

**КОНКУРСНОЕ ЗАДАНИЕ**

VII РЕГИОНАЛЬНОГО ЧЕМПИОНАТА

«МОЛОДЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ» (WorldSkills Russia) СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

КОМПЕТЕНЦИИ

«ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ФЕЛЬДШЕР)»

ДЛЯ ОСНОВНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ

16-22 ГОДА

*Конкурсное задание включает в себя следующие разделы:*

1. Формы участия в конкурсе. 2
2. Общее время на выполнение задания. 2
3. Задание для конкурса. 2
4. Модули задания и необходимое время. 3
5. Критерии оценки. 12
6. Приложения к Конкурсному заданию.

****

2. **ФОРМЫ УЧАСТИЯ В КОНКУРСЕ:** Индивидуальный конкурс
3. **ОБЩЕЕ ВРЕМЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ:** 16 ч.
4. **ЗАДАНИЕ ДЛЯ КОНКУРСА.**

Проверка знаний и практических навыков конкурсантов по настоящей компетенции осуществляется посредством оценки выполнения практической работы. Проведение теоретических тестов не предусмотрено.

Конкурсные задания составлены на основе:

- Спецификации стандартов WorldSkills (WSSS), которые определяют знание, понимание, умение и конкретные компетенции с учетом лучших международных практик, технологий лечебной деятельности;

- образовательных программ среднего профессионального образования, разработанных на основе федеральных государственных образовательных стандартов по специальности «Лечебное дело»;

- Национальных стандартов РФ.

Конкурсное задание состоит из нескольких модулей, проводится в одной из двух зон - сфер лечебной деятельности. Все модули имеют равное значение:

 Зона 1 – прием в условиях ФАП, осуществление диагностической и лечебной профилактической деятельности фельдшера; оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

 Зона 2 - прием в условиях поликлиники, кабинет профилактики, осуществление профилактической деятельности фельдшера.

Подготовленные помещения конкурса воспроизводят реальные условия практической работы по следующим направлениям:

1. прием в условиях ФАП;
2. прием в условиях поликлиники;
3. оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Оценка Конкурсного задания будет основываться на следующих критериях:

1. Организация рабочего процесса и безопасность
2. Менеджмент.
3. Коммуникация.
4. Оборудование и инструмент для обследования и лечения.
5. Технологии обследования и лечения пациентов.
6. Аналитика и контроль эффективности.

Вне зависимости от количества модулей, Конкурсное задание должно отвечать следующим требованиям:

- включать оценку по каждому из разделов WSSS;

- не должно выходить за пределы WSSS;

- оценка знаний участника должна проводиться исключительно через практическое выполнение;

- не оценивается знание правил и норм WSR.

**4.МОДУЛИ ЗАДАНИЯ И НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ.**

Конкурсное задание состоит из следующих модулей:

Таблица 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование модуля** | | **Соревновательный день (С1, С2, С3)** | **Время на задание** |
| А | Диагностическая деятельность | С1 | 3 часа |
| В | Лечебная деятельность | С1 | 3 часа |
| С | Оказание неотложной помощи | С2 | 3 часа |
| D | Профилактическая деятельность | С2 | 3 часа |
| **E** | Оказание акушерской помощи | С3 | 2 часа |
| **F** | Организационно-аналитическая деятельность | С3 | 2 часа |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название модуля** | **Описание модуля** | **Задания модуля** |
| Модуль А  Диагностическая деятельность | *Пациент Е.*  *обратился в ФАП с жалобами на сильную головную боль, среди полного здоровья внезапно появился озноб, повышение температуры тела 39°С, боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, общую слабость. Со слов пациента болеет в течении недели, лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. Объективно: температура 39 С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, кожа сухая, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом. Зев слегка гиперемирован. Периферические лимфоузлы: подмышечные - 2 степени справа, не спаяны, безболезненные. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено. Перкуссия: справа над нижней долей определяется укорочение перкуторного звука. Аускультация: справа над нижней долей дыхание ослаблено, определяется крепитация и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. ЧДД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110 ударов в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Лейкоцитоз - более 13,2×109 /л, палочкоядерный сдвиг влево.* | - Продемонстрируйте правильное надевание противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви (в конце модуля продемонстрируйте правильность снятия, дезинфекцию и утилизацию противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви);  - Составьте письменный план  заданий, которые вы должны  выполнить в модуле;  - Поставьте временные рамки к заданиям;  - Поставьте задания в логическом порядке;  - Запишите важные цели,  которые преследуют задания;  - соберите анамнез (заболевания, жизни);  - Исключите наличие менингеального синдрома;  - Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз;  - Проведите дифференциальную диагностику заболевания;  - Определите состояние пациента;  - Перечислите возможные осложнения;  - Проведите объективный осмотр;  - Выполните диагностические мероприятия в условиях ФАП;  - Продемонстрируйте забор мазка из зева и носа на COVID-19;  - Назовите необходимые дополнительные исследования;  - Оформите необходимую документацию; |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Модуль В  Лечебная деятельность | *Пациент Д. 45 лет*  *обратился на фельдшерско - акушерский пункт с жалобами на выраженную боль в правом подреберье, иррадиирующую кверху в правое плечо и лопатку, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 37,0°С, головную боль. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см, температура тела 37,0°С, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык обложен беловато-желтым налетом. Стула не было. При поверхностной и глубокой пальпации живота - живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье. Отмечаются положительные симптомы Мюсси-Георгиевского, Грекова – Ортнера, Кера.* | - Составьте письменный план  заданий, которые вы должны  выполнить в модуле;  - Поставьте временные рамки к заданиям;  - Поставьте задания в логическом порядке;  - Запишите важные цели,  которые преследуют задания;  - Соберите анамнез заболевания и жизни;  - Уточните жалобы;  - Проведите объективный осмотр больного;  - Поставьте предварительный диагноз,  - Назначьте дополнительные исследования;  - Определите тактику ведения больного;  - Назначьте лечение больному. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Модуль С  Оказание неотложной помощи | *Пациент С.*  *пострадавший в результате ДТП С., мужчина, 25 лет доставлен на ФАП попутным транспортом. Обстоятельства ДТП: чтобы не совершить наезд на пешехода, внезапно появившегося на проезжей части. По рассказам очевидца, водитель резко свернул с дороги и въехал в столб. Травму получил от удара о руль. Сам пострадавший, после удара потерял сознание. При осмотре: общее состояние тяжелое. В сознании, жалобы на боли в грудной клетке, сильные боли в левом подреберье. В момент удара ощутил сильную боль и хруст в области 6,7,8 ребра, а также боль и хруст в области правого предплечья. Выраженная деформация 6 ребра слева и гематома в этой области. На передней брюшной стенке обширная гематома. Деформация и обширная гематома в средней трети предплечья справа, резаная рана в области левой голени 6\*1.5 см, слабо кровоточит. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 28 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области левого подреберья.* | - Назовите необходимые исследования;  - Выполните лечебные мероприятия в условиях ФАП;  - Оформите необходимую документацию;  - Перечислите возможные осложнения;  - Назовите основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи при ДТП;  - Проведите ПХО раны;  - Решите вопрос о наложении кожных швов данному пациенту в этой ситуации;  - Проведите клиническое обследование;  - Определите тяжесть состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;  - Проведите оценку неврологического статуса;  - Проведите дифференциальную диагностику заболеваний;  - Продемонстрируйте умение работы с портативной диагностической аппаратурой;  - Определите показания к госпитализации и осуществите транспортировку пациента;  - Оцените эффективность оказания неотложной медицинской помощи;  - Проведите контроль основных параметров жизнедеятельности;  - Назначьте фармакотерапию на догоспитальном этапе. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Модуль D  Профилактическая деятельность | *Фельдшер ведет прием в условиях медицинской организации (кабинет профилактики поликлиники). В кабинет профилактики подошла на диспансерный прием пациентка И., 65 лет, с диагнозом Сахарный диабет 2 типа. Пенсионерка. Живёт с дочерью и тремя внуками, в семье часто бывают ссоры. Жизнь пациентки полна стрессов. Страдает сахарным диабетом с 58 лет, этим же заболеванием страдала её покойная мать и сестра. Малоподвижна. Спать ложится поздно, так как любит смотреть телевизор, вследствие чего не высыпается. Питание не рациональное. Диету не соблюдает: очень любит жирные сорта мяса, сало, сдобу. Салаты заправляет майонезом. По утрам пьёт крепкий кофе. Не курит, алкоголь не употребляет. Рост – 162 см. Масса тела – 98 кг; холестерин общий 8,9 ммоль/литр; сахар в крови натощак – 18 ммоль/литр, АД 150/100 мм рт.ст. Пациентка не имеет информации о контроле артериального давления, уровня сахара в крови и веса, не умеет пользоваться глюкометром и тест - полосками, не соблюдает своевременный прием сахароснижающих препаратов, не соблюдает режим дня и сна, не знает о диетическом питании и лечебной физкультуре, возможных осложнениях.* | * - Оцените состояние пациентки; * - Составьте план работы; * - Информируйте пациентку об особенностях течения сахарного диабета; * - Обучите пациентку измерять сахар крови с использованием глюкометра и тест-полосок; * **-** Обучите пациентку измерению артериального давления с помощью механического тонометра; * - Обучите пациентку вести ежедневный дневник самоконтроля; * - Обучить пациентку подсчету хлебных единиц; * - Обучите пациентку правилам взвешивания, * - Обучите правильному ведению дневника контроля веса; * - Информируйте пациентку о своевременном приеме сахароснижающих препаратов; * - Дайте рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета; советы по диетотерапии, соблюдению режима дня и отдыха;   - Обучите пациентку элементам лечебно–физкультурного комплекса. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Модуль Е  Оказание акушерской помощи | *Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель. Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту. Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, на раннем сроке протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85,135/80 мм. рт. ст., незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась. Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция вторая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.* | * Составьте план работы. * Выявите приоритетные и потенциальные проблемы пациентки. * Оцените состояние беременной женщины. * Определите тактику фельдшера. * Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки. * Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз в соответствии МКБ – 10. * Решите вопрос о госпитализации беременной в акушерский стационар. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Модуль F  Организационно-аналити  ческая деятельность | *Рассчитать показатель частоты случаев заболеваний с временной нетрудоспособностью, если известно, что число случаев временной нетрудоспособности составляет 376 человек, а среднегодовое число работающих 19 236 человек.*  *Рассчитать показатель частоты впервые выявленных заболеваний, если известно, что число заболеваний с впервые установленным диагнозом «Гипертоническая болезнь» составляет 315 человек, а численность населения района обслуживания поликлиники 39 257 человек.*  *Рассчитать показатель частоты выявления инфекционных заболеваний, если известно, что число выявленных инфекционных заболеваний по данной территории составляет 89 человек, из них ОРЗ 54 случая, Пищевая токсикоинфекция 24 случая, Вирусный гепатит В 11 случаев. Среднегодовая численность населения данной территории 49 829 человек.* | * Составьте письменный план заданий, * которые вы должны выполнить * в модуле; * Поставьте временные рамки к * заданиям; * Поставьте задания в логическом порядке; * Запишите важные цели, которые преследуют задания; * Проведите анализ показателей заболеваемости населения: * Рассчитайте показатели частоты случаев временной нетрудоспособности на 1000 населения; * Рассчитайте показатель частоты впервые выявленных заболеваний на 10000 населения; * Рассчитайте показатели частоты инфекционной заболеваемости на 10000 населения; * Создайте круговую диаграмму по структуре инфекционной заболеваемости; * Создайте презентацию «Организационно-аналитическая деятельность фельдшера» с полученными показателями и диаграммой; * Сохраните все документы на рабочем столе, в папке под своей фамилией. |

**Модуль A. Диагностическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить состояние пациента, выявить основную и сопутствующую патологию, обосновать тактику ведения пациента. Участник при выполнении задания использует приложение №1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10.

**Возможные ошибки**. Недостаточная ковид-настороженность. Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной и экстренной формах при острых заболеваниях и несчастных случаях не в полном объеме. Недостаточно полное раскрытие сути диагностической деятельности фельдшера.

**Модуль B. Лечебная деятельность.**

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание грамотному осуществлению лечебной деятельности в условиях ФАП. Выполнить полный объем лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе в соответствии с приказом МЗ РФ. Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10

**Возможные ошибки**. Неполное, невнимательное проведение объективного осмотра. Не соблюдение принципов этики, деонтологии. Недостаточно подробное объяснение рекомендаций по правилам приема лекарств, соблюдению диеты. Неполное освещение лечебной деятельности фельдшера.

**Модуль C. Оказание неотложной помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работ.

**Особенности выполнения задания.** Учитывая тяжесть состояния, необходимо диагностические и лечебные мероприятия выполнять быстро, аккуратно, в полном объеме. Провести дифференциальную диагностику, выявить основную и сопутствующую патологию в соответствии с Приказом

Минздрава России от 20.06.2013 N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29422). Все манипуляции выполнять в полном соответствии с алгоритмом действия. Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 10

**Возможные ошибки**. Участник должен точно выявить ведущую патологию, определить правильную последовательность оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при сложной сочетанной травме. Назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями в необходимой дозировке. Своевременно проводить мониторинг витальных функций. Исключить нарушение инфекционной безопасности.

**Модуль D. Профилактическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание на последовательность этапов реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями. При диспансерном наблюдении необходимо проводить оценку психосоциальных факторов риска, включающую выявление симптомов тревожности и депрессии. Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 5, 9, 10, 11.

**Возможные ошибки**. Недостаточное пояснение принципов профилактики осложнений.Недостаточно полное назначение реабилитационных мероприятий.

**Модуль E. Оказание акушерской помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить срок беременности, положение плода в матке, выявить основную и сопутствующую патологию, обосновать тактику ведения беременности.

Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 10

**Возможные ошибки**. Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Проведение наружного акушерского исследования в неполном объеме. Нарушение правил этики, деонтологии.

**Модуль F. Организационно-аналитическая деятельность.**

**Особенности выполнения задания.** Правильно применять необходимые формулы расчетов демографических показателей. Вносить данные в предоставленную таблицу (приложение № 7), самостоятельно создает диаграммы в программе Excel, самостоятельно создает презентацию в программе Power Point. Участник при выполнении задания использует приложение № 7.

**Возможные ошибки.** Не нарушать последовательность действий. Не делать нерегламентированных и небезопасных действий.

Модуль считается выполненными при условии выполнения всех действий, оформлении документации и устного доклада участника об окончании работ.

**5.Критерии оценки**

В данном разделе определены критерии оценки и количество начисляемых баллов (субъективные и объективные) таблица 2. Общее количество баллов задания/модуля по всем критериям оценки составляет 100.

Таблица 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Критерий** | | **Баллы** | | |
| **Судейские аспекты** | **Объективные аспекты** | **Всего** |
| **A** | Диагностическая деятельность. | **2** | 16,5 | 18,5 |
| **B** | Лечебная деятельность. | **2** | 17,1 | 19,1 |
| **C** | Оказание неотложной помощи. | **2** | 16,5 | 18,5 |
| **D** | Профилактическая деятельность. | **2** | 16,5 | 18,5 |
| **E** | Оказание акушерской помощи. |  | 16 | 16 |
| **F** | Организационно-аналитическая деятельность. |  | **9,4** | **9,4** |
| **Всего** | | **8** | **92** | **100,0** |

**6. Приложения к заданию**

Приложение 1

Утв.Пр.гл.врача «РБ№2-ЦЭМП» №414 от 12.09.2011г.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**Лечебно-профилактическое учреждение** (далее ЛПУ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

проживающий (проживающая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Серия, номер, дата и место выдачи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,подтверждаю свое согласие на обработку ЛПУ моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и др. в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну. В процесе оказания ЛПУ мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам лечебно-профилактического учреждения в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ЛПУ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС) в Российской Федерации.

Также предоставляю ЛПУ право на внесение моих персональных данных в Федеральный (госпитальный) Регистр больных с инсультами.

ЛПУ имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с учетом того, что их прием и обработку будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я разрешаю (не разрешаю) лечащему (дежурному) врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей (результаты исследования могут быть представлены на медицинских конференциях и опубликованы) при условии соблюдения врачебной тайны (сведения личного характера опубликованы не будут).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес ЛПУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ЛПУ. В случае получения моего письменного заявления ЛПУ обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Пациент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

Если пациент вследствие его физического недостатка, болезни или неграмотности не может собственноручно подписаться, то согласие может подписать другой гражданин, являющийся его доверенным лицом (законным представителем), с обязательным заверением его подписи зав. отделением:

**Доверенное лицо:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

**Реквизиты документа доверенного лица:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Указать паспортные данные или данные документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

**Зав. отделением:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

**Контактная информация:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Ф.И.О., телефон законного представителя)

**Лечащий (дежурный) врач:**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Время: \_\_\_\_\_\_\_\_час\_\_\_\_\_\_\_мин.

Приложение 2

Приложение №5 к приказу ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ»

№01-01-10/74 от 01.06.2018г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ,

МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

(фамилия, имя, отчество - полностью)

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являюсь законным  Представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) |

Настоящим полностью подтверждаю, что в соотвествии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о предварительном диагнозе;

- о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения;

- формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому), указанных ниже видов и методов обследования;

- о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных и ними риском, включая, независящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью);

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 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, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употребления алкоголя, наркотических и токсических средств.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне ( представляемому мною лицу) обследование, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, добровольно даю свое согласие на проведение диагностических исследований:

1. Различные виды диагностических пункция полостей и органов (стернальная, плевральная, суставная, брюшной полости и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Лучевые методы диагностики с использованием гадолиний содержащих, рентген-контрастные вещества и радиофрампрепаратов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопия с катетеризацией мочеточечников) с возможной лечебно- диагностической биопсией:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Операция и пункционная биопсия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5.Функциональные и ультразвуковые методы исследований с использованием нагрузочных и провокационных проб:

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

6. Ультразвуковые методы исследования. В том числе трансректальные и трансвагинальные исследования:

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

7.Измерение внутриглазного давления, инсталляции капель для проведения исследований органов зрения:

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

- Я информирован (информирована) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья( здоровья представляемого).

- Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_согласен (согласна) на осмотр студентами медицинских ВУЗов и ССУЗов исключительно в медицинских, научных или обучающих целей, также для участия на медицинских конференциях и публикациях в медицинских изданиях, но без указания моих персональных данных.

“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача Расшифровка подписи

Приложение 3

**Физикальное обследование пациента**

**Краткая версия чек-листа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Действие | Отметка о  выполнении |
| 1. | Установил контакт с пациентом, его представителем (поздоровался, представился, обозначил свою роль) |  |
| 2. | Идентифицировал пациента (попросил представителя пациента представиться, чтобы сверить с мед.документацией) |  |
| 3. | Получил информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов) |  |
| 4. | Обработал руки гигиеническим способом |  |
| 5. | Обработал фонендоскоп до начала |  |
| 6. | Сказал, что хочет оценить положение и цвет кожных покровов |  |
| 7. | Правильно оценил носовое дыхание |  |
| 8. | Правильно осмотрел грудную клетку (предложил пациенту раздеться, правильно озвучил результаты о форме, типе, ритме и ЧДД) |  |
| 9. | Правильно пропальпировал грудную клетку (эластичность, голосовое дрожание, болезненность) |  |
| 10. | Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки спереди |  |
| 11. | Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки сбоку |  |
| 12. | Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки сзади |  |
| 13. | Правильно выполнил аускультацию легких (симметричные участки спереди, сбоку и сзади) |  |
| 14. | Правильно озвучил результаты аускультации легких |  |
| 15. | Предложил пациенту одеться и сделал правильное заключение о полученных результатах |  |
| 16. | Обработал руки гигиеническим способом после окончания осмотра пациента |  |
| 17. | Правильно сформулировал заключение о состоянии дыхательной системы у  пациента |  |
| 18. | Не было нерегламентированных и небезопасных действий |  |
| 19. | Субъективное благоприятное впечатление эксперта |  |

Приложение 4

**Алгоритм выполнения навыка**

**Проверяемый навык:** физикальное обследование пациента (определение состояния дыхательной системы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Действие** | **Озвучивание** |
| 1. | Поздороваться с пациентом (и/или его представителем) |  |
| 2. | Представиться |  |
|  | Спросить у пациента (и/или его представителя) |  |
| 3. | фамилию пациента | озвучить вводную |
| 4. | имя пациента | озвучить вводную |
| 5. | отчество пациента | озвучить вводную |
| 6. | возраст пациента | озвучить вводную |
| 7. | Информировать и получить согласие законных представителей  ребенка на проведение осмотра |  |
| 8. | Обработать руки гигиеническим способом перед началом осмотра  пациента |  |
|  | Сказать и обработать: |  |
| 9. | оливы стетофонендоскопа асептической салфеткой |  |
| 10. | мембрану стетофонендоскопа асептической салфеткой |  |
| 11. | Сказать, что хотите оценить положение пациента | озвучить вводную |
| 12. | Сказать, что хотите оценить цвет кожных покровов | озвучить вводную |
| 13. | Сказать и выполнить оценку носового дыхания (поочередно зажав  крылья носа справа и слева) | озвучить вводную |
| **Осмотр грудной клетки** | | |
| 14. | Сказать, что хотите оценить форму грудной клетки | озвучить вводную |
| 15. | Сказать, что хотите оценить наличие деформаций грудной клетки | озвучить вводную |
| 16. | Сказать и выполнить оценку симметричности правой и левой  половин грудной клетки | озвучить вводную |
| 17. | Сказать и выполнить оценку синхронности движения правой и  левой половин грудной клетки | озвучить вводную |
| 18. | Сказать и выполнить оценку частоты дыхательных движений  (ЧДД) | озвучить вводную |
| **Пальпация грудной клетки** | | |
| 19. | Оценить **эластичность грудной клетки** и озвучить свои  действия при сдавлении грудной клетки в переднезаднем (ладонь одной руки исследователя устанавливается на грудину, вторая – на грудной отдел позвоночника параллельно друг другу) и  боковом направлениях (руки исследователя располагаются в боковых отделах): | озвучить вводную |
| 20. | Спросить у пациента о **болезненности грудной клетки** во время  пальпации | озвучить вводную |
| 21. | Проверить **голосовое дрожание** (ладони рук расположить на симметричные участки грудной клетки: область верхушек легких, по передней, боковым, задней поверхностям грудной клетки и попросить пациента произнести слова с буквой «р») | озвучить вводную |
|  | **Перкуссия легких** |  |
|  | Провести **сравнительную перкуссию легких** (перкуссия над симметричными участками грудной клетки) в следующей последовательности: |  |
| 22. | Перкуссия легких **спереди** в последовательности по схеме: | озвучить вводную |
| 23. | Перкуссия легких в **боковых отделах** в последовательности по схеме: | озвучить вводную |
| 24. | Перкуссия легких **сзади** в последовательности по схеме: | озвучить вводную |
|  | **Аускультация лѐгких** |  |
| 25. | Провести аускультацию легких **спереди** последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину | озвучить вводную |
| 26. | Провести аускультацию легких **в боковых отделах**  последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину | озвучить вводную |
| 27. | Провести аускультацию легких **сзади** последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину | озвучить вводную |
| 28. | Сделать заключение о состоянии дыхательной системы у  пациента |  |
| 29. | Обработать руки гигиеническим способом после окончания  осмотра пациента | озвучить вводную |

Приложение 5

**Исследование частоты дыхательных движений**

1. Симуляционное оборудование

Антисептик для обработки рук, медицинская документация, стол, стул для пациента, манекен с возможностью определения частоты дыхательных движений, секундомер или часы с секундной стрелкой.

1. Развёрнутая версия оценочного листа (чек-листа)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Перечень действий (элементов) | Отметка о выполнении Да/Нет |
| 1. | Поздороваться с пациентом. |  |
| 2. | Представиться, обозначить свою роль |  |
| 3. | Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией Фамилию, Имя, Отчество, Возраст |  |
| 4. | Осведомиться о самочувствии пациента |  |
| 5. | Информировать пациента о процедуре осмотра и получить согласие на её проведение |  |
| 6. | Убедиться в наличие всего необходимого для проведения навыка |  |
| 7. | Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции |  |
| 8. | Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его |  |
| 9. | Положить одну руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента) |  |
| 10. | Вторую руку положить на живот или грудную клетку пациента |  |
| 11. | Подсчитать число движений грудной клетки за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение) |  |
| 12. | Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения |  |
| 13. | Поблагодарить пациента. |  |
| 14. | Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции. |  |
| 15. | Данные обследования оформить в медицинской документации. |  |

Приложение 6

**Чек-лист медицинского вмешательства**

**«Проведение пикфлоуметрии (обучение методике пациента)»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | **Действия участника** | **Оценка правильности выполнении в баллах** | |
| **2** | **0** |
| 1 | Представиться пациенту, объяснить пациенту цель медицинского вмешательства, получить его согласие |  |  |
| 2 | Подготовить все необходимое: пикфлоуметр, салфетки с антисептиком, контейнеры для отходов класса А, Б |  |  |
| 3 | Провести гигиеническую обработку рук, надеть чистые нестерильные перчатки |  |  |
| 4 | Обработать мундштук прибора салфеткой с антисептиком, поместить ее в контейнер для отходов класса Б, упаковку в контейнер для отходов класса А |  |  |
| 5 | Поставить бегунок шкалы пикфлоуметра на нулевое значение |  |  |
| 6 | Попросить пациента встать, расположить пикфлоуметр горизонтально, плотно обхватить мундштук губами, сделать глубокий вдох, затем быстро выдохнуть в мундштук прибора. Зафиксировать показания прибора |  |  |
| 7 | Поставить бегунок шкалы пикфлоуметра на нулевое значение и провести пикфлоуметрию еще раз |  |  |
| 8 | Зафиксировать показания прибора, выбрать лучший результат |  |  |
| 9 | Обработать мундштук салфеткой с антисептиком, поместить ее в контейнер для отходов класса Б, упаковку в контейнер для отходов класса А |  |  |
| 10 | Снять перчатки и поместить их в контейнер для отходов класса Б, провести гигиеническую обработку рук |  |  |
| 11 | По таблице сравнить лучший показатель пикфлоуметрии с нормой, оценить результат |  |  |
| 12 | Сделать запись в индивидуальном дневнике |  |  |
| Количество фактически набранных баллов | |  | |

**Критерии оценки:**

17 – 24 балла (70 – 100%) – задание выполнено

16 баллов и менее (69% и менее) – задание не выполнено

ФИО эксперта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 7

**Показатели заболеваемости населения**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Показатель** | **Абс.ч** | **%** |
| 1. | Случаев временной нетрудоспособности |  |  |
| 2. | Впервые выявленных заболеваний |  |  |
| 3. | Инфекционной заболеваемости |  |  |

Структура инфекционной заболеваемости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Нозология** | **Абс.ч** | **%** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Приложение 8

Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322333/#dst0) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма N 025/у

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. N 834н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_\_\_

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Местность: городская - 1, сельская - 2.

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата начала диспансерного наблюдения | Дата прекращения диспансерного наблюдения | Диагноз | Код по МКБ-10 | Врач |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит

в браке - 2, неизвестно - 3.

14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее- 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.

15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Изменение места работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Изменение места регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или повторно (+/-) | Врач |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

21. Группа крови \_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Объективные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
| Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства | |
| Врач | |

стр. 4 ф. N 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | |
| Жалобы | |
| Данные наблюдения в динамике | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Назначения (исследования, консультации) | Лекарственные препараты, физиотерапия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Листок нетрудоспособности, справка | Льготные рецепты |
|  |  |
|  | Врач |

стр. 7 ф. N 025/у

26. Этапный эпикриз

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

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

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

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

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_---------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

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

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Председатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Члены комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 10 ф. N 025/у

29. Диспансерное наблюдение

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

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

Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стр. 11 ф. N 025/у

30. Сведения о госпитализациях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата поступления и выписки | Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях | Заключительный клинический диагноз |
|  |  |  |
|  |  |  |

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных

условиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название оперативного вмешательства | Врач |
|  |  |  |
|  |  |  |

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название рентгенологического исследования | Доза облучения |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Приложение 9

Приложение № 5

к приказу Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | | Код формы по ОКУД |
|  | | Код организации по ОКПО |
|  | | Медицинская документация |
| Адрес |  | Учетная форма № 030/у |

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

|  |
| --- |
| **ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | код по МКБ-10 | |  |
| 2. Дата заполнения карты: число |  | | месяц |  | | год | | |  |  |  |  |  |
| 3. Специальность врача |  | | | | 4. ФИО врача | | |  | | | | | |
| 5. Дата установления диагноза | |  | | | | | 6. Диагноз установлен: впервые — 1, повторно — 2. | | | | | | |

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением — 1, профилактическом осмотре — 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. Дата начала диспансерного наблюдения |  | 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения |  |

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление — 1, выбытие из района обслуживания — 2, смерть — 3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. Фамилия, имя, отчество пациента | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Пол: муж. — 1, жен. — 2 13. Дата рождения: число | | | | | | | | | | |  | | месяц | |  | | | | год | |  |  |
| 14. Место регистрации: субъект Российской Федерации | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| район |  | | | город | |  | | | | | | | | населенный пункт | | | |  | | | | |
| улица | |  | | | | | | дом | |  | | | квартира | | |  | тел. | | |  | | |
| 15. Код категории льготы | | |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

16. Контроль посещений:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

**оборотная сторона ф. № 030/у**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

17. Сведения об изменении диагноза

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Формулировка диагноза | Код по МКБ-10 | ФИО врача |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

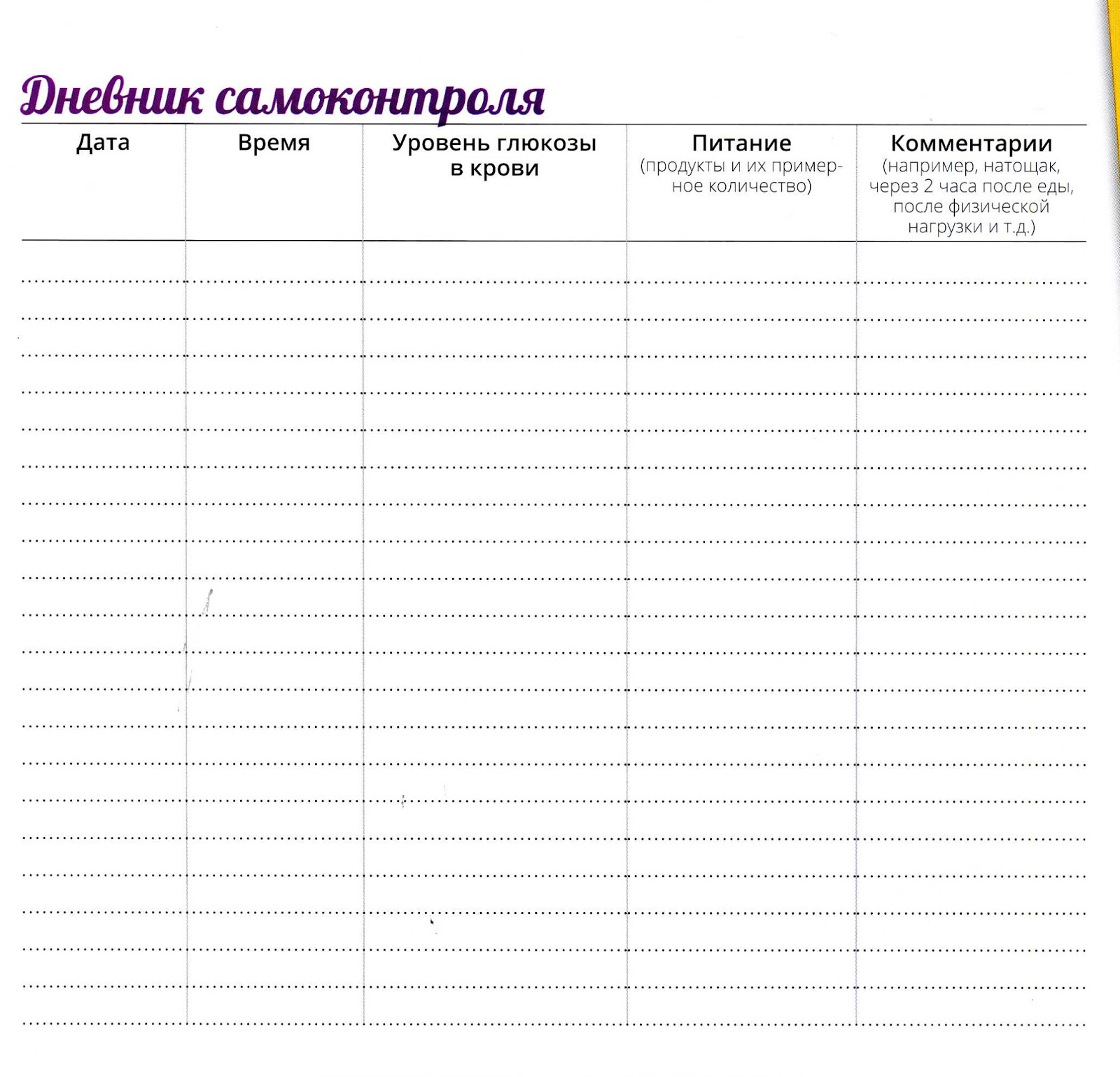
|  |  |
| --- | --- |
| 18. Сопутствующие заболевания |  |
|  | |

19. Лечебно-профилактические мероприятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Мероприятия | Дата  начала | Дата  окончания | Отметка  о выполнении | ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Приложение 10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения и социального Медицинская документация  развития Российской Федерации Форма № 057/у – 04  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Приказом  (наименование медицинского учреждения) Минздравсоцразвития России  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от 22,11,2004 г. № 255  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес) | | | | | | | | | | | | |
| **Код ОГРН** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **НАПРАВЛЕНИЕ**  **на госпитализацию, обследование, консультацию**  (нужное подчеркнуть)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)   1. Номер страхового  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | полиса ОМС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 1. Код льготы |  |  |  |  1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Адрес постоянного места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. Код диагноза по МКБ |  |  |  |  |  1. Обоснование направления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

Приложение 11

Приложение 12

|  |  |
| --- | --- |
| Легенда статиста | |
| Модуль A  Диагности  ческая деятельность | Конкурсант перед приемом облачается в СИЗ.  Статист входит в кабинет. Слегка сутулится. Садится.  Приветствие.  Конкурсант: Что вас беспокоит?  Статист: Головная боль очень сильная, шея тоже болит, среди полного здоровья внезапно появился озноб, повышение температуры тела до 39°С, боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, общая слабость.  Конкурсант: Когда начали беспокоить эти симптомы?  Статист: Болею в течении недели, лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался.  Конкурсант: Измеряли АД?  Статист: Сын измерял, было 130/80, по-моему.  Конкурсант: Ясно, давайте приступим к осмотру. Разденьтесь до пояса.  Статист: Хорошо.  Конкурсант делает осмотр кожных покровов, слизистых, лимфатических узлов, аускультацию легких, сердца, перкуссию, пальпацию живота, осмотр на наличие отеков, проверяет зев с помощью одноразового шпателя. Делает забор анализа на COVID-19 из зева и носа, оформляет документацию для отправки в ЦРБ. Измеряет температуру тела, АД, насыщение крови кислородам. Делает выводы. Записывает в соответствующую документацию.  Конкурсант выполняет необходимые манипуляции и выписывает направление на стационарное лечение (экстренно). Вызывает машину и отправляет пациента в ЦРБ. Конкурсант снимает, дезинфицирует, утилизирует СИЗ. |
| Модуль B  Лечебная деятельность | Статист входит в кабинет. Слегка сутулится. Руку держит на животе. Садится.  Приветствие.  Конкурсант: Что вас беспокоит?  Статист: Беспокоят сильные боли в животе.  Конкурсант: Когда начали беспокоить боли в животе?  Статист: 4 дня назад, когда появилось чувство тяжести в правой половине живота под ребрами, затем появились постоянные интенсивные боли в этой же области.  Конкурсант: С чем связываете начало заболевания?  Статист: на эти выходные ездили на шашлыки, на дачу. Не удержался, съел очень много жирной и острой пищи. На следующий день в правой области живота появились боли.  Конкурсант: А раньше вас боли в правой области живота беспокоили?  Статист: Да. В 2018 году меня с острым холециститом госпитализировали в хирургическое отделение РБ№2. После этого 2 раза было обострение заболевания. Я лечился у терапевта. Вот приехал в командировку и заболел.  Конкурсант: Кроме болей, какие еще симптомы беспокоят вас?  Статист: Периодически тошнит, особенно после еды, чувствую горечь во рту. Несколько раз была рвота и голова болит.  Конкурсант: В рвотных массах были ли примеси?  Статист: Да, примеси желчи были.  Конкурсант: Измеряли ли вы температуру тела?  Статист: Да, температура вчера была 37,2°С. Сегодня – 37,3°С.  Конкурсант: Понятно. Давайте приступим к осмотру.  Конкурсант делает осмотр, поверхностную и глубокую пальпацию живота, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Оформляет документацию. |
| Модуль C  Оказание неотложной помощи | Статиста ввели сопровождающие, поддерживая с двух сторон.  Идти почти не может.  Приветствие.  Конкурсант: Что вас беспокоит?  Статист: Произошла авария. Был за рулем. Сознание не терял. Во время удара почувствовал сильную боль в груди, животе, ощутил хруст ребра слева и правой руки. Беспокоят боли в груди и животе.  Конкурсант: Когда это произошло?  Статист: 20-30 минут назад. Хорошо, что мне помогли проезжающие мимо люди, привезли сюда, это было неподалеку.  Конкурсант: Какие еще есть жалобы?  Статист: волнуюсь, ощущаю слабость, самочувствие становится хуже. Больно шевелиться, вдыхать глубоко.  Конкурсант: Понятно. Давайте приступим к осмотру.  Конкурсант делает осмотр, аускультацию, пальпацию, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Приступает к оказанию неотложной помощи. Оформляет документацию. |
| Модуль D  Профилактическая деятельность | Статист входит в кабинет. Садится.  Приветствие.  Конкурсант: Что вас беспокоит?  Статист: Подошла к вам на диспансерный прием. Чувствую себя хорошо. Живу с дочерью и внуками, которые меня не слушаются, целыми днями лежат и смотрят в свои телефоны. Внуки совсем мне не помогают, из-за этого я всегда нервничаю и устаю. Я работала бухгалтером, любила на работе во время перерыва поесть сладкое, мучное, кофе, чай с сахаром и сейчас тоже очень люблю пить по утрам кофе с сахаром. Я сижу на пенсии и в последнее время стала бояться за свое здоровье, так как мама и сестра умерли от сахарного диабета. Глюкометром и тонометром не умею пользоваться, при измерении бывают разные показатели. Год назад врач эндокринолог назначил лекарства, которые нерегулярно принимаю. Питаюсь хорошо, в моем рационе часто жирное мясо и сало, мучное, варенье, соленья, сладости, нравится сидеть и смотреть телесериалы до поздней ночи. Я ничего не знаю о своём заболевании, что мне делать, чтобы не было дальнейшего ухудшения состояния? Надеюсь, что вы мне поможете.  Конкурсант: понятно. Не беспокойтесь. Я вам все объясню и покажу. |
| Модуль E  Оказание акушерской помощи | Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.  Конкурсант здоровается, представляется, называет свою должность. Спрашивает имя, фамилию пациентки. Получает согласие на осмотр, обследование.  Конкурсант: Что вас беспокоит?  Статист: жалобы на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.  Конкурсант: расскажите, как протекала беременность.  Статист:  Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85,135/80 мм. рт. ст., незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась из-за того, что думала, что все пройдет.  Конкурсант: Отмечали повышение артериального давления ранее? Выявляет акушерский анамнез. Осведомляется об аллергии. Проводит осмотр. Поясняет возможные последствия отказа от госпитализации. Решает вопрос о госпитализации пациентки. |

**Инструкции для участников**

Для составления плана одного модуля используйте одну страницу (всего 2 страницы). Вы можете перечитать план в течение 5 минут, данных на ознакомление.

*Выполнение*.В начале выполнения модуля Конкурсного задания у Вас есть5минут для ознакомления с обстановкой, ничего не трогаете, не перемещайте, не разговариваете с пациентом. Внимательно прочитайте описание ситуации. Выполняйте задания, которые указаны в описании. Обстановка приближена к реальной, действуйте исходя из этой ситуации. Время на выполнение модуля A, B, C, D – 3 часа, модуля E – 2 часа, включая время подготовки 5 минут.

**Общая инструкция для статистов:**

* Ко всем участникам проявляете одинаковое независимое отношение.
* Ждете представления участника, затем отвечаете.
* На заданные вопросы отвечаете односложно да /нет или в рамках легенды.
* На вопросы по объективному статусу отвечаете в рамках данных тестового проекта.
* Даете возможность говорить участнику.
* Четко следуете всем инструкциям участника.
* Вы не умеете пользоваться тонометром, не контролируете АД.
* Отвечаете на вопросы участника так, как вы поняли.
* Вы не соблюдаете режим дня, не ограничиваете физическую нагрузку, не имеете представление о диетическом питании.
* При измерении давления сжимаете руку в кулак.

При перемещениях не оказываете помощь участнику