

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения

**Паспорт
экзаменационной станции**

Неотложная медицинская помощь

Специальность:
Педиатрия

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
2. Продолжительность работы станции.....	4
3. Задача станции	4
4. Информация по обеспечению работы станции	4
4.1. Рабочее место члена АПК	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования	6
4.2.3. Расходные материалы	6
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	8
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)	9
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого	9
12. Алгоритм выполнения навыка	9
13. Оценочный лист	12
14. Медицинская документация.....	14
15. Сведения о разработчиках паспорта	15
Приложение 1	16
Приложение 2	18
Приложение 3	19

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 года № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 17 апреля 2017 года, регистрационный номер № 46397).

Трудовые функции:

A/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза.

A/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности.

A/05.7 Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым умения оценивать клиническую картину болезни пациента с внезапным острым заболеванием/состоянием, с обострением хронического заболевания органов дыхания, требующих оказания неотложной помощи. Умения назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни. Умения проводить мероприятия по восстановлению дыхания (использовать небулайзер из укладки экстренной медицинской помощи).

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2	Стул	2 шт.
3	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения	1 шт.
4	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
6	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1	Стол рабочий	1 шт.
2	Стул	1 шт.
3	Передвижной столик с набором оборудования	1 шт.
4	Кушетка/стул для размещения симулятора	1 шт.
5	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.
6	Бланк информированного согласия пациента	1 шт.
7	Раковина, средства для обработки рук, приспособление для высушивания рук (допустима имитация)	по 1 шт.

¹По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись.

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1	Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	1 шт.
2	Стетофонендоскоп/фонендоскоп/стетоскоп	1 шт.
3	Лоток для сбора использованного медицинского оборудования	1 шт.
4	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	1 шт.
5	Закрепленный пакет для утилизации отходов класса А	1 шт.
6	Закрепленный пакет для утилизации отходов класса Б	1 шт.
7	Пульсоксиметр	1 шт.

Важно! Конкретная модель и производитель прибора (небулайзер) принципиального значения не имеют. Прибор должен быть в собранном состоянии (небулайзерная камера) перед началом работы каждого аккредитуемого.

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1	Смотровые перчатки разных размеров	1 пара
2	Антисептическая салфетка	2 шт.
3	Шприцы на 2, 5, 10, 20 мл	1 шт.
4	Наборы препаратов для ингаляционной терапии (имитация): сальбутамол (раствор для ингаляций (флакон 2,5 мл 1мг/мл)), будесонид (раствор для ингаляций (флакон 2 мл 0,25мг/мл)), стерильный физиологический раствор 0,9% в ампуле, 5 мл (приложение 1)	по 1 фл./амп.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Манекен ребенка раннего/старшего возраста для отработки навыков ухода, с возможностью использования небулайзера.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1	Бронхиальная астма, приступный период
2	Острый обструктивный ларингит (круп)

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной аккредитации специалистов здравоохранения.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы – врач-педиатр участковый детской поликлиники. Вас срочно вызвали в бокс фильтра, где находится ребенок (с представителем), у которого отмечаются затруднение дыхания и частый кашель.

Ваша задача - оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту.

Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера.
4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения.
5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий, аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
6. Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).

²Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

7. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7) (если предусмотрено сценарием станции).

8. Соблюдение правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать никаких уточняющих вопросов, не высказывать требований и не задавать вопросы.

9. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 7

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1	При уточнении ФИО и возраста пациента	Дать вводную в соответствии с выбранной ситуацией (сценарием) (Приложение 2)
2	При попытке получить информированное добровольное согласие (начал зачитывать информированное добровольное согласие)	«Будем считать, что информированное добровольное согласие прочитано и получено»
3	При уточнении наличия вопросов	«Вопросов нет»
4	При попытке обработать руки гигиеническим способом	«Будем считать, что руки обработаны»
5	При сомнении в пригодности лекарственных препаратов и шприцев	«Будем считать, что все годно»
6	Во время физикального осмотра	Дать вводную в соответствии с выбранной ситуацией (сценарием) (Приложение 2)
7	Через 30 секунд после начала ингаляции	«Будем считать, что раствор полностью испарился»
8	При попытке уточнить самочувствие пациента после проведения ингаляции	«Чувствует себя без изменений»

Подробная информация о пациенте, жалобы, данные физикального обследования в зависимости от выбранной ситуации (сценария) представлены в Приложении 2.

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».
2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. N 34н «О внесении изменений

в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.).

3. Приказ Минтруда России от 27 марта 2017 г. N 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый».
4. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма у детей МКБ 10: J45/ J46» Год утверждения: 2017, МЗ РФ Утверждены: Союзом педиатров России, Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов.
5. Клинические рекомендации «Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей МКБ 10: J05.0 / J05.1» Год утверждения: 2016, МЗ РФ Утверждены Союзом педиатров России.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

11. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

12. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Номер сценария
1.	Поздороваться с пациентом (его представителем)	1,2
2.	Представиться, обозначить свою роль	1,2
3.	Спросить у пациента (его представителя), сверяя с медицинской документацией:	1,2
	• фамилию	
	• имя	
	• отчество	
	• возраст	
4.	Информировать и получить согласие ребенка и/или его законных представителей на предстоящие манипуляции (при необходимости продемонстрировать процедуру выполнения манипуляции), зачитав информированное добровольное согласие	1,2
5.	Обработать руки гигиеническим способом	1,2
6.	Надеть перчатки	1,2
7.	Обработать антисептической салфеткой:	1,2
	• оливки стетофонендоскопа/фонендоскопа/стетоскопа	1,2
	• мембрану фонендоскопа	

	<ul style="list-style-type: none"> • утилизировать упаковку от спиртовой салфетки в закрепленный пакет для утилизации отходов класса А 	
	<ul style="list-style-type: none"> • утилизировать спиртовую салфетку в закреплённый пакет для утилизации отходов класса Б 	
8.	Собрать необходимые клинические данные с целью оценки тяжести состояния/заболевания:	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • выяснить жалобы 	
	<ul style="list-style-type: none"> • провести термометрию 	
	<ul style="list-style-type: none"> • провести осмотр кожи (цвет) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • определить частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений 	
	<ul style="list-style-type: none"> • провести аускультацию легких и сердца • определить сатурацию 	
9.	Выделить ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи	1,2
10.	Выбрать лекарственные препараты для оказания неотложной медицинской помощи в зависимости от клинической ситуации:	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • сальбутамол, 2,5 мг/2,5мл (раствор для ингаляций) • будесонид, 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) 	
11.	Провести расчет дозы лекарственного препарата	1,2
12.	Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению:	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • проверить срок годности препарата • проверить герметичность упаковки препарата 	
13.	Проверить пригодность одноразового шприца:	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • проверить срок годности шприца • проверить герметичность упаковки шприца 	
14.	Набрать препарат в шприц в расчетной дозе	1,2
15.	Набрать физиологический раствор в шприц (в соотношении 1:1 с лекарственным препаратом)	1,2
16.	Подготовить небулайзер к работе:	
	<ul style="list-style-type: none"> • установить компрессор на ровной, твердой поверхности, подключить устройство к электрической розетке 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • отсоединить от небулайзерной камеры мундштук 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • снять крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • снять отбойник с резервуара для лекарственных средств 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • залить необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • вставить отбойник в резервуар для лекарственных средств 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • надеть крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • подсоединить к небулайзерной камере в зависимости от 	1,2

	возраста пациента мундштук/лицевую маску	
	<ul style="list-style-type: none"> • подсоединить воздуховодную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • использовать специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры 	1,2
17.	Положить использованные шприцы в емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	1,2
	Проведение ингаляции лекарственного препарата через небулайзер	
	<ul style="list-style-type: none"> • попросить пациента сесть 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • надеть на пациента маску таким образом, чтобы она закрывала его нос и рот; при использовании мундштука попросить пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • удерживать небулайзерную камеру вертикально 	1,2
18.	<ul style="list-style-type: none"> • нажать на выключатель, чтобы перевести его в позицию «включено» 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • контролировать правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • завершить ингаляцию при полном испарении раствора 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • снять лицевую маску с ребенка/попросить пациента отдать мундштук 	1,2
	Завершение процедуры ингаляции	
	<ul style="list-style-type: none"> • отключить питание, нажав на выключатель, чтобы перевести его в позицию «выключено» 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • отключить устройство от электрической розетки 	1,2
19.	<ul style="list-style-type: none"> • отсоединить лицевую маску/мундштук от компрессора 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • отсоединить небулайзерную камеру от компрессора 	1,2
	<ul style="list-style-type: none"> • поместить лицевую маску/мундштук, небулайзерную камеру в лоток для последующей обработки 	1,2
	Снять перчатки	1,2
20.	Утилизировать перчатки в закреплённый пакет для утилизации отходов класса Б	1,2
21.	Уточнить у пациента его самочувствие	1,2
22.	Дать рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица (прополоскать водой рот после окончания ингаляции/промыть водой кожу лица и глаза)	2

13. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом (его представителем)	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Представился, обозначил свою роль	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Идентифицировал пациента	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Информировал и получил согласие ребенка и/или его законных представителей на предстоящие манипуляции	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обработал руки гигиеническим способом	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Надел перчатки	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обработал антисептической салфеткой стетофонендоскоп/фонендоскоп/стетоскоп	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
8.	Выяснил жалобы	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Сказал, что хочет провести термометрию	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Сказал, что хочет оценить цвет кожи	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сказал, что хочет определить частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что хочет провести аускультацию легких и сердца	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что хочет определить сатурацию	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Определил ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно выбрал лекарственный препарат для оказания неотложной медицинской помощи	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно рассчитал дозу лекарственного препарата	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	Проверил пригодность лекарственного препарата к применению	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
18.	Проверил пригодность одноразового шприца	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	Набрал препарат в шприц в расчетной дозе	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Набрал физиологический раствор в шприц	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Установил компрессор на ровной, твердой поверхности, подключил устройство к электрической розетке	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Отсоединил от небулайзерной камеры мундштук	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Снял крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Снял отбойник с резервуара для лекарственных средств	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
25.	Залил необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
26.	Вставил отбойник в резервуар для лекарственных средств	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
27.	Надел крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
28.	Подсоединил к небулайзерной камере в зависимости от возраста пациента мундштук/лицевую маску	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
29.	Подсоединил воздухопроводную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
30.	Использовал специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет

31.	Правильно утилизировал отходы	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Правильно надел на пациента маску/при использовании мундштука попросил пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Удерживал небулайзерную камеру вертикально	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Контролировал правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Завершил ингаляцию при полном испарении раствора	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Снял лицевую маску с ребенка/попросил пациента отдать мундштук	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно выключил и отсоединил устройство	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Правильно разобрал устройство для последующей обработки	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Снял перчатки и утилизировал их в закреплённый пакет для утилизации отходов класса Б	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Уточнил у пациента его самочувствие	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Дал рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица	2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

14. Медицинская документация

Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1177н –
Бланк (форма) добровольного согласия на медицинское вмешательство

Приложение № 2 к приказу Минздрава РФ
от 20.12.2012 №1177н
Бланк (форма)

**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**

Я, _____
(Ф.И.О. 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 ноября 2011 г. № 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 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 __ г.
(дата оформления)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

№ 56

1. Фамилия Иванов
2. Имя Иван
3. Отчество Иванович
4. Пол: муж
5. Дата рождения: _____
6. Место регистрации: ул.Солнечная, д.10
7. Полис ОМС: серия 000000 № 0000000000 _____
8. СНИЛС 000-000-000 00 _____
9. Наименование страховой медицинской организации «АНРО-G»

Примечание. Перед началом работы станции необходимо заполнить графу «Дата рождения» так, чтобы данные в ней совпадали с вводной информацией по выбранному сценарию.

15. Сведения о разработчиках паспорта**15.1. Организация-разработчик:**

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ.

Справочная информация

Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей.

Обострение (приступный период) — эпизоды нарастающей одышки, кашля, свистящих хрипов, или заложенности в грудной клетке, либо комбинации перечисленных симптомов.

Лечение обострения БА легкой и среднетяжелой степени:

- экстренно начать ингаляционную терапию с короткодействующего β_2 -агониста (сальбутамола) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера, добавляя к препарату стерильный 0,9% раствор натрия хлорида (1:1).
- 1 мл раствора для ингаляций содержит 1 мг сальбутамола гемисукцината (в пересчете на сальбутамол 0,8 мг/мл). Небулайзер превращает раствор в аэрозоль для ингаляции. При применении раствор должен иметь комнатную температуру (холодный раствор может вызывать кашлевой эффект).
- Начальная доза препарата составляет для взрослых и детей старше 12 лет - 2,5 мг, но может быть увеличена до 5 мг. Ингаляции проводят каждые 4–6 часов в течение первых 24–48 часов терапии или до стабилизации клинической картины.
- У детей от 18 месяцев до 12 лет - разовая доза 2 мг на ингаляцию до 4 раз в день.
- Улучшение состояния наблюдается после ингаляции обычно через 10–15 минут.

Острый обструктивный ларингит (круп) - воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани.

Обструктивный ларингит (круп) обычно начинается с неспецифических симптомов острой респираторной вирусной инфекции: появляются ринорея, першение в горле, кашель. Чаще протекает на фоне невысокой температуры, редко – на фоне фебрильной лихорадки. Как правило, симптомам стеноза гортани предшествуют признаки ларингита: осиплость голоса и/или сухой грубый кашель. При прогрессировании воспалительного процесса в гортани осиплость может усиливаться, кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание или шумный вдох. При нарастании степени стеноза гортани развивается инспираторная одышка, которую можно заметить по втяжению яремной ямки на вдохе.

Круп легкой степени сопровождается периодическим грубым, лающим кашлем и осиплостью голоса; в покое одышка отсутствует и нарастает только при беспокойстве ребенка или при физической нагрузке.

При среднетяжелом крупе лающий кашель учащается, стридорозное дыхание сохраняется и в покое, отмечается выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании в покое.

Тяжелое течение крупа проявляется симптомами выраженной дыхательной недостаточности, в этой стадии болезни ребенку требуется экстренная помощь.

Лечения острого обструктивного ларингита составляют глюкокортикостероиды в ингаляциях.

Для купирования крупа:

- Ингаляционная терапия раствором для ингаляций будесонида через компрессорный небулайзер, добавляя к препарату стерильный 0,9% раствор натрия хлорида (1:1)
- Детям в возрасте от 6 месяцев и старше рекомендуемая доза 2 мг/сут единовременно или в 2 приема по 1 мг с интервалом 30 минут.
- 1 мл раствора для ингаляций содержит 0,25 мг или 0,5 мг.
- Следует прополоскать рот после окончания ингаляции. Если использовалась маска, необходимо промыть кожу лица.

Наклейки на упаковку с ампулами:

Ситуация №1

Сальбутамол Раствор для ингаляций 1мг/мл 10 флаконов по 2,5 мл раствора	Сальбутамол Раствор для ингаляций 1мг/мл 10 флаконов по 2,5 мл раствора
---	---

Ситуация №2

Будесонид Раствор для ингаляций 0,25 мг/мл 10 флаконов по 2 мл раствора	Будесонид Раствор для ингаляций 0,25 мг/мл 10 флаконов по 2 мл раствора
---	---

Наклейки на ампулы:

Ситуация №1

сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX
сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	сальбутамол 2,5 мл 1мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX

Ситуация №2

будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX
будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX	будесонид 2 мл 0,25 мг/мл (раствор для ингаляций) до XX.XX.XX

Приложение 2

**Вводная информация в рамках диалога
члена аккредитационной комиссии и аккредитуемого лица**

Действие аккредитуемого. При попытке:	Бронхиальная астма, приступный период	Острый обструктивный ларингит (круп)
узнать ФИО пациента	Иванов Иван Иванович	Иванов Иван Иванович
узнать возраст (лет)	6 лет	5 лет
узнать о жалобах пациента	Сухой приступообразный кашель, который начался во время прогулки в парке и сохраняется в настоящее время, затрудненный выдох	Частый, приступообразный, «лающий» кашель, осиплость голоса, беспокойство, затрудненный вдох
провести термометрию	Температура тела 36,8°C	Температура тела 37,0°C
оценить состояние кожных покровов	Бледные, небольшой цианоз носогубного треугольника	Бледные
оценить частоту дыхательных движений (ЧДД)	30 в минуту	30 в минуту
оценить частоту сердечных сокращений (ЧСС)	110 в минуту	120 в минуту
провести аускультацию легких	Выдох удлиннен, над симметричными участками грудной клетки выслушивается жесткое дыхание и большое количество свистящих хрипов	Над симметричными участками грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание
провести аускультацию сердца	Тоны ясные, ритмичные, громкие	Тоны ясные, ритмичные, громкие
определить насыщение крови кислородом	Сатурация 95%	Сатурация 96%

Приложение 3

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Педиатрия
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 1

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
	Поздоровался с пациентом (его представителем)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Представился, обозначил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Идентифицировал пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Информировал и получил согласие ребенка и/или его законных представителей на предстоящие манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обработал антисептической салфеткой стетофонендоскоп/фонендоскоп/стетоскоп	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Выяснил жалобы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Сказал, что хочет провести термометрию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Сказал, что хочет оценить цвет кожи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сказал, что хочет определить частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что хочет провести аускультацию легких и сердца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что хочет определить сатурацию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Определил ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно выбрал лекарственный препарат для оказания неотложной медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно рассчитал дозу лекарственного препарата	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Проверил пригодность лекарственного препарата к применению	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Проверил пригодность одноразового шприца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Набрал препарат в шприц в расчетной дозе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Набрал физиологический раствор в шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Установил компрессор на ровной, твердой поверхности, подключил устройство к электрической розетке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Отсоединил от небулайзерной камеры мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Снял крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Снял отбойник с резервуара для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Залил необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Вставил отбойник в резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Надел крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Подсоединил к небулайзерной камере в зависимости от возраста	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	пациента мундштук/лицевую маску	
29.	Подсоединил воздуховодную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Использовал специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Правильно утилизировал отходы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Правильно надел на пациента маску/при использовании мундштука попросил пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Удерживал небулайзерную камеру вертикально	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Контролировал правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Завершил ингаляцию при полном испарении раствора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Снял лицевую маску с ребенка/попросил пациента отдать мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно выключил и отсоединил устройство	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Правильно разобрал устройство для последующей обработки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Снял перчатки и утилизировал их в закреплённый пакет для утилизации отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Уточнил у пациента его самочувствие	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

 ФИО члена АПК

 Подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Педиатрия
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации _____ 2 _____

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
	Поздоровался с пациентом (его представителем)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Представился, обозначил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Идентифицировал пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Информировал и получил согласие ребенка и/или его законных представителей на предстоящие манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обработал антисептической салфеткой стетофонендоскоп/фонендоскоп/стетоскоп	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Выяснил жалобы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Сказал, что хочет провести термометрию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Сказал, что хочет оценить цвет кожи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Сказал, что хочет определить частоту дыхательных движений и частоту сердечных сокращений	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Сказал, что хочет провести аускультацию легких и сердца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Сказал, что хочет определить сатурацию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Определил ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно выбрал лекарственный препарат для оказания неотложной медицинской помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно рассчитал дозу лекарственного препарата	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Проверил пригодность лекарственного препарата к применению	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Проверил пригодность одноразового шприца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Набрал препарат в шприц в расчетной дозе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Набрал физиологический раствор в шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Установил компрессор на ровной, твердой поверхности, подключил устройство к электрической розетке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Отсоединил от небулайзерной камеры мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Снял крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Снял отбойник с резервуара для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Залил необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Вставил отбойник в резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Надел крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Подсоединил к небулайзерной камере в зависимости от возраста пациента мундштук/лицевую маску	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Подсоединил воздухопроводную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Использовал специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

31.	Правильно утилизировал отходы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Правильно надел на пациента маску/при использовании мундштука попросил пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Удерживал небулайзерную камеру вертикально	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Контролировал правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Завершил ингаляцию при полном испарении раствора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Снял лицевую маску с ребенка/попросил пациента отдать мундштук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно выключил и отсоединил устройство	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Правильно разобрал устройство для последующей обработки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Снял перчатки и утилизировал их в закреплённый пакет для утилизации отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Уточнил у пациента его самочувствие	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Дал рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

 ФИО члена АПК

 Подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)