (или печать) (при наличии) для опечатывания шкафов или помещений, в которых хранятся лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету?		
20	Имеются ли для хранения лекарственных препаратов:		
	– стеллажи?		
	– шкафы металлические или деревянные для хранения лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету?		
	– шкафы?		
	– поддоны?		
	– подтоварники?		
21	Прошло ли оборудование, относящееся к средствам измерений:		
	– первичную поверку и (или) калибровку до ввода в эксплуатацию?		
	– первичную поверку и (или) калибровку после ремонта?		
	– периодическую поверку и (или) калибровку в процессе эксплуатации?		
22	Имеются ли запасные поверенные средства измерения в случае ремонта, технического обслуживания, поверки оборудования и средств измерения?		
23	Соответствуют ли сведения результатов приемочного контроля сведениям в товаросопроводительной документации:		

	– по ассортименту и количеству?	
	– по качеству?	
	– по соблюдению специальных условий хранения (при наличии такого требования в нормативной документации на лекарственный препарат)?	
	– по наличию повреждений транспортной тары?	
24	Идентифицируются ли хранящиеся лекарственные средства?	
25	Осуществляется ли хранение лекарственных препаратов:	
	– с учетом требований нормативной документации, составляющей регистрационное досье на лекарственный препарат?	
	– инструкции по медицинскому применению?	
	– информации, содержащейся на первичной и (или) вторичной упаковке лекарственного препарата?	
	– транспортной таре?	
26	Размещаются ли лекарственные препараты в помещениях и (или) зонах для хранения лекарственных препаратов в соответствии с требованиями нормативной документации и (или) требованиями, указанными на упаковке лекарственного препарата, с учетом:	
	– физико-химических свойств лекарственных препаратов?	
	– фармакологических групп?	
	– способа введения лекарственных препаратов?	
27	Осуществляется ли хранение огнеопасных и взрывоопасных лекарственных препаратов вдали от:	
	– огня?	
	– отопительных приборов?	
	– прямых солнечных лучей?	
28	Хранятся светочувствительные лекарственные препараты в защищенном от света месте?	
29	Изолируются ли специально промаркированные лекарственные препараты, предназначенные для уничтожения?	
30	Изолируются ли:	
	– лекарственные препараты, в отношении которых субъектом обращения лекарственных препаратов принято решение о приостановлении применения?	
	– лекарственные препараты, в отношении которых субъектом обращения лекарственных препаратов принято решение об изъятии из обращения?	
	– фальсифицированные, недоброкачественные и контрафактные лекарственные препараты?	
31	Имеются ли документы, описывающие действия, выполняемые субъектом обращения лекарственных препаратов:	
	– СОП?	
	– инструкции?	
	– договоры?	
	– отчеты (сводные журналы)?	
32	Ведется ли учет лекарственных средств с ограниченным сроком годности на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией?	
33	Имеется ли в наличии разработанный и утвержденный комплекс мер, направленных на минимизацию риска контаминации лекарственных препаратов, с учетом условий соблюдения защиты от факторов внешней среды с оформлением:	
	– приказов?	
	– СОП?	
	– инструкций?	
34	Регистрируются ли результаты температуры и влажности в специальном журнале (карте) регистрации на бумажном носителе и (или) в электронном виде ежедневно, в том числе в выходные и праздничные дни?	
35	Хранятся ли журналы (карты) регистрации температурного картирования в течение двух лет?	
36	Соблюдается ли запрет на хранение в помещениях хранения лекарственных препаратов:	
	– пищевых продуктов?	
	– табачных изделий?	
	– напитков (за исключением питьевой воды)?	
	– лекарственных препаратов, предназначенных для личного использования работниками?	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)		
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)		

Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 5
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор
	Группа(ы) показателей	Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов (хранение лекарственных препаратов для медицинского применения в аптеке производственной), в том числе: 1. Обеспечение контроля условий хранения лекарственных препаратов, требующих особых условий хранения. 2. Хранение лекарственных препаратов в специально оборудованных помещениях и (или) зонах для хранения. 3. Обеспечение контроля сроков годности лекарственных препаратов
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1	Утверждены ли руководителем ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко документы по обращению лекарственных средств (стандартные операционные процедуры)?	
2	Имеется ли документация системы качества на бумажных и (или) электронных носителях:	
	– журнал ежедневной регистрации параметров температуры и влажности в помещениях для хранения лекарственных препаратов?	
	– журнал периодической регистрации температуры внутри холодильного оборудования?	
	– журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств, включенных в перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету (при наличии)?	
	– журнал учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности?	
	– журнал учета поступления и расхода вакцины (при наличии)?	
	– журнал регистрации результатов приемочного контроля?	
	– журнал регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (при наличии)?	
3	Назначено ли руководителем ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лицо, ответственное за внедрение и обеспечение системы качества?	
4	Имеются ли необходимые помещения (или) зоны, принадлежащие аптечной организации на праве собственности или на ином законном основании, необходимые для осуществления деятельности по хранению лекарственных препаратов?	
5	Имеется ли обозначенная зона или отдельное помещение приемки лекарственных препаратов?	
6	Имеется ли обозначенная зона или отдельное помещение хранения лекарственных препаратов, требующих специальных условий?	
7	Имеется ли для хранения выявленных фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов:	
	– обозначенная зона?	
	– отдельное помещение?	
8	Имеется ли зона или отдельное помещение, обеспечивающая требуемые условия хранения лекарственных препаратов для карантинного хранения лекарственных препаратов?	
9	Освещены ли помещения и зоны, используемые для хранения лекарственных препаратов?	
10	Отделены ли административно-бытовые помещения от помещений хранения лекарственных препаратов?	
11	Имеется ли отдельная зона (шкафы) для хранения оборудования, инвентаря и материалов для уборки (очистки), а также моющих и дезинфицирующих средств?	
12	Проводится ли уборка помещений (зон) для хранения лекарственных препаратов в соответствии с СОП?	
13	Имеется ли гладкая отделка помещений для хранения лекарственных препаратов (внутренние поверхности стен, потолков), допускающая возможность проведения влажной уборки и исключающая накопление пыли?	
14	Обеспечена ли защита помещений для хранения лекарственных препаратов от проникновения насекомых, грызунов или других животных?	
15	Имеется ли необходимое оборудование (в хорошем состоянии и чистое), принадлежащее организации на праве	

	собственности или на ином законном основании?	
16	Оснащены ли помещения для хранения лекарственных средств приборами для регистрации параметров воздуха:	
	– термометрами?	
	– гигрометрами?	
	– электронными гигрометрами?	
	– термогигрометрами?	
17	Размещаются ли измерительные части приборов для регистрации параметров воздуха на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов и на высоте 1,5–1,7 м от пола?	
18	Регистрируются ли показания приборов для регистрации параметров воздуха ежедневно в специальном журнале (карте) регистрации на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией (для электронных гигрометров), который ведется ответственным лицом?	
19	Сертифицированы, калиброваны и подвергаются ли проверке контролирующие приборы для регистрации параметров воздуха?	
20	Имеется ли холодильное оборудование:	
	– холодильные камеры или специально оборудованное помещение?	
	– фармацевтические холодильные шкафы или холодильник для хранения термолabileльных лекарственных средств?	
21	Имеются ли системы кондиционирования в помещениях хранения лекарственных препаратов?	
22	Имеются ли системы вентиляции в помещениях хранения лекарственных препаратов?	
23	Имеются ли шкафы металлические или деревянные для хранения лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету?	
24	Имеется ли пломбир для опечатывания в конце рабочего дня шкафов металлических или деревянных (или помещений) для хранения лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету?	
25	Имеются ли в помещениях для хранения лекарственных препаратов:	
	– стеллажи?	
	– шкафы?	
	– подтоварники?	
	– поддоны?	
26	Имеются ли запасные поверенные средства измерения в случае ремонта, технического обслуживания, поверки оборудования и средств измерения?	
27	Соответствуют ли сведения результатов приемочного контроля сведениям в товаросопроводительной документации:	
	– по ассортименту и количеству?	
	– по качеству?	
	– по соблюдению специальных условий хранения (при наличии такого требования в нормативной документации на лекарственный препарат)?	
	– по наличию повреждений транспортной тары?	
28	Оформляются ли с проставлением штампа о приемке, подписью материально-ответственного лица, заверенной печатью (при наличии):	
	– счета-фактуры?	
	– товарно-транспортные накладные?	
	– реестр документов по качеству?	
29	Идентифицируются ли хранящиеся лекарственные средства в соответствии с применяемой субъектом обращения лекарственных препаратов системой учета?	
30	Осуществляется ли хранение лекарственных препаратов с учетом требований:	
	– нормативной документации, составляющей регистрационное досье на лекарственный препарат?	
	– инструкции по медицинскому применению?	
	– информации, содержащейся на первичной и (или) вторичной упаковке лекарственного препарата и транспортной таре?	
31	Размещаются ли лекарственные препараты в помещениях и (или) зонах для хранения лекарственных препаратов в соответствии с требованиями нормативной документации и (или) требованиями, указанными на упаковке лекарственного препарата, с учетом:	
	– физико-химических свойств лекарственных препаратов?	
	– фармакологических групп?	
	– способа введения лекарственных препаратов?	
32	Хранятся ли светочувствительные лекарственные препараты в защищенном от света месте?	
33	Хранятся ли влаговосприимчивые лекарственные средства в защищенном от влаги месте?	
34	Назначено ли приказом руководителя субъекта розничной торговли ответственное лицо за работу с фальсифицированными, недоброкачественными, контрафактными товарами аптечного ассортимента?	
35	Изолированы ли специально промаркированные лекарственные препараты, предназначенные для уничтожения?	
36	Изолированы ли:	
	– лекарственные препараты, в отношении которых принято решение о приостановлении применения?	
	– лекарственные препараты, в отношении которых принято решение об изъятии из обращения?	

	– фальсифицированные, недоброкачественные и контрафактные лекарственные препараты?					
37	Имеются ли документы, описывающие действия, выполняемые субъектом обращения лекарственных препаратов, направленные на соблюдение требований, установленных Правилами надлежащей практики хранения:					
	– инструкции?					
	– СОП?					
	– отчеты (сводные журналы)?					
	– договоры?					
38	Ведется ли учет лекарственных средств с ограниченным сроком годности на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией?					
39	Установлен ли руководителем ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядок ведения учета лекарственных средств с ограниченным сроком?					
40	Имеется ли разработанный и утвержденный комплекс мер, направленный на минимизацию риска контаминации лекарственных препаратов с учетом условий соблюдения защиты от факторов внешней среды с оформлением:					
	– приказов?					
	– СОП?					
	– инструкций?					
41	Регистрируются ли результаты температуры и влажности в специальном журнале (карте) регистрации на бумажном носителе и (или) в электронном виде ежедневно, в том числе в выходные и праздничные дни?					
42	Хранятся ли журналы (карты) регистрации температурного картирования в течение двух лет?					
43	Соблюдается ли запрет на хранение огнеопасных и взрывоопасных лекарственных препаратов вдали от:					
	– огня?					
	– отопительных приборов?					
	– воздействия прямых солнечных лучей?					
	Соблюдается ли запрет на хранение в помещениях хранения лекарственных препаратов:					
	– пищевых продуктов?					
	– табачных изделий?					
	– напитков (за исключением питьевой воды)?					
	– лекарственных препаратов, предназначенных для личного использования работниками?					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 6
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	
	Группа(ы) показателей	Отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в аптеке	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
1	Имеется ли на требованиях-накладных на получение лекарственных препаратов:		
	– штамп?		

	– круглая печать ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?				
	– подпись ее руководителя или его заместителя по лечебной части?				
	– номер документа?				
	– дата составления документа?				
	– наименование отправителя лекарственного препарата?				
	– наименование получателя лекарственного препарата?				
	– наименование лекарственного препарата на латинском языке (с указанием дозировки, формы выпуска, вида упаковки, способа применения)?				
	– количество затребованных лекарственных препаратов?				
	– количество и стоимость отпущенных лекарственных препаратов?				
2	Осуществляется ли отпуск по отдельным требованиям-накладным:				
	– наркотических и психотропных лекарственных препаратов Списка II и III Перечня наркотических и психотропных лекарственных препаратов?				
	– лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету?				
	– иных лекарственных препаратов, в том числе отпускаемых без рецепта?				
3	Проставляется ли на требовании-накладной отметка о количестве и стоимости отпущенных лекарственных препаратов?				
4	Осуществляется ли хранение требований-накладных, по которым отпущены лекарственные препараты:				
	– на наркотические и психотропные лекарственные препараты Списка II и III Перечня наркотических и психотропных лекарственных препаратов – в течение пяти лет?				
	– на лекарственные препараты, подлежащие предметно-количественному учету, – в течение трех лет?				
	– на иные лекарственные препараты – в течение одного года?				
5	Соблюдается ли запрет на нарушение первичной упаковки лекарственного препарата при его отпуске по требованию-накладной?				
6	Соблюдается ли запрет на нарушение вторичной (потребительской) упаковки лекарственного препарата и отпуск лекарственного препарата в первичной упаковке?				
7	Выполнение СОП «Порядок отпуска лекарственных препаратов»				
8	Выполнение СОП «Порядок применения лекарственных препаратов»				
9	Выполнение СОП «Выявление фальсифицированных, недоброкачественных контрафактных лекарственных препаратов				
10	Выполнение СОП «Порядок проведения контроля качества изготовленных в аптеках лекарственных препаратов»				
11	Выполнение СОП «Проведение санитарной уборки в аптеке»				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 7
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор			
	Группа(ы) показателей	Уничтожение лекарственных препаратов для медицинского применения в медицинской организации и в аптеке производственной			
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1	Имеется ли договор с организацией по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке и размещению отходов I–IV класса опасности на уничтожение недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств?				
2	В актах об уничтожении лекарственных средств указываются ли:				

	– дата уничтожения лекарственных средств?	
	– место уничтожения лекарственных средств?	
	– фамилии, имена, отчества лиц, принимавших участие в уничтожении лекарственных средств, их место работы, должность?	
	– обоснование уничтожения лекарственных средств?	
	– наименования лекарственных средств?	
	– лекарственные формы?	
	– дозировки лекарственных средств?	
	– единицы измерения лекарственных средств?	
	– серии лекарственных средств?	
	– количество лекарственных средств?	
	– тара или упаковка?	
	– наименование производителя лекарственных средств?	
	– сведения о владельце лекарственных средств?	
	– способ уничтожения лекарственных средств?	
3	Акты об уничтожении лекарственных средств составляются ли в день уничтожения недоброкачественных лекарственных средств и (или) фальсифицированных лекарственных средств?	
4	Акт об уничтожении лекарственных средств или его копия в течение 5 рабочих дней со дня его составления направляется ли владельцем уничтоженных лекарственных средств в уполномоченный орган?	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)		
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)
		Дата
		Докладчик на Медицинском совете (ФИО)
		Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 8
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Лекарственная безопасность. Фармаконадзор	
	Группа(ы) показателей	Перевозка лекарственных препаратов для медицинского применения в аптеке производственной	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
1	Согласуются ли с получателем остаточные сроки годности поставляемых лекарственных препаратов?		
2	Фиксируется ли субъектом обращения лекарственных препаратов информация о перевозке лекарственных препаратов?		
3	Осуществляется ли информирование отправителя и (или) получателя лекарственных препаратов о выявленных в процессе перевозки случаях нарушения температурного режима хранения?		
4	Осуществляется ли информирование отправителя и (или) получателя лекарственных препаратов о выявленных в процессе перевозки случаях нарушения повреждения упаковки?		
5	Предоставляются ли субъектом обращения лекарственных препаратов по запросу получателя лекарственных препаратов сведения о соблюдении температурного режима при перевозке лекарственных препаратов?		
6	Используются ли для перевозки лекарственных препаратов транспортные средства?		
7	Обеспечивают ли транспортные средства и оборудование для перевозки лекарственных препаратов качество, эффективность и безопасность лекарственных препаратов?		
8	Используется ли при перевозке термолabileльных лекарственных препаратов специализированное оборудование?		
9	Обеспечивает ли специализированное оборудование поддержание требуемых температурных режимов хранения лекарственных препаратов?		
10	При перевозке лекарственных препаратов соблюдается ли условие отсутствия прямого контакта хладоэлементов с лекарственными препаратами в изотермических контейнерах?		
11	Руководителем субъекта обращения лекарственных препаратов проводится ли инструктаж о порядке подготовки изотермических контейнеров к перевозке лекарственных препаратов (с учетом сезонных особенностей), а также о возможности повторного использования хладоэлементов?		

12	Прошло ли оборудование, относящееся к средствам измерений:					
	– первичную поверку и (или) калибровку до ввода в эксплуатацию?					
	– первичную поверку и (или) калибровку после ремонта?					
	– периодическую поверку и (или) калибровку в процессе эксплуатации?					
13	Доставляются ли лекарственные препараты по адресу, указанному в товаросопроводительных документах?					
14	Соблюдаются ли условия хранения лекарственных препаратов в помещениях на транзитных складах?					
15	Обеспечивается ли безопасность лекарственных препаратов на транзитных складах?					
16	Влияет ли транспортная тара на качество, эффективность и безопасность лекарственных препаратов при их перевозке?					
17	Обеспечивает ли транспортная тара защиту от воздействия факторов внешней среды?					
18	Выбирается ли транспортная тара, упаковка с учетом:					
	– требований к условиям хранения и перевозки лекарственных препаратов?					
	– объема, необходимого для размещения лекарственных препаратов?					
	– колебаний температуры окружающей среды?					
	– длительности перевозки, включая возможное промежуточное хранение лекарственных препаратов?					
19	На транспортную тару наносятся ли:					
	– наименования лекарственных препаратов?					
	– серии лекарственных препаратов?					
	– дата выпуска?					
	– количество вторичных (потребительских) упаковок лекарственных препаратов?					
	– информация о производителе лекарственных препаратов с указанием наименований и местонахождения (адреса) производителя лекарственных препаратов?					
	– срок годности лекарственных препаратов?					
	– условия хранения и перевозки лекарственных препаратов?					
	– необходимые предупредительные надписи?					
	– манипуляторные знаки?					
20	Соблюдается ли запрет на повторное использование недостаточно охлажденных хладоэлементов?					
21	Соблюдается ли запрет на использование поврежденных хладоэлементов?					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 9
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий
	Группа(ы) показателей	1. Организация контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Система обеспечения контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 3. Соблюдение правил эксплуатации МИ 4. Соблюдение требований к упаковке и маркировке МИ 5. Контроль условий хранения МИ в соответствии с рекомендуемыми производителем 6. Техническое обслуживание МИ

	7. Информирование и обучение пациентов/сопровождающих правилам безопасности при эксплуатации МИ. Соблюдение прав пациента при применении/назначении медицинских изделий	
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Осуществление мероприятий по безопасному применению медицинских изделий в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе: – применение медицинских изделий в соответствии с технической и (или) эксплуатационной документацией, в соответствии с которой осуществляются производство, изготовление, хранение, транспортировка, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, а также ремонт, утилизация или уничтожение медицинского изделия; – обучение работников МО применению, эксплуатации медицинских изделий	
2.	Проверить наличие локальных нормативных актов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам контроля качества и безопасности обращения МИ	
3.	Наличие программы обучения персонала по вопросам контроля качества и безопасности обращения МИ (проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100 % с учетом профиля), регулярность проведения тренингов)	
4.	Процесс закупки/поставки/наладки МИ, включая расходные материалы (регулярный контроль качества поступающих МИ (проверить наличие регистрационных удостоверений, информации о МИ на русском языке, включая эксплуатационную документацию)	
5.	Наличие системы проверки качества и безопасности МИ (опросить ответственных сотрудников, попросить продемонстрировать порядок проверки РУ на сайте Росздравнадзора, работу с государственными реестрами МИ)	
6.	Наличие системы контроля МИ с истекшим сроком годности, выявление причин, принятие решений по устранению дефектов (оценить систему контроля наличия МИ с истекшим сроком годности (эксплуатации), опросить ответственных сотрудников о порядке контроля, выявленных причинах и принятых мерах)	
7.	Наличие системы контроля исправности МИ, включая ежедневные проверки работоспособности оборудования для оказания экстренной помощи (например, аппараты ИВЛ и т.д.) (проверить наличие ответственного/ответственных (указать ФИО, должности), опросить их о порядке проверок, проверить наличие списков оборудования для ежедневного тестирования, наличие журнала, аккуратность заполнения, оценить методом наблюдения исправность оборудования в различных подразделениях, включая оборудование для оказания экстренной помощи)	
8.	Наличие системы обучения персонала при поступлении нового оборудования (проверить наличие допусков, оценить качество обучения, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях на предмет знаний инструкций по эксплуатации оборудования, поступившего в течение последнего года)	
9.	Наличие инструкций по эксплуатации медицинского оборудования в подразделениях (в местах использования для имеющегося в подразделении оборудования, попросить продемонстрировать персонал навыки работы с МИ)	
10.	Наличие информации по безопасному применению МИ на самом изделии и (или) на каждой его упаковке, или на групповой упаковке (проверить наличие информации по безопасному применению МИ: на самом МИ, и/или на каждой упаковке, или на групповой упаковке (допускается использование листа-вкладыша) выборочно в каждом подразделении)	
11.	Имеются ли немаркированные МИ в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (проверить наличие маркировки не менее, чем на 5 МИ, отобранных методом случайной выборки в каждом подразделении)	
12.	Наличие исправного специального оборудования для хранения МИ во всех подразделениях	
13.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко медицинские изделия, подлежащие техническому обслуживанию, на которые не заключен контракт на техническое обслуживание?	
14.	Имеется ли в штате ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко специалист по техническому обслуживанию медицинских изделий с соответствующей квалификацией?	
15.	Находятся ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в обращении медицинские изделия, подлежащие техническому обслуживанию, техническое обслуживание которых не произведено в срок, указанный в технической документации?	
16.	Отсутствуют ли на момент проверки ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в обращении медицинские изделия: недоброкачественные, незарегистрированные, фальсифицированные, с истекшим сроком годности?	
17.	Отсутствуют ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в обращении медицинские изделия, отнесенные производителем к средствам измерений, не обеспеченных поверкой в надлежащий срок, предусмотренный в документации производителя?	
18.	Наличие исправных приборов фиксации показателей условий хранения во всех подразделениях учреждения (термометры, психрометры, гигрометры и т.д.) Регулярный контроль условий хранения МИ с записью показателей в журнале (оценить порядок контроля условий хранения МИ в соответствии с рекомендациями производителя, проверить наличие журналов для фиксации контрольных параметров, регулярность заполнения во всех подразделениях учреждения)	
19.	Периодическое профилактическое техническое обслуживание МИ (проверить наличие плана-графика обслуживания медицинского оборудования/актов выполненных работ; проверить наличие журнала технического обслуживания, оценить соответствие сроков рекомендуемым)	
20.	Регулярная поверка средств измерения (проверить наличие плана-графика метрологического обслуживания; проверить наличие журнала поверок, оценить соответствие сроков рекомендуемым)	
21.	Информирование пациентов по вопросам безопасного использования МИ: наличие буклетов, памяток, постеров	
22.	Обучение пациентов и сопровождающих правилам безопасности при пользовании МИ (оценить качество обучения пациентов и сопровождающих правилам безопасности при использовании МИ, опросить не менее 5 пациентов на предмет знаний основных правил безопасности при пользовании МИ)	

Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 10
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий	
	Группа(ы) показателей	1. Система регистрации и учета побочных действий, нежелательных реакций при применении МИ, особенностей взаимодействия МИ между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении МИ. 2. Система взаимодействия между подразделениями и ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам обеспечения безопасного оборота МИ	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
1.	Наличие в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ответственных за сбор и направление извещений в АИС Росздравнадзора и/или территориальные органы Росздравнадзора извещений о выявленных нежелательных реакциях (проверить наличие ответственных: указать ФИО, должность)		
2.	Наличие алгоритма взаимодействия ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с территориальными органами Росздравнадзора. Наличие стандартных извещений (в электронной форме или на бумажном носителе): Проверить наличие алгоритма, включая контактные данные территориального органа Росздравнадзора, проверить наличие стандартных извещений (форм). Оценить знания персонала алгоритма, опросить 2 сотрудников).		
3.	Наличие навыков заполнения извещений (оценить навыки персонала по заполнению извещений, попросить 2 сотрудников заполнить извещение)		
4.	Порядок сбора информации (наличие журнала, электронной базы данных): Оценить порядок сбора информации, включая наличие журнала, базы данных, проверить аккуратность и полноту заполнения. Оценить порядок взаимодействия подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.		
5.	Направляются ли ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сообщения в Росздравнадзор о неблагоприятных событиях, связанных с применением медицинских изделий (при их наличии)?		
6.	Направляются ли сообщения о неблагоприятных событиях, связанных с применением медицинских изделий, ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в сроки, установленные «Порядком сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении»		
7.	Содержат ли направленные сообщения о неблагоприятном событии информацию, предусмотренную Порядком?		
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)			

Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 11
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами	
	Группа(ы) показателей	1. Организация системы хирургической безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству 3. Внедрение хирургического чек-листа 4. Обеспечение безопасности в периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции 5. Соблюдение прав пациентов, включая обеспечение конфиденциальности при оказании помощи	
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)	
1.	Осуществление мероприятий при хирургических вмешательствах и профилактика рисков, связанных с ними, в том числе: 1. Наличие и исполнение алгоритма подготовки к оперативному вмешательству, включая: объем обследования (в том числе отсутствие дублирования исследований) 2. Осмотр врачами-специалистами 3. Оформление информированных согласий 4. Проверить не менее 10 ИБ в каждом хирургическом отделении, где производятся плановые оперативные вмешательства, на предмет наличия: осмотр хирурга с заключением; осмотр анестезиолога с заключением; оценка рисков (аллергии, кровопотери, анестезиологического, тромбоэмболии, инфекционного и т.д.); оформление информированных согласий на: оперативное вмешательство, анестезию, трансфузию; отсутствие дублирования исследований 5. Опросить не менее 5 пациентов в каждом хирургическом отделении на предмет подтверждения оформления информированного согласия (предоставление в полном объеме информации о вмешательстве, включая возможные осложнения, альтернативы, последствия при отказе и т.д.)		
2.	Наличие и исполнение алгоритмов ведения пациента непосредственно до начала операции, включая алгоритмы седации, АБ-профилактики и др.: 1. Проверить наличие маркировки места операции (если применимо) 2. Оценить процесс идентификации пациента/подтверждения пациентом места и вида операции 3. Оценить исполнение алгоритма седации/премедикации, включая соответствие выбора препаратов, доз и сроков введения по алгоритму ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, проверить не менее 10 ИБ 4. Проверить наличие пульсоксиметра 5. Оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики, включая сроки введения препарата (не ранее, чем за 1 час, но до вмешательства/до разреза) 6. Проверить не менее 10 ИБ: оценить исполнение алгоритма АБ-профилактики; оценить исполнение алгоритма профилактики тромбоэмболических осложнений		
3.	Наличие и исполнение алгоритма оценки операции сразу после ее окончания: 1. Оценить исполнение алгоритма оценки операции методом наблюдения 2 операций 2. Подсчет инструментов, тампонов и т.д. 3. Оценка проведенной операции (технических особенностей) 4. Оценка интраоперационной кровопотери 5. Оценка рисков послеоперационного периода		
4.	Обеспечение безопасности в период до перевода из операционного блока: 1. Оценить исполнение алгоритма мониторинга состояния пациента методом наблюдения не менее 2 случаев на предмет соответствия алгоритму учреждения 2. Оценить полноту и аккуратность заполнения листов наблюдения состояния пациента, проверить не менее 10		

	ИБ 3. Проверить наличие алгоритма перевода из операционной в палату пробуждения/палату наблюдения, включая показания/условия/состояние пациента (если применимо) 4. При отсутствии отдельной палаты пробуждения/наблюдения оценить условия, в которых наблюдается пациент до перевода из операционного блока, проверить отсутствие пациентов, лежащих на каталках в коридорах 5. Проверить наличие алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде 6. Проверить наличие алгоритма перевода в АРО/ОРИТ/ПИТ, послеоперационное отделение, включая показания/условия/состояние пациента 7. Оценить передачу ответственности за пациента при переводе из операционного блока методом наблюдения 2 случаев					
5.	Наличие и использование хирургического чек-листа (оценить использование чек-листа во время операций методом прямого наблюдения 2 операций (при возможности))					
6.	Проверить наличие алгоритма ведения пациентов в послеоперационном периоде					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 12
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Хирургическая безопасность.	
		Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами	
	Группа(ы) показателей	1. Организация системы хирургической безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Процесс подготовки к плановому оперативному вмешательству 3. Внедрение хирургического чек-листа 4. Обеспечение безопасности в периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции 5. Соблюдение прав пациентов, включая обеспечение конфиденциальности при оказании помощи	
		Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных актов по обеспечению профилактики рисков, связанных с оперативными вмешательствами в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
2.	Оценка системы обучения персонала по вопросам хирургической безопасности: проверить наличие планов обучения, журналов обучения (охват персонала 100 %), регулярность проведения тренингов		
3.	Наличие и исполнение алгоритма оценки технической готовности оборудования к операции: 1. Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования (включая необходимого для оказания реанимации: кислородное оборудование, отсос, зонды и т.д.) 2. Оценить исполнение алгоритма проверки оборудования для визуализации изображений (если применимо)		
4.	Осуществление мероприятий по облегчению боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами: 1. Оценить методику оценки боли, принятой в учреждении, алгоритма обезболивания, включая наличие стандартных чек-листов, проверить не менее 5 ИБ на предмет наличия заполненных чек-листов 2. Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знания алгоритма оценки боли 3. Проверить наличие алгоритмов обезболивания, в том числе для разных категорий пациентов 4. Опросить не менее 5 пациентов, которым проводилось обезболивание на предмет подтверждения проведения оценки эффективности обезболивания 6. Оценить качество обратной связи с пациентами, регулярность проведения анкетирования пациентов по качеству обезболивания, проверить наличие протоколов заседаний рабочей группы, анализ результатов анкетирования		
5.	Соблюдение принципов конфиденциальности при оказании медицинской помощи:		

	Оценить размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре и т.д., включая размещение в одноместных палатах, разделение палат ширмами				
6.	Организация посещений больных: 1. Оценить организацию посещения пациентов родственниками/ухаживающими, проверить наличие гардероба, возможности посещения палат, опросить не менее 5 пациентов или посетителей на предмет оценки организации посещений 2. Проверить наличие мест для ожидания/встреч родственников, посетителей 3. Оценить условия посещений для ухаживающих за тяжелобольными, проверить наличие мест отдыха, включая кресла, раскладные кровати, доступность туалетов, воды, еды 4. Опросить не менее 5 пациентов и ухаживающих на предмет оценки организации их пребывания в учреждении				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 13
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений	
		Группа(ы) показателей	Показатели аудита
		1. Формирование безопасной среды для пациентов и персонала 2. Оптимальная организация (структура) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, рациональность, безопасность планировки подразделений 3. Рациональная и безопасная организация пространства в помещениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 4. Обеспечение комфортных и безопасных условий пребывания пациентов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей, членов семей пациентов 5. Система охраны и безопасности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 6. Обеспечение безопасности и при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий 7. Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта 8. Система информационной безопасности. Обеспечение защиты персональных данных пациентов	Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных актов по вопросам организации безопасной среды		
2.	Рациональная, безопасная, эргономичная планировка ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе для минимизации потерь времени при переводе пациента внутри ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, оказания медицинской помощи, включая: – размещение отделений относительно друг друга – планировку помещений входной группы и приемного отделения, планировку внутри структурных подразделений; – планировку помещений для посетителей: кафетерия, зон ожидания и т.д.		
3.	Рациональная, эргономичная планировка помещений внутри подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко как медицинского, так и не медицинского назначения. Обеспечение безопасности при планировке и организации пространства внутри помещений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
4.	Безопасность, исправность систем жизнеобеспечения, включая: – электричество – систему водоснабжения – систему вентиляции – систему освещения – состояние стен, потолков, полов		
5.	Проведение мероприятий по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний		
6.	Обеспечение защиты от травмирования элементами медицинских изделий		
7.	Организация мест общего пользования, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных пред-		

	ставителей, членов семей пациентов					
8.	Оснащение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями, доступность и безопасность среды в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для лиц с ограниченными возможностями					
9.	Наличие и исправность систем жизнеобеспечения, включая резервное электроснабжение, в том числе лифта с резервным электроснабжением					
10.	Соблюдение внутреннего распорядка ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
11.	Наличие системы и обеспечение охраны и безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
12.	Организация доступа в здания и подразделения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко , включая помещения «только для персонала»					
13.	Наличие алгоритма действий при опасных ситуациях (нападении на медицинских работников, угрозах со стороны пациентов или посетителей, угрозе суицида и т.п.), предотвращение и принятие мер в этих случаях					
14.	Соблюдение прав пациентов при организации видеонаблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
15.	Учет и регистрация всех случаев нарушений порядка в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, сбор и анализ информации обо всех случаях нарушения безопасности среды (включая падения пациентов) в учреждении					
16.	Наличие алгоритма действий персонала при возникновении опасных техногенных ситуаций, стихийных бедствий, включая пожар, наводнение, землетрясение и т.п., соблюдение мероприятий по обеспечению безопасности при их угрозе и возникновении. Обучение персонала, включая регулярные практические тренинги					
17.	Обеспечение беспрепятственного подъезда спецтранспорта к приемным отделениям 24/7/365, в том числе для медицинской эвакуации на территории ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
18.	Оформление информированного согласия на обработку персональных данных пациентов					
19.	Ограничение доступа к информации, наличие списков сотрудников, допущенных круг лиц с доступом к информации, система безопасности при работе с документами					
20.	Хранение бумажных документов в недоступном для пациентов месте, ограниченный доступ для медицинских работников					
21.	Ограничение доступа к электронным базам данных, документам и т.п.					
22.	Наличие системы обучения персонала по вопросам информационной безопасности					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 14
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней			
	Группа(ы) показателей	1. Организация ухода за лежачими больными 2. Наличие специальных медицинских изделий для профилактики и лечения пролежней 3. Система регистрации и сбора информации о случаях пролежней 4. Информирование пациентов/ухаживающих по профилактике, лечению пролежней 5. Наличие в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко системы профилактики падений 6. Организация помощи пациентам с высоким риском падений 7. Информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики падения 8. Система регистрации и сбора информации о случаях падений пациентов			
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1.	Осуществление мероприятий по уходу при оказании медицинской помощи, в том числе:				

	– наличие и исполнение алгоритма оценки риска возникновения пролежней; – наличие системы регистрации и сбора информации о случаях пролежней пациентов с последующим анализом случаев, разработкой мер профилактики пролежней; – проведение мероприятий по профилактике и лечению пролежней; – осуществление ухода за дренажами и стомами; – кормление пациентов, включая зондовое питание.				
2.	Наличие противопролежневых матрасов, подушек, кругов и т.д.				
3.	Наличие информационных материалов для пациентов и персонала по вопросам профилактики и лечения пролежней. Информирование персоналом пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики и лечения пролежней, включая обучение методам профилактики и лечения				
4.	Безопасная планировка палат (с учетом риска падений): – двери в прямой видимости от кровати; – двери, открывающиеся наружу; – минимально необходимое количество мебели (в исправном состоянии, устойчивая); – поручни, перила в душевых и ванных комнатах, туалетах				
5.	Выбор полового покрытия, особенно для мест с повышенной влажностью. Выбор контрастных цветов для пола и стен				
6.	Соблюдение правил безопасности при проведении влажной уборки (отсутствие луж, предупреждающие знаки «мокрый пол»)				
7.	Организация освещения в медицинских помещениях в соответствии с нормами (включая исключение бликов на полу)				
8.	Наличие кроватей с: – возможностью изменения высоты; – исправной тормозной системой, действующими ограничителями.				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 15
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Эпидемиологическая безопасность	
	Группа(ы) показателей	1. Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности 2. Система активного выявления, учета и регистрации, анализа ИСМП среди пациентов и персонала 3. Система микробиологического мониторинга 4. Организация системы стерилизации МИ в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 5. Система обеспечения эпидемиологической безопасности среды 6. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах)	
	Показатели аудита		Да/нет (+/-)
	Осуществление мероприятий по эпидемиологической безопасности, в том числе: наличие приказа, программы, алгоритмов по эпид. безопасности; наличие перечня СОС ИСМП, ведение утвержденных форм журналов по регистрации ИСМП, протоколов комиссии по ИСМП, порядок анализа заболеваемости ИСМП, наличие и		

	доступность микробиологического исследования клинического материала от больного с ИСМП, микробиологический мониторинг, наличие стерилизующего и дезинфицирующего оборудования; качество уборки помещений и обращения с медицинскими отходами	
1	Наличие локальных нормативных актов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам эпид. безопасности (профилактики ИСМП)	
2	Программы обеспечения эпидемиологической безопасности	
3.	Положение о комиссии по эпидемиологической безопасности (профилактике ИСМП), её состав, кратность проведения	
4.	Деятельность рабочих групп по разработке СОП инвазивных процедур:	
	Наличие алгоритмов:	
	– по выявлению, учету и регистрации ИСМП;	
	– по проведению микробиологического мониторинга;	
	– антибиотикопрофилактике и антибиотикотерапии;	
	– по выбору дезинфицирующих средств и режиму дезинфекции различных объектов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;	
	– стерилизации различных предметов медицинского назначения;	
	– по гигиене рук медицинского персонала;	
	– по профилактике инфицирования возбудителями гемоконтактных инфекций;	
	– по изоляции пациентов с инфекционной патологией;	
	– по обеспечению противоэпидемических мер при отдельных эпидемических ситуациях (возникновение случая кишечных инфекций, инфекций дыхательных путей, особо опасных инфекций, ИСМП).	
5.	Проверить наличие утвержденного комиссией по эпидемиологической безопасности перечня СОС ИСМП, используемых в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для целей эпидемиологического надзора	
6.	Присутствие на перевязках и операциях, алгоритм активного выявления ИСМП, признаки раневой инфекции	
7.	Оценить знания персонала, опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений МО на предмет знания основных СОС	
8.	Проверить наличие журналов регистрации ИСМП (№ 60), аккуратность заполнения	
9.	Проверить регулярность проведения заседаний комиссии по эпидемиологической безопасности по вопросам ИСМП	
10	Оценить решения комиссии по устранению выявленных дефектов с наличием ответственных и сроков исполнения	
11	Опросить не менее 5 сотрудников из разных подразделений на предмет знаний основных показателей эпидемиологической безопасности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая частоту ИСМП	
12	Оценить порядок анализа заболеваемости ИСМП в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, проверить регулярность сбора и анализа стратифицированных показателей заболеваемости ИСМП в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
13	Проверить не менее 20 ИБ пациентов, находящихся на лечении в отделениях высокого риска возникновения ИСМП (хирургические, АРО, ПИТ и т.д.), а также 10 ИБ, пациентов, выписанных из ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко за последний месяц (месяцы)	
14	Проверить наличие карты эпидемиологического обследования очага инфекции в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
15	Оценить знания персонала порядка проведения эпидемиологического обследования очага инфекции, опросить не менее 2 ответственных сотрудников на предмет знания порядка	
16	Проверить наличие микробиологической лаборатории в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
17	Оценить доступность микробиологических исследований, включая: наличие исправного стационарного термостата, наличие исправных переносных термостатов, наличие расходных материалов для забора материала в расчетных количествах	
18	Проверить наличие алгоритмов в подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
19	Оценить знания алгоритмов персоналом, опросить не менее 5 сотрудников в различных подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
20	Оценить выполнение алгоритма проведения микробиологического обследования, проверить не менее 10 ИБ пациентов, которым было показано проведение микробиологического исследования в соответствии с алгоритмами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
21	Оценить порядок получения результатов исследований, в том числе сроки (норматив – 72–96 часов в зависимости от вида возбудителя и исследуемого материала), проверить не менее 10 ИБ пациентов со сменой антибиотиков	
22	Оценить систему микробиологического мониторинга, включая: – мониторинг устойчивости к антимикробным препаратам: проверить на наличие возможности/ответственных/ /программы/результатов; – мониторинг циркулирующих в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко штаммов микроорганизмов: проверить наличие возможности/ответственных/результатов/плана действий; – наличие направленного мониторинга эпидемически значимых микроорганизмов (метициллинрезистентные <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), полирезистентные <i>P.aureginosa</i> , мультирезистентные <i>Acinetobacter baumannii</i> (MRAB), ванкомицин-резистентный <i>Enterococcus</i> (VRE) и др.).	
23	Наличие программного обеспечения микробиологического мониторинга и ведение базы данных (результатов)	

24	Наличие проведения внутривидового типирования микроорганизмов по фило- и генотипическим характеристикам					
25	Работа ЦСО в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.2630-10					
26	Наличие паровых форвакуумных стерилизаторов					
27	Наличие техники для стерилизации эндоскопического оборудования и ее организация в соответствии с Сан-ПиН П 3.1.3263-15					
28	Контроль качества стерилизации					
29	Упаковка, хранение и использование стерильных материалов					
30	Порядок контроля стерилизации МИ: наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность					
31	Наличие и соответствие расчетным потребностям моечно-дезинфекционных машин/исправность					
32	Наличие и соответствие расчетным потребностям судно-моечных машин/исправность					
33	Наличие и соответствие расчетным потребностям дезинфекционных камер/исправность					
34	Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей					
35	Оценить контроль дезинфекции. Наличие отчетов о результатах аудитов/регулярность. Наличие планов по устранению дефектов /ответственные/сроки					
36	Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции (или системы дезинфекции)					
37	Наличие системы расчета потребности Учреждения в дезинфицирующих и антисептических средствах					
38	Наличие дезинфицирующих и антисептических средств в соответствии с расчетными показателями					
39	Наличие системы клининга, качество уборки помещений методом наблюдения во всех подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с СОП					
40	Наличие системы обращения с отходами в соответствии с нормативными документами					
41	Внедрение малоинвазивных методов медицинского вмешательства, обеспечение современным медицинским оборудованием, максимальное использование одноразового мед. инструментария (инъекционного, инфузионного, смотрового), предметов ухода, расходного материала, наличие достаточного объема дезинфектантов и антисептиков, наличие алгоритмов очистки, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения					
42	Выполнение СОП «Уход за послеоперационной раной»					
43	Выполнение СОП «Постановка центрального венозного катетера»					
44	Выполнение СОП «Катетеризация мочевого пузыря»					
45	Выполнение СОП «Постановка периферического венозного катетера»					
46	Выполнение СОП «Профилактика инфицирования послеоперационной раны»					
47	Выполнение СОП «Дезинфекция аппарата ИВЛ»					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 16
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита		Эпидемиологическая безопасность			
	Группа(ы) показателей		1. Сокращение длительности пребывания в стационаре 2. Порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, опасными инфекциями) 3. Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими 4. Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты 5. Система профилактики ИСМП у медицинского персонала 6. Рациональное использование антибактериальных ЛС для профилактики и лечения			
	Показатели аудита					Да/нет (+/-)
1.	Обследование пациентов перед плановой госпитализацией на амбулаторном этапе, внедрение высоких технологий					
2.	Наличие изолятора, наличие приказа по эпидемиологической безопасности и алгоритмов действия при выявлении карантинной инфекции, наличие запаса медикаментов, одноразового инструментария, перевязочного материала для оказания первой помощи, упаковок для забора клинического материала для исследования, наличие противочумных костюмов 1 типа, наличие емкостей для дезрастворов и запаса дезсредств, наличие системы оповещения руководящего состава					
3.	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук: отдельная раковина, кран с локтевым смесителем, горячая вода, наличие схемы для мытья рук, жидкое мыло, антисептик, одноразовые полотенца, ведро с крышкой с ножным механизмом открывания. Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки). Соблюдение правил обработки рук перед контактом с пациентами, перед процедурой, после процедуры, после контакта с пациентом, после контакта с предметами окружающей среды. Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком. Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству					
4.	Наличие средств индивидуальной защиты, проведение учебы персонала по правилам пользования средствами индивидуальной защиты, использование их во время работы, наличие инструктажей и инструкций по использованию средств защиты					
5.	Наличие аптек АнтиСПИД, умение ими пользоваться, наличие профилактических прививок в соответствии с Национальным календарем, прохождение медицинских осмотров в соответствии с приказом Минздрава России № 302н, наличие алгоритма действий при аварийных ситуациях и при выявлении инфекционного больного					
6.	Отметка о назначении в листе назначений, сроки назначения АБ (за какое время до начала хирургического разреза), доза, способ введения, кратность введения во время операции, соответствие классу операции и виду операции, соответствие алгоритму АБ профилактики в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 17
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Эпидемиологическая безопасность				
	Группа(ы) показателей	1. Система информации по вопросам профилактики ИСМП 2. Комплекс противоэпидемических мероприятий при возникновении случая инфекции в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко				
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)	
1.	Наличие постеров, брошюр, санбюллетеней, памяток для пациентов и персонала					
2.	Ознакомление с поступающими нормативными документами					
3	Изоляция пациента					
4	Организация текущей и заключительной дезинфекции					
5	Наблюдение за контактными на время максимального инкубационного периода					
6	Сведения о контакте с инфекционным больным в выписном эпикризе					
7	Экстренная профилактика контактных					
8	Вызов врача-инфекциониста на консультацию и перевод больного в инфекционный стационар					
9	Сроки подачи экстренного извещения в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 18
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Преемственность медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациентов в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации				
	Группа(ы) показателей	1. Наличие региональной системы маршрутизации 2. Система связи ПОКБ им. Н.Н. Бурденко со скорой/неотложной помощью/медициной катастроф. Обеспечение преемственности помощи при госпитализации пациентов 3. Наличие алгоритмов перевода внутри ПОКБ им. Н.Н. Бурденко или перевода в другую медицинскую организацию 4. Организация трансфера пациентов 5. Процесс передачи клинической ответственности за пациента 6. Обеспечение преемственности помощи при выписке из стационара 7. Информирование пациента и родственников, уполномоченных пациентом, законных представителей пациента 8. Обеспечение эффективной коммуникации «медицинский работник/пациент/сопровождающий» 9. Обеспечение эффективной коммуникации персонала: «врач-врач, врач-медсестра»				
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)	
1.	Наличие в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко нормативных правовых актов (в том числе изданных федеральными					

	органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления), регламентирующих вопросы организации медицинской деятельности, включая: – преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций; – маршрутизацию пациентов, включая организацию консультаций дополнительных методов обследования в иных медицинских организациях; – перевод пациента в другие медицинские организации, включая перечень медицинских показаний и медицинских организаций для перевода.	
2.	Обеспечение взаимодействия ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, центром медицины катастроф, в том числе: – передача информации из медицинских организаций, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, центра медицины катастроф; – ведение медицинской документации медицинскими работниками ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.	
3.	Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах (в том числе при обстоятельствах) с соблюдением требований к ведению документации	
4.	Обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи	
5.	Регулярный контроль профильности госпитализации	
6.	Информирование сотрудников/обучение	
7.	Наличие связи ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с бригадами скорой/неотложной помощи/центром медицины катастроф 24/7/365	
8.	Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации при поступлении, включая журналы поступления (электронные при наличии)	
9.	Наличие стандартных бланков, листов наблюдения, которые заполняются медицинскими работниками, доставившими пациента в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
10.	Точное, полное и аккуратное ведение медицинской документации медработниками скорой помощи	
11.	Наличие алгоритмов перевода пациентов, включая показания для перевода	
12.	Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности за пациента при переводе или выписке	
13.	Трансфер пациентов санитарным транспортом	
14.	Наличие алгоритмов трансфера пациентов различных групп, включая сопровождение: количество медицинских работников, специализация, квалификация и т.п.	
15.	Соблюдение безопасных условий при транспортировке пациента при переводе пациента в другую медицинскую организацию и в пределах ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
16.	Наличие алгоритмов транспортировки разных категорий пациентов, включая показания для перевода на каталке, кресле, пешком в сопровождении медицинского работника	
17.	Наличие исправных каталок/кроватей с ограничителями, кресел в количестве, соответствующем расчетному	
18.	Наличие и исполнение алгоритма передачи клинической ответственности за пациента при переводе, передаче дежурства	
19.	Точное, полное и аккуратное ведение документации при передаче ответственности	
20.	Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении в другую медицинскую организацию (поликлинику, отделение реабилитации)	
21.	Наличие стандартных форм выписного/переводного эпикриза	
22.	Точное, полное и аккуратное ведение документации	
23.	Качественное консультирование пациентов при выписке, в т.ч. обсуждение плана дальнейшего лечения/реабилитации, сроков и места самостоятельного обращения или консультации на дому	
24.	Организация кабинета катамнеза	
25.	Информирование пациентов и сопровождающих о целях, условиях и организации перевода	
26.	Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации «медицинский работник-пациент/сопровождающий»	
27.	Контроль степени коммуникации	
28.	Обучение персонала навыкам эффективной коммуникации, включая виды: – вербальная личная коммуникация, например, при оказании экстренной помощи, передаче дежурств – вербальная по телефону, например, при сообщении дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, заказе препаратов крови на станции переливания и т.д.	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)		

Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 19
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре. Организация работы приемного отделения
	Группа(ы) показателей	1. Организация работы приемного отделения, системы оказания экстренной помощи в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Порядок сортировки пациентов при поступлении/обращении в зависимости от тяжести состояния и экстренности необходимых вмешательств 3. Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар 4. Доступность вспомогательных служб (лаборатория, инструментальная диагностика) 24/7/365 5. Система экстренного оповещения/сбора персонала 6. Система вызова персонала для пациентов 7. Готовность ПОКБ им. Н.Н. Бурденко к оказанию помощи в условиях чрезвычайных ситуаций 8. Соблюдение принципов конфиденциальности при приеме пациентов и оказании помощи 9. Наличие алгоритмов оказания экстренной помощи (для ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) 10. Наличие оборудования и наборов для оказания экстренной помощи 11. Готовность персонала к оказанию экстренной помощи. Обучение персонала 12. Информирование пациентов, обратная связь с пациентами. Урегулирование споров между медицинскими работниками/ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и пациентами
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных актов, регламентирующих работу приемного отделения ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе при оказании медицинской помощи в экстренной форме	
2.	Осуществление сортировки пациентов при поступлении и (или) обращении в зависимости от тяжести состояния и перечня необходимых медицинских вмешательств, включая наличие и исполнение алгоритма сортировки пациентов при поступлении/обращении в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
3.	Обеспечение своевременности оказания медицинской помощи при поступлении и (или) обращении пациента, а также на всех этапах ее оказания, включая наличие и соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации), в соответствии с алгоритмами ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и информирование пациентов о причинах задержки оказания помощи (например, осмотра врача)	
4.	Обеспечение возможности круглосуточного проведения лабораторных и инструментальных исследований в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи) 24/7/365	
5.	Соблюдение нормативов до получения результатов тестов	
6.	Обеспечение экстренного оповещения и (или) сбора медицинских работников, не находящихся на дежурстве, включая наличие действующей системы экстренного оповещения/сбора персонала, наличие алгоритмов оповещения руководителей/сотрудников, не находящихся на дежурстве, регулярный контроль состояния системы оповещения	
7.	Обеспечение возможности вызова медицинских работников к пациентам, в том числе в палаты, включая наличие действующей системы вызова персонала («тревожная» кнопка) во всех помещениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая места общего пользования, регулярный контроль состояния системы вызова персонала	
8.	Наличие региональных порядков маршрутизации потоков пациентов в условиях чрезвычайных ситуаций, при крупных техногенных катастрофах, природных бедствиях и т.д.	
9.	Наличие алгоритмов действий в МО в условиях чрезвычайных ситуаций	
10.	Соблюдение принципов конфиденциальности, прав пациентов и др. Размещение пациентов с учетом приватности, соблюдение конфиденциальности при приеме, осмотре, консультировании родственников/законных представителей и т.д.	
11.	Организация мест ожидания для родственников пациентов в приемном отделении. Обеспечение максимально возможного комфорта родственников/сопровождающих пациентов	
12.	Обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения (тренингов), наличие в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов и медицинских	

	изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме, включая:				
	– наличие в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко алгоритмов оказания экстренной помощи в подразделениях, опросить не менее 10 сотрудников различных подразделений на предмет знания алгоритмов по профилю подразделения;				
	– наличие МИ и ЛС в соответствии с Порядками оказания помощи в соответствии с профилем ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая наборы экстренной помощи во всех подразделениях;				
	– наличие системы контроля наличия/работоспособности оборудования, наборов для оказания экстренной помощи;				
	– контроль навыков персонала по оказанию экстренной помощи путем опроса не менее 10 сотрудников различных подразделений;				
	– информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации;				
	– наличие системы обратной связи с пациентами.				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Поверочный лист внутреннего аудита № 20
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Идентификация личности пациентов
	Группа(ы) показателей	1. Организация системы идентификации личности пациента на всех этапах оказания медицинской помощи 2. Система идентификации личности при поступлении пациента, находящегося в бессознательном состоянии 3. Система идентификации личности в процессе оказания медицинской помощи 4. Идентификация личности пациентов при помощи браслетов 5. Идентификация личности пациентов и обеспечение перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Наличие в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко локальных нормативных актов по вопросам идентификации пациентов	
2.	Система обучения персонала по вопросам идентификации пациентов	
3.	Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии, с документами и сопровождающими	
4.	Наличие алгоритма идентификации личности пациента, находящегося в бессознательном состоянии, без документов и сопровождающих, включая порядок обращения в органы внутренних дел	
5.	Исполнение алгоритмов идентификации пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи	
6.	Наличие браслетов у пациентов	

7.	Организация перевода при поступлении пациентов, не владеющих русским языком				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 21
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови			
	Группа(ы) показателей	1. Организация службы трансфузиологии в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Региональная система донорства/станций переливания крови/центров крови/обеспечения донорской кровью и ее компонентами 3. Региональная система учета и регистрации донорской крови 4. Алгоритм заказа, доставки крови и компонентов в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 5. Контроль условий транспортировки препаратов крови и ее компонентов (как внутри ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, так и извне)			
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1.	Осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе: предупреждение развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, а именно: 1. Наличие и исполнение алгоритмов заказа, доставки и возврата крови и ее компонентов (опросить 2 ответственных сотрудников); 2. Наличие системы регистрации и учета донорской крови и компонентов (желательно электронной), включая наличие журналов прихода (с накладными на компоненты крови), заготовки, учета выдачи компонентов крови, брака крови (с актами списания), аккуратное ведение; 3. Соблюдение режима хранения реактивов для определения группы крови и резус-принадлежности; 4. Соблюдение режима хранения реактивов для проведения проб на индивидуальную совместимость; 5. Наличие оборудования для определения группы крови и резус-принадлежности; 6. Наличие оборудования для проведения проб на индивидуальную совместимость; 7. Наличие системы регистрации (журнала учета) несоответствий доставленных компонентов крови (меньше/больше, визуальным требованиям, срокам годности); 8. Наличие и исполнение алгоритмов переливания крови в экстренном и плановом порядке; 9. Наличие и исполнение алгоритма подбора компонентов крови особым группам реципиентов; 10. Наличие алгоритмов переливания компонентов крови: эритроцитсодержащие, свежезамороженная плазма, концентрат тромбоцитов, криопреципитат.				
2.	Регулярный аудит системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами, включая систему регистрации случаев неполного (некорректного) выполнения заявки, случаев отложенных плановых оперативных вмешательств или случаев, связанных с дефицитом крови и компонентов				
3.	Осуществление мероприятий по обращению донорской крови и (или) ее компонентов в учреждении, в том числе: анализ случаев реакций и осложнений, возникших в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, а именно: Наличие и исполнение алгоритма действий в случае реакций и осложнений, возникших в связи с переливанием донорской крови и ее компонентов.				
4.	Наличие и исполнение алгоритма проведения аутотрансфузии крови				
5.	Наличие и исполнение алгоритма действий медицинского персонала при массивной кровопотере во время оперативного вмешательства				

Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 22
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови			
	Группа(ы) показателей	Показатели аудита			Да/нет (+/-)
		1. Организация службы трансфузиологии в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Региональная система донорства/станций переливания крови/центров крови/обеспечения донорской кровью и ее компонентами 3. Региональная система учета и регистрации донорской крови 4. Алгоритм заказа, доставки крови и компонентов в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко 5. Контроль условий транспортировки препаратов крови и ее компонентов (как внутри в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, так и извне)			
1.	Наличие локальных нормативных актов по переливанию донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко				
2.	Наличие трансфузиологической комиссии/ответственного. Регулярность рабочих совещаний, наличие протоколов рабочих совещаний комиссии				
3.	Наличие региональной системы обеспечения донорской кровью и ее компонентами				
4.	Доступ персонала к системе учета 24/7/365				
5.	Наличие и исполнение алгоритма идентификации препаратов крови и ее компонентов при доставке, использовании (попросить 2 ответственных сотрудников продемонстрировать систему идентификации)				
6.	Наличие стандартных документов (бланков) для заказа крови и компонентов				
7.	Наличие и исполнение алгоритма вербального заказа на станции переливания крови/в банке крови				
8.	Наличие и исполнение алгоритма списания и утилизации крови и ее компонентов				
9.	Соблюдение правил транспортировки, включая учет температурного режима на всех этапах (хранения, транспортировки и клинического использования): донорской крови и эритроцитсодержащих компонентов крови; тромбоцитсодержащих компонентов; СЗП (оценить соблюдение правил методом наблюдения (при возможности), опросить 2 ответственных сотрудников)				
10.	Наличие и аккуратное ведение журнала регистрации переливания трансфузионных сред				
11.	Наличие и аккуратное заполнение добровольного информированного согласия и протокола на переливание компонентов крови				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 23
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Система управления персоналом. Медицинские кадры. Компетентность и компетенции				
	Группа(ы) показателей	1. Система управления персоналом 2. Соответствие укомплектованности рекомендованным штатным нормативам 3. Уровень квалификации сотрудников, возрастной состав 4. Формирование и развитие кадрового потенциала 5. Система оценки персонала				
	Показатели аудита					Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных актов ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по вопросам управления персоналом					
2.	Регулярный аудит управления персоналом					
3.	Соответствие штатов рекомендованным штатным нормативам по подразделениям: укомплектованность по подразделениям по категориям работников, коэффициент замещения (внештатных и штатных сотрудников)					
4.	Возрастной состав сотрудников, доля сотрудников предпенсионного и пенсионного возраста					
5.	Квалификация сотрудников					
6.	Наличие сотрудников, имеющих научную степень, участвующих в научных исследованиях, преподающих в учебных заведениях					
7.	Наличие плана развития кадрового потенциала					
8.	Наличие плана по подготовке кадрового резерва руководителей					
9.	Наличие системы ротации кадров (взаимозаменяемости), дублеров руководителей					
10.	Регулярное проведение оценки персонала ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 24
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины. Соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)				
	Группа(ы) показателей	Обеспечение оказания медицинской помощи в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе: 1. Наличие в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко клинических рекомендаций (в соответствии с профилем) 2. Регулярное информирование персонала об изменениях (опубликовании новых или внесения изменений в старые) в клинических рекомендациях 3. Исполнение клинических рекомендаций (протоколов лечения)				
	Показатели аудита					Да/нет (+/-)
1.	Наличие клинических рекомендаций (протоколов лечения) во всех подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в соответствии с профилем подразделений					

2.	Наличие у персонала доступа 24/7/365 ко всем клиническим рекомендациям в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи				
3.	Наличие системы обновления информации о клинических рекомендациях (протоколов лечения) в соответствии с профилем оказываемой помощи. Наличие системы регулярного информирования персонала об изменениях в клинических рекомендациях				
4.	Соответствие лечебно-диагностического процесса клиническим рекомендациям				
5.	Соответствие алгоритмов ПОКБ им. Н.Н. Бурденко клиническим рекомендациям				
6.	Соблюдаются ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко этапы (маршрутизация) оказания медицинской помощи, установленные соответствующим порядком?				
7.	Соблюдаются ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), установленные соответствующим порядком?				
8.	Соблюдается ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, установленный соответствующим порядком?				
9.	Имеются ли на балансе ПОКБ им. Н.Н. Бурденко или находящиеся в пользовании на другом законном основании медицинские изделия для оказания медицинской помощи, регламентированные соответствующим порядком?				
10.	Учтены ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рекомендуемые штатные нормативы при формировании штатного расписания учреждения (ее структурных подразделений)?				
11.	Выполняются ли в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко критерии оценки качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи и группам заболеваний (состояний)?				
12.	Соблюдение учреждением стандартов медицинской помощи по профилям в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»				
13.	Проводится ли мониторинг длительности пребывания пациента в стационарных условиях в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?				
14.	Обоснованно ли в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко назначение медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, предусмотренных соответствующим стандартом медицинской помощи?				
15.	Выполняются ли учреждением медицинские услуги с усредненной частотой их предоставления 1 с учетом обоснованности и полноты, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи?				
16.	Назначаются ли в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственные препараты с учетом обоснованности и полноты, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи?				
17.	Применяются ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко имплантируемые в организм человека медицинские изделия с учетом обоснованности и полноты, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи?				
18.	Применяются ли ПОКБ им. Н.Н. Бурденко компоненты крови с учетом обоснованности и полноты, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи?				
19.	Назначается ли в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лечебное питание, включая специализированные продукты лечебного питания, с учетом обоснованности и полноты, предусмотренные соответствующим стандартом медицинской помощи?				
20.	Имеется ли решение врачебной комиссии ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в случае определения медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) для назначения и применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи?				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)		Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 25
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Деятельность клинико-диагностической лаборатории	
	Группа(ы) показателей	1. Организация системы идентификации проб биологического материала и направлений на исследование 2. Идентификация и прослеживаемость на внелабораторном преаналитическом этапе 3. Идентификация и прослеживаемость на лабораторном преаналитическом этапе 4. Идентификация и прослеживаемость на аналитическом этапе 5. Идентификация и прослеживаемость на лабораторном постаналитическом этапе 6. Идентификация и прослеживаемость на внелабораторном постаналитическом этапе 7. Организация внелабораторного преаналитического этапа 8. Организация лабораторного преаналитического этапа 9. Выполнение лабораторных исследований – аналитический этап 10. Внутрिलाбораторный контроль качества количественных методов 11. Внешняя оценка качества 12. Время оборота теста 13. Валидация результатов 14. Лабораторный отчет и выдача результатов исследования 15. Архивное хранение и утилизация проб биологического материала	
		Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Наличие СОП «Идентификация проб пациентов»		
2.	Совпадение идентификационного номера пробирки и направления – оценить систему совпадения идентификации, проверить не менее 5 подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
3.	При проведении штрих-кодирования проб и использование штрих-код номера на всех этапах лабораторного цикла наличие и работоспособность IT-инфраструктуры (программно-аппаратного комплекса – ЛИС, принтеры штрих-кодов, сканеры штрих-кодов)		
4.	Наличие идентификации срочных проб для выделения их в отдельный поток, прослеживаемость и контроль сроков выполнения – проверить не менее 5 срочных образцов по совпадению идентификации		
5.	Наличие листа ознакомления сотрудников с СОП «Идентификация проб пациентов»		
6.	Проверка медицинского персонала клинических отделений знаний и соблюдение СОП «Идентификация проб пациентов» – оценить знания персонала по идентификации проб, проверить не менее 5 сотрудников из разных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
7.	Проведение маркировки пробы в момент взятия биологического материала и сопоставление с направлением – проверить не менее 5 проб из разных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
8.	Проведение маркировки проб биологического материала, полученного методом самостоятельного взятия сотрудниками лаборатории и сопоставление с направлением – проверить не менее 5 проб из разных подразделений МО		
9.	Проверка персональных данных пациента и направлений до взятия биологического материала – оценить систему проверки персональных данных, опросить не менее 3 пациентов разных подразделений МО		
10.	Проверка идентификация заказанных исследований при приеме и регистрации пробы в лаборатории – проверить не менее 5 направлений из разных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
11.	Наличие идентификации проб в лаборатории при ручной маркировке – проверить не менее 5 направлений из разных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
12.	Соблюдение условий центрифугирования — проверить не менее 5 проб на разные лабораторные исследования		
13.	Маркировка вторичной пробы при аликвотировании для прослеживаемости до первичной пробы – проверить не менее 5 проб из разных отделов лаборатории		
14.	Соблюдение алгоритма заведений назначений в ЛИС/программное обеспечение приборов		
15.	Прослеживаемость идентификации до первичной пробы и назначения при выполнении ручных методик (ИФА, микроскопия, цитология, ПЦР и т.д.)		
16.	Наличие системы контроля за идентификацией биоматериала при использовании анализаторов со встроенными сканерами штрих-кодов при выполнении исследований и передаче результатов исследований в ЛИС		
17.	Наличие архивирования проб биологического материала согласно срокам хранения		
18.	Введение записей в журналах регистрации анализов и их результатов – проверить не менее 3 журналов регистрации		
19.	Наличие персональных данных пациента при выдаче результатов исследований – проверить не менее 10 бланков выдачи результатов анализа из разных отделов лаборатории		
20.	Правильность оформления направлений на лабораторные исследования на бумажных носителях и (или) в медицинской информационной системе (МИС) – проверить не менее 5 направлений на разные виды исследований из разных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
21.	Соблюдение времени забора биологического материала – проверить не менее 5 листов назначений в разных подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
22.	Знание процедурных медицинских сестер и лаборантов СОПа «Правила сбора и доставка биологического материала» – опросить не менее 5 сотрудников различных подразделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко		
23.	Наличие СОП «Правила сбора и доставка биологического материала»		
24.	Соблюдение правил транспортировки и принятия проб в лабораторию		

25.	Соблюдение правил регистрации поступающего биологического материала	
26.	Соблюдение критериев приема и отказа в приеме первичных проб	
27.	Соблюдение маршрутизации проб по лабораторным отделам в соответствии с назначениями	
28.	Соблюдение маршрутизации «срочных проб»	
29.	Наличие документального оформления методик проведения исследований – СОПов	
30.	Наличие СОПов на рабочих местах	
31.	Соблюдения сроков выполнения лабораторных исследований	
32.	Наличие документа, регламентирующего организацию и проведение внутрилабораторного контроля качества	
33.	Наличие контрольных материалов для количественных методов исследования	
34.	Соблюдение индикаторов качества – коэффициент вариации CV и коэффициент смещения B	
35.	Соблюдение условий хранения, приготовления, сроков годности и стабильности контрольных материалов	
36.	Соблюдение контрольных правил при проведении внутрилабораторного контроля качества	
37.	Наличие и применение СОП «Проведение внутрилабораторного контроля качества»	
38.	Ведение журнала отбраковки проведенных контрольных измерений	
39.	Участие КДЛ во внешней оценке качества	
40.	Перечень программ внешней оценки качества, в которых принимает участие лаборатория: достаточность и обоснованность	
41.	Наличие результатов внешней оценки качества	
42.	Алгоритм действий в случае получения неудовлетворительных результатов внешней оценки качества	
43.	Соблюдение сроков выполнения исследований: соответствие клинической значимости теста, технологическому процессу Информирование лиц, запрашивающих исследования, о задержке результатов	
44.	Наличие алгоритма валидации врачом	
45.	Правильность оформления бланков результатов анализа, заполнение всех строк	
46.	Наличие референтных интервалов в результатах анализа	
47.	Интерпретация результата, если это необходимо	
48.	Наличие алгоритма уведомления о результатах, которые попадают в «критический» интервал, жизнеугрожающих результатах	
49.	Наличие журналов регистрации лабораторных исследований	
50.	Наличие документального определения сроков хранения каждого вида биологического материала	
51.	Выполнение СОП «Определение активированного парциального тромбопластинового времени (АЧТВ) на полуавтоматическом анализаторе гемостаза MINILAB АПГ-2»	
52.	Выполнение СОП «Определение белковых фракций сыворотки крови на автоматизированной системе для капиллярного электрофореза MINICAP, SEBIA»	
53.	Выполнение СОП «Количественное определение концентрации глюкозы в крови, плазме и в сыворотке крови ферментативным методом на системе BIOSEN C line (Clinic/GP+)»	
54.	Выполнение СОП «Исследование биохимических показателей крови на биохимическом автоматическом анализаторе Cobas 111»	
55.	Выполнение СОП «Определение газов крови, оксиметрии, электролитов и метаболитов на анализаторе ABL 800 ELEX»	
56.	Выполнение СОП «Определение содержания натрия, калия, ионизированного кальция на анализаторе электролитов AVL 9180»	
57.	Выполнение СОП «Определение газов крови, оксиметрии, электролитов и метаболитов на анализаторе COBAS b 221»	
58.	Выполнение СОП «Определение группы крови по системе ABO с двойным типированием антигена RhD в сочетании с прямым антиглобулиновым тестом (DAT) в биологических образцах венозной крови с использованием гель/технологии «ID-Card DiaClon ABO/D (A,B, DVI-,DVI-,ctl, DAT)» (ООО «БиоРад»)	
59.	Выполнение СОП «Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) на автоматическом коагулометре SYSMEX CA 660»	
60.	Выполнение СОП «Определение белка в моче. Метод пирогалловый красный»	
61.	Выполнение СОП «Проведение биохимических и иммунотурбидиметрических исследований в сыворотке крови с применением автоматического биохимического анализатора ЭРБА XL-200»	
62.	Выполнение СОП «Проведение внутрилабораторного контроля качества на биохимических анализаторах с применением аттестованных контрольных материалов»	
63.	Выполнение СОП «Проведение внутрилабораторного контроля качества на гематологических анализаторах с применением аттестованных контрольных материалов»	
64.	Выполнение СОП «Проведение внутрилабораторного контроля качества на анализаторах гемостаза с применением аттестованных контрольных материалов»	
65.	Выполнение СОП «Определение группы крови (ABO) перекрестным методом (двойной реакцией) и резус принадлежности (D) в биологических образцах венозной крови с использованием гель/технологии «ID-Card DiaClon ABO/ D +(A, B, DVI-, ctl,A1,B) » (ООО «БиоРад»)	
66.	Выполнение СОП «Исследование глюкозы крови на анализаторе Энзискан Ультра»	
67.	Выполнение СОП «Исследование общего анализа мочи на анализаторе LAURA»	

68	Выполнение СОП «Исследование плазмы крови для определения показателей гемостаза с применением анализатора Thrombolyzer Compact X»	
69	Выполнение СОП «Копрологическое исследование кала»	
70	Выполнение СОП «Лабораторные исследования кала на яйца гельминтов и простейших»	
71	Выполнение СОП «Исследование общего анализа крови с применением автоматического гематологического анализатора Elit 3»	
72	Выполнение СОП «Определение подтекания околоплодных вод»	
73	Выполнение СОП «Определения протромбинового времени, протромбинового индекса, международного нормализованного отношения (МНО) на автоматическом коагулометре SYSMEX CA 660»	
74	Выполнение СОП «Определения растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) в плазме о-фенантролиновым методом»	
75	Выполнение СОП «Определение тромбинового времени (ТВ) на автоматическом коагулометре SYSMEX CA 660»	
76	Выполнение СОП «Определение Тропонина I в цельной крови иммунохроматографическим методом на экспресс-фотометре RAMP® Clinical Reader»	
77	Выполнение СОП «Определение концентрации фибриногена на автоматическом коагулометре SYSMEX CA 660»	
78	Выполнение СОП «Исследование костного мозга»	
79	Выполнение СОП «Исследование клеточного состава крови с применением автоматического гематологического анализатора ABAKUS 5»	
80	Выполнение СОП «Исследование клеточного состава крови с применением автоматического гематологического анализатора DxH 800»	
81	Выполнение СОП «Определение иммунологических показателей крови и мочи на автоматическом анализаторе ARCHITECT I 2000»	
82	Выполнение СОП «Определение биохимических показателей крови на автоматическом биохимическом анализаторе OLYMPUS AU-400»	
83	Выполнение СОП «Определение биохимических показателей крови на автоматическом биохимическом анализаторе BECKMAN COULTER AU-480»	
84	Выполнение СОП «Определение биохимических показателей мочи на автоматическом биохимическом анализаторе BECKMAN COULTER AU-480»	
85	Выполнение СОП «Определение биохимических показателей крови методом турбидиметрии на автоматическом биохимическом анализаторе OLYMPUS AU-400»	
86	Выполнение СОП «Определение биохимических показателей крови методом турбидиметрии на автоматическом биохимическом анализаторе BECKMAN COULTER AU-480»	
87	Выполнение СОП «Исследование мочи на анализаторе Iris»	
88	Выполнение СОП «Исследование мочи на анализаторе URISCAN pro»	
89	Выполнение СОП «Определение XIIa-калликреин-зависимого фибринолиза»	
90	Выполнение СОП «Экспресс-оценка тромбоцитарного гемостаза (индуцированная агрегация тромбоцитов)»	
91	Выполнение СОП «Исследования гинекологических мазков на микрофлору»	
92	Выполнение СОП «Проведение исследования гинекологических мазков на онкоцитологию»	
93	Выполнение СОП «Унифицированный метод микроскопического выявления кислотоустойчивых микобактерий»	
94	Выполнение СОП «Исследование спинномозговой жидкости»	
95	Выполнение СОП «Лабораторная диагностика малярии»	
96	Выполнение СОП «Определение группы крови (ABO) перекрестным методом и резус-принадлежности (D) в биологических образцах венозной крови с помощью моноклональных антител на плоскости»	
97	Выполнение СОП «Определение Келл-принадлежности в биологических образцах венозной крови с помощью моноклональных антител на плоскости»	
98	Выполнение СОП «Фенотипирование эритроцитов по антигенам системы Rh и Kell в биологических образцах венозной крови с использованием геля/технологии «ID – Card DiaClon (C, c, E, e, K, ctl)» (ООО «БиоРад»)	
99	Выполнение СОП «Определение концентрации инсулиноподобного фактора (IGF-I) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа»	
100	Выполнение СОП «Определение концентрации общего иммуноглобулина E (JgE) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
101	Выполнение СОП «Определение инсулиноподобного фактора методом твердофазного иммуноферментного анализа»	
102	Выполнение СОП «Определение концентрации анти-кардиолипина (АКЛ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	

103	Выполнение СОП «Определение концентрации адренокортикотропного гормона (АКТГ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
104	Выполнение СОП «Определение концентрации альдостерона в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
105	Выполнение СОП «Определение концентрации антиядерных антител-8-скрининг (АНА-8С) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
106	Выполнение СОП «Определение антиядерных антител (АНФ) в сыворотке крови методом непрямой иммунофлюоресценции»	
107	Выполнение СОП «Определение концентрации антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
108	Выполнение СОП «Определение концентрации антител к рецепторам тиреотропного гормона (АТрецТТГ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
109	Выполнение СОП «Определение концентрации Анти-фосфолипидов (АФЛ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
110	Выполнение СОП «Определение концентрации анти-центромера В (АЦВ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
111	Выполнение СОП «Определение концентрации иммуноглобулинов класса G (JgG) к антигенам (Ag) гелиминтов в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
112	Выполнение СОП «Определение концентрации аутоиммунных антител класса G (JgG) к двухцепочной ДНК (dsДНК) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
113	Выполнение СОП «Определение концентрации иммуноглобулинов класса AM G (Jg AMG) к антигенам (Ag) лямблий в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
114	Выполнение СОП «Определение концентрации мета- и норметанефрина в моче методом твердофазного ИФА»	
115	Выполнение СОП «Определение концентрации ренина в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
116	Выполнение СОП «Определение концентрации ревматоидного фактора класса A, M, G (JgA, M, G) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
117	Выполнение СОП «Определение концентрации соматотропного гормона (СТГ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
118	Выполнение СОП «Определение концентрации свободного тироксина (Т4св) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
119	Выполнение СОП «Определение концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
120	Выполнение СОП «Определение концентрации тироглобулина (ТГ) в сыворотке крови методом твердофазного ИФА»	
121	Выполнение СОП «Определение концентрации Д-димера в плазме крови методом твердофазного ИФА»	
122	Выполнение СОП «Алгоритм передачи критических значений лабораторных исследований в КДЛ»	
123	Выполнение СОП «Правила сбора и доставки биологического материала»	
124	Выполнение СОП «Идентификация проб пациентов»	
125	Выполнение СОП «Отбраковка биологических проб»	
126	Выполнение СОП «Организация внелабораторного преаналитического этапа»	
127	Выполнение СОП «Исследование клеточного состава крови с применением автоматического гематологического анализатора Sysmex XP -300»	
128	Выполнение СОП «Определение антител к вирусу гепатита С в сыворотке и плазме крови человека (Гепатит ИФА – анти- CV) на автоматическом иммуноферментном анализаторе Alisei»	
129	Выполнение СОП «Определение поверхностного антигена вируса гепатита В в сыворотке и плазме крови человека («ГепатитИФА-НВsAg») на автоматическом иммуноферментном анализаторе Alisei»	
130	Выполнение СОП «Определение антигена Р24 и антител к вирусу иммунодефицита человека в сыворотке и плазме крови человека (ВичИФА-HIV-Ag/At) на автоматическом иммуноферментном анализаторе Alisei»	
131	Выполнение СОП «Количественное определение аллергоспецифических иммуноглобулинов Е в сыворотке крови с использованием автоматической системы для иммуноферментного анализа на микроплатах ALISEIQ.S.»	
132	Выполнение СОП «Выявление ДНК вирусов папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска (ВКР) 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типов в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени на приборе «Rotor-Gene Q6»»	
133	Выполнение СОП «Выявление ДНК и РНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Ureaplasma parvum/Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis), методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени на приборе «Rotor-Gene Q6»»	

134	Выполнение СОП «Исследование общего анализа мокроты»				
145	Выполнение СОП «Проведение исследования анализа мочи по методу Нечипоренко»				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 26
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Деятельность клинико-диагностической лаборатории	
	Группа(ы) показателей	1. Наличие локальных нормативных актов, регламентирующих деятельность клинико-диагностической лаборатории ПМКБ им. Н.Н. Бурденко 2. Документальное обеспечение процесса управления ресурсами (оборудование, реагенты, расходные материалы, вспомогательные услуги) 3. Управление основным и вспомогательным оборудованием 4. Обеспечение реагентами и расходными материалами 5. Лабораторные и вспомогательные помещения 6. Обеспечение биологической безопасности при работе с биологическим материалом 7. Лабораторная информационная система 8. Документальное обеспечение процесса управления производственной средой и безопасностью	Да/нет (+/-)
	Показатели аудита		
1.	Наличие и актуализация локальных нормативных актов, регламентирующих деятельность клинико-диагностической лаборатории		
2.	Наличие заявок на текущий год на приобретение ресурсов в письменном или электронном виде		
3.	Наличие требований приема ресурсов		
4.	Наличие формы подачи рекламаций в случае несоответствия товаров и услуг требованиям, предъявляемым к закупке		
5.	Наличие оборудования, необходимого для выполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи		
6.	Наличие формуляров медицинского изделия при поступлении оборудования по программам Минздрава России и Пензенской области		
7.	Наличие актов ввода в эксплуатацию лабораторного оборудования		
8.	Наличие и ведение журнала технического обслуживания медицинской техники		
9.	Наличие свидетельств о поверке средств измерения		
10.	Наличие инструкций по эксплуатации оборудования и руководства для пользователей на рабочем месте		
11.	Наличие карт учета температурного режима и влажности в помещениях, где имеется лабораторное оборудование		
12.	Наличие алгоритма действий при выходе оборудования из строя		
13.	Наличие необходимых реагентов и расходных материалов для проведения лабораторных исследований согласно порядкам и стандартам оказания медицинской помощи		
14.	Отсутствие задержек и отказов в выполнении исследований по причине отсутствия необходимых реагентов и расходных материалов		
15.	Наличие служебных записок главному врачу при отсутствии необходимых реагентов		

16.	Наличие сопроводительной документации (сертификаты соответствия, регистрационные удостоверения и др.) при получении реагентов и расходных материалов				
17.	Соблюдение условий хранения, заявленных производителем в соответствии с маркировкой на упаковке и инструкцией				
18.	Наличие карт учета температурного режима холодильников и ведение записей				
19.	Наличие требований полученных реагентов и расходных материалов на текущий год				
20.	Использование реагентов с соблюдением требований, заявленных производителем в инструкции, и срока годности				
21.	Наличие всех необходимых помещений, требуемых для осуществления заявленных видов деятельности				
22.	Соответствие размеров помещений нормативным требованиям				
23.	Разделение потоков проб при приеме биологического материала				
24.	Эргономика лабораторных помещений: расстановка мебели и оборудования				
25.	Расположение и планировка зон отдыха сотрудников и вспомогательных помещений				
26.	Состояние лабораторных и вспомогательных помещений: состояние полового покрытия, стен, потолков, отсутствие порогов, проводов и других препятствий при передвижении персонала				
27.	Система связи внутри лаборатории и с другими подразделениями медицинской организации: достаточность, исправность (телефонная связь, интернет, внутренние локальные сети и т.д.)				
28.	Наличие плана генеральных уборок				
29.	Соответствие используемых дезинфицирующих средств технологическому процессу				
30.	Знания сотрудников КДЛ санитарно-противоэпидемического режима				
31.	Соответствие типа бактерицидных облучателей технологическому процессу и режиму работы лаборатории				
32.	Ведение записей в журнале учета работы бактерицидных ламп				
33.	Соблюдений правил сбора, временного хранения, обеззараживания и удаление медицинских отходов				
34.	Ведение записей по системе обращения с медицинскими отходами				
35.	Наличие оборудованных мест для мытья рук сотрудников				
36.	Наличие и ведение журнала регистрации аварийных ситуаций				
37.	Наличие лабораторной информационной системы (ЛИС)				
38.	Наличие инструкций по охране труда				
39.	Наличие инструкций по пожарной безопасности				
40.	Наличие СОПов или аналогичных документов по управлению инфраструктурой				
41.	Алгоритм действия при аварийных ситуациях				
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)					
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)					
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 27
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Деятельность поликлиники				
	Группа(ы) показателей	Систематизация хранения медицинской документации и её доставки в кабинеты приёма врачей-специалистов Взаимодействие регистратуры со структурными подразделениями поликлиники Взаимодействие медицинских регистраторов регистратуры с пациентами Маршрутизация пациентов в особых случаях: в период эпидемий гриппа, иных острых респираторных вирусных инфекций и других инфекционных заболеваний Порядок записи и отмены записи пациентов на приём при непосредственном обращении в поликлинику, по телефону, через медицинскую информационную систему Порядок уведомления пациента об отмене приёма по инициативе организации Организация плановой госпитализации пациентов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко				
	Показатели аудита					Да/нет (+/-)
1.	Наличие правил хранения первичной медицинской документации в регистратуре поликлиники					
2.	Оценить знания по систематизации хранения первичной медицинской документации и доставки её в кабинеты приёма врачей-специалистов (опросить не менее 5 сотрудников регистратуры)					
3.	Деятельность структурного подразделения регистратуры – «Картохранилища»					
4.	Оценить качество оформления медицинской документации персоналом регистратуры (не менее 10 амбулаторных карт)					
5.	Наличие алгоритма «движения» амбулаторных карт в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и за её пределами					
6.	Оценить знание персонала алгоритма «движения» амбулаторных карт пациентов внутри учреждения и за его пределами (не менее 5 сотрудников регистратуры)					
7.	Оценить своевременность доставки первичной медицинской документации в кабинеты врачей-специалистов (не менее 5 случаев)					
8.	Наличие алгоритма взаимодействия регистратуры со структурными подразделениями поликлиники					
9.	Оценить методом прямого наблюдения коммуникацию регистраторов регистратуры и медицинских работников поликлиники (не менее 5 случаев)					
10.	Наличие алгоритма взаимодействия медицинских регистраторов регистратуры с пациентами					
11.	Оценить выполнение алгоритма взаимодействия медицинских регистраторов регистратуры с пациентами (не менее 5 случаев)					
12.	Оценить внешний вид сотрудников регистратуры (не менее 5 человек)					
13.	Коммуникация работников регистратуры с пациентами, в том числе наличие «речевых модулей» на разные типы взаимодействия, порядка действия в случае жалоб пациентов и конфликтных ситуаций					
14.	Наличие алгоритма маршрутизации пациентов в особых случаях					
15.	Наличие кабинета по приёму температурящих больных в период эпидемии гриппа и ОРВИ					
16.	Наличие алгоритма записи на приём при обращении пациента в поликлинику и по телефону					
17.	Наличие алгоритма уведомления пациента об отмене приёма по инициативе учреждения					
18.	Наличие алгоритма плановой госпитализации пациентов в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
19.	Оценить правильность заполнения журналов: «Журнал госпитализации» и «Журнал учёта отправки амбулаторных карт в стационар»					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 28
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Деятельность поликлиники				
	Группа(ы) показателей	Организация работы поликлиники Организация работы регистратуры поликлиники Оформление листков временной нетрудоспособности, их учёт и регистрация Обеспечение навигационной информации для пациентов с учётом характера расположения помещений Распределение потоков пациентов, требующих оказания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах Направление пациентов в другие медицинские организации				
		Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1.	Наличие приказов главного врача по организации работы поликлиники и подразделений поликлиники					
2.	Наличие приказов главного врача по организации работы регистратуры поликлиники					
3.	Наличие алгоритма взаимодействия дневного стационара ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с ГБУЗ ООД (маршрутизация пациентов)					
4.	Деятельность структурного подразделения регистратуры – «Стойка информации» («Стол справок»)					
5.	Наличие алгоритма оформления листков (справок) временной нетрудоспособности, их учета и регистрации по установленной форме					
6.	Оценить правильность заполнения книги регистрации листков временной нетрудоспособности					
7.	Оценить правильность оформления первичной медицинской документации при выдаче листков временной нетрудоспособности врачами поликлиники (10 амбулаторных карт)					
8.	Проверить наличие информационных материалов об организации работы МО (графики работы, часы приёма врачей-специалистов, администрации) и оказываемых медицинских услугах					
9.	Оценить доступность наглядной информации и её актуальность					
10.	Оценить методом прямого наблюдения удобство, простоту и эффективность системы навигации в поликлинике					
11.	Наличие алгоритма распределения потоков пациентов в плановой, неотложной и экстренной формах					
12.	Оценить правильность выполнения алгоритма распределения потоков пациентов (не менее 5 случаев)					
13.	Наличие алгоритма направления пациентов врачами-специалистами поликлиники в другие МО					
14.	Оценить знания и выполнение врачами-специалистами алгоритма направления пациентов в другие МО (не менее 5 врачей-специалистов)					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Проверочный лист внутреннего аудита № 29
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита		Деятельность поликлиники	
	Группа(ы) показателей		1. Организация работы дневного стационара в поликлинике в соответствии с порядками оказания медицинской помощи взрослому населению 2. Порядок отбора и направления пациентов на госпитализацию 3. Организация выписки пациентов из дневного стационара 4. Информирование пациентов, «обратная связь» с пациентами	
	Показатели аудита			Да/нет (+/-)
1.	Наличие локальных нормативных актов по организации работы дневного стационара в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко			
2.	Организация работы в дневном стационаре:			
2.1	Наличие и исполнение алгоритмов по отбору и направлению пациентов на госпитализацию в дневной стационар			
2.2	Соблюдение критериев оценки качества оказания медицинской помощи (проверить не менее 5 историй болезни)			
2.3	Наличие стандартных форм выписного эпикриза (проверить не менее 5 историй болезни)			
2.4	Наличие и исполнение алгоритма передачи информации о проведенном лечении пациентов (проверить не менее 5 историй болезни и 5 амбулаторных карт)			
2.5	Информирование/ консультирование пациентов при выписке, включая обсуждение плана дальнейшего лечения (опросить 5 пациентов)			
2.6	Информирование пациентов и их родственников о состоянии, диагнозе, методах диагностики, терапии, реабилитации в условиях дневного стационара (опросить 5 пациентов)			
2.7	Обеспечение преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах с соблюдением требований к ведению документации (проверить выполнение алгоритма взаимодействия дневного стационара ГБУЗ «ПОКБ» с ГБУЗ «ООД»)			
2.8	Обеспечение получения информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (проверить 5 историй болезни)			
2.9.	Обеспечение оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме, включая проведение регулярного обучения(тренингов), наличия лекарственных препаратов и медицинских изделий для оказания медицинской помощи в экстренной форме			
2.10	Обеспечение комфортных условий пребывания пациента в дневном стационаре (опросить не менее 5 пациентов)			
2.11	Осуществление мероприятий по организации безопасного применения лекарственных препаратов (проверить не менее 5 историй болезни)			
2.12	Осуществление мероприятий по организации безопасной среды для пациентов и работников дневного стационара (опросить не менее 5 пациентов и сотрудников дневного стационара)			
2.13	Подтверждение соответствия на всех этапах оказания медицинской помощи (включая применение лекарственных препаратов и медицинских изделий) личности пациента его персональным данным (прямым наблюдением не менее 5 случаев)			
2.14	Организация мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни (проверить выполнение алгоритма информирования пациентов о методах профилактики инфекционных заболеваний, основах здорового образа жизни)			
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)				
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)				

Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)					
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата

Проверочный лист внутреннего аудита № 30
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	Раздел аудита	Деятельность стационара и поликлиники			
	Группа(ы) показателей	Стандартные операционные процедуры			
	Показатели аудита				Да/нет (+/-)
1	Выполнение СОП «Дефибрилляция»				
2	Выполнение СОП «Приготовление дезинфицирующих растворов»				
3	Выполнение СОП «Уход за респираторным трактом в условиях ИВЛ»				
4	Выполнение СОП «Вскрытие бикса»				
5	Выполнение СОП «Перевязка при гнойных заболеваниях кожи»				
6	Выполнение СОП «Накрытие стерильного стола»				
7	Выполнение СОП «Накрытие стерильного лотка»				
8	Выполнение СОП «Организация работы перевязочных и процедурных кабинетов»				
9	Выполнение СОП «Подготовка крафт пакета к работе»				
10	Выполнение СОП «Подготовка перевязочного материала для стерилизации»				
11	Выполнение СОП «Технология проведения уборок режимных кабинетов»				
12	Выполнение СОП «Чистая перевязка»				
13	Выполнение СОП «Проведение азопирамовой пробы»				
14	Выполнение СОП «Стерилизация в воздушных шкафах»				
15	Выполнение СОП «Предстерилизационная обработка в ЦСО»				
16	Выполнение СОП «Проведение автоклавирования»				
17	Выполнение СОП «Проведение фенолфталеиновой пробы»				
18	Выполнение СОП «Бритье предоперационного поля»				
19	Выполнение СОП «Взятие крови из вены»				
20	Выполнение СОП «Внутримышечное введение лекарственных средств»				
21	Выполнение СОП «Процедура гемодиализа»				
22	Выполнение СОП «Диабетическая стопа»				
23	Выполнение СОП «Инфузионное введение лекарственных средств»				
24	Выполнение СОП «Спринцевание влагалища»				
25	Выполнение СОП «Уход за промежностью»				
26	Выполнение СОП «Обработка на педикулез»				
27	Выполнение СОП «Гигиеническая обработка рук»				
28	Выполнение СОП «Обработка цистоскопов»				
29	Выполнение СОП «Использование перчаток в отделении новорожденных перинатального центра»				
30	Выполнение СОП «Обработка швов на промежности»				

31	Выполнение СОП «Уход за пупочной ранкой новорожденного»	
32	Выполнение СОП «Санация эндотрахеальной трубки новорожденного»	
33	Выполнение СОП «Организация работы медсестры прививочного кабинета ПЦ»	
34	Выполнение СОП «Внутривенная инъекция новорожденному»	
35	Выполнение СОП «Санация трахеобронхального дерева»	
36	Выполнение СОП «Внутрикожная вакцинация новорожденному»	
37	Выполнение СОП «Внутримышечная вакцинация новорожденного»	
38	Выполнение СОП «Внутримышечная инъекция новорожденному»	
39	Выполнение СОП «Дезинфекция ИВЛ новорожденного»	
40	Выполнение СОП «Дезинфекция небулайзера новорожденного»	
41	Выполнение СОП «Интубация трахей новорожденного»	
42	Выполнение СОП «Использование вакцин в отделении новорожденных»	
43	Выполнение СОП «Обработка сосок»	
44	Выполнение СОП «Катетеризация мочевого пузыря новорожденного»	
45	Выполнение СОП «Кормление новорожденных смесями»	
46	Выполнение СОП «Обработка кувезов»	
47	Выполнение СОП «Правила смены подгузников новорожденных в кувезе»	
48	Выполнение СОП «Оценка интенсивности боли»	
49	Выполнение СОП «Перемещение тяжелобольного в постели»	
50	Выполнение СОП «Размещение тяжелобольного в постели»	
51	Выполнение СОП «Подкожное введение лекарственных средств»	
52	Выполнение СОП «Проведение эластичной компрессии конечностей»	
53	Выполнение СОП «Помощь при мочеиспускании»	
54	Выполнение СОП «Пособие при стомах толстого кишечника»	
55	Выполнение СОП «Приготовление дезинфицирующих растворов»	
56	Выполнение СОП «Профилактика пролежней»	
57	Выполнение СОП «Организация работы смотрового кабинета поликлиники»	
58	Выполнение СОП «Полная санитарная обработка пациентов»	
59	Выполнение СОП «Частичная санитарная обработка пациентов»	
60	Выполнение СОП «Ирригоскопия»	
61	Выполнение СОП «Контрастное исследование почек и мочевого пузыря»	
62	Выполнение СОП «Приготовление и смена белья тяжелобольному пациенту»	
63	Выполнение СОП «Надевание стерильного халата»	
64	Выполнение СОП «Накрытие стерильного стола операционной»	
65	Выполнение СОП «Обработка и стерилизация изделий медицинского назначения»	
66	Выполнение СОП «Проведение уборок в операционном блоке»	
67	Выполнение СОП «Транспортировка пациентов»	
68	Выполнение СОП «Бритье тяжелобольного пациента»	
69	Выполнение СОП «Уход за волосами»	
70	Выполнение СОП «Уход за ногтями»	
71	Выполнение СОП «Помощь при дефекации тяжелобольному»	
72	Выполнение СОП «Постановка клизм»	
73	Выполнение СОП «Пособие при гастростоме»	
74	Выполнение СОП «Уход за дренажом»	
75	Выполнение СОП «Уход за кубитальным катетером»	

Глава 17. Порядок создания и деятельности врачебной комиссии

Утвержден порядок создания и деятельности врачебной комиссии, показана определяющая роль врачебной комиссии в функционировании системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита; перечень должностных лиц и перечень вопросов для их ежемесячного доклада на Медицинском совете; положения о подкомиссиях врачебной комиссии в соответствии с новыми требованиями и задачами.



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

09.04.2020

№ 101

г. Пенза

Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

В соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»; Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»; Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»; Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»; Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений»; постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»; ISO 9001:2008 Системы менеджмента качества. Требования/Quality management systems – Requirements; приказом Минздрава России от 21.08.2000 № 2510/9362-34 «Оrientировочные сроки ВН при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10)»; приказом Минздрава России и Фонда социального страхования РФ от 29.01.2004 № 18/29 «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения», приказом Минздрава России от 21.05.2002 № 154 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактическом учреждении»; приказом Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 № 208н «Об утверждении формы направления на медицинское освидетельствование подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, в отношении которого избрана мера пресечения в виде заключения под стражу»; приказом Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 № 209н «Об утверждении формы, порядка ведения и хранения журнала регистрации медицинских

освидетельствований подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу»; приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»; приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»; приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности»; приказом Минздравсоцразвития России от 26.08.2011 № 989н «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну, порядка получения и формы справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну»; приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»; приказом Минздрава России от 20.06.2012 № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий»; приказом Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)”»; приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»; приказом Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»; приказом Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»; приказом Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»; приказом Минздрава России от 05.05.2016 № 282н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ»; приказом Минздрава России от 21.03.2017 № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»; приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»; приказом Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»; приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»; приказом Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»; приказом Минздрава России от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; приказом Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»; методическими рекомендациями № 2002/140 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности ЛПУ», утвержденными Минздравом России от 20.12.2002 № 2510/224-03-34; постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”»; приказом Росздравнадзора от 09.11.2017 № 9438 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обраще-

ния лекарственных средств»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10449 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий»; приказом Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; методическими рекомендациями № 2002/140, утвержденными Минздравом России от 20.12.2002 №2510/224-03-34; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора, 2015 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике)» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора, 2017 г.; «Предложениями (практическими рекомендациями) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской лаборатории» Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономический экспертизы» Росздравнадзора, 2018 г.; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 116 от 23.09.2015 «Положение о системе менеджмента качества ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 100 от 27.06.2017 «Об утверждении правил оформления медицинских документов в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”, хранения и использования информации, составляющей врачебную тайну»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 25 от 25.01.2018 «Об организации работы трансфузиологического кабинета в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 180/1 от 16.12.2018 «Об организации работы приемного отделения и оказании экстренной помощи в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 180 от 18.12.2018 «Об информационном обеспечении организации оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 183 от 25.12.2018 «Об организации лекарственной безопасности и фармаконадзора в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 17 от 31.01.2019 «О преемственности медицинской помощи. Передача клинической ответственности за пациента. Организация перевода пациента в рамках одной медицинской организации и трансфер в другие медицинские организации из ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 39 от 01.03.2019 «Об организации контроля качества и безопасности обращения медицинских изделий в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 63 от 05.04.2019 «Об организации эпидемиологической безопасности медицинской деятельности и внутреннего контроля качества профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 80 от 26.04.2019 «Об идентификации личности пациента в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 104 от 28.06.2019 «Об организации работы по обеспечению хирургической безопасности и профилактике рисков, связанных с оперативными вмешательствами в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 178 от 05.12.2019 «Об организации деятельности клинико-диагностической лаборатории в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 202 от 16.12.2019 «Об организации деятельности поликлиники в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 214 от 20.12.2019 «О безопасности среды, организации ухода за пациентами, профилактике пролежней и падений в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 215 от 20.12.2019 «Об утверждении форм добровольных информированных согласий в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 221 от 27.12.2019 «О совершенствовании системы управления персоналом в ГБУЗ “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”»; приказом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 222 от 27.12.2019 «Об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита в государственном бюджетном учреждении здравоохранения “Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко”», п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить порядок создания и деятельности врачебной комиссии организации в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко) (Приложение № 1).
2. Утвердить состав врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 2).
3. Утвердить перечень докладчиков на расширенном заседании врачебной комиссии (Медицинском совете) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 3).
4. Утвердить перечень вопросов для ежемесячного доклада на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко его членами (№ 1–23) (Приложение № 4).
5. Утвердить положение о подкомиссии № 1 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 5).
6. Утвердить положение о подкомиссии № 2 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 6).
7. Утвердить положение о подкомиссии № 3 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 7).
8. Утвердить положение о подкомиссии № 4 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 8).
9. Утвердить положение о подкомиссии № 5 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 9).
10. Утвердить положение о подкомиссии № 6 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 10).
11. Утвердить положение о подкомиссии № 7 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 11).
12. Утвердить положение о подкомиссии № 8 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 12).
13. Утвердить положение о подкомиссии № 9 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 13).
14. Утвердить положение о подкомиссии № 10 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 14).
15. Утвердить состав подкомиссии № 1 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 15).
16. Утвердить состав подкомиссии № 2 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 16).
17. Утвердить состав подкомиссии № 3 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 17).
18. Утвердить состав подкомиссии № 4 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 18).
19. Утвердить состав подкомиссии № 5 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 19).
20. Утвердить состав подкомиссии № 6 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 20).
21. Утвердить состав подкомиссии № 7 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 21).
22. Утвердить состав подкомиссии № 8 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 22).
23. Утвердить состав подкомиссии № 9 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 23).

24. Утвердить состав подкомиссии № 10 врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Приложение № 24).
25. Членам врачебной комиссии и приглашенным лицам ежемесячно представлять информацию на расширенном заседании врачебной комиссии (Медицинском совете) в соответствии с перечнем вопросов для ежемесячного доклада на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.
26. И.о. заведующего организационно-методическим отделом Федоровой О.В. обеспечить членов Медицинского совета статистической информацией согласно перечня вопросов для ежемесячного доклада на Медицинском совете ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко его членами.
27. Отменить приказ главного врача от 10.01.2012 № 16 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области».
28. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 117 «Об утверждении Положения о Медицинском совете ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и персонального состава Медицинского совета».
29. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 11.05.2016 № 58 «Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой на условиях софинансирования средств федерального бюджета и средств бюджета Пензенской области и высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».
30. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 01.06.2018 № 82 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 11.05.2016 № 58 «Об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой на условиях софинансирования средств федерального бюджета и средств бюджета Пензенской области и высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».
31. Отменить приказ главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко № 7 от 10.01.2019 «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и персонального состава врачебной комиссии».
32. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 20.02.2019 № 26 «О профилактике инфекций, связанных с медицинской помощью».
33. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» № 32 от 26.02.2019 «Об организации деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
34. Отменить приказ главного врача от 04.04.2019 № 62/1 «О внесении изменений в приказ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 10.01.2012 № 16 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области»».
35. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 11.09.2019 № 136 «О внесении изменений в приказ ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 23.09.2015 № 117 «Об утверждении Положения о Медицинском совете ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» и персонального состава Медицинского совета»».
36. Отменить приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 24.01.2020 № 8 «Об организации предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»».
37. Ответственным за актуализацию настоящего приказа является заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности Моисеева Л.Н.
38. Заведующему отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности – уполномоченного по качеству медицинской помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Моисеевой Л.Н. провести занятия с руководителями подразделений по внедрению в практику настоящего приказа.
39. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц (согласно листу ознакомления).
40. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.В. Космачев

Порядок создания и деятельности врачебной комиссии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

Настоящий Порядок создания и деятельности врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (далее – Порядок) разработан с целью повышения качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», определяет требования к организации работы, созданию и формированию состава врачебной комиссии, регламентирует порядок функционирования, права, обязанности и функции врачебной комиссии (ее подкомиссий), ее членов.

1. Общие положения

1.1 Врачебная комиссия ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью совершенствования организации медицинской помощи, организации коллегиального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, включая дорогостоящие лекарственные препараты, рассмотрения конфликтных ситуаций, претензий пациентов, заинтересованных организаций, возникающих в процессе оказания в учреждении медицинской помощи.

1.2 Врачебная комиссия является главной составной частью системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

2. Функции врачебной комиссии

Врачебная комиссия ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко осуществляет следующие функции:

2.1 принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

2.2 определение трудоспособности граждан;

2.3 продление листов нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

2.4 принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2.5 проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

2.6 оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

2.7 принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям): не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи и по торговым наименованиям;

2.8 направление сообщений в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения в целях осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов о выявленных случаях побочных действий, не указанных в инструкции по применению лекарственного препарата, серьезных нежелательных реакций и непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов, в том числе послуживших основанием для назначения лекарственных препаратов в соответствии с подпунктом 2.7 настоящего Порядка; эта функция выполняется в соответствии с алгоритмом сбора и направления информации о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (приложение № 3 к приказу ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 25.12.2018 г. № 183 «Об организации лекарственной безопасности и фармаконадзора в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»);

2.9 оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации;

2.10 разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

2.11 изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также разработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

2.12 принятие решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации;

2.13 принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;

2.14 проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Минздравсоцразвития России, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 28.12.2011 № 1689н (зарегистрирован Минюстом России 08.02.2012 № 23164);

2.15 вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;

2.16 осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений»;

2.17 проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

2.18 выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну;

2.19 анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, внутрибольничными инфекциями, разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями;

2.20 взаимодействие в работе по вопросам, относящимся к компетенции врачебной комиссии (подкомиссии), с территориальными фондами обязательного медицинского страхования, региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, со страховыми медицинскими организациями, иными органами и организациями;

2.21 рассмотрение обращений (жалоб) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в медицинской организации;

2.22 организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (осуществляется также работниками отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита, положение о котором, его задачи и организация утверждаются приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко);

2.23 выдача заключения о нуждаемости ветерана в обеспечении протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями в соответствии с Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 (функция не выполняется

вследствие отсутствия прикрепленного к поликлинике ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко населения);

2.24 вынесение медицинского заключения о том, что при изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора его здоровью не будет причинен значительный вред (функция не выполняется вследствие отсутствия в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лицензии на выполнение работ по хирургии (трансплантации органов и (или) тканей);

2.25 иные функции, предусмотренные федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

3. Создание и деятельность врачебной комиссии

3.1 Врачебная комиссия создается на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.2 Порядок создания и деятельности врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (Положение о подкомиссиях врачебной комиссии), регламентирующий цели, задачи, состав и функции врачебной комиссии, ее подкомиссий, порядок работы, учета и представления отчетности по итогам деятельности, состав врачебной комиссии (подкомиссий врачебной комиссии) утверждаются главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.3 Врачебная комиссия состоит из председателя, двух заместителей председателя, секретаря и членов комиссии.

3.4 Председателем врачебной комиссии является главный врач ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.5 Председателями подкомиссий врачебной комиссии: подкомиссии № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия); подкомиссии № 3 врачебной комиссии (по изучению летальных исходов в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко); подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) являются заместители главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; председателем подкомиссии № 1 врачебной комиссии (по экспертизе временной нетрудоспособности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») назначается руководитель структурного подразделения или врач-специалист ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, прошедший повышение квалификации по программе «Экспертиза временной нетрудоспособности»; председателями прочих подкомиссий врачебной комиссии назначаются врачи-специалисты.

3.6 Председатель врачебной комиссии (подкомиссии) несет ответственность за деятельность врачебной комиссии (подкомиссии), своевременность, обоснованность и объективность принятых решений врачебной комиссии (подкомиссии).

3.7 Функции председателя врачебной комиссии (подкомиссии):

- назначает дату и время проведения врачебной комиссии (подкомиссии);
- определяет повестку дня заседания врачебной комиссии (подкомиссии);
- определяет (при необходимости) лиц, приглашенных на заседание врачебной комиссии (подкомиссии);
- руководит ходом заседания врачебной комиссии (подкомиссии): объявляет повестку дня; участвует в обсуждении вопросов повестки дня; подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы; выносит на голосование предложения членов врачебной комиссии; объявляет решение, принятое по итогам голосования; подписывает заключение заседания врачебной комиссии (подкомиссии).

При отсутствии председателя врачебной комиссии (подкомиссии) его функции исполняет со-председатель или заместитель председателя, имеющий право только одного голоса.

3.8 В состав врачебной комиссии включаются заведующие структурными подразделениями ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, врачи-специалисты из числа работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.9 Функции членов врачебной комиссии (подкомиссии):

- по поручению председателя врачебной комиссии, председателя подкомиссии врачебной комиссии готовят к заседанию необходимую информацию по вопросам повестки дня;
- участвуют в обсуждении вопросов повестки дня, высказывают свои предложения и замечания;
- участвуют в голосовании при принятии решений по вопросам повестки дня заседания врачебной комиссии (подкомиссии);
- подписывают заключение заседания врачебной комиссии (подкомиссии).

3.10 Секретарь врачебной комиссии (подкомиссии) осуществляет следующие функции:

- составление планов-графиков заседаний врачебной комиссии (подкомиссии);
- подготовка материалов для заседания врачебной комиссии подкомиссии);
- уведомление членов врачебной комиссии (подкомиссии) о дате и времени проведения заседания врачебной комиссии, ее подкомиссий;

- оформление решений врачебной комиссии (подкомиссии) и ведение специального журнала, в котором учитываются принятые решения врачебной комиссии (подкомиссии) (далее – журнал);
- организация хранения материалов работы врачебной комиссии (подкомиссии).

3.11 Заседания врачебной комиссии (подкомиссии) проводятся на основании планов-графиков, утверждаемых главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.12 Заседания врачебной комиссии в полном составе проводятся в плановом порядке в расширенном формате (Медицинский совет) один раз в месяц. На них заслушиваются доклады должностных лиц, являющихся членами врачебной комиссии, и приглашенных лиц – руководителей подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, не являющихся медицинскими работниками.

3.13 Доклады на Медицинском совете содержат информацию за истекший период с начала года, последний месяц; о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года, ее анализ и предложения.

3.14 Приглашенные лица на заседании Медицинского совета имеют право совещательного голоса в целях приоритетности процессов, оказывающих влияние на качество и безопасность медицинской деятельности и интересов пациентов.

3.15 Один раз в год Медицинский совет (итоговый) проводится с приглашением руководителей всех подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; он проводится в первые семь рабочих дней после сдачи годового отчета.

3.16 В случае необходимости по решению председателя врачебной комиссии (подкомиссии) могут проводиться внеплановые заседания врачебной комиссии (подкомиссий). Заседания врачебной комиссии в полном составе проводятся также для подведения итогов внеплановых проверок качества и безопасности медицинской деятельности по решению главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

3.17 Заседание врачебной комиссии (подкомиссии) считается легитимным, если присутствует не менее двух третей ее состава. Члены врачебной комиссии (подкомиссии) могут выдавать доверенности другим ее членам на присутствие на заседании врачебной комиссии (подкомиссии) и принятие решений от их имени. Решение врачебной комиссии (подкомиссии) считается принятым, если его поддержало не менее двух третей членов врачебной комиссии (подкомиссии), присутствующих на заседании. При этом считаются присутствующими лица, выдавшие доверенность другим членам врачебной комиссии (подкомиссии).

3.18 Решение врачебной комиссии (подкомиссии) оформляется в виде протокола, который содержит следующие сведения:

- дата проведения заседания врачебной комиссии (подкомиссии),
- список членов врачебной комиссии (подкомиссии), присутствовавших на заседании,
- перечень обсуждаемых вопросов,
- решение врачебной комиссии (подкомиссии) и его обоснование.

3.19 Секретарь врачебной комиссии (подкомиссии) вносит принятое решение в протокол.

3.20 Работники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обязаны по требованию членов врачебной комиссии (подкомиссии) предоставлять необходимые данные для реализации и осуществления контроля исполнения решений врачебной комиссии (подкомиссии).

3.21 Выписка из протокола решения врачебной комиссии (подкомиссии) может выдаваться на руки пациенту либо его законному представителю на основании письменного заявления.

3.22 Протоколы решений врачебной комиссии (подкомиссии) подлежат хранению в течение 10 лет.

3.23 Заместители председателя врачебной комиссии ежеквартально, а также по итогам года представляет главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко письменный отчет о ее работе.

3.24 Внесение изменений/дополнений в настоящий Порядок осуществляется на основании приказа главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с обязательным ознакомлением всех заинтересованных лиц.

3.24 Контроль деятельности врачебной комиссии (подкомиссий) осуществляет главный врач ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

4. Структуры врачебной комиссии

Для реализации отдельных функций врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко создаются ее структуры:

Подкомиссия № 1 врачебной комиссии (по экспертизе временной нетрудоспособности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью совершенствования организации медицинской помощи, ор-

ганизации коллегиального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия) – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 3 врачебной комиссии (по изучению летальных исходов в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко) – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического анализа всех случаев летальных исходов, произошедших в стационаре (при необходимости – в поликлинических подразделениях) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) – совещательный орган, который создается с целью консультирования беременных, имеющих хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода, для решения вопроса о дальнейшей тактике их ведения, снижения перинатальных потерь, детской заболеваемости, смертности и инвалидности, консультирования беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Подкомиссия № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области) – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации.

Подкомиссия № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью организации и проведения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» предварительных и периодических медицинских осмотров, проведения экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников, выдачи справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну.

Подкомиссия № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью предупреждения возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью, контроля санитарно-противоэпидемиологического режима, своевременного выявления и снижения инфекционной заболеваемости и предупреждения групповой и вспышечной заболеваемости в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью осуществления эффективного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых при оказании медицинской помощи пациентам государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в другие медицинские учреждения) – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью отбора пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оформления протоколов об этом и внесения этих данных в медицинскую документацию пациента.

Подкомиссия № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью рассмотрения обращений (жалоб) граждан по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клини-

ческая больница им. Н.Н. Бурденко», определения обоснованности предъявляемых требований, выявления причин обращения пациента или его законного представителя с жалобой, анализа обращений пациентов на всех уровнях, проведения (при необходимости) очной экспертизы и встречи с пациентом или его законным представителем, принятия управленческих решений и разработки мероприятий по предупреждению дефектов при оказании медицинской помощи, вызывающих обращения пациентов, обеспечения безопасности лечебно-диагностического процесса, обеспечения удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи, осуществления контроля за работой медицинского персонала, организации врачебных конференций и внесения в установленном порядке предложений по вопросам, относящимся к компетенции подкомиссии.

Медицинский совет ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – особая расширенная форма заседания врачебной комиссии с приглашением руководителей подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, не являющихся медицинскими работниками, зона ответственности которых опосредованно влияет на качество и безопасность медицинской деятельности в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

5. Права врачебной комиссии

5.1 Вносить предложения по улучшению организации деятельности медицинской организации, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.

5.2 Представлять главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко предложения о наложении дисциплинарных взысканий на врачей-специалистов по решению врачебной комиссии (подкомиссии).

5.3 Проводить выборочный контроль выполнения лечащими врачами требований к качеству и безопасности медицинской помощи, установленных на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения), иных нормативных правовых актов.

6. Ответственность врачебной комиссии

Врачебная комиссия несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов контроля качества и экспертиз в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации и настоящим приказом.

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Состав Врачебной комиссии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в ВК
1.	Космачев Вячеслав Владимирович	главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
4.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
5.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
6.	Аскалин Александр Александрович	врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь

7.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная кли- ническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Акопян Надежда Алексан- дровна	врач-терапевт терапевтического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Рыжонина Татьяна Владими- ровна	заместитель главного врача по работе с сестринским персона- лом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Краснов Михаил Викторович	заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пен- зенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Зюлькин Григорий Алексан- дрович	заведующий хирургическим отделением – врач-хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Кулюцин Алексей Валерьевич	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанима- ции и интенсивной терапии – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензен- ская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Долгова Дина Владимировна	заведующий отделением патологии беременных перинатально- го центра – врач-акушер-гинеколог ГБУЗ «Пензенская област- ная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Логина Галина Васильевна	заведующий неврологическим отделением с реабилитацион- ными койками для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств – врач-невролог ГБУЗ «Пен- зенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
15.	Донченко Иван Андреевич	заведующий кардиологическим отделением – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
16.	Шимохина Ольга Николаевна	заведующий эндокринологическим отделением – врач- эндокринолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая боль- ница им. Н.Н. Бурденко»	Член
17.	Моисеева Любовь Николаевна	заведующий отделением контроля качества, безопасности ме- дицинской деятельности отдела контроля качества, безопасно- сти медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
18.	Юцмюц Алексей Адольфович	заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии № 1 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
19.	Юматов Михаил Владимиро- вич	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
20.	Алимова Ирина Николаевна	заведующий нефрологическим отделением – врач-нефролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
21.	Тарасеева Галина Николаевна	заведующий пульмонологическим отделением – врач- пульмонолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая боль- ница им. Н.Н. Бурденко»	Член
22.	Кочмарева Татьяна Владими- ровна	заведующий колопроктологическим отделением – врач- колопроктолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
23.	Буланов Алексей Алексан- дрович	заведующий неврологическим отделением для лечения боль- ных с НМК – врач-невролог ГБУЗ «Пензенская областная кли- ническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
24.	Назаров Сергей Анатольевич	заведующий приемным отделением – врач-хирург ГБУЗ «Пен- зенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
25.	Федорова Ольга Викторовна	врач-методист методического кабинета организационно- методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиничес- кая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

28.	Соломаха Лариса Алексеевна	врач-методист отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
29.	Каюмов Бахтиер Зайнетдинович	врач-хирург поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
30.	Новикова Ольга Викторовна	врач-терапевт поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
31.	Аскалина Джанна Александровна	врач-профпатолог кабинета врача-профпатолога поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
32.	Васильев Валерий Валентинович	заведующий отделением внутреннего аудита отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита	Член
33.	Бартош Лариса Анатольевна	заведующий отделением ультразвуковой диагностики – врач-ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
34.	Донецкая Наталья Александровна	заведующий отделением лучевой диагностики – врач-лучевой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
35.	Миронова Елена Николаевна	заведующий эпидемиологическим отделом – врач-эпидемиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
36.	Умнов Николай Петрович	врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
37.	Шимохин Владислав Геннадьевич	заведующий отделением платных услуг – врач-методист ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
38.	Новикова Ольга Викторовна	врач-терапевт отделения платных услуг ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
39.	Владимирова Ольга Викторовна	врач акушер-гинеколог гинекологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
40.	Филимонова Людмила Валерьевна	заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) перинатального центра – врач-неонатолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
41.	Климова Екатерина Александровна	врач-нефролог нефрологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
42.	Логинов Сергей Николаевич	заведующий хирургическим торакальным отделением – врач-торакальный хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
43.	Миронов Михаил Анатольевич	заведующий урологическим отделением – врач-уролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
44.	Кибиткин Андрей Станиславович	заведующий отделением травматологии и ортопедии – врач-травматолог-ортопед ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
45.	Надейкина Ольга Михайловна	врач-невролог клинко-диагностического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

46.	Пентегина Татьяна Николаевна	врач-офтальмолог офтальмологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
47.	Коновалова Юлия Николаевна	врач-оториноларинголог оториноларингологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
48.	Иваньева Александра Игоревна	врач-хирург хирургического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
49.	Волченкова Елена Викторовна	врач-акушер-гинеколог гинекологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
50.	Гаврилова Анна Михайловна	врач-акушер-гинеколог гинекологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
51.	Бардаш Евгений Григорьевич	врач-дерматовенеролог дерматовенерологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
52.	Темарцева Инна Ивановна	врач-аллерголог-иммунолог кабинета аллергологии и иммунологии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
53.	Губина Наталья Борисовна	врач-эндокринолог эндокринологического кабинета центра медицинского эндокринологического ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
54.	Калашников Олег Михайлович	врач-уролог урологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
55.	Жалилова Лариса Константиновна	врач-стоматолог-терапевт кабинета терапевтической стоматологии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
56.	Смолякова Лариса Анатольевна	врач-травматолог-ортопед кабинета травматологии и ортопедии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
57.	Ной Наталья Викторовна	врач-психиатр-нарколог отделения платных услуг, врач-психиатр отделения платных услуг (внешний совместитель) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
58.	Макарова Наталья Николаевна	врач-бактериолог бактериологической лаборатории ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
59.	Хадж Элиас	заведующий отделением анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения перинатального центра – врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
60.	Иванова Ольга Александровна	заведующий акушерским физиологическим отделением с совместным пребыванием матери и ребенка перинатального центра – врач-акушер-гинеколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
61.	Михайлов Денис Валерьевич	заведующий отделением сосудистой хирургии – врач-сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
62.	Рыбас Роман Владиславович	заведующий нейрохирургическим отделением – врач-нейрохирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
63.	Сундукова Анна Николаевна	заведующий гастроэнтерологическим отделением – врач-гастроэнтеролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

64.	Князькина Екатерина Владимировна	заведующий центром медицинским эндокринологическим – врач-эндокринолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
65.	Агеев Юрий Александрович	врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
66.	Илларионов Игорь Николаевич	врач-сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
67.	Быстров Дмитрий Евгеньевич	врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
68.	Девин Игорь Владимирович	врач-травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
69.	Вдовин Валерий Герасимович	врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
70.	Галкин Алексей Викторович	врач-уролог урологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
71.	Лебедев Марат Владимирович	заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии – врач-челюстно-лицевой хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
72.	Трутнев Андрей Владимирович	врач-стоматолог-хирург кабинета хирургической стоматологии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
73.	Кочетов Евгений Иванович	врач-анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
74.	Скрипкина Наталья Филипповна	врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
75.	Никишина Анна Юрьевна	врач-ревматолог ревматологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
76.	Бирючкова Ольга Александровна	заведующий женской консультацией Перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
77.	Шелкова Елена Владимировна	заведующий медико-генетической консультацией – врач-генетик ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
78.	Касьянова Лариса Васильевна	врач-генетик медико-генетической консультации перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
79.	Федулова Наталья Ивановна	врач-генетик медико-генетической консультации перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
80.	Дудкин Игорь Александрович	врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
81.	Комаров Виктор Тимофеевич	Заведующий ревматологическим отделением – врач-ревматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

**Перечень докладчиков
на расширенном заседании Врачебной комиссии
(Медицинском совете) ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

№ п/п	ФИО	Должность/ Статус в ВК	№ перечня вопросов для ежемесячного доклада
1.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/заместитель председателя	1
2.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/заместитель председателя	2
3.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/заместитель председателя	3
4.	Рыжонина Татьяна Владимировна	заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	4
5.	Разина Наталья Юрьевна	заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/приглашенное лицо	5
6.	Моисеева Любовь Николаевна	заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	6–8
7.	Федорова Ольга Викторовна	И.О. заведующего организационно-методическим отделом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	9
8.	Краснов Михаил Викторович	заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	10
9.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	11
10.	Швагирева Альбина Николаевна	И.О. директора ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/приглашенное лицо	12
11.	Разина Надежда Викторовна	начальник отдела кадров и отдела документационного обеспечения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/приглашенное лицо	13
12.	Флеонова Наталья Владимировна	начальник юридического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/приглашенное лицо	14–16
13.	Палиенко Людмила Владимировна	заведующий аптекой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	17
14.	Миронова Елена Николаевна	заведующий эпидемиологическим отделом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	18
15.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/секретарь	19
16.	Васильев Валерий Валентинович	заведующий отделением внутреннего аудита качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	20
17.	Умнов Николай Петрович	заведующий операционным блоком ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	21
18.	Шимохин Владислав Геннадьевич	заведующий отделением платных услуг ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко/член	22
19.	Кузина Татьяна Александровна	начальник контрактной службы/приглашенное лицо	23

**Перечень вопросов
для ежемесячного доклада на расширенном заседании
Врачебной комиссии (Медицинском совете)
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

**Перечень вопросов № 1
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

№ п/п	Раздел	Работа стационара
	Должность докладчика	Заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Выполнение плана ВМП по курируемым профилям	
3.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий по курируемым профилям	
4.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
5.	Анализ летальности по курируемым профилям и нозологиям	
6.	Анализ отклонений от плановых показателей работы койки по курируемым профилям	
7.	Ятрогенные осложнения, анализ их возникновения по курируемым профилям	
8.	Итоги обходов курируемых подразделений	
9.	Количество имеющихся расходных материалов и медикаментов для выполнения ВМП по курируемым профилям	
10.	Проблемы с исполнением стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов по курируемым профилям	
11.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия по курируемым профилям	
13.	Результаты внешних проверок	
14.	Предложения по стимулирующим выплатам	
15.	Получают ли пациенты в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лечебное питание в случае нахождения на лечении в стационарных условиях при наличии показаний?	
16.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме?	
17.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?	
18.	Имеется ли у медицинских работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?	
19.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности)?	
20.	Имеются в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
21.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
22.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о лекарственном препарате?	
23.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о медицинском изделии?	
24.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	
25.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?	
26.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на бланках, содержащих информацию рекламного характера о лекарственном препарате?	
27.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	

28.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания медицинских изделий на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?
29.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов либо о наличии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
30.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
31.	Имеется ли у фармацевтических работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
32.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний?
33.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам?
34.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
35.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 2
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Работа стационара
	Должность докладчика	Заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	лаборатория	
3.	Выполнение плана ВМП по курируемым профилям	
4.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий по курируемым профилям	
5.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
6.	Анализ летальности по курируемым профилям и нозологиям	
7.	Анализ отклонений от плановых показателей работы койки по курируемым профилям	
8.	Ятрогенные осложнения, анализ их возникновения по курируемым профилям	
9.	Итоги обходов курируемых подразделений	
10.	Количество имеющихся расходных материалов и медикаментов для выполнения ВМП по курируемым профилям	
11.	Количество выполненных операций (плановых/экстренных)	
12.	Послеоперационная летальность (после плановых/экстренных)	
13.	Анализ предоперационного койко-дня по профилям	
14.	Проблемы с исполнением стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов по курируемым профилям	
15.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия по курируемым профилям	
16.	Результаты внешних проверок	
17.	Предложения по стимулирующим выплатам	
18.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме?	
19.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?	
20.	Имеется ли у медицинских работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?	
21.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности)?	
22.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
23.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
24.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о лекарственном препарате?	
25.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о медицинском изделии?	
26.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	
27.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?	
28.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на бланках, содержащих информацию рекламного характера о лекарственном препарате?	
29.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	
30.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания медицинских изделий на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?	
31.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов либо о наличии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?	
32.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?	
33.	Имеется ли у фармацевтических работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и	

	(или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
34.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний?
35.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам?
36.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
37.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 3
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Работа перинатального центра
	Должность докладчика	Заместитель главного врача акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Выполнение плана ВМП по курируемым профилям	
3.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий по курируемым профилям	
4.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
5.	Анализ летальности по курируемым профилям и нозологиям	
6.	Анализ отклонений от плановых показателей работы койки по курируемым профилям	
7.	Ятрогенные осложнения, анализ их возникновения по курируемым профилям	
8.	Итоги обходов курируемых подразделений	
9.	Количество имеющихся расходных материалов и медикаментов для выполнения ВМП по курируемым профилям	
10.	Проблемы с исполнением стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов по курируемым профилям	
11.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия по курируемым профилям	
12.	Результаты внешних проверок	

13.	Предложения по стимулирующим выплатам
15.	Имеются ли случаи несоблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных сроков (в том числе при наличии медицинских и социальных показаний, а также учитывая сроки с момента обращения женщины в учреждение для искусственного прерывания беременности) для проведения искусственного прерывания беременности?
16.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственными гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме?
17.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственными гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?
18.	Имеется ли у медицинских работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
19.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности)?
20.	Имеются в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?
21.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?
22.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о лекарственном препарате?
23.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о медицинском изделии?
24.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?
25.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?
26.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на бланках, содержащих информацию рекламного характера о лекарственном препарате?
27.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?
28.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания медицинских изделий на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?
29.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов либо о наличии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
30.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения, медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
31.	Имеется ли у фармацевтических работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
32.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний?
33.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам?
34.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
35.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	

Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 4
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Работа среднего и младшего медицинского персонала
	Должность докладчика	Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
Вопросы для доклада*		
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
3.	Ятрогенные осложнения, связанные с работой сестринского персонала, анализ их возникновения	
4.	Итоги обходов подразделений (работа среднего и младшего медицинского персонала)	
5.	Анализ очередности на оказание ВМП, состояние отчетности	
6.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия	
7.	Обеспечение мягким инвентарем (бельем, спецодеждой)	
8.	Результаты внешних проверок	
9.	Результаты ККМП среднего медицинского персонала	
10.	Предложения по стимулирующим выплатам	
11.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко условия (предоставление спального места и питания) для пребывания без взимания платы одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в стационарных условиях при совместном нахождении в учреждении с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний?	
12.	Созданы ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко условия (наличие оборудования) для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья?	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 5
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Экономика и финансы
	Должность докладчика	Заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Выполнение плана финансово-хозяйственной деятельности в целом	
3.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий в разрезе объемов, финансов, подразделений	
4.	Выполнение плана реализации программы ВМП в разрезе объемов, финансов, подразделений	
5.	Выполнение программных мероприятий	
6.	Результаты внешних проверок, включая СМО	
7.	Существенные новости в законодательстве	
8.	Анализ дебиторской и кредиторской задолженности	
9.	Анализ средней заработной платы в разрезе категорий работников и индикативов	
10.	Стоимость одного балла	
11.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 6
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Осуществление учреждением предусмотренного ст. 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
	Должность докладчика	Заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Осуществление ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко предусмотренного ст. 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья	

	граждан в Российской Федерации» внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с: – Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» – постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» – приказом Минздрава России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» – приказом Минздрава России от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» – приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
2.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Порядок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее – внутренний контроль), утвержденный руководителем?
3.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко приказ о создании врачебной комиссии/подкомиссий?
4.	Соответствует ли состав врачебной комиссии/подкомиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (наличие председателя, заместителя, членов, секретаря) установленным требованиям?
5.	Имеются ли планы-графики заседаний врачебной комиссии/подкомиссий, утвержденные главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?
6.	Соблюдается ли требуемая периодичность заседаний врачебной комиссии/подкомиссий ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (не реже 1 раза в неделю)?
7.	Внесены ли решения врачебной комиссии/подкомиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в первичную медицинскую документацию пациента?
8.	Оформляются ли решения заседаний врачебной комиссии/подкомиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в виде протоколов?
9.	Ведется ли Журнал принятых на заседании врачебной комиссии/подкомиссии решений в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?
10.	Рассматриваются ли на врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко вопросы профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения?
11.	Рассматриваются ли на врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко вопросы оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов?
12.	Принимаются ли на врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, а также лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг?
13.	Осуществляются ли в порядке, установленном главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, организация и проведение внутреннего контроля?
14.	Рассматриваются ли на заседании врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко обращения граждан (жалобы) по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам?
15.	Осуществляется ли контроль за деятельностью врачебной комиссии и ее подкомиссий главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?
16.	Проводится ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата?
17.	Изучается ли врачебной комиссией ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко каждый случай смерти пациентов в целях выявления причины смерти, а также выработки мероприятий по устранению нарушений в деятельности ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента?
18.	Рассматриваются ли на врачебной комиссии ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко вопросы назначения лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям), не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, по торговым наименованиям?
19.	Принимаются ли врачебной комиссией ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко решения по вопросам назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации?
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)	
Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)	

Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 7
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Соблюдение учреждением порядков проведения экспертизы временной нетрудоспособности
	Должность докладчика	Заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Соблюдение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядков проведения экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с: – Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – Порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденным приказом Минздрава России от 23.08.2016 № 625н – Приказом Минздрава России от 31.01.2007 № 77 «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» – Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Минздрава России от 29.06.2011 № 624н	
2.	Имеется ли у ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лицензия на осуществление медицинской деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности?	
3.	Соблюдаются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко требования к врачебной комиссии о включении в нее врачей, прошедших обучение по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности?	
4.	Соблюдаются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сроки и порядок оформления направления пациента для прохождения медико-социальной экспертизы?	
5.	Соблюдается ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности лечащим врачом при единоличной выдаче листка нетрудоспособности, в том числе в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка?	
6.	Соблюдается ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности врачебной комиссией?	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)		
Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 8
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Контроль качества и безопасности медицинской деятельности
	Должность докладчика	Заведующий отделением контроля качества и безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Анализ работы ЛКК	
3.	Анализ работы КИЛИ	
4.	Анализ контроля качества и безопасности медицинской деятельности в разрезе его этапов, подразделений, персонала	
5.	Результаты внешних проверок	
6.	Штрафы в системе ОМС: причины, структура, отделения и персонал	
7.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 9
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Организационно-методическая работа и статистика
	Должность докладчика	Заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Занятость койки	
3.	Среднее пребывание пациента на койке	
4.	Общепольничная летальность	
5.	Летальность по профилям	
6.	Летальность по нозологиям (в том числе досуточная)	
7.	Сопоставление числа пролеченных больных и оплаченных законченных случаев	

8.	Проблемные вопросы функционирования системы «Промед»
9.	Количество телемедицинских консультаций
10.	Отклонения от плановых показателей работы койки
11.	Сравнение всех показателей с областными
12.	Предоперационный койко-день
13.	Результаты внешних проверок
14.	Предложения по стимулирующим выплатам
15.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко возможность для граждан направить обращения через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет?
16.	Имеется ли на информационных стендах/официальном сайте ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко информация о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи?
17.	Имеется ли на информационных стендах/официальном сайте ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко информация о порядке, объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год?
18.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко письменный запрос пациента либо его законного представителя о предоставлении медицинской документации для ознакомления?
19.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко помещение, предназначенное для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией?
20.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленный руководителем учреждения график работы помещения для ознакомления с медицинской документацией, с учетом графика работы учреждения и медицинских работников?
21.	Имеются ли в помещении ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для ознакомления с медицинской документацией необходимые учетные документы?
22.	Соблюдаются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сроки ожидания пациентом либо его законным представителем посещения кабинета для ознакомления с медицинской документацией?
23.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко информация в доступной для гражданина форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации?
24.	Имеется ли в доступном месте ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко информация об участии в оказании медицинской помощи обучающимся по профессиональным образовательным программам медицинского образования?
25.	Имеются ли на информационных стендах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко памятки о правах и обязанностях пациентов?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 10
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Работа регионального сосудистого центра
	Должность докладчика	Заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Выполнение плана ВМП по курируемым профилям и летальность	
3.	Количество плановых коронарографий и летальность	
4.	Количество экстренных коронарографий и летальность	
5.	Количество коронарных стентирований и летальность	
6.	Количество установленных стентов	
7.	Количество имеющихся расходных материалов и медикаментов для выполнения ВМП по курируемым профилям	
8.	Количество тромблизисов и летальность	
9.	Количество тромбэкстракций и летальность	
10.	Количество эндоваскулярных выключений аневризм и летальность	
11.	Количество пациентов с клипированием церебральных аневризм и летальность	
12.	Количество пациентов, перенесших удаление внутримозговых гематом и летальность	
13.	Анализ летальности при ОИМ (в РСЦ, в Учреждении, ПСО)	
14.	Анализ летальности при инсультах, в том числе при ИИ и ГИ (в РСЦ, в Учреждении, ПСО)	
15.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий по курируемым профилям	
16.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
17.	Анализ отклонений от плановых показателей работы койки по курируемым профилям	
18.	Ятрогенные осложнения, анализ их возникновения по курируемым профилям	
19.	Итоги обходов курируемых подразделений	
20.	Проблемы с исполнением стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов по курируемым профилям	
21.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия по курируемым профилям	
22.	Результаты внешних проверок	
23.	Предложения по стимулирующим выплатам	
24.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков оказания гражданам медицинской помощи в экстренной форме?	
25.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?	
26.	Имеется ли у медицинских работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?	
27.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности)?	
28.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
29.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?	
30.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о лекарственном препарате?	
31.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о медицинском изделии?	
32.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	
33.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?	
34.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на бланках, содержащих информацию рекламного характера о лекарственном препарате	
35.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?	
36.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания медицинских изделий на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?	
37.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов либо о наличии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов, имеющих одинаково-	

	вое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
38.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения, медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
39.	Имеется ли у фармацевтических работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании)?
40.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний?
41.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам?
42.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
43.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 11
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Деятельность поликлиники
	Должность докладчика	Заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Выполнение плана реализации Программы государственных гарантий	
3.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
4.	Итоги обходов курируемых подразделений	
5.	Ятрогенные осложнения, анализ их возникновения в подразделении	

6.	Проблемы с исполнением стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов по курируемым профилям
7.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия
8.	Результаты внешних проверок, в том числе СМО
9.	Наличие обоснованных жалоб пациентов
10.	Нарушения трудовой дисциплины
11.	Предложения по стимулирующим выплатам
12.	Имеются ли случаи несоблюдения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко установленных Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроков ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов?
13.	Имеется ли у медицинских работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптекных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
14.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, вознаграждений, связанных с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности)?
15.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?
16.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических испытаний медицинских изделий)?
17.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о лекарственном препарате?
18.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко бланки, содержащие информацию рекламного характера о медицинском изделии?
19.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?
20.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко рецептурные бланки, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?
21.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на бланках, содержащих информацию рекламного характера о лекарственном препарате
22.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания лекарственных препаратов на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата?
23.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи выписывания медицинских изделий на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование медицинского изделия?
24.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения лекарственных препаратах, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов либо о наличии в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
25.	Имеются ли случаи предоставления ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых при назначении курса лечения, медицинских изделиях, включая сокрытие сведений о наличии в обращении аналогичных медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
26.	Имеется ли у фармацевтических работников сувенирная продукция от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптекных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании)?
27.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко сувенирная продукция от компаний, представителей компаний?
28.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы лекарственных препаратов для вручения пациентам?
29.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, включая сокрытие информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих более низкую цену?
30.	Имеются ли случаи предоставления населению работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии в аптечных организациях медицинских изделий, включая сокрытие информации о наличии медицинских изделий, имеющих более низкую цену?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	

Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 12
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Хозяйственная деятельность, состояние зданий и сооружений
	Должность докладчика	директор ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Состояние систем отопления	
3.	Состояние систем водоснабжения	
4.	Состояние систем вентиляции и кондиционирования	
5.	Состояние систем энергоснабжения	
6.	Состояние противопожарных систем	
7.	Состояние систем оповещения при ГО и ЧС	
8.	Состояние зданий и сооружений	
9.	План и исполнение текущих ремонтов, капитальных ремонтов, реконструкций, строительства	
10.	Состояние медицинского оборудования, сроки простоя, планы ремонта	
11.	Состояние технологического оборудования, сроки простоя, планы ремонта	
12.	Состояние мебели	
13.	Состояние парка компьютерной техники, программного обеспечения	
14.	Закупки по курируемым направлениям	
15.	Результаты внешних проверок	
16.	Работа охраны	
17.	Заказ и работа автотранспорта	
19.	Охрана труда	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 13
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Кадровая работа, документационное обеспечение
	Должность докладчика	Начальник отдела кадров и отдела документационного обеспечения ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Анализ работы с обращениями граждан, в том числе личный прием граждан должностными лицами учреждения: - Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко утвержденный порядок организации работы по рассмотрению обращений граждан? - Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко система регистрации обращений граждан? - Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко график личного приема граждан руководителем учреждения и его заместителями? - Имеется ли в учреждении информация о месте приема граждан, а также об установленных для приема днях и часах? - Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко возможность рассмотрения обращения с участием гражданина, направившего обращение? - Проводится ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко анализ работы с обращениями граждан?	
3.	Вакансии, мероприятия для закрытия, перспективы	
4.	Результаты внешних проверок	
5.	Дисциплинарные взыскания	
6.	Существенные новости в законодательстве	
7.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 14
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий
	Должность докладчика	Начальник юридического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Имеется ли в медицинской документации пациента письменное согласие гражданина или его законного представителя на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях (в случае, если предполагается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну)?	
2.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко необоснованные случаи оказания иностранным гражданам медицинской помощи за плату в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента?	

3.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко возможность по заявлению гражданина или его представителя на имя руководителя учреждения на замену лечащего врача?
4.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко случаи необоснованного отказа гражданину в выборе медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской организацией, находящейся за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин?
5.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко документ, регламентирующий возможность отказа пациента от участия обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования в оказании ему медицинской помощи?
6.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко жалобы пациентов на участие в оказании им медицинской помощи обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования?
7.	Имеется ли в медицинской документации пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?
8.	Имеется ли в медицинской документации информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств в соответствии с Перечнем, утвержденным приказом Минздрава России № 390н?
9.	Имеются ли в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство или отказе от медицинского вмешательства подписи гражданина, одного из родителей или иного законного представителя?
10.	Имеется ли в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство или отказе от медицинского вмешательства подпись медицинского работника?
11.	Соответствуют ли используемые в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство утвержденной Форме информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России № 390н?
12.	Соответствуют ли используемые в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко формы отказа от медицинского вмешательства утвержденной Форме отказа от вида медицинского вмешательства, включенного в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздрава России № 390н?
13.	Имеется ли в медицинской документации пациента информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оформленное в письменной форме?
14.	Имеется ли в медицинской документации пациента отказ от оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оформленный в письменной форме?
15.	Имеются ли случаи несоблюдения в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко Правил оказания лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы, медицинской помощи?
16.	Соответствует ли форме, утвержденной приказом Минздрава России № 216н, используемая в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины?
17.	Имеется ли в медицинской документации пациента заявление супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или волеизъявления самого умершего, сделанное им при жизни, на отказ от проведения патологоанатомического вскрытия (в случае если вскрытие не проводилось)?
18.	Имеются ли случаи необоснованной оплаты за счет личных средств граждан следующих услуг, оказываемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: – при первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной? – при специализированной медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи, являющейся частью специализированной медицинской помощи? – при скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной? – при паллиативной медицинской помощи? – при назначении и применении по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи лекарственных препаратов, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемый Правительством Российской Федерации на текущий период? – при назначении и применении по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи медицинских изделий, включенных в Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, формируемый образованной Минздравом России комиссией по формированию перечней медицинских изделий не реже одного раза в 2 года? – при назначении и применении по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания? – при применении по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям? – при размещении в маломестных палатах (боксах) пациентов – по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти? – при наличии возможности пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний? – при транспортных услугах сопровождения медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения учреждением, оказывающим медицинскую помощь пациенту? – при транспортировке и хранении в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизации биологического материала?

19.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко возможность заявителю ознакомиться с документами и материалами, касающимися рассмотрения обращения?
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены), требованиям нормативно-правовых актов	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 15
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	1. Соблюдение медицинскими работниками ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности. 2. Соблюдение прав пациентов. 3. Соблюдение фармацевтическими работниками ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности.
	Должность докладчика	Начальник юридического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
Вопросы для доклада*		
1.	Имеются ли в договорах с компанией (представителем компании) о поставках лекарственных препаратов условия о назначении или рекомендации пациентам определенных лекарственных препаратов (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов)?	
2.	Имеются ли в договорах о поставке медицинских изделий с компанией (представителем компании) условия о назначении или рекомендации пациентам определенных медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических испытаний медицинских изделий)?	
3.	Имеется ли утвержденный главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко порядок участия представителей компаний в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной ч. 3 ст. 64 61-ФЗ и ч. 3 ст. 96 323-ФЗ?	
4.	Имеются ли случаи участия представителей компаний в собраниях медицинских работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 61-ФЗ и частью 3 статьи 96 323-ФЗ, в нарушение порядка, утвержденного главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?	
5.	Имеются ли случаи участия представителей компаний в собраниях медицинских работников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной ч. 3 ст. 64 61-ФЗ и ч. 3 ст. 96 323-ФЗ, в отсутствие порядка, утвержденного администрацией медицинской организации?	
6.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко локальный акт, регламентирующий работу по информированию медицинских работников об установленных ч. 1 ст. 74 323-ФЗ запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение?	
7.	Имеются ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко образцы медицинских изделий для вручения пациентам?	
8.	Имеются ли в договорах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с компанией (представителем компании) о поставке лекарственных препаратов условия о назначении или рекомендации предлагать населению определенные лекарственные препараты?	
9.	Имеются ли в договорах ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с компанией (представителем компании) о поставке медицинских изделий условия о назначении или рекомендации предлагать населению определенные медицинские изделия?	
10.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко локальный акт по организации работы по информированию фармацевтических работников об установленных ст. 74 323-ФЗ запретах на совершение определенных действий и ответственности за их совершение?	

Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)	
Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 16
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Юридическая работа
	Должность докладчика	Начальник юридического отдела ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Результаты внешних проверок	
3.	Состояние претензионной работы	
4.	Судебные иски в отношении учреждения и работников	
5.	Взыскания работникам	
6.	Существенные новости в законодательстве	
7.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 17
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Фармацевтическая деятельность
	Должность докладчика	Заведующий аптекой ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия	
3.	Запас медикаментов, перевязочного материала, ассортимент	
4.	Результаты внешних проверок	
5.	Существенные новости в законодательстве	
6.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 18
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Санитарно-эпидемиологическая работа
	Должность докладчика	заведующий эпидемиологическим отделом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Количество инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), анализ причин, подразделения и персоналии	
3.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия	
4.	Санитарно-эпидемиологическое состояние помещений	
5.	Результаты внешних проверок	
6.	Существенные новости в законодательстве	
7.	Прививочная работа	
8.	Предложения по стимулирующим выплатам	
9.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко локальный акт, регламентирующий порядок посещения пациента и пребывания родственников с ним в учреждении с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации?	
10.	Имеется ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко локальный акт, регламентирующий порядок посещения пациента и пребывания родственников с ним в учреждении с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации?	

Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)	
Предложенные мероприятия	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 19
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	
	Должность докладчика	Врач-клинический фармаколог ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Внедрение новых технологий (наименование, подразделение)	
3.	Планируемые научно-практические мероприятия (областные, региональные, всероссийские, международные), план участия	
4.	Применение и заказ лекарственных препаратов с недоказанным механизмом действия	
5.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 20
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Аудит качества и безопасности медицинской деятельности
	Должность докладчика	заведующий отделением внутреннего аудита отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Результаты внутреннего аудита	
3.	Количество печатных работ, авторы, место публикации	
4.	Форма участия в планируемых научно-практических мероприятиях (областных, региональных, всероссийских, международных): подготовка докладов, тезисов, статей	
5.	Результаты внешних проверок	
6.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия целевым показателям (если они установлены)		
Предложенные мероприятия		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 21
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Безопасность обращения медицинских изделий (МИ)
	Должность докладчика	Заведующий операционным блоком ГБУЗ «ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Соблюдается ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко процесс закупки/поставки/наладки МИ?	
2.	Соблюдается ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко система проверки качества и безопасности МИ?	
3.	Соблюдается ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко система контроля исправности МИ, включая ежедневные проверки работоспособности оборудования для оказания экстренной помощи?	
4.	Наличие исправного специального оборудования для хранения МИ во всех подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко?	
5.	Находятся ли в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в обращении медицинские изделия, подлежащие техническому обслуживанию, техническое обслуживание которых не произведено в срок, указанный в технической документации?	
6.	Отсутствуют ли на момент проверки в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в обращении медицинские изделия: недоброкачественные, незарегистрированные, фальсифицированные, с истекшим сроком годности?	
7.	Предложения по стимулирующим выплатам	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)		

Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)	
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)	

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов № 22
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Оказание платных услуг
	Должность докладчика	заведующий отделением платных услуг ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Внедрение новых услуг (наименование, подразделение)	
3.	Доход от оказания платных услуг	
4.	Доход от оказания платных медицинских услуг в разрезе видов услуг и ДМС	
5.	Доход от оказания платных немедицинских услуг	
6.	Анализ ситуации с доходами, проблемы	
7.	Результаты внешних проверок	
8.	Предложения по стимулирующим выплатам	
9.	Имеется ли у пациента возможность получить платные медицинские услуги по его желанию при оказании медицинской помощи, платные немедицинские услуги (бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги), предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи?	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)		
Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Перечень вопросов №23
для ежемесячного доклада на Медицинском совете
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко

№ п/п	Раздел	Организация закупок
	Должность докладчика	Начальник контрактной службы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко
	Вопросы для доклада*	
1.	Исполнение плана работы на отчетный период	
2.	Исполнение графика проведения конкурсных процедур	
3.	Информация о ходе работ над контрактами для обеспечения ВМП	
4.	Информация о ходе работ над контрактами стоимостью выше 1 млн. руб.	
5.	Проблемные вопросы, несостоявшиеся конкурсы	
6.	Результаты внешних проверок	
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (докладчик)		
Рекомендации по исправлению нарушений (докладчик)		
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)		

*Доклад содержит информацию за истекший период с начала года в целом и поквартально, за последний месяц, о плановых показателях и информацию за аналогичные периоды прошлого года.

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 1 врачебной комиссии
(по экспертизе временной нетрудоспособности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»)

Общие положения

Подкомиссия № 1 врачебной комиссии (по экспертизе временной нетрудоспособности в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко) – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью совершенствования организации медицинской помощи, организации коллегиального обсуждения и принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам диагностики, лечения, реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Все члены подкомиссии должны иметь удостоверение о повышении квалификации по программе «Экспертиза временной нетрудоспособности».

Функции подкомиссии

Принятие решений по вопросам профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, требующих комиссионного рассмотрения;

Определение трудоспособности граждан;

Продление листков нетрудоспособности в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

Принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации;

Принятие решения о назначении лекарственных препаратов при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям): не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи и по торговым наименованиям;

Оценка соблюдения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» установленного порядка ведения медицинской документации по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности;

Вынесение медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения граждан в случаях, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок направления граждан на медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение.

Организация работы подкомиссии

В день освидетельствования пациента подкомиссией в его первичных медицинских документах лечащим врачом оформляется запись «направление на ВК», где отражаются код заболевания по МКБ-10, диагноз, жалобы, объективный статус, динамика течения заболевания, проводимая терапия, предполагаемый срок долечивания, указывается количество дней освобождения от работы на день освидетельствования, показания для направления на подкомиссию.

Подкомиссия уточняет диагноз, оценивает тяжесть состояния, корректирует дальнейшее лечение, обследование, решает вопрос о сроках временной нетрудоспособности с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, указывает дату следующего осмотра пациента.

Заключение и решение подкомиссии оформляется в журнале учета клинико-экспертной работы ЛПУ (форма № 035\у-02), первичной медицинской документации.

Копия заключения и решения подкомиссии, заверенная печатью медицинской организации, выдается пациенту (законному представителю) по его требованию, либо в другие инстанции в установленном законом порядке.

Другие функции отразить

Режим работы подкомиссии

День недели	Время работы	Структурные подразделения
Понедельник	10:00–14:00	отделения стационара
	12:00–15:00	поликлиника
Вторник	10:00–14:00	отделения стационара
	12:00–15:00	поликлиника
Среда	10:00–14:00	отделения стационара
	12:00–15:00	поликлиника
Четверг	10:00–14:00	отделения стационара
	12:00–15:00	поликлиника
Пятница	10:00–14:00	отделения стационара
	12:00–15:00	поликлиника

Положение о подкомиссии № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия)

Общие положения

Подкомиссия № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия) – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Функции подкомиссии

Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов; в том числе для определения соответствия оказанной медицинской помощи утвержденным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам) по данной нозологии;

Оценка соблюдения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» установленного порядка ведения медицинской документации (кроме вопросов, связанных с экспертизой временной нетрудоспособности);

Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов;

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности третьего этапа.

Изучение всех случаев ятрогенных осложнений, расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов 3 категории, случаев выявления нарушений при оказании медицинской помощи, приведших к летальному исходу (после разбора в подкомиссия № 3 по изучению летальных исходов), инвалидизации пациента, ухудшению состояния здоровья пациента или создавших риск прогрессирования имеющегося заболевания, риск возникновения нового заболевания.

Анализ и оценка случаев систематически повторяющихся врачебных ошибок.

Анализ заболеваемости, (кроме матерей и новорожденных), разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости; анализ причин выявленных нарушений, разработка плана мероприятий по их устранению.

Организация работы подкомиссии

Заместитель председателя подкомиссии не менее чем за 7 дней до даты заседания подкомиссии получает рецензии, первичные медицинские документы и иные материалы, анализирует полученную информацию, готовит проект решения подкомиссии и не менее чем за 3 дня до заседания представляет документы председателю подкомиссии;

В ходе заседания подкомиссии лечащий врач в краткой, но информативной форме докладывает историю заболевания, излагая её в хронологической последовательности с момента поступления пациента на лечение и до момента его выписки (смерти), и отмечая проблемы, возникшие при оказании медицинской помощи.

Рецензент (назначается председателем подкомиссии не менее чем за 14 дней до даты заседания) проводит анализ качества медицинской помощи, оказанной пациенту на всех этапах лечения, а также качества оформления первичных медицинских документов, сообщает о выявленных недостатках, в том числе о несоответствии проведенных лечебно-диагностических мероприятий утвержденным стандартам, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам) по данной нозологии, замечания и рекомендации рецензент обязан изложить в письменной форме.

Проводится обсуждение проблемы членами подкомиссии.

В целях объективного освещения ситуации на заседании подкомиссии и принятия обоснованного решения каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты, литературные источники и нормативные правовые документы.

Протокол заседания подкомиссии оформляется в журнале учёта протоколов заседания и включает в себя: дату проведения заседания ЛКК; ФИО лиц, присутствующих на заседании; вопросы, включенные в повестку дня заседания ЛКК; краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в проведении лечебно-диагностического мероприятий и т.п.; мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ФИО выступающего); предложения, поставленные на голосование; результаты голосования; принятые решения; особое мнение члена подкомиссии, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами подкомиссии свою позицию; подпись председателя подкомиссии и секретаря.

Решения подкомиссии по вопросам применения дисциплинарного взыскания к работникам излагаются в форме служебной записки от имени председателя подкомиссии главному врачу ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Заместитель председателя подкомиссии по поручению председателя подкомиссии доводит до сведения работников ГБУЗ ПОКБ Н.Н. Бурденко (в части их касающейся) решения, принятые подкомиссией, контролирует выполнение этих решений.

Председатель подкомиссии ежемесячно выносит результаты работы подкомиссии на медицинский совет ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе о выявленных недостатках и мерах, принятых для их устранения.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 7
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 3 врачебной комиссии (по изучению летальных исходов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)

Общие положения

Подкомиссия № 3 врачебной комиссии (по изучению летальных исходов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий коллегиальный совещательный орган, созданный в целях осуществления систематического анализа всех случаев летальных исходов, произошедших в стационаре (при необходимости – в поликлинических подразделениях) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Функции подкомиссии

Изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, а также работы мероприятий по устранению нарушений в деятельности медицинской организации и медицинских работников в случае, если такие нарушения привели к смерти пациента;

Осуществление контроля соблюдения порядка направления трупов пациентов, умерших в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, на патологоанатомическое вскрытие или судебно-медицинское исследование, порядка выдачи трупов без патологоанатомического вскрытия;

Сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов, в том числе определение категории расхождения диагнозов и установление причин расхождения диагнозов;

Изучение проблемы своевременности установления диагнозов, выявление возможных ошибок или дефектов организации лечебно-диагностического процесса, допущенные на всех этапах; проводит анализ качества лечебно-диагностического процесса в целях определения соответствия оказанной медицинской помощи утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и планам ведения по данной нозологии;

Проведении 3 этапа внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко;

При выявлении серьезных нарушений направляет случай на подкомиссию № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольную комиссию).

Организация работы подкомиссии

Заседания подкомиссии проводятся для разбора каждого случая смерти больного в стационаре ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко.

В ходе заседания подкомиссии рецензент докладывает историю заболевания в хронологической последовательности с момента поступления больного в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и до момента его смерти, проводит анализ качества медицинской помощи, оказанной умершему пациенту на всех этапах лечения, а также качества оформления первичной медицинской документации. Сообщает о выявленных недостатках, в том числе о несоответствии оказанной медицинской помощи утвержденным стандартам, порядкам оказания помощи и клиническим рекомендациям (протоколам) по данной нозологии (замечания и рекомендации рецензент обязан изложить в письменной форме), высказывает мнение о категории расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.

Членами подкомиссии проводится обсуждение случая летального исхода, оценка качества оказанной медицинской помощи; принимается решение, которое вносится секретарем комиссии в протокол: ограничиться обсуждением случая на заседании подкомиссии, разобрать в профильном отделении, провести конференцию (профильную, клинико-анатомическую, научно-практическую), представить на рассмотрение подкомиссии № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольную комиссию) или др.

В целях объективного освещения ситуации на заседании подкомиссии и принятия обоснованного решения каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты и нормативные правовые документы.

Председатель подкомиссии назначает время проведения заседания не позднее 10 дней после получения медицинского заключения из патологоанатомического отделения или из бюро судебно-медицинской экспертизы; назначает рецензента и передает ему на ознакомление медицинские документы не позднее 5 дней до даты заседания; один раз в квартал на Медицинском совете сообщает о результатах работы подкомиссии, в том числе о выявленных недостатках и мерах, принятых для их устранения.

Протокол заседания подкомиссии оформляется в журнале учёта протоколов заседания подкомиссии № 3 врачебной комиссии (по изучению летальных исходов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Секретарь подкомиссии ведёт журнал учёта протоколов заседания подкомиссии, который включает в себя: дату проведения заседания подкомиссии; ФИО лиц, присутствующих на заседании подкомиссии; вопросы, включенные в повестку дня заседания подкомиссии; краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в проведении лечебно-диагностических мероприятий и т.п., решения и рекомендации подкомиссии; мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ФИО выступающего); предложения, поставленные на голосование; результаты голосования; принятые решения; особое мнение члена подкомиссии, который не согласился с выводами или решением, принятым большинством голосов, и аргументировал перед членами подкомиссии свою позицию.

Протокол заседания подписывает председатель подкомиссии и секретарь.

Если подкомиссия принимает решение о необходимости рассмотрения летального случая лечебно-контрольной комиссией, секретарь передает медицинскую карту вместе с иными медицинскими документами председателю подкомиссии № 2 врачебной комиссии (лечебно-контрольная комиссия).

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости, но не реже, чем 1 раз в 2 недели.

Положение о подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум)

Общие положения

Подкомиссия № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) – совещательный орган, который создается с целью консультирования беременных, имеющих хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода, для решения вопроса о дальнейшей тактике их ведения, снижения перинатальных потерь, детской заболеваемости, смертности и инвалидности, консультирования беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией.

Функции подкомиссии

Оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;

Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов для определения и снижения риска перинатальных потерь, детской заболеваемости, смертности и инвалидности;

Консультирование беременных с тяжелой экстрагенитальной патологией, требующей прерывания беременности;

Анализ заболеваемости матерей и новорожденных;

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (осуществляется также работниками отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита, положение о котором, его задачи и организация утверждаются приказом главного врача ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко;

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности третьего этапа;

Консультирование беременных, имеющих хромосомные аномалии и врожденные пороки развития плода, для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения;

Оказание организационно-методической, консультативно-диагностической помощи медицинским организациям Пензенской области.

Организация работы подкомиссии

Медицинские организации Пензенской области направляют в подкомиссию № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) беременных в следующих случаях:

- определение при компьютерной оценке риска группы «высокого» риска по ВПР и хромосомной патологии;
- хромосомные аномалии, подтвержденные кариотипированием плода;
- наличие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций;
- наличие у беременной экстрагенитальной патологии, входящей в перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности для решения вопросов о дальнейшей тактике ведения беременности.

В состав подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) входит главный внештатный генетик, врач – эксперт по ультразвуковой диагностике, главный внештатный неонатолог, заведующий женской консультацией Перинатального центра, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи. При необходимости к участию в работе подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) может привлекаться главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава Пензенской области, врачи – специалисты по профилю экстрагенитальной патологии.

По желанию беременной женщины участие в работе подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) могут принимать ее законные представители, супруг/партнер.

В целях обеспечения всесторонней медико-социальной помощи к работе в подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) могут приглашаться психолог и юрист.

Подкомиссия № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) предоставляет беременной женщине всестороннюю медицинскую информацию о результатах ее обследования и характере выявленных аномалий развития у ее плода и на основании современных медицинских знаний предоставляет сведения о прогнозе для жизни и плода как до, так и после рождения, о возможных методах лечения и связанном с ними рисках, возможных медицинских пренатальных и постнатальных вмешательствах, их ближайших и отдаленных исходах, а также о тактике ведения беременной с учетом имеющейся у нее экстрагенитальной патологии.

Окончательное решение о пролонгировании или прерывании беременности при наличии показаний для прерывания беременности принимается самой беременной женщиной и подтверждается ее подписью с расшифровкой фамилии в добровольном информированном согласии.

Результатом проведения заседания подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) является окончательный диагноз и заключение.

Заключение подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) составляется в двух экземплярах: один остается в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, второй выдается беременной женщине для предоставления в медицинскую организацию, осуществляющую антенатальное наблюдение и последующую медицинскую помощь.

Заключение подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) подписывается всеми членами консилиума, утверждается подписью главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (заместителем главного врача по акушерско-гинекологической помощи) и заверяется ее печатью.

Беременной женщине предлагается заверить заключение подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) собственной подписью.

Сведения о проведении и заключении подкомиссии № 4 врачебной комиссии (перинатальный консилиум) заносятся в «журнал учета клинико-экспертной работы лечебно-профилактического учреждения» (учетная форма № 035/у-02).

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 9
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области)»

Общие положения

Подкомиссия № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области) – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации.

Функции подкомиссии

Осуществление медицинского освидетельствования подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений».

Организация работы подкомиссии

При принятии решения о направлении подозреваемого или обвиняемого на медицинское освидетельствование, лицо (орган) либо начальник места содержания под стражей оформляет направление на медицинское освидетельствование по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 № 208н «Об утверждении формы направления на медицинское освидетельствование подозреваемого или обвиняемого в совершении преступления, в отношении которого избрана мера пресечения в виде заключения под стражу». К направлению на медицинское освидетельствование прилагаются медицинские документы.

Конвоирование в медицинскую организацию и охрана подозреваемого или обвиняемого, а также доставка направления на медицинское освидетельствование и медицинских документов обеспечивают начальником места содержания под стражей по согласованию с главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Подкомиссия № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области) проводит медицинское освидетельствование подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу на предмет наличия у них тяжелого заболевания, включенного в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих содержанию под стражей, подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, утвержденный постановлением Правительства РФ от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений» и осуществляется с обеспечением прав и законных интересов лица, в отношении которого проводится медицинское освидетельствование.

Медицинское освидетельствование проводится в течение 5 рабочих дней со дня поступления в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» направления на медицинское освидетельствование с вынесением медицинского заключения по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 14.01.2011 № 3 «О медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений».

По результатам медицинского освидетельствования комиссия выносит медицинское заключение о наличии или об отсутствии у подозреваемого или обвиняемого тяжелого заболевания, включенного в перечень, либо о продлении срока медицинского освидетельствования в связи с необходимостью проведения дополнительного обследования (не более 30 рабочих дней.)

При вынесении медицинского заключения о продлении срока медицинского освидетельствования в связи с необходимостью проведения дополнительного обследования копия указанного медицинского заключения направляется главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» начальнику места содержания под стражей в течение рабочего дня, следующего за днем его вынесения. После проведения дополнительного обследования подкомиссия № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области) выносит медицинское заключение о наличии или об отсутствии у подозреваемого или обвиняемого тяжелого заболевания, включенного в перечень.

В течение рабочего дня, следующего за днем вынесения медицинского заключения о наличии или об отсутствии у подозреваемого или обвиняемого тяжелого заболевания, включенного в перечень, главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» направляет указанное медицинское заключение начальнику места содержания под стражей с приложением медицинских документов.

Сведения о медицинском освидетельствовании подозреваемых или обвиняемых заносятся секретарем подкомиссии № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области), проводившей медицинское освидетельствование, в журнал регистрации медицинских освидетельствований подозреваемых или обвиняемых.

Журнал регистрации медицинских освидетельствований подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, ведется по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 16.03.2011 № 209н «Об утверждении формы, порядка ведения и хранения журнала регистрации медицинских освидетельствований подозреваемых или обвиняемых в совершении преступления, в отношении которых избрана мера пресечения в виде заключения под стражу».

Вышеуказанный журнал хранится у председателя подкомиссии № 5 врачебной комиссии (по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении преступлений на территории Пензенской области) или его заместителя.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 10
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)

Общие положения

Подкомиссия № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью организации и проведения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» предварительных и периодических медицинских осмотров, проведения экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников, выдачи справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну.

Функции подкомиссии

Проведение экспертизы профессиональной пригодности некоторых категорий работников;

Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда с целью определения соответствия состояния здоровья лица, поступающего на работу, поручаемой ему работе; раннего выявления и профилактики заболеваний, динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний; выявления заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний и формирования групп риска по развитию заболеваний, препятствующих выполнению поручаемой работнику работе; своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников; своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний; предупреждения несчастных случаев на производстве;

Выдача справки об отсутствии медицинских противопоказаний для работы с использованием сведений, составляющих государственную тайну.

Организация работы подкомиссии

В состав подкомиссии № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») входит врач-профпатолог, врачи-специалисты, прошедшие в установленном порядке повышение ква-

лификации по специальности «профпатология» или имеющие действующий сертификат по специальности «профпатология», возглавляет подкомиссию врач-профпатолог.

При проведении предварительного или периодического осмотра могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) предварительного или периодического осмотра, диспансеризации, иных медицинских осмотров, подтвержденные медицинскими документами работника, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках предварительного или периодического осмотров, диспансеризации, иных медицинских осмотров.

В целях уточнения диагноза подкомиссия № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») вправе получать необходимую информацию о состоянии здоровья лица, поступающего на работу (работника), с использованием медицинской информационной системы, из медицинской организации по месту жительства или прикрепления лица (иной медицинской организации), поступающего на работу (работника).

Предварительные медицинские осмотры

Предварительные осмотры проводятся при поступлении на работу на основании направления, оформленного в надлежащем порядке, на медицинский осмотр (далее – направление), выданного лицу, поступающему на работу, работодателем.

Для прохождения предварительного осмотра лицо, поступающее на работу, представляет в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» следующие документы: направление; страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, содержащее страховой номер индивидуального лицевого счета или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета в форме электронного документа или на бумажном носителе; паспорт (или иной документ, удостоверяющий личность); решение врачебной комиссии, проводившей обязательное психиатрическое освидетельствование (в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации); лицо, поступающее на работу, вправе предоставить выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее – медицинская карта), медицинской организации, к которой данное лицо прикреплено для медицинского обслуживания и (или) из медицинской организации по месту жительства с результатами диспансеризации (при наличии).

При проведении предварительных осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводится анкетирование работников в возрасте 18 лет и старше в целях: сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта; определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; а также расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше; клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); электрокардиография в покое лиц 18 лет и старше; измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше; определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше; исследование уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше; определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 40 лет включительно (определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы); определение абсолютного сердечно-сосудистого риска – у граждан в возрасте старше 40 лет; флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая) для граждан в возрасте 18 лет и старше. Флюорография, рентгенография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного го-

да проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки; измерение внутриглазного давления при прохождении предварительного и периодического медицинского осмотра, начиная с 40 лет.

Все женщины осматриваются врачом-акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования; женщины в возрасте старше 40 лет проходят маммографию обеих молочных желез в двух проекциях. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез.

На лицо, поступающее на работу и проходящее предварительный осмотр, в медицинской организации оформляется в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в которую вносятся заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и иных исследований, заключение по результатам предварительного осмотра.

Предварительный осмотр является завершенным в случае осмотра лица, поступающего на работу, всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Перечнем вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) факторов (далее – Перечень факторов) и Перечнем работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) (далее – Перечень работ), утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

По окончании прохождения лицом, поступающим на работу, предварительного осмотра медицинской организацией оформляются заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра (далее – Заключение), в котором указывается: дата выдачи Заключения; фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол лица, поступающего на работу; наименование работодателя; наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы; наименование вредного производственного фактора(-ов) и (или) вида работы; результаты предварительного осмотра: медицинские противопоказания к работе выявлены (перечислить вредные факторы или виды работ, в отношении которых выявлены противопоказания), медицинские противопоказания к работе не выявлены, указать группу здоровья работника.

Заключение подписывается председателем подкомиссии № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») с указанием фамилии и инициалов и заверяется печатью ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Заключение составляется в четырех экземплярах и не позднее 5 рабочих дней выдается: лицу, поступающему на работу, второй – приобщается к медицинской карте, оформляемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», третий – направляется работодателю, четвертый – в медицинскую организацию, к которой лицо, поступающее на работу, прикреплено для медицинского обслуживания.

Периодические медицинские осмотры

Частота проведения периодических осмотров определяется типами вредных и (или) опасных производственных факторов, воздействующих на работника, или видами выполняемых работ.

Периодические осмотры проводятся не реже чем в сроки, указанные в Перечне факторов и Перечне работ.

Работники в возрасте до 21 года проходят периодические осмотры ежегодно.

Внеочередные медицинские осмотры (обследования) проводятся на основании медицинских рекомендаций, указанных в заключительном акте, оформленном в соответствии с установленными требованиями.

Периодические осмотры проводятся на основании поименных списков, разработанных на основании контингентов работников, подлежащих периодическим и (или) предварительным осмотрам (далее – поименные списки), с указанием вредных (опасных) производственных факторов, а также вида работы в соответствии с Перечнем факторов и Перечнем работ.

Включению в списки контингента и поименные списки подлежат работники: подвергающиеся воздействию вредных производственных факторов, указанных в Перечне факторов, а также вредных производственных факторов, наличие которых установлено по результатам специальной оценки условий труда, проведенной в установленном порядке. В качестве источника информации о наличии на рабочих местах вредных производственных факторов, помимо результатов аттестации рабочих мест по условиям труда, могут использоваться результаты лабораторных исследований и испытаний, полученные в рамках контрольно-надзорной деятельности, производственного лабораторного контроля, а также использоваться эксплуатационная, технологическая и иная документация на машины, механизмы, оборудование, сырье и материалы, применяемые работодателем при осуществлении производственной деятельности; выполняющие работы, предусмотренные Перечнем работ.

В списке контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра, указывается: наименование профессии (должности) работника согласно штатному расписанию; наименование вредного производственного фактора согласно Перечню факторов, а также вредных производственных факторов, установленных в результате аттестации рабочих мест по условиям труда, в результате лабораторных исследований и испытаний, полученных в рамках контрольно-надзорной деятельности, производственного лабораторного контроля, а также используя эксплуатационную, технологическую и иную документацию на машины, механизмы, оборудование, сырье и материалы, применяемые работодателем при осуществлении производственной деятельности.

Список контингента, разработанный и утвержденный работодателем, в 10-дневный срок направляется в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора по фактическому месту нахождения работодателя.

Поименные списки составляются на основании утвержденного списка контингента работников, подлежащих прохождению предварительного и периодического медицинского осмотра, в котором указываются: фамилия, имя, отчество, профессия (должность) работника, подлежащего периодическому медицинскому осмотру; наименование вредного производственного фактора или вида работы; наименование структурного подразделения работодателя (при наличии).

Поименные списки составляются и утверждаются работодателем (его уполномоченным представителем) и не позднее чем за 2 месяца до согласованной с ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» датой начала проведения периодического осмотра направляются работодателем в указанную медицинскую организацию.

Перед проведением периодического осмотра работодатель (его уполномоченный представитель) обязан вручить лицу, направляемому на периодический осмотр, направление на периодический медицинский осмотр, оформленное в соответствии с п. 8 настоящего Порядка.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в 10-дневный срок с момента получения от работодателя поименного списка (но не позднее чем за 14 дней до согласованной с работодателем даты начала проведения периодического осмотра) на основании указанного поименного списка составляет календарный план проведения периодического осмотра (далее – календарный план).

Календарный план согласовывается ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» с работодателем (его представителем) и утверждается руководителем медицинской организации.

Работодатель не позднее чем за 10 дней до согласованной с медицинской организацией даты начала проведения периодического осмотра обязан ознакомить работников, подлежащих периодическому осмотру, с календарным планом.

Подкомиссия № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») на основании указанных в поименном списке вредных производственных факторов или работ определяет необходимость участия в предварительных и периодических осмотрах соответствующих врачей-специалистов, а также виды и объемы необходимых лабораторных и функциональных исследований.

Для прохождения периодического осмотра работник обязан прибыть в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в день, установленный календарным планом, и предъявить в медицинской организации указанные выше документы.

На работника, проходящего периодический осмотр, в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» оформляется медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», проводящая периодические осмотры, предоставляет информацию о состоянии здоровья работников, в том числе и о результатах указанных осмотров с письменного согласия работника в Фонд социального страхования Российской Федерации по письменному запросу (далее – Фонд социального страхования).

При проведении периодических осмотров всем обследуемым в обязательном порядке проводятся в соответствии с периодичностью осмотров, указанной в Перечне факторов, в Перечне работ: анкетирование работников в возрасте 18 лет и старше в целях сбора анамнеза, выявления отягощенной наследственности, жалоб, симптомов, характерных для следующих неинфекционных заболеваний и состояний: стенокардии, перенесенной транзиторной ишемической атаки или острого нарушения мозгового кровообращения, хронической обструктивной болезни легких, заболеваний желудочно-кишечного тракта; определения факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний: курения, риска пагубного потребления алкоголя, риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, характера питания, физической активности; а также расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, для граждан в возрасте 18 лет и старше; клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); электрокардиография в покое лиц 18 лет и старше; измерение артериального давления на периферических артериях для граждан в возрасте 18 лет и старше; определение уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше; исследование уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода) для граждан в возрасте 18 лет и старше; определение относительного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 18 до 40 лет включительно (определяется по шкале сердечно-сосудистого риска SCORE, при этом у граждан, имеющих сердечно-сосудистые заболевания атеросклеротического генеза, сахарный диабет второго типа и хроническое заболевание почек, уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале риска SCORE не определяется и расценивается как очень высокий вне зависимости от показателей шкалы); определение абсолютного сердечно-сосудистого риска – у граждан в возрасте старше 40 лет; флюорография или рентгенография легких в двух проекциях (прямая и правая боковая) для граждан в возрасте 18 лет и старше. Флюорография, рентгенография легких не проводится, если гражданину в течение предшествующего календарного года проводилась флюорография, рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки; измерение внутриглазного давления при прохождении предварительного и периодического медицинского осмотра, начиная с 40 лет.

Все женщины осматриваются врачом-акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования; женщины в возрасте старше 40 лет проходят маммографию обеих молочных желез в двух проекциях не реже 1 раза в 2 года. Маммография не проводится, если в течение предшествующих 12 месяцев проводилась маммография или компьютерная томография молочных желез.

Периодический осмотр является завершенным в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных в Перечне факторов или Перечне работ.

По окончании прохождения работником периодического осмотра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» оформляется медицинское заключение в порядке, установленном п. 12 и 13 настоящего Порядка.

Заключение составляется в пяти экземплярах и не позднее 5 рабочих дней выдается работнику, второй – приобщается к медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оформляемой в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», в которой проводился предварительный или периодический осмотр, третий – направляется работодателю, четвертый – в медицинскую организацию, к которой работник прикреплен для медицинского обслуживания, пятый – по письменному запросу в Фонд социального страхования с письменного согласия работника.

В случае выявления медицинских противопоказаний по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ работник направляется в медицинскую организацию для проведения экспертизы профессиональной пригодности в соответствии с приказом Минздрава России от 05.05.2016 № 282н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ».

На основании результатов периодического осмотра определяется в установленном порядке принадлежность работника к одной из групп здоровья с последующим оформлением в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», рекомендаций по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний – по дальнейшему наблюдению, лечению и медицинской реабилитации. Результаты периодического осмотра могут использоваться работодателем при установлении принадлежности работника к одной из групп риска развития профессиональных заболеваний.

Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В случае выявления врачом-психиатром и (или) наркологом лиц с подозрением на наличие медицинских противопоказаний, соответствующих профилю данных специалистов, к допуску на работы с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также к работам, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, указанные лица в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, направляются для освидетельствования во врачебной комиссии, уполномоченной на то федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения или органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Центр профпатологии, проводивший периодический осмотр, предоставляет информацию о результатах данного осмотра с письменного согласия работника в Фонд социального страхования по письменному запросу.

В случае подозрения о наличии у работника профессионального заболевания при проведении периодического осмотра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» выдает работнику направление в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией, а также оформляет и направляет в установленном порядке извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в территориальный орган федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

В случаях затруднения определения профессиональной пригодности работника в связи с имеющимся у него заболеванием и с целью экспертизы профессиональной пригодности ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» направляет работника в центр профпатологии или специализированную медицинскую организацию, имеющую право на проведение экспертизы связи заболевания с профессией и профессиональной пригодности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

По итогам проведения осмотров ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» не позднее чем через 30 дней после завершения периодического медицинского осмотра обобщает результаты проведенных периодических осмотров работников и совместно с территориальными органами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и представителями работодателя, составляет заключительный акт.

В заключительном акте указывается: полное наименование ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», адрес его местонахождения и код по ОГРН; дата составления акта; наименование работодателя; общая численность работников, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; численность работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда; численность работников, занятых на работах, при выполнении которых обязательно проведение периодических медицинских осмотров (обследований) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; численность работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; численность работников, прошедших периодический медицинский осмотр, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; процент охвата работников периодическим медицинским осмотром; список лиц, прошедших

периодический медицинский осмотр, с указанием пола, даты рождения, структурного подразделения (при наличии), заключения медицинской комиссии; численность работников, не завершивших периодический медицинский осмотр, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; список работников, не завершивших периодический медицинский осмотр; численность работников, не прошедших периодический медицинский осмотр, в том числе женщин, работников в возрасте до 18 лет, работников, которым установлена стойкая степень утраты трудоспособности; список работников, не прошедших периодический медицинский осмотр; численность работников, не имеющих медицинские противопоказания к работе; численность работников, имеющих временные медицинские противопоказания к работе; численность работников, имеющих постоянные медицинские противопоказания к работе; численность работников, нуждающихся в проведении дополнительного обследования (заключение не дано); численность работников, нуждающихся в обследовании в центре профпатологии; численность работников, нуждающихся в амбулаторном обследовании и лечении; численность работников, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении; численность работников, нуждающихся в санаторно-курортном лечении; численность работников, нуждающихся в диспансерном наблюдении; список лиц с установленным предварительным диагнозом профессионального заболевания с указанием пола, даты рождения; структурного подразделения (при наличии), профессии (должности), вредных и (или) опасных производственных факторов и работ; перечень впервые установленных хронических соматических заболеваний с указанием класса заболеваний по Международной классификации болезней – 10 (далее – МКБ-10); перечень впервые установленных профессиональных заболеваний с указанием класса заболеваний по МКБ-10; результаты выполнения рекомендаций предыдущего заключительного акта; рекомендации работодателю по реализации комплекса оздоровительных мероприятий, включая профилактические и другие мероприятия.

Заключительный акт утверждается председателем подкомиссии № 6 врачебной комиссии (по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») и заверяется печатью ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Заключительный акт (в том числе в электронной форме) составляется в пяти экземплярах, которые направляются ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в течение 5 рабочих дней от даты утверждения акта работодателю, в центр профпатологии субъекта Российской Федерации, Фонд социального страхования, в территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление государственного контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Один экземпляр заключительного акта хранится в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», проводившей периодический осмотр, в течение 50 лет.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», проводившее предварительные и периодические осмотры, по их окончании: выдает работнику на руки выписку из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в которой отражаются заключения врачей-специалистов, результаты лабораторных и иных исследований, заключение по результатам периодического осмотра, а также рекомендации по профилактике заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний, а при наличии медицинских показаний – по дальнейшему наблюдению, лечению и медицинской реабилитации; направляет копию выписки в медицинские организации по месту жительства или прикрепления работника с письменного согласия работника.

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» обобщает и анализирует результаты периодических осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, на территории данного субъекта Российской Федерации и не позднее 15 февраля года, следующего за отчетным, направляют обобщенные сведения в соответствующий орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся на базе поликлиники ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко ежедневно, кроме выходных дней, с 14:30 до 15:30.

**Положение о подкомиссии № 7 врачебной комиссии
(по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицин-
цинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)**

Общие положения

Подкомиссия № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью предупреждения возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью, контроля санитарно-противоэпидемиологического режима, своевременного выявления и снижения инфекционной заболеваемости и предупреждения групповой и вспышечной заболеваемости в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко.

Функции подкомиссии

Анализ заболеваемости, в том числе матерей и новорожденных, инфекциями, связанными с медицинской помощью (ИСМП), разработка и реализация мероприятий по профилактике заболеваемости внутрибольничными инфекциями, в том числе для своевременного выявления и снижения инфекционной заболеваемости и предупреждению групповой и вспышечной заболеваемости;

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (осуществляется также работниками отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита, положение о котором, его задачи и организация утверждаются приказом главного врача ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе третьего этапа).

Организация работы подкомиссии

Принятие решений о необходимости заседания подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью, в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») осуществляется по результатам эпидемиологического расследования случаев ИСМП, анализа показателей заболеваемости, результатов выполнения программы производственного контроля, результатов эпидемиологического надзора в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, по результатам взаимодействия с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Предметом обсуждения на комиссии являются: случаи внутрибольничного инфицирования пациентов или сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; рациональность и правильность использования антибиотиков, антисептиков, дезинфектантов и стерилизующих средств; анализ эпидемиологической ситуации в ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; основные санитарные показатели работы; качество проведения медицинских осмотров сотрудников ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; организация работы по вакцинации сотрудников и пациентов ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; качество проведения лабораторного (бактериологического) обследования пациентов.

Врач-эпидемиолог и помощник врача-эпидемиолога эпидемиологического отдела проверяют санитарное состояние структурных подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко по плану работы и составляют акт обследования с предложениями; отбирают медицинскую документацию для проведения эпидемиологического расследования; выполняют разовые поручения заведующего эпидемиологическим отделом; контролируют ведение журналов стерилизации, дезинфекции высокого уровня, журналы генеральных уборок, журналы кварцевания помещений, журналы предстерилизационной обработки, выполнение режимов стерилизации; контролируют выполнение мер профилактики гемоконтактных инфекций, постинъекционных и послеоперационных гнойно-септических осложнений; контролируют качество предстерилизационной обработки; контролируют качество приготовления дезинфицирующих растворов, качество проведения текущей дезинфекции, условия хранения пищевых продуктов в отделениях; имеют право отбирать пробы воздуха, смывы и материал на стерильность по эпидемическим показаниям; ведут журнал учетной формы № 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»; «Экстренные извещения» – учетная форма № 058-у в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области»; принимают участие в подготовке ежемесячных, квартальных и годовых отчетов по ИСМП.

Сотрудники эпидемиологического отдела беспрепятственно посещают любое структурное подразделение ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для проведения контроля выполнения требований СанПин 2.1.3.2630-10, Программы производственного контроля, для проведения эпидемиологического расследования случая ИСМП, а также имеют право требовать медицинскую документацию в целях эпидемиологического расследования и организации противоэпидемических мероприятий в инфекционном очаге, имеют право получать информацию в больничной аптеке об имеющихся антибиотиках и антисептических средствах, о количестве имеющегося перевязочного материала, средствах индивидуальной защиты, медицинском инструментарии; составлять годовые заявки на дезинфицирующие средства, стерильные, ферменты для обработки эндоскопов и кожные антисептики. Кроме того, сотрудники эпидемиологического отдела имеют право получать информацию от сотрудников бактериологической лаборатории по бактериологическому контролю за санитарным состоянием подразделений ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, отчеты по бактериологическим посевам клинического материала от больных и о чувствительности выделяемой флоры к антибиотикам, дезинфектантам, антисептикам. Сотрудники эпидемиологического отдела используют представленную информацию для проведения эпидемиологического анализа и выносят полученный материал на обсуждение комиссии по профилактике ИСМП.

Сотрудники бактериологической лаборатории проводят мониторинг внутрибольничной микробной флоры и представляют необходимую информацию комиссии по профилактике ИСМП.

Любое выявленное нарушение является предметом обсуждения на подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью, в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Лечащий врач, выявивший пациента с ИСМП, представляет подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью, в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») всю необходимую информацию о пациенте, анализирует и представляет причины возникновения ИСМП.

Проводится обсуждение проблемы членами подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»). Выслушивают, при необходимости, врачей-консультантов и приглашенных ответственных лиц (врачей, медицинских сестер и т.д.). Председатель подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») подводит итоги обсуждения, формулирует и обобщает выводы, оглашает решение, дает задание для подготовки следующего заседания. Секретарь ведет протокол заседания подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») по форме: дата и время заседания; ФИО присутствующих на заседании постоянных и приглашенных участников; основные моменты обсуждения (со ссылкой на ФИО выступающего); вопросы, поставленные членами подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»); решение подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Решения подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко) доводятся до сведения врачебного и сестринского персонала ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко председателем подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко) на ближайшем производственном совещании.

Решения подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») являются обязательными для выполнения в установленные сроки каждого сотрудника ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко. В случае невыполнения решения подкомиссии № 7 врачебной комиссии (по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), председатель вправе ходатайствовать перед главным врачом ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко о вынесении дисциплинарного взыскания лицам, не выполняющим, либо ненадлежаще выполняющим эти решения.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 12
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)

Общие положения

Подкомиссия № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью осуществления эффективного контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых при оказании медицинской помощи пациентам государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Функции подкомиссии

Принятие решения о назначении лекарственных препаратов в случаях и в порядке, которые установлены нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, устанавливающими порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты.

Внутренний контроль за обоснованностью назначения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

Списание с последующей передачей на уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, входящих в список II и III Перечня наркотических средств, а также уничтожение использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ, поступивших в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

Проведение инвентаризации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, поступивших в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

Осуществление контроля (не реже одного раза в месяц) за состоянием хранения, учёта, фактического наличия и расхода наркотических средств и психотропных веществ в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

Осуществление контроля за наличием таблиц высших разовых и суточных доз наркотических средств и психотропных веществ, а также таблиц противоядий при отравлениях ими в местах хранения наркотических средств и психотропных веществ (на внутренней стороне дверки сейфа) в подразделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

Осуществление проверки (не реже одного раза в месяц) целесообразности назначения врачами наркотических средств и психотропных веществ;

Осуществление контроля за соблюдением правил оформления: записей о назначении (использовании) наркотических средств и психотропных веществ в медицинской карте стационарного больного (амбулаторной карте); требований-накладных на наркотические средства и психотропные вещества; журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; иных документов, в которых отражены операции, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

Осуществление контроля за работой комиссии по уничтожению использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ.

Организация работы подкомиссии и порядок направления пациентов на подкомиссию

Подкомиссия № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») проводит заседания в следующих случаях: для передачи на уничтожение наркотических средств и психотропных веществ, входящих в список II, список III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным; для выполнения ее функций.

Результаты заседания подкомиссии № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») должны быть оформлены протоколом, в котором указывается: дата заседания; номер (при наличии) и наименование структурного подразделения, в котором проводилась проверка; фамилии, инициалы и должности лиц, работа которых подвергалась проверке; результаты проверки. При выявлении нарушений в акте необходимо отразить: конкретный факт нарушения; фамилии, инициалы и должности работников, допустивших данное нарушение; пункт, часть, статью нормативного правового акта, дату его принятия, номер и наименование, который был нарушен. Протокол также должен содержать фамилии, инициалы и подписи председателя, сопредседателя и членов подкомиссии № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), принимавших участие в её работе, а также заведующего отделением ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», в котором проводилась проверка.

Председатель подкомиссии № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») не менее чем за две недели до даты заседания назначает лиц, ответственных за подготовку материалов для заслушивания на заседании, при необходимости даёт им поручения о проведении проверок работы, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; представляет главному врачу ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» на утверждение акт на уничтожение использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ (не позднее следующего рабочего дня); подшивает в специальную книгу (скоросшиватель) в хронологической последовательности акты на уничтожение использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ, утвержденные главным врачом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», и хранит книгу с актами в течение календарного года, в котором они были оформлены (по истечении календарного года передает книгу с актами на хранение в медицинский архив по акту приемки-передачи).

Члены подкомиссии № 8 врачебной комиссии (по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») осуществляют контроль за устранением нарушений, выявленных в отделениях ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» при проведении проверок работы, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Положение о подкомиссии № 9 врачебной комиссии

(по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в другие медицинские учреждения)

Общие положения

Подкомиссия № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации) – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью выявления у пациентов медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и оформления документации для ее получения в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» или других медицинских организациях.

Функции подкомиссии

Проведение отбора пациентов, формирование и направление комплекта документов в Комиссию Минздрава Пензенской области по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Минздравсоцразвитию России, путем применения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в соответствии с приказом Минздрава России от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»

Исполнение правил организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением подсистемы ведения специализированных регистров пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, мониторинга организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортного лечения единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее – подсистема единой системы) в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко».

Организация работы подкомиссии

Медицинские показания к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации.

Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации), которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

Медицинскими показаниями для направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи является наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующих применения высоко-

технологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи.

При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи при необходимости осуществляется проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой.

При наличии медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи (далее – направляющая медицинская организация), оформляет направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на бланке направляющей медицинской организации, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами.

Направление на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи должно содержать следующие сведения: фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания); номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии); код диагноза основного заболевания по МКБ, профиль, наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, показанного пациенту; наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания высокотехнологичной медицинской помощи; фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

К направлению на госпитализацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи прилагаются следующие документы пациента: выписка из медицинской документации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи; копии документов пациента: документ, удостоверяющий личность пациента; свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет); полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии); согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.

Руководитель или уполномоченный руководителем работник направляющей медицинской организации представляет комплект документов, в течение трех рабочих дней, в том числе посредством подсистемы единой системы, почтовой и (или) электронной связи:

в медицинскую организацию, включенную в реестр, в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее – принимающая медицинская организация);

в Минздрав Пензенской области в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в Минздрав Пензенской области (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования) или в принимающую медицинскую организацию (в случае оказания высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования).

При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию оформление на пациента талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Талон на оказание ВМП) с применением подсистемы единой системы обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов.

При направлении пациента на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП с применением подсистемы единой системы обеспечивает Минздрав Пензенской области с прикреплением комплекта документов и заключения комиссии Минздрава Пензенской области по отбору пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Основанием для госпитализации пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» на оказание высокотехнологичной медицинской помощи является решение под-

комиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации).

Подкомиссия № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации) выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» видов высокотехнологичной медицинской помощи в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи).

Решение подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации) оформляется протоколом, содержащим следующие сведения: основание создания подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации) (реквизиты приказа руководителя медицинской организации, оказывающей высокотехнологичную медицинскую помощь); состав подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации); сведения о пациенте в соответствии с документом, удостоверяющим личность (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, сведения о месте жительства (пребывания); диагноз заболевания (состояния); заключение подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации), а также содержащее следующую информацию:

о наличии медицинских показаний и планируемой дате госпитализации пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ, код вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи;

об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;

о необходимости проведения дополнительного обследования (с указанием необходимого объема дополнительного обследования), диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ с указанием медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента для дополнительного обследования;

о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза заболевания (состояния), кода диагноза по МКБ, медицинской организации, в которую рекомендовано направить пациента;

о наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», с указанием диагноза заболевания (состояния), кода диагноза по МКБ, рекомендациями по дальнейшему медицинскому обследованию, наблюдению и (или) лечению пациента по профилю заболевания (состояния).

Выписка из протокола подкомиссии № 9 врачебной комиссии (по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в другие медицинские организации) в течение пяти рабочих дней (не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается посредством подсистемы единой системы, почтовой и (или) электронной связи в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон на оказание ВМП, а также в установленном порядке выдается пациенту (его законному представителю).

Отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в Талоне на оказание ВМП.

По результатам оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» выдаются рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПМКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 14
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Положение о подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)

Общие положения

Подкомиссия № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») – постоянно действующий совещательный орган, созданный с целью рассмотрения обращений (жалоб) граждан по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», определения обоснованности предъявляемых требований, выявления причин обращения пациента или его законного представителя с жалобой, анализа обращений пациентов на всех уровнях, проведения (при необходимости) очной экспертизы и встречи с пациентом или его законным представителем, принятия управленческих решений и разработки мероприятий по предупреждению дефектов при оказании медицинской помощи, вызывающих обращения пациентов, обеспечения безопасности лечебно-диагностического процесса, обеспечения удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи, осуществления контроля за работой медицинского персонала, организации врачебных конференций и внесения в установленном порядке предложений по вопросам, относящимся к компетенции подкомиссии.

Функции подкомиссии

Рассмотрение обращений (жалоб), в том числе по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», поступивших непосредственно в учреждение и через Минздрав Пензенской области.

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности третьего этапа.

Организация работы подкомиссии

К компетенции подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») относятся: рассмотрение обращений (жалоб) граждан по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»; определение обоснованности предъявляемых требований; выявление причин обращения пациента или его законного представителя с жалобой; анализ обращений пациентов на всех уровнях; проведение (при необходимости) очной экспертизы и встречи с пациентом или его законным представителем; принятие управленческих решений по результатам анализа; разработка мероприятий по предупреждению недостатков при оказании медицинской помощи, вызывающих обращения пациентов; обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности; обеспечение удовлетворенности пациента качеством оказания медицинской помощи; осуществление контроля за работой медицинского персонала; организация врачебных конференций по вопросам, относящимся к компетенции подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»); внесение в установленном порядке предложений по вопросам, входящим в компетенцию подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Подкомиссия № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») проводит заседания по мере поступления обращения (жалобы) от гражданина, его законного представителя, Минздрава Пензенской области на следующий день после её поступления.

Жалоба рассматривается подкомиссией № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») с привлечением и изучением имеющейся в учреждении медицинской документации в течение 30 дней после ее получения.

В ходе заседания подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») лечащий врач в краткой, но информативной форме докладывает историю заболевания пациента (в контексте поступившей жалобы), излагая её в хронологической последовательности с момента поступления пациента под наблюдение учреждения и до момента его выписки (смерти), отмечая проблемы, возникшие при оказании медицинской помощи.

Рецензент проводит анализ качества оказанной пациенту медицинской помощи на всех этапах лечения, а также качества оформления первичной медицинской документации. Сообщает о выявленных недостатках, в том числе о несоответствии проведенных лечебно-диагностических мероприятий утвержденным федеральным стандартам, порядкам оказания помощи и клиническим рекомендациям (протоколам) по данной нозологии (замечания и рекомендации рецензент обязан изложить в письменной форме).

Затем проводится обсуждение поступившей жалобы членами подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») и экспертиза качества оказанной медицинской помощи.

В целях объективного освещения ситуации на заседании подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») и принятия обоснованного решения, каждый выступающий обязан излагать свою позицию в корректной форме и в обоснование своего мнения ссылаться на конкретные факты, нормативные правовые документы.

В том случае, если материалы поступившей жалобы ранее рассматривались на других подкомиссиях врачебной комиссии или Этическом Совете ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», они используются на заседании подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»), с приложением соответствующих протоколов.

Секретарь подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») ведёт журнал учёта протоколов заседания, который включает дату проведения заседания; ФИО лиц, присутствующих на заседании; вопросы, включенные в повестку дня заседания; мнения, высказанные при обсуждении вопросов повестки дня (с указанием ФИО выступающего); принятое решение; особое мнение членов, которые не согласились с выводами или решением, принятыми большинством голосов, и аргументировали перед членами подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб

граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») свою позицию, подпись председателя подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Решение подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») должно содержать краткое описание обсуждаемого случая, выявленных врачебных ошибок, дефектов в проведении лечебно-диагностических мероприятий и т.п., решение и рекомендации подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»).

Решение подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») доводится до сведения обратившегося гражданина, его законного представителя или Минздрава Пензенской области в письменном виде.

Для соблюдения законных прав медицинских работников и пациентов (законных представителей, родственников) при разборе жалоб на заседание подкомиссии № 10 врачебной комиссии (по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») приглашается начальник юридического отдела.

График работы подкомиссии

Работа подкомиссии осуществляется по годовому плану (готовит заместитель председателя подкомиссии и не позднее 15 декабря текущего года представляет его на утверждение председателю подкомиссии), который включается в комплексный план работы ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; заседания проводятся по мере необходимости.

Приложение № 15
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Состав подкомиссии № 1 врачебной комиссии (по экспертизе временной нетрудоспособности в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Акопян Надежда Александровна	врач-терапевт терапевтического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Соломаха Лариса Алексеевна	врач-методист отделения контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Каюмов Бахтиер Зайнетдинович	врач-хирург поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Новикова Ольга Викторовна	врач-терапевт поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Аскалина Джанна Александровна	врач-профпатолог кабинета врача-профпатолога поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

**Состав подкомиссии № 2 врачебной комиссии
(лечебно-контрольная комиссия)
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в под- комиссии
1.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Аскалин Александр Александрович	врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
5.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	
7.	Рыжонина Татьяна Владимировна	заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Краснов Михаил Викторович	заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Зюлькин Григорий Александрович	заведующий хирургическим отделением – врач-хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Кулюцин Алексей Валерьевич	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Долгова Дина Владимировна	заведующий отделением патологии беременных перинатального центра – врач-акушер-гинеколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Логинова Галина Васильевна	заведующий неврологическим отделением с реабилитационными койками для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств – врач-невролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Моисеева Любовь Николаевна	заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Юцмюц Алексей Адольфович	заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии № 1 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
15.	Юматов Михаил Владимирович	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

16.	Алимова Ирина Николаевна	заведующий нефрологическим отделением – врач-нефролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
17.	Тарасеева Галина Николаевна	заведующий пульмонологическим отделением – врач-пульмонолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
18.	Бартош Лариса Анатольевна	заведующий отделением ультразвуковой диагностики – врач-ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
19.	Донецкая Наталья Александровна	заведующий отделением лучевой диагностики – врач-лучевой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
20.	Владимирова Ольга Викторовна	врач-акушер-гинеколог гинекологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
21.	Филимонова Людмила Валерьевна	заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) перинатального центра – врач-неонатолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Приложение № 17
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

Состав подкомиссии № 3 врачебной комиссии
(по изучению летальных исходов в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»)
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Аскалин Александр Александрович	врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
5.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Краснов Михаил Викторович	заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Зюлькин Григорий Александрович	заведующий хирургическим отделением – врач-хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Логина Галина Васильевна	заведующий неврологическим отделением с реабилитационными койками для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств – врач-невролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Донченко Иван Андреевич	заведующий кардиологическим отделением – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

10.	Моисеева Любовь Николаевна	заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Юматов Михаил Владимирович	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Тарасеева Галина Николаевна	заведующий пульмонологическим отделением – врач-пульмонолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Кочмарева Татьяна Владимировна	заведующий колопроктологическим отделением – врач-колопроктолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Бартош Лариса Анатольевна	заведующий отделением ультразвуковой диагностики – врач-ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
15.	Донецкая Наталья Александровна	заведующий отделением лучевой диагностики – врач-лучевой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» – по согласованию	Член
16.	Климова Екатерина Александровна	врач-нефролог нефрологического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь

Приложение № 18
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Состав подкомиссии № 4 врачебной комиссии
(перинатальный консилиум) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в под- комиссии
1.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Бирючкова Ольга Александровна	заведующий женской консультацией перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
3.	Шелкова Елена Владимировна	заведующий медико-генетической консультации – врач-генетик ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
4.	Касьянова Лариса Васильевна	врач-генетик медико-генетической консультации перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Федулова Наталья Ивановна	врач-генетик медико-генетической консультации перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Дудкин Игорь Александрович	врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Филимонова Людмила Валерьевна	заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) перинатального центра – врач-неонатолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

**Состав подкомиссии № 5 врачебной комиссии
(по медицинскому освидетельствованию подозреваемых или обвиняемых в совершении
преступлений на территории Пензенской области) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая
больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в под- комиссии
1.	Акопян Надежда Александровна	врач-терапевт терапевтического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Сундукова Анна Николаевна	заведующий гастроэнтерологическим отделением – врач-гастроэнтеролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Кулюцин Алексей Валерьевич	заведующий кардиологическим отделением с палатой реанимации и интенсивной терапии – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Логина Галина Васильевна	заведующий неврологическим отделением с реабилитационными койками для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств – врач-невролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Донченко Иван Андреевич	заведующий кардиологическим отделением – врач-кардиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Шимохина Ольга Николаевна	заведующий эндокринологическим отделением – врач-эндокринолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Тарасеева Галина Николаевна	заведующий пульмонологическим отделением – врач-пульмонолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Буланов Алексей Александрович	заведующий неврологическим отделением для лечения больных с ОНМК – врач-невролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Аскалина Джанна Александровна	врач-профпатолог кабинета врача-профпатолога поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Логинов Сергей Николаевич	заведующий хирургическим торакальным отделением – врач-торакальный хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Миронов Михаил Анатольевич	заведующий урологическим отделением – врач-уролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Кибиткин Андрей Станиславович	заведующий отделением травматологии и ортопедии – врач-травматолог-ортопед ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Комаров Виктор Тимофеевич	заведующий ревматологическим отделением – врач-ревматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

**Состав подкомиссии № 6 врачебной комиссии
(по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров
в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Аскалина Жанна Александровна	врач-профпатолог кабинета врача-профпатолога поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Акопян Надежда Александровна	врач-терапевт терапевтического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Сопредседатель
3.	Новикова Ольга Викторовна	врач-терапевт отделения платных услуг ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Каюмов Бахтиер Зайнетдинович	врач-хирург поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Надейкина Ольга Михайловна	врач-невролог клинко-диагностического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Пентегина Татьяна Николаевна	врач-офтальмолог офтальмологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Коновалова Юлия Николаевна	врач-оториноларинголог оториноларингологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Иваньева Александра Игоревна	врач-хирург хирургического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Волченкова Елена Викторовна	врач-акушер-гинеколог гинекологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Гаврилова Анна Михайловна	врач-акушер-гинеколог гинекологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Бардаш Евгений Григорьевич	врач-дерматовенеролог дерматовенерологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Темарцева Инна Ивановна	врач-аллерголог-иммунолог кабинета аллергологии и иммунологии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Губина Наталья Борисовна	врач-эндокринолог эндокринологического кабинета центра медицинского эндокринологического ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Калашников Олег Михайлович	врач-уролог урологического кабинета поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
15.	Жалилова Лариса Константиновна	врач-стоматолог-терапевт кабинета терапевтической стоматологии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

16.	Смолякова Лариса Анатольевна	врач-травматолог-ортопед кабинета травматологии и ортопедии поликлиники ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
17.	Ной Наталья Викторовна	врач-психиатр-нарколог отделения платных услуг, врач-психиатр отделения платных услуг (внешний совместитель) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Приложение № 21
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Состав подкомиссии № 7 врачебной комиссии
(по предупреждению возникновения и распространения инфекций, связанных с медицинской
помощью в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в под- комиссии
1.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
3.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Заместитель председателя
4.	Рыжонина Татьяна Владимировна	заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
5.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Аскалин Александр Александрович	врач-хирург хирургического отделения ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Юматов Михаил Владимирович	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Миронова Елена Николаевна	заведующий эпидемиологическим отделом – врач-эпидемиолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9.	Макарова Наталья Николаевна	врач-бактериолог бактериологической лаборатории ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Хадж Элиас	заведующий отделением анестезиологии-реанимации для женщин с палатой пробуждения для родового отделения и операционного блока родового отделения перинатального центра – врач-анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Иванова Ольга Александровна	заведующий акушерским физиологическим отделением с совместным пребыванием матери и ребенка перинатального центра – врач-акушер-гинеколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Палиенко Людмила Владимировна	заведующий аптекой – врач-провизор ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Состав подкомиссии № 8 врачебной комиссии
(по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, используемых в
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»)
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Сопредседатель
3.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
4.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Рыжонина Татьяна Владимировна	заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Юцмюц Алексей Адольфович	заведующий отделением анестезиологии-реаниматологии № 1 – врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Состав подкомиссии № 9 врачебной комиссии
(по отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям
«Акушерство и гинекология», «Гастроэнтерология», «Нейрохирургия», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Торакальная хирургия», «Эндокринология», «Неонатология», «Хирургия» и
направлению пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в другие медицинские учреждения) ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Космачев Вячеслав Владимирович	главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
3.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
4.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

5.	Рыжонина Татьяна Владимировна	заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
6..	Краснов Михаил Викторович	заведующий региональным сосудистым центром ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7..	Логинов Сергей Николаевич	заведующий хирургическим торакальным отделением – врач-торакальный хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8..	Миронов Михаил Анатольевич	заведующий урологическим отделением – врач-уролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
9..	Кибиткин Андрей Станиславович	заведующий отделением травматологии и ортопедии – врач-травматолог-ортопед ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
10.	Михайлов Денис Валерьевич	заведующий отделением сосудистой хирургии – врач-сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
11.	Рыбас Роман Владиславович	заведующий нейрохирургическим отделением – врач-нейрохирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
12.	Сундукова Анна Николаевна	заведующий гастроэнтерологическим отделением – врач-гастроэнтеролог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
13.	Князькина Екатерина Владимировна	заведующий центром медицинским эндокринологическим – врач-эндокринолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
14.	Юцмюц Алексей Адольфович	заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1 ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», врач-анестезиолог-реаниматолог	Член
15.	Лебедев Марат Владимирович	заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии – врач-челюстно-лицевой хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
16.	Филимонова Людмила Валерьевна	заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) перинатального центра – врач-неонатолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
17.	Зюлькин Григорий Александрович	заведующий хирургическим отделением – врач-хирург ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
18.	Комаров Виктор Тимофеевич	заведующий ревматологическим отделением врач-ревматолог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Состав подкомиссии № 10 врачебной комиссии
(по рассмотрению жалоб граждан на оказание медицинской помощи в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко») ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

№ п/п	ФИО	Должность	Статус в подкомиссии
1.	Космачев Вячеслав Владимирович	главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Председатель
2.	Маркина Инна Николаевна	врач – клинический фармаколог ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Секретарь
3.	Фролова Ирина Владимировна	заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
4.	Нестеров Андрей Владимирович	заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
5.	Беляев Михаил Викторович	заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
6.	Горина Ольга Сергеевна	заведующий поликлиникой ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
7.	Моисеева Любовь Николаевна	заведующий отделением контроля качества, безопасности медицинской деятельности отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член
8.	Федорова Ольга Викторовна	врач-методист методического кабинета организационно-методического отдела ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Член

Глава 18. Эпидемиологическая безопасность в медицинской организации в условиях пандемии COVID-19

Утвержден проверочный лист по эпидемиологической безопасности для проведения внутреннего аудита в медицинской организации в период работы в условиях пандемии COVID-19. Проверочный лист разработан в соответствии с утвержденным Росздравнадзором «Чек-листом для оценки системы эпидемиологической безопасности в медицинской организации (стационаре, не специализированном по оказанию помощи больным COVID-19) в условиях пандемии COVID-19»



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
(ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко)

П Р И К А З

16.04.2020

№ 107

г. Пенза

**О внесении изменений в приказ главного врача
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
от 27.12.2019 № 222**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», приказами ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко от 23.03.2020 № 93-1 «Об организации системы обеспечения эпидемиологической безопасности в условиях пандемии COVID-19 в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко», от 23.03.2020 № 94-1 «О работе медицинского персонала в изоляторе в ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в целях предотвращения распространения заболеваемости острыми респираторными инфекциями и новой коронавирусной инфекции COVID-19», от 25.03.2020 № 95-1 «Об утверждении алгоритма действий врача при поступлении в стационар ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19), внебольничной пневмонией предположительно коронавирусной этиологии либо внебольничной пневмонии (не коронавирусной этиологии), острой респираторной вирусной инфекцией, а также порядка выписки пациентов из стационара», от 25.03.2020 № 96-1 «О назначении ответственных лиц за проведение мониторинга документов по вопросам работы ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» в условиях пандемии COVID-19», от 26.03.2020 № 98-1 «О проведении обучения медицинского персонала вопросам профилактики, диагностики, лечения COVID-19, сбора эпидемиологического анамнеза и использования СИЗ и назначении ответственного лица за проведение обучения», от 08.04.2020 № 102-1 «Об усилении дезинфекционного режима в подразделениях ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко», от 13.04.2020 № 106 «О внесении изменений в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 31.12.2019 № 226», **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в приказ главного врача ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» от 27.12.2019 № 222 «Об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внутреннего аудита в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Приложение № 13 изложить в новой редакции с 16.04.2020 года (Приложение 1).

1.2. Проверочный лист № 16 в Приложение № 14 изложить в новой редакции с 16.04.2020 года (Приложение 2).

1.3. Показатели внутреннего аудита с 7 по 90 номер использовать в период работы в условиях пандемии COVID-19.

2. Заместителю главного врача по экономическим вопросам Разиной Н.Ю. при назначении доплаты стимулирующего характера к заработной плате сотрудникам, занятым в проведении внутреннего аудита руководствоваться настоящим приказом.

3. Начальнику отдела документационного обеспечения Разиной Н.В. письменно, персонально, под роспись ознакомить с настоящим приказом всех заинтересованных лиц.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

В.В. Космачев

Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Список внутренних аудиторов
в соответствии с проверочными листами внутреннего аудита
ГБУЗ ПОКБ им. Н.Н. Бурденко**

№ п/п	ФИО внутреннего аудитора	Номер проверочного листа внутреннего аудита
1.	Маркина Инна Николаевна	№ 1 № 10
2.	Умнов Николай Петрович	№ 2 № 11
3.	Барышникова Елена Александровна	№ 3 № 4 № 5
4.	Белова Маргарита Васильевна	№ 6 № 7 № 8
5.	Петров Александр Владимирович	№ 9
6.	Пейфурт Светлана Николаевна	№ 12
7.	Меренкова Людмила Вячеславовна	№ 13
8.	Юрова Светлана Алексеевна	№ 14
9.	Стешкина Ирина Владимировна	№ 14
10.	Каверина Марина Александровна	№ 15 № 16

		№ 17
11.	Соломаха Лариса Алексеевна	№ 18
12.	Аскалин Александр Александрович	№ 19
13.	Кулюцин Алексей Валерьевич	№ 19
14.	Крюкова Татьяна Николаевна	№ 20
15.	Юматов Михаил Владимирович	№ 21
16.	Глухова Наталья Васильевна	№ 22
17.	Новикова Елена Анатольевна	№ 23
18.	Петрунин Андрей Алексеевич	№ 24-1 аудит отделений хирургического профиля
19.	Гуткин Денис Сергеевич	№ 24-2 аудит отделений терапевтического профиля
20.	Мякиньюкова Антонина Степановна	№ 24-3 аудит отделений перинатального центра
21.	Фурман Оксана Леонидовна	№ 25
22.	Палиенко Людмила Владимировна	№ 26
23.	Зотова Светлана Анатольевна	№ 27
24.	Умнова Галина Васильевна	№ 28 № 29
25.	Сараева Елена Анатольевна	№ 30

Приложение № 2
к приказу ГБУЗ «Пензенская областная
клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № _____

**Проверочный лист внутреннего аудита № 16
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
«Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»**

№ п/п	Раздел аудита	Эпидемиологическая безопасность. Эпидемиологическая безопасность в условиях пандемии COVID-19
	Группа (ы) показателей	1. Сокращение длительности пребывания в стационаре 2. Порядок оказания помощи пациентам, требующим изоляции (с инфекциями, передающимися воздушно-капельным путем, опасными инфекциями) 3. Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими 4. Соблюдение персоналом алгоритма использования индивидуальных средств защиты 5. Система профилактики ИСМП у медицинского персонала 6. Рациональное использование антибактериальных ЛС для профилактики и лечения 7. Организация системы обеспечения эпидемиологической безопасности в условиях пандемии COVID-19 (показатели № 7-24) 8. Организация работы приемного отделения и допуска сотрудников в условиях пандемии COVID-19 (показатели № 25-38) 9. Активное выявление признаков респираторных инфекций среди пациентов и персонала (показатели № 39-44) 10. Проведение микробиологических исследований (показатели № 45-52) 11. Обеспечение эпидемиологической безопасности среды (показатели № 53-66) 12. Организация оказания помощи пациентам, требующим изоляции/работы медицинского персонала в "грязной" зоне (при неблагоприятном сценарии) (показатели № 67-72). 13. Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук (показатели № 73-76) 14. Соблюдение правил гигиены рук персоналом, пациентами и посетителями/ухаживающими (показатели № 77-78)

	15. Соблюдение персоналом алгоритма использования средств индивидуальной защиты (СИЗ) (показатели 79-89) 16. Информирование по вопросам профилактики ИСМП, инфекционных болезней с учетом эпидемиологической обстановки (показатель № 90)	
	Показатели аудита	Да/нет (+/-)
1.	Обследование пациентов перед плановой госпитализацией на амбулаторном этапе, внедрение высоких технологий	
2.	Наличие изолятора, наличие приказа по эпидемиологической безопасности и алгоритмов действия при выявлении карантинной инфекции, наличие запаса медикаментов, одноразового инструментария, перевязочного материала для оказания первой помощи, упаковок для забора клинического материала для исследования, наличие противочумных костюмов 1 типа, наличие емкостей для дезрастворов и запаса дезсредств, наличие системы оповещения руководящего состава	
3.	Наличие полностью оборудованных мест для мытья и обработки рук: отдельная раковина, кран с локтевым смесителем, горячая вода, наличие схемы для мытья рук, жидкое мыло, антисептик, одноразовые полотенца, ведро с крышкой с ножным механизмом открывания. Регулярный контроль качества гигиены рук (плановые и внеплановые проверки). Соблюдение правил обработки рук перед контактом с пациентами, перед процедурой, после процедуры, после контакта с пациентом, после контакта с предметами окружающей среды. Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком. Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству	
4.	Наличие средств индивидуальной защиты, проведение учебы персонала по правилам пользования средствами индивидуальной защиты, использование их во время работы, наличие инструктажей и инструкций по использованию средств защиты	
5.	Наличие аптек АнтиСПИД, умение ими пользоваться, наличие профилактических прививок в соответствии с Национальным календарем, прохождение медицинских осмотров в соответствии с приказом Минздрава России № 302н, наличие алгоритма действий при аварийных ситуациях и при выявлении инфекционного больного	
6.	Отметка о назначении в листе назначений, сроки назначения АБ (за какое время до начала хирургического разреза), доза, способ введения, кратность введения во время операции, соответствие классу операции и виду операции, соответствие алгоритму АБ профилактики в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
7.	Наличие региональных нормативных документов о порядке работы ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в условиях пандемии, маршрутизации больных и с подозрением на COVID-19, контактных с подозрительным или подтвержденным случаем COVID-19, в т.ч. приказа главного врача об ответственном за мониторинг документов по вопросам работы учреждения в условиях пандемии	
8.	Наличие приказа главного врача о функционировании ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в условиях пандемии COVID-19, о формировании комиссии по реализации оперативного плана проведения противоэпидемических мероприятий с указанием должностных лиц и ответственных, утверждении плана работы комиссии по реализации оперативного плана проведения противоэпидемических мероприятий	
9.	Список дублеров членов комиссии (на случай выбытия основного), включая ответственного – «комиссии Б»	
10.	Оперативный план проведения противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного подозрительного на COVID-19	
11.	Установление режима функционирования структурных подразделений и в период пандемии	
12.	Схема оперативной передачи информации главному врачу ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и вышестоящим организациям в будние и выходные дни в каждом подразделении/кабинете	
13.	Схема оповещения и сбора специалистов в рабочее и нерабочее время	
14.	Инструкции с функциональными обязанностями и действиями каждого специалиста по проведению первичных противоэпидемических мероприятий	
15.	Алгоритм проведения первичных противоэпидемических мероприятий с указанием наличия и места хранения упаковок с запасом необходимых медикаментов для лечения больного, дезинфицирующих средств, средств личной профилактики и индивидуальной защиты, для забора материала для лабораторного исследования	
16.	Инструкция по маршрутизации больного/подозрительного COVID-19 и контактных лиц внутри ПОКБ им. Н.Н. Бурденко с графической схемой/схемами, в том числе схемы движения с учетом разграничения потоков пациентов с пневмониями, пациентов с подтвержденным COVID-19, медицинского персонала, медицинских отходов и грязного белья, пациентов, подлежащих выписке (при неблагоприятном сценарии) Неблагоприятный сценарий – пациент, подозрительный на COVID-19, пациент с пневмонией, пациент с подтвержденным COVID-19 остается на лечении в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в условиях изоляции)	
17.	Инструкция по "зонированию" (разделению зон) внутри ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, разделенных этажно-стью или коридорами и информационные таблички при неблагоприятном сценарии. Инструкция должна включать информацию или информационные таблички для разделения "чистых" и "инфицированных" потоков (лифт для медицинских отходов, лифт для медицинского персонала, лифт для пациентов и т.д.)	
18.	Инструкция по маршрутизации пациента (эвакуации) вне ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
19.	Инструкции о порядке перевода приемного отделения и лечебных отделений ПОКБ им. Н.Н. Бурденко на работу в строгом противоэпидемическом режиме	
20.	Приказ о материальном обеспечении всех мероприятий с учетом режима функционирования структурных подразделений в период пандемии, в том числе на случай аварийных ситуаций, в том числе о неснижаемом запасе дезинфицирующих средств, СИЗ, медицинских изделий для забора биоматериала для лабораторного исследования, других лекарственных препаратов и медицинских изделий	

21.	Приказ о развертывании обсерватора (при неблагоприятном сценарии) и организация их работы	
22.	Приказ о проведении обучения медицинского персонала вопросам профилактики, диагностики, лечения COVID-19, сбора эпидемиологического анамнеза и использования СИЗ с назначением ответственного за обучение.	
23.	Приказ о работе изолятора приемного отделения и порядка его работы	
24.	Приказ об усилении дезинфекционного режима в подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
25.	Условия приема пациентов	
26.	Входы в здание/здания ограничены (должны быть разграничены входы для больных с катаральными симптомами и лихорадкой и других категорий пациентов и сотрудников, входы должны быть отмечены соответствующими информационными табличками)	
27.	Снаружи здания и в приемном отделении, холле имеются знаки, постеры о правилах нахождения в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, в том числе о необходимости ношения маски, соблюдения социальной дистанции, гигиене рук, правилах безопасности при кашле, чихании, правилах посещения (или запрете посещения пациентов)	
28.	Наличие в приемном отделении достаточного количества исправных поверенных бесконтактных термометров	
29.	Наличие медицинских масок для пациентов и сопровождающих в расчетных количествах	
30.	Соблюдение пациентами и сопровождающими социальной дистанции в соответствии с разметкой	
31.	Условия допуска сотрудников	
32.	Наличие медицинских постов на каждом входе сотрудников в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
33.	Наличие алгоритмов допуска сотрудников на медицинских постах при входе в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, включая форму учета допуска сотрудников к работе, подтверждающую отсутствие у них признаков респираторной инфекции, благополучного эпидемиологического анамнеза	
34.	Наличие на медицинском посту исправного поверенного бесконтактного термометра	
35.	Наличие организованного места (пункта) выдачи персоналу перед началом работы СИЗ	
36.	Наличие алгоритма работы с сотрудниками, имеющими признаки респираторной инфекции/неблагополучный эпидемиологический анамнез, в начале и в течение рабочей смены	
37.	Наличие опросника по выявлению лиц, подозрительных на COVID-19	
38.	Наличие изолятора в приемном отделении и порядка работы в изоляторе	
39.	Наличие перечня стандартного определения случаев (СОС) заболевания COVID-19 для целей эпидемиологического надзора	
40.	Соблюдение актуального утвержденного перечня СОС COVID-19, используемых в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для целей эпидемиологического надзора	
41.	Наличие алгоритмов, описывающих порядок осмотра, опроса и сбора эпидемиологического анамнеза у поступающего в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и госпитализированного пациента в случае появления признаков респираторной инфекции	
42.	Соблюдение алгоритмов, описывающих порядок осмотра, опроса и сбора эпидемиологического анамнеза у поступающего в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко и госпитализированного пациента в случае появления признаков респираторной инфекции	
43.	Наличие журнала измерения температуры сотрудников медицинской организации при входе в медицинское учреждение и в период работы (по графику измерений)	
44.	Полнота выявления случаев респираторных инфекций	
45.	Наличие микробиологической лаборатории в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко либо маршрутизации биологического материала для проведения исследований без выделения возбудителя	
46.	Доступность материальных ресурсов для проведения микробиологических исследований	
47.	Укомплектованность укладки на COVID-19 для забора материала в расчетных количествах	
48.	Наличие расходных материалов для забора биоматериала на другие инфекции в расчетных количествах	
49.	Наличие алгоритмов ПОКБ им. Н.Н. Бурденко, описывающих показания, процедуру забора, хранения и транспортировки биоматериала для микробиологического исследования	
50.	Соблюдение алгоритма забора биоматериала	
51.	Забор материала в соответствии с алгоритмами	
52.	Своевременное получение результатов исследований	
53.	Наличие и исправность специального оборудования, включая: – оборудование для обеззараживания воздуха; – моечно-дезинфекционные машины – дезинфекционные камеры.	
54.	Проведение камерной дезинфекции постельных принадлежностей.	
55.	Проведения усиленных дезинфекционных мероприятий в условиях распространения COVID-19	
56.	Наличие СОПов и отчетных документов проведения усиленных дезинфекционных мероприятий в условиях распространения COVID-19 в каждом подразделении	
57.	Соблюдение СОПов проведения усиленных дезинфекционных мероприятий в условиях распространения COVID-19 в каждом подразделении	
58.	Наличие алгоритма выбора дезинфицирующих средств и тактики дезинфекции, в том числе в условиях распространения COVID-19	
59.	Наличие системы расчета потребности ПОКБ им. Н.Н. Бурденко в дезинфицирующих и антисептических средствах с учетом неснижаемого запаса	

60.	Наличие дезинфицирующих и антисептических средств с учетом неснижаемого запаса	
61.	Наличие оборудования для дезинфекции в соответствии с нормативными документами, в том числе оборудование для базрозолевой дезинфекции, дезинфекции воздуха и др.	
62.	Дезинфекция санитарного транспорта	
63.	Наличие СОП по дезинфекции санитарного транспорта, на котором прибыл больной/подозрительный пациент	
64.	Наличие условий (место, специалисты, средства) для дезинфекции санитарного транспорта	
65.	Знания и навыки сотрудников по дезинфекции санитарного транспорта	
66.	Наличие системы обращения с отходами, включая отходы класса В, в соответствии с нормативными документами и эпидемической ситуацией	
67.	Наличие алгоритма оказания помощи пациентам с инфекционным заболеванием, в т.ч. с подозрением или подтвержденным случаем COVID-19, требующим изоляции/работы медицинского персонала в "грязной" зоне	
68.	Наличие изоляторов в подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко для пациентов с подозрением или подтвержденным случаем COVID-19, пневмониями, требующими изоляции (при неблагоприятном сценарии)	
69.	Наличие алгоритма временной или постоянной изоляции (неблагоприятный сценарий) пациента/пациентов	
70.	Знания персоналом алгоритма временной или постоянной изоляции (неблагоприятный сценарий) пациента/пациентов	
71.	Наличие алгоритма оказания помощи пациенту, изолированному в данной ПОКБ им. Н.Н. Бурденко (неблагоприятный сценарий) с указанием маршрутизации пациента, медперсонала и переносного оборудования внутри ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
72.	Знания персоналом алгоритма оказания помощи пациенту, изолированному в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко	
73.	Наличие СОП для мытья и обработки рук, включая место для мытья рук в составе:	
	– отдельная раковина; – кран с локтевым смесителем; – горячая вода; – схема обработки рук (движения, моменты); – жидкое мыло; – антисептик; – одноразовые полотенца; – ведро с крышкой с ножным механизмом открывания.	
74.	Наличие полностью оборудованных мест для мытья рук в структурных подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко: – в операционном блоке; – в отделениях интенсивной терапии (АРО, ОРИТ, ПИТ и т.д.); – в клинических отделениях/палатах для пациентов/палатах-изоляторах; – в туалетах для персонала; – в туалетах для пациентов; – в лаборатории.	
75.	Наличие дополнительных дозаторов с антисептиком: – на медицинских постах при входе в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко; – в приемно-смотровых боксах и (или) фильтр-боксах; – при входах в отделения, в лифты; – при входах в палаты; – кроватей в реанимационных отделениях, палатах интенсивной терапии, послеоперационных палат; – индивидуальных дозаторов у персонала.	
76.	Порядок контроля исправности оборудования для мытья рук, наличия расходных материалов и их соответствия расчетному количеству	
77.	Соблюдение персоналом правил гигиены рук:	
	1. Перед контактом с пациентом 2. Перед процедурой 3. После процедуры 4. После контакта с пациентом 5. После контакта с предметами окружающей среды	
78.	Обучение персонала: плановое (регулярность), внеплановое (с учетом особенностей эпидемической ситуации)	
79.	Обеспеченность ПОКБ им. Н.Н. Бурденко средствами индивидуальной защиты	
80.	Наличие системы расчета потребности СИЗ с учетом неснижаемого запаса	
81.	Наличие и комплектность в ПОКБ им. Н.Н. Бурденко противочумных костюмов 1 типа (комбинезон, респиратор не ниже класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком или FFP3, защитные очки, бахилы, перчатки) с учетом расчетного количества	
82.	Наличие СИЗ органов дыхания с учетом расчетной потребности и с учетом неснижаемого запаса по контингентам	
83.	Медицинские маски для медицинского персонала, не контактирующего с пациентом с признаками респираторной инфекции, подтвержденным/подозрительным случаем COVID-19, из расчета 1 маска на 2 часа работы	
84.	Респираторы не ниже класса FFP2/3 (аналог) для работы с пациентом с признаками респираторной инфекции из расчета 1 респиратор на 1 сотрудника на 1 смену	

85.	Медицинские маски для госпитализированных пациентов из расчета 1 маска на 1 пациента на 2 - 3 часа					
86.	Медицинские маски для пациентов и сопровождающих в приемном отделении из расчета 1 маска на 1 пациента, 1 маска на 1 сопровождающего					
87.	Наличие других СИЗ с учетом расчетной потребности и неснижаемого запаса					
88.	Наличие алгоритмов и правильного использования персоналом индивидуальных средств защиты при уходе за пациентами, требующими изоляции/работы медицинского персонала в "грязной" зоне (при неблагоприятном сценарии), в том числе: – перчатки (стерильные и нестерильные); – средства защиты лица и глаз; – маски, респираторы; – халаты и фартуки; – противочумный костюм 1 типа.					
89.	Соблюдение алгоритмов по использованию средств индивидуальной защиты персоналом во всех подразделениях ПОКБ им. Н.Н. Бурденко					
90.	Наличие постеров, брошюр, памяток для пациентов и персонала (перечень тем не исчерпывающий): – гигиена рук; – кашлевая гигиена; – профилактика коронавирусной инфекции; – профилактика инфекций, передающихся воздушно-капельным путем.					
Описание несоответствия требованиям, в том числе впервые или повторно (внутренний аудитор)						
Рекомендации по исправлению нарушений (внутренний аудитор)						
Решение Медицинского совета, сроки, ответственный, сроки контроля и доклада по контролю (секретарь Медицинского совета)						
Внутренний аудитор (ФИО, подпись)	Дата	Заведующий отделением внутреннего аудита (ФИО, подпись)	Дата	Докладчик на Медицинском совете (ФИО)	Дата	

Список работ авторов по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности

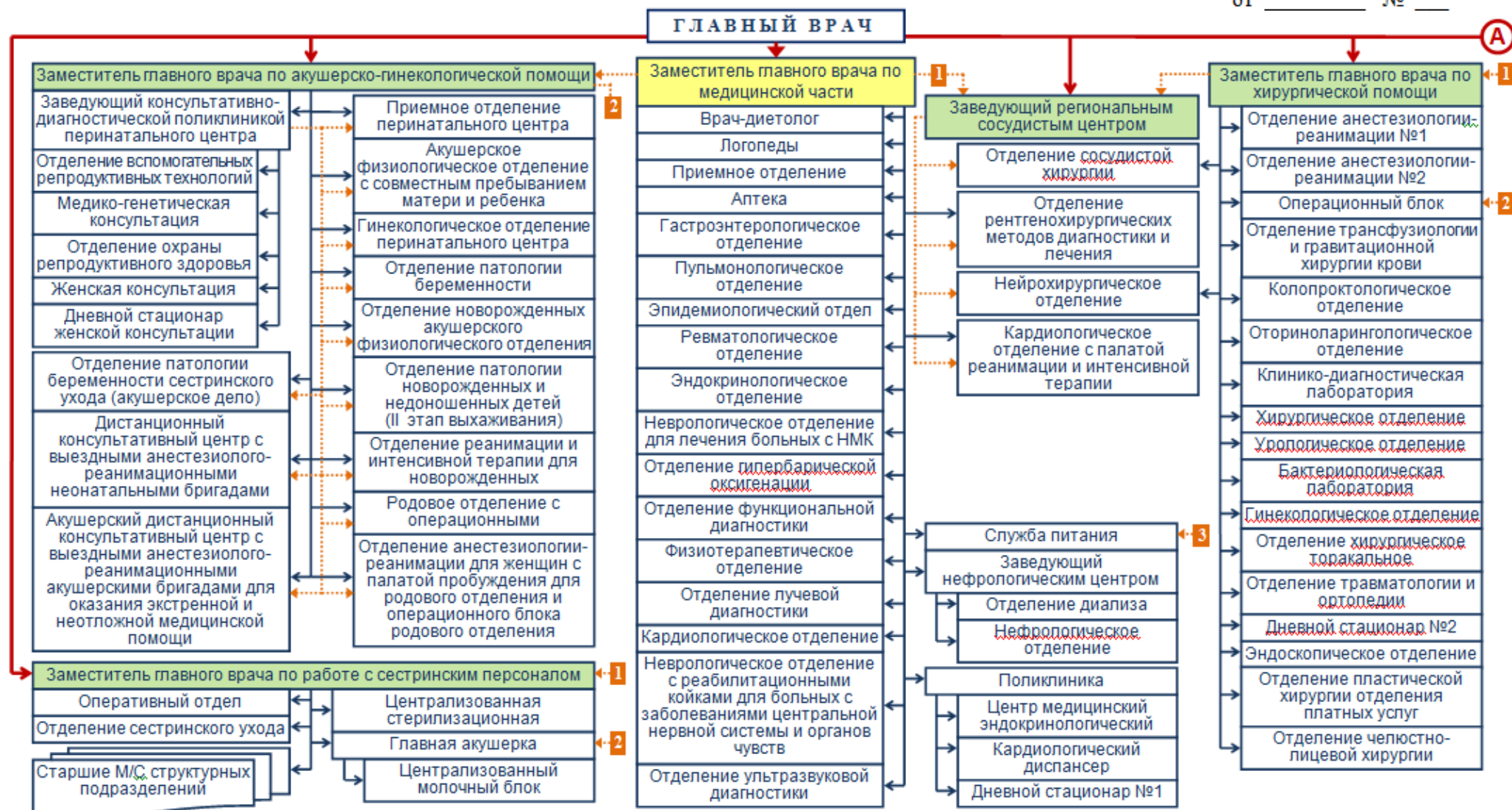
1. Евстигнеев, С.В. Управление качеством медицинской помощи в локальных нормативных актах медико-санитарной части / С.В. Евстигнеев. – Пенза, 2011. – 246 с.
2. Евстигнеев, С.В. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в локальных нормативных актах областной многопрофильной больницы / С.В. Евстигнеев. – Пенза : ИП Соколов А.Ю., 2014. – 338 с.
3. Евстигнеев, С.В. Об организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в областной больнице / С.В. Евстигнеев // Актуальные вопросы организации здравоохранения и общественного здоровья : материалы Межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФПДО ОрГМА. – Оренбург, 2014. – С. 57–61.
4. Евстигнеев, С.В. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказанной в Пензенской областной клинической больнице / С.В. Евстигнеев // Информационный архив. – 2014. – Т. 8, № 3–4. – С. 10–11.
5. Евстигнеев, С.В. Удовлетворенность пациентов медицинскими услугами как критерий доступности и качества медицинской помощи / С.В. Евстигнеев // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч. тр. / под ред. з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Вишнякова Н.И. – Санкт-Петербург, 2015. – Вып. 20. – С. 197–200.
6. Евстигнеев, С.В. Внедрение системы менеджмента качества в многопрофильной больнице / С.В. Евстигнеев, А.В. Дылдин, В.Г. Шимохин. – Пенза : ИП Соколов А.Ю., 2016. – 384 с.
7. Евстигнеев, С.В. Оптимизация лечебного питания больных и совершенствование контроля качества в крупной многопрофильной больнице / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Вопросы питания. – 2015. – Т. 84, № 5. Приложение. – С. 36–38.
8. Евстигнеев, С.В. Оценка обеспечения безопасности медицинской помощи в крупной многопрофильной больнице / С.В. Евстигнеев // Проблемы гигиенической безопасности и управления факторами риска для здоровья населения. Научные труды. – Нижний Новгород, 2015. – Вып. 17. – С. 12–15.
9. Евстигнеев, С.В. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в крупном многопрофильном медицинском учреждении / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2016. – Вып. 1–2. – С. 68–71.
10. Евстигнеев, С.В. Оценка качества и доступности медицинской помощи по результатам социологического опроса врачей / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Здоровье человека в XXI веке : сб. науч. ст. VIII Российской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. проф. С.С. Ксембаева (Казань, 31 марта – 1 апреля 2016 г.). – Казань, 2016. – С. 312–315.
11. Евстигнеев, С.В. Социологический мониторинг как инструмент управления качеством медицинской помощи / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Наука и практика : партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе : материалы межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения института профессионального образования / под ред. акад. РАН, проф. Г.П. Котельникова (Самара, 1 декабря 2015 г.). – Самара, 2015. – С. 325–327.
12. Евстигнеев, С.В. Оценка удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Здоровье человека в XXI веке : сб. науч. ст. VIII Российской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. проф. С.С. Ксембаева (Казань, 31 марта – 1 апреля 2016 г.). – Казань, 2016. – С. 307–311.
13. Евстигнеев, С.В. Оценка качества амбулаторно-поликлинической помощи пациентами / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Международный медицинский журнал «Медикус». – 2016. – № 2 (8). – С. 86–88.
14. Евстигнеев, С.В. Экономические аспекты смертности населения в Пензенской области / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XVIII межрегион. науч.-практ. конф. ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России. – Пенза, 2016. – С. 85–88.
15. Евстигнеев, С.В. Оценка удовлетворенности работой врачебного персонала / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XVIII межрегион. науч.-практ. конф. ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России. – Пенза, 2016. – С. 191–193.

16. Евстигнеев, С.В. Изучение мнения среднего медицинского персонала больницы с целью принятия решения в управлении качеством медицинской помощи / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Сб. ст. XXI науч.-практ. конф., посвящ. памяти акад. Н.Н. Бурденко / под ред. к.м.н. С.В. Евстигнеева. – Пенза, 2016. – С. 226–235.
17. Евстигнеев, С.В. Оценка качества медицинской помощи в стационаре по критерию удовлетворенности врачей и пациентов / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Сер. Медицина, фармация. – 2016. – № 19 (240). – Вып. 36. – С. 72–79.
18. Евстигнеев, С.В. Оценка качества медицинской помощи и трудового процесса по результатам опроса врачей / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 6. – С. 293–297.
19. Евстигнеев, С.В. Анализ мнения среднего медицинского персонала об удовлетворенности работой и качестве оказываемой медицинской помощи / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2016. – № 4 (40). – С. 79–93.
20. Евстигнеев, С.В. Приоритеты обеспечения безопасности деятельности многопрофильной медицинской организации / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев, Е.В. Мазурова // Бюллетень ННИИ им. Н.А. Семашко. – 2017. – Вып. 1. – С. 84–88.
21. Евстигнеев, С.В. Оценка качества и доступности медицинской помощи по результатам социологического опроса врачей / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Здоровье человека в XXI веке : сб. науч. ст. IX Российской науч.-практ. конф. с междунар. участием / под общ. ред. проф. С.С. Ксембаева. – Казань, 2017. – С. 227.
22. Евстигнеев, С.В. Исследование мнения персонала медицинской организации об эффективности системы менеджмента качества / С.В. Евстигнеев, А.В. Никишин, В.В. Васильев // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XIX межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. – 2017. – С. 130–132.
23. Евстигнеев, С.В. Организация медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения / С.В. Евстигнеев, М.В. Краснов, В.В. Васильев // Бюллетень ННИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2016. – Вып. 1–2. – С. 88–91.
24. Евстигнеев, С.В. Результаты изучения мнения пациентов относительно доступности и качества медицинской помощи (на примере Пензенской областной клинической больницы) / С.В. Евстигнеев, Н.Ю. Перепелкина // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 6. – С. 151–154.
25. Евстигнеев, С.В. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказанной в многопрофильной больнице / С.В. Евстигнеев, Н.Ю. Перепелкина, Е.А. Калинина // Общественное здоровье и здравоохранение: наука, практика, учебная дисциплина : сб. науч. тр. / отв. ред. А.Л. Санников. – Архангельск, 2015. – С. 80–83.
26. Евстигнеев, С.В. Управление сестринской деятельностью в Пензенской области / С.В. Евстигнеев, Т.В. Рыжонина, И.В. Фролова – Пенза : ИП Соколов А.Ю., 2015. – 348 с.
27. Иванов, И.В. Управление качеством в медицинской организации: практические рекомендации / И.В. Иванов // Менеджмент качества в медицине. – 2017. – № 4. – С. 16–20.
28. Иванов, И.В. Обеспечение безопасности обращения медицинских изделий в медицинской организации / И.В. Иванов, Е. Астапенко // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 1. – С. 105–110.
29. Иванов, И.В. Обязательные требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Как изменит российское здравоохранение приказ Минздрава России № 381н? / И.В. Иванов, А.М. Карсанов, О.В. Куликов и др. // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 3. – С. 22–29.
30. Иванов, И.В. Результаты аудитов качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях / И.В. Иванов, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин, А.А. Щерблякина // Менеджмент качества в медицине. – 2018. – № 1. – С. 18–23.
31. Иванов, И.В. Мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности. Результаты аудитов 30 медицинских организаций (стационаров) / И.В. Иванов, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин, А.Г. Щесюль // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 2. – С. 28–32.
32. Иванов, И.В. Инфраструктура управления качеством в здравоохранении. Международный опыт / И.В. Иванов, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин, А.А. Щерблякина // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 3. – С. 4–5.

33. Иванов, И.В. Обязательные требования к проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / И.В. Иванов, О.Р. Швабский, Н.О. Матыцин, И.Б. Минулин // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 4. – С. 26–31.
34. Модель организации медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и острыми нарушениями мозгового кровообращения в Пензенской области / О.В. Чижова, С.В. Евстигнеев, М.В. Краснов, Н.Ю. Тюгаева, И.В. Фролова, А.В. Дылдин, С.А. Сторожилов. – Пенза : ИП Соколов А.Ю., 2014. – 120 с.
35. Никишин, А.В. Оценка мнения медицинских работников о безопасности медицинской деятельности / А.В. Никишин, С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации больных : материалы XIX межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. – 2017. – С. 318–319.
36. Никишин, А.В. Изучение мнения медицинских работников по вопросам обеспечения эпидемиологической безопасности медицинской помощи / А.В. Никишин, С.В. Евстигнеев, Е.В. Мазурова // Материалы XI съезда ВНПОЭМП (Москва, 16–17 октября 2017 г.). – Москва, 2017. – С. 75.
37. Изучение мнения удовлетворенности медицинских сестер работой в процессе управления качеством и безопасностью медицинской помощи / А.В. Никишин, С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев, И.В. Фролова, А.П. Дмитриев // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. (Саратов, 25–26 октября 2018 г.). – Саратов, 2018. – С. 50–53.
38. Никишин, А.В. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в крупной многопрофильной медицинской организации / А.В. Никишин, С.В. Евстигнеев, И.В. Фролова, В.В. Васильев // Сб. ст. по материалам VII Междунар. науч. конф., посвящ. 80-летию Пензенской области и 20-летию Медицинского института ПГУ / под ред. А. Н. Митрошина, С. М. Герасченко. – Пенза, 2019. – С. 97–100.

Структура управления ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № ____



Обозначения, принятые на схеме:

Прямое подчинение Главному врачу ————— ; Прямое подчинение ————— ; Соподчинение —————

Стр. 1 из 2

Структура управления ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

УТВЕРЖДЕНА
приказом ГБУЗ «Пензенская
областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»
от _____ № ____



Обозначения, принятые на схеме:

Прямое подчинение Главному врачу ————— ; Прямое подчинение ————— ; Соподчинение

Стр. 2 из 2

Научное издание

Евстигнеев Сергей Валентинович,
Иванов Игорь Владимирович,
Никишин Александр Викторович,
Космачев Вячеслав Владимирович,
Зиновьев Дмитрий Юрьевич,
Васильев Валерий Валентинович

РЕАЛИЗАЦИЯ ТРЕБОВАНИЙ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ
ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

МОНОГРАФИЯ

Корректор А.П. Федосова

Подписано в печать 22.05.2020. Формат 70×108/16.
Усл. печ. л. 72,68. Тираж 500. Заказ № 1786.

Издательство «Перо»
614990, г. Москва, ул. Нижегородская, д. 29-33,
стр. 27, оф. 105. +7(495)973-7228, 665-3436.
<http://pero-print.ru/> e-мейл: info@pero-print.ru скайп: pero-print

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии «Копи-Ризо»: 440044, г. Пенза, ул. Каляева, д. 7 В. Тел. 56-25-09.
e-mail: tipograf_popovamg@inbox.ru

ISBN 978-5-00150-890-8



ЕВСТИГНЕЕВ Сергей Валентинович –

кандидат медицинских наук,
председатель Правления РОО «Врачебная Палата» Пензенской области,
заведующий отделом контроля качества,
безопасности медицинской деятельности и внутреннего аудита
ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»

ИВАНОВ Игорь Владимирович –

кандидат медицинских наук, генеральный директор
ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора

НИКИШИН Александр Викторович –

министр здравоохранения Пензенской области

КОСМАЧЕВ Вячеслав Владимирович –

главный врач ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко»

ЗИНОВЬЕВ Дмитрий Юрьевич –

кандидат медицинских наук, главный врач
ГБУЗ «Пензенская городская клиническая больница № 6 им. Г.А. Захарьина»,
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

ВАСИЛЬЕВ Валерий Валентинович –

доктор медицинских наук, заведующий отделением внутреннего аудита
отдела контроля качества, безопасности медицинской деятельности
и внутреннего аудита ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница
им. Н.Н. Бурденко», профессор кафедры гигиены,
общественного здоровья ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»,
профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения
Пензенского института усовершенствования врачей – филиала
ФГБОУ ВО РМАНПО Минздрава России

