

Первичная аккредитация специалистов

**Паспорт экзаменационной
станции (типовой)**

Неотложная медицинская помощь

Специальность:

Педиатрия



2017

Оглавление

| | |
|---|----|
| 1. Авторы..... | 3 |
| 2. Уровень измеряемой подготовки..... | 3 |
| 3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)..... | 3 |
| 4. Проверяемые компетенции..... | 3 |
| 5. Продолжительность работы на станции | 3 |
| 6. Задача станции..... | 3 |
| 7. Информация по обеспечению работы станции | 4 |
| 7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии..... | 4 |
| 7.2. Рабочее место аккредитуемого | 4 |
| 7.3. Расходные материалы | 5 |
| 7.4. Симуляционное оборудование..... | 5 |
| 8. Перечень ситуаций (сценариев) станции | 5 |
| 9. Информация для аккредитуемого | 5 |
| 10. Информация для вспомогательного персонала и членов аккредитационной комиссии..... | 6 |
| 10.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции..... | 6 |
| 10.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции | 7 |
| 10.3. Действия членов аккредитационной комиссии перед началом работы станции ... | 7 |
| 10.4. Действия членов аккредитационной комиссии в ходе работы станции | 7 |
| 11. Нормативные и методические документы, используемые для создания оценочных листов (по каждой ситуации) | 8 |
| 12. Информация для симулированного коллеги..... | 14 |
| 13. Информация для симулированного пациента | 14 |
| 14. Критерии оценивания действий аккредитуемого..... | 14 |
| 15. Дефектная ведомость | 14 |
| 16. Оценочный лист (чек-лист) | 15 |
| 17. Медицинская документация..... | 18 |

1. Авторы

Алексеева Е.И., Буслаева Г.Н., Вартапетова Е.Е., Геппе Н.А., Грибанова О.А., Деев И.А., Дронов И.А., Елкина Т.Н., Карцева Т.В., Колосова Н.Г., Кондюрина Е.Г., Лопанчук П.А., Моисеев А.Б., Мухаметова Е.М., Пахомова Ю.В., Полунина Н.В., Татаренко Ю.А., Тимофеева Е.П., Чистякова Е.Г.

2. Уровень измеряемой подготовки

Выпускники образовательных организаций, получившие высшее образование по основной образовательной программе в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» по специальности «Педиатрия» (уровень специалитета), успешно сдавшие государственную итоговую аттестацию и претендующие на должность врача-педиатра участкового.

3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

A/01.7 Проведение обследования детей с целью установления диагноза и интерпретация полученных результатов.

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

4. Проверяемые компетенции

Оценить клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания неотложной медицинской помощи детям.

Оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

5. Продолжительность работы на станции

Всего – 10' (на непосредственную работу – 8,5')

| | |
|---|------|
| 0,5' – ознакомление с заданием (брифингом) | 0,5' |
| 7,5' – предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания | 8,0' |
| 1' – приглашение перейти на следующую станцию | 9,0' |
| 1' – смена аккредитуемых | 10' |

6. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым умений оценить клиническую картину у пациента с обструктивным синдромом, использовать небулайзер из укладки экстренной медицинской помощи и провести ему ингаляционную терапию.

7. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии:

1. Стол.
2. Стул.
3. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения оценочного листа (чек-листа).
4. Компьютер с трансляцией видеоизображения (по согласованию с председателем аккредитационной комиссии компьютер может находиться в другом месте, к которому члены аккредитационной комиссии должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись).

7.2. Рабочее место аккредитуемого

Перед входом на станцию должно быть размещено задание аккредитуемому (раздел 9).

Станция должна имитировать кабинет врача-педиатра участкового и включать оборудование (оснащение):

1. Стол рабочий.
2. Стул.
3. Кушетка/пеленальный столик для размещения симулятора.
4. Настенные часы с секундной стрелкой.
5. Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный.
6. Раковина, средства для обработки рук, приспособление для высушивания рук¹.
7. Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).
8. Антисептические салфетки.
9. Бланки информированного согласия пациента.
10. Лоток для сбора использованных мундштуков небулайзера.
11. Стетофонендоскоп (стетоскоп).

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь личный стетофонендоскоп.

¹ В случае если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала.

7.3. Расходные материалы (из расчёта на попытки аккредитуемых)

1. Антисептические салфетки для обработки олив стетофонедоскопа и мундштуков небулайзера.
2. Шприцы на 2, 5, 10 или 20 мл (по 1 шт. на каждую попытку аккредитуемого) в стерильной упаковке.
3. Наборы препаратов для оказания помощи (сальбутамол, будесонид суспензия, будесонид раствор, фенотерол+ипратропия бромид, дифенгидрамина гидрохлорид, хлоропирамина гидрохлорид, преднизолон, аминофиллин, стерильный физиологический раствор и др.).
4. Смотровые перчатки разных размеров (по 1 паре на каждую попытку аккредитуемого).
5. Ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

7.4. Симуляционное оборудование

Манекен ребенка раннего/старшего возраста для обучения уходу с возможностью использования небулайзера.

8. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

| № ситуации | Ситуация | Раздел матрицы компетенций |
|-------------------|---------------------------------------|--|
| 1. | Бронхиальная астма, приступный период | Оказание неотложной помощи пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях |
| 2. | Острый обструктивный бронхит | Оказание неотложной помощи пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях |
| 3. | Острый обструктивный ларингит | Оказание неотложной помощи пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях |

9. Информация для аккредитуемого***Ситуация №1***

Вы врач-педиатр участковый детской поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра, где находится ребенок, страдающий бронхиальной астмой с сухим приступообразным кашлем, который начался во время прогулки в парке, и сохраняется в настоящее время.

При осмотре: температура 36,8°C, выражен цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений – 30 в минуту, экспираторная одышка, при аускультации – выдох удлинен, над симметричными участками грудной клетки

выслушивается жесткое дыхание и большое количество свистящих хрипов. При пикфлоуметрии ПСВ (пиковая скорость выдоха) 60%. Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом.

Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Ситуация №2

Вы врач-педиатр участковый детской поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра к ребенку, у которого навязчивый кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты и затруднено носовое дыхание.

При осмотре: температура 37,6°C, небольшой цианоз носогубного треугольника, частота дыхательных движений – 34 в минуту, экспираторная одышка, при аускультации – выдох удлинен, на фоне жесткого дыхания выслушиваются свистящие сухие и необильные среднепузырчатые влажные хрипы. Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом.

Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

Ситуация №3

Вы врач-педиатр детской участковой поликлиники, Вас срочно вызвали в бокс фильтра к ребенку с частым приступообразным, «лающим» кашлем.

При осмотре: ребенок беспокоен, бледен, голос осипший, частота дыхательных движений – 30 в минуту, дыхание шумное, инспираторная одышка, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура.

Ваша задача оценить клиническую картину и провести ингаляционную терапию пациенту с обструктивным синдромом.

Все действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

10. Информация для вспомогательного персонала и членов аккредитационной комиссии

10.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения.
6. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет.

7. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

10.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции

1. Предоставление члену аккредитационной комиссии данных по пациенту (ФИО, возраст (год рождения). ФИО и возраст пациента должны соответствовать данным, указанным в ситуации (таблица 2).
2. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид:
 - проверка наличия необходимых материалов для следующего аккредитуемого;
 - утилизация использованных расходных материалов.
3. Включение видеокамеры при команде: «Прочтите задание...».
4. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).

10.3. Действия членов аккредитационной комиссии перед началом работы станции

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания, готовность симулятора к работе, наличие нужного сценария).
2. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка своих персональных данных – ФИО и номера сценария.
3. Активизация на компьютере Единой базы данных ОС (Минздрав России) по второму этапу аккредитации.

10.4. Действия членов аккредитационной комиссии в ходе работы станции

1. Идентификация личности аккредитуемого (внесение идентификационного номера) в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Отдельно фиксируются нарушения последовательности или выполнение неправильных действий аккредитуемым.
4. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента (Таблица 2).

Таблица 2

**Вводная информации в рамках диалога
члена аккредитационной комиссии и аккредитуемого**

| № п/п | Действие аккредитуемого | Ответы члена аккредитационной комиссии | | |
|-------|--|--|------------------------------|-------------------------------|
| | | бронхиальная астма приступный период | острый обструктивный бронхит | острый обструктивный ларингит |
| 1. | При попытке аккредитуемого уточнить ФИО пациента | Иванов Иван Иванович | | |
| 2. | При попытке аккредитуемого уточнить возраст пациента | 8 лет | 5 лет | 3 года |
| 3. | При попытке аккредитуемого получить согласие ребенка и/или его законных представителей на проведение ингаляции | Согласие получено | | |
| 4. | При попытке аккредитуемого начать мыть руки | Будем считать, что руки обработаны | | |
| 5. | Через 30 секунд после ингаляции дать вводную | Будем считать, что раствор полностью испарился | | |
| 6. | При попытке уточнить самочувствие пациента после проведения ингаляции | Чувствует себя лучше | | |
| 7. | По окончании времени | Поблагодарить за усилия и попросить перейти на следующую станцию | | |

11. Нормативные и методические документы, используемые для создания оценочных листов (по каждой ситуации)

11.1. Нормативные акты

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»;
2. Приказ Минтруда России от 27.03.2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый».
3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, чл.-корр. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, 2016.
4. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, чл.-корр. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, 2016.
5. Федеральные клинические рекомендации Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей под ред. акад. РАН А.А. Баранова, чл.-корр. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, 2016

6. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, гл. внештатного специалиста по скорой медицинской помощи Минздрава России акад. РАН С.Ф. Багненко, 2015.
7. Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J 05.0: клинические рекомендации. – М., 2015. Российское Респираторное Общество, МОО Педиатрическое Респираторное Общество, Национальная Медицинская Ассоциация Оториноларингологов, Федерация Педиатров СНГ, Всероссийское Общество Скорой Медицинской Помощи, Евроазиатское Общество по инфекционным болезням, Московское Общество Детских Врачей.

11.2. Справочная информация

Мероприятия при обострении бронхиальной астмы легкой и среднетяжелой степени (ПСВ>50%)²

Экстренно начинают ингаляционную терапию с 2-4 доз короткодействующего β 2-агониста (сальбутамола) с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера (уровень доказательности А). При легком и среднетяжелом обострении эффективность терапии КДБА в виде ДАИ со спейсером аналогична таковой при использовании небулайзера (уровень доказательности А). Иные бронхоспазмолитические средства – например, комбинированный препарат (фенотерол + ипратропия бромид) используется при отсутствии сальбутамола с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора со спейсером или небулайзера (уровень доказательности А) для облегчения клинических симптомов (уровень доказательности А–В).

Мероприятия при обструктивном бронхите³

В случае первого эпизода, в зависимости от выраженности степени бронхиальной обструкции назначают:

1. Ингаляционные β 2-агонисты или комбинированные препараты можно использовать у детей через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день:

² Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, чл.-корр. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, 2015.

³ Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острым бронхитом, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, чл.-корр. РАН Л.С. Намазовой-Барановой, 2015.

- сальбутамол на прием 0,15 мл/кг, максимально 2,5 мл <6 лет., 5 мл старше 6 лет, либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней

ИЛИ

- фенотерол + ипратропия бромид на прием 2 капли/кг, максимально 10 капель - 0,5 мл детям ≤6 лет и 1,0 мл – старше 6 лет либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней.
2. При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO₂ менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β₂-агонистов назначают: ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – будесонид в суспензии, в среднем 250-500мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней.

Мероприятия при остром обструктивном ларингите^{4,5}

Согласно международному консенсусу, основа лечения вирусных стенозов гортани составляют глюкокортикостероиды (ГКС) в ингаляциях (1А):

- суспензия будесонида через небулайзер в дозировке 500-2000 мкг на 1 ингаляцию. В 85% случаев бывает достаточно 1 процедуры, ингаляции повторяют до полного разрешения стеноза.
- дексаметазон 0,6 мг/кг в/м – вводится детям со стенозом 2 степени или при неэффективности будесонида (1А), а также детям младшего возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляции. При отсутствии дексаметазона пациенту может быть назначен преднизолон в эквивалентной дозировке (1 мг преднизолона соответствует 0,15 мг дексаметазона) (1С). Повторного введения гормонов, как правило, не требуется (2С).

По эффективности оба метода одинаковы, однако, у детей в возрасте до 2 лет быстрее и легче купировать проявления введением дексаметазона.

Положительно влияет ингаляционное применение эпинефрина в дополнение к дексаметазону (1А). Ингаляции эпинефрина проводят каждые 15-20 минут по 0,5 мл/кг

⁴ Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при остром обструктивном ларинготрахеите у детей, под ред. акад. РАН А.А. Баранова, гл. внештатного специалиста по скорой медицинской помощи Минздрава России акад. РАН С.Ф. Багненко, 2015.

⁵ Круп у детей (острый обструктивный ларингит) МКБ-10 J 05.0: клинические рекомендации. – М., 2015. Российское Респираторное Общество, МОО Педиатрическое Респираторное Общество, Национальная Медицинская Ассоциация Оториноларингологов, Федерация Педиатров СНГ, Всероссийское Общество Скорой Медицинской Помощи, Евроазиатское Общество по инфекционным болезням, Московское Общество Детских Врачей.

(раствор 1 мг/1 мл) на одну ингаляцию (максимум 5 мл)⁶ – развести в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида – не более трех ингаляций.

Стеноз гортани 3-й степени требует неотложной интубации.

При необходимости (в случае доказанной гипоксии) используют увлажненный кислород; сосудосуживающие капли в нос.

Дозы лекарственных препаратов для ингаляций через небулайзер:

- сальбутамол - 1 мл препарата содержит 1 мг сальбутамола гемисукцината (в пересчете на сальбутамол 0,8 мг/мл). Детям от 18 месяцев до 12 лет для снятия приступа бронхоспазма разовая доза 2 мг на ингаляцию;
- комбинация фенотерола и ипратропия бромиды: детям до 6 лет (масса тела — до 22 кг) — 0,5 мл (10 капель), 6—12 лет — 0,5—1,0 мл (10—20 капель), старше 12 лет — 1 мл (20 капель);
- будесонид - раствор для ингаляций (0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл), во флаконах по 2 мл.
- будесонид – суспензия - доза для детей от полугода до 12 лет составляет 0,25-0,5 мг препарата дважды в сутки. При стенозирующем ларинготрахеите - дети от 6 месяцев и старше 2 мг в сутки.

Таблица 3

Определение дозы препарата







| Доза, мг | Объем препарата Будесонид суспензия для ингаляций | |
|-------------|---|-----------|
| | 0,25 мг/мл | 0,5 мг/мл |
| 0,25 | 1 мл ⁷ | – |
| 0,5 | 2 мл | – |
| 0,75 | 3 мл | – |
| 1 | 4 мл | 2 мл |
| 1,5 | – | 3 мл |
| 2 | – | 4 мл |

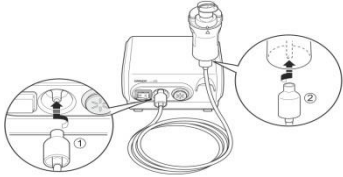
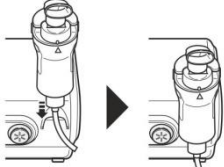
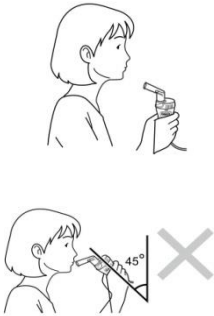

⁶ Применение препарата у детей off label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации, при наличии подписанного информированного согласия родителей (опекуна) и ребенка в возрасте старше 14 лет.

⁷ следует разбавить 0,9% раствором натрия хлорида до объема 2 мл

Таблица 4

Методика проведения ингаляции с использованием компрессорного небулайзера

| № | Действие | Иллюстрация |
|--|--|---|
| 1.1. Подготовка небулайзерной камеры к работе | | |
| 1. | Компрессор установлен на ровной, твердой поверхности, устройство подключено к электрической розетке | |
| 2. | Отсоединить от небулайзерной камеры маску или мундштук | |
| 3. | Снять крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств |  |
| 4. | Снять отбойник с резервуара для лекарственных средств |  |
| 5. | Залить необходимое количество лекарственного препарата и физиологического раствора в резервуар для лекарственных средств |  |
| 6. | Вставить отбойник в резервуар для лекарственных средств |  |
| 7. | Надеть крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств |  |
| 8. | Подсоединить к небулайзерной камере маску или мундштук |  |

| | | |
|--|--|---|
| 9. | Подсоединить воздуховодную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении |  |
| 10. | Использовать специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры |  |
| 1.2. Прием лекарственного препарата (ингаляция) | | |
| 1. | Пациент находится в положении сидя | |
| 2. | Небулайзерную камеру не рекомендуется наклонять под углом более 45° во всех направлениях |  |
| 3. | Нажать на выключатель, чтобы перевести его в позицию «включено» (I), компрессор включается и начинается распыление | |
| 4. | Надеть на пациента маску таким образом, чтобы она закрывала его нос и рот, при использовании мундштука – попросить пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук. |  |
| 5. | Длительность одной ингаляции, как правило, составляет 7-10 минут или проводится до полного расходования раствора | |
| 1.3 Завершение процедуры ингаляции | | |
| 1. | После завершения ингаляции отключить питание, нажав на выключатель, чтобы перевести его в позицию «выключено» (O), отключить устройство от электрической розетки | |
| 2. | Отсоединить маску/мундштук, небулайзерную камеру от компрессора, поместив данные части в лоток для последующей обработки | |
| 3. | После ингаляции, особенно после применения ингаляционного | |

| |
|--|
| <p>глюкокортикостероида (ИГКС), прополоскать рот кипяченой водой комнатной температуры (детям раннего и дошкольного возраста можно дать питье), при использовании маски – промыть глаза и лицо водой</p> |
|--|

Важно! Для проведения ингаляций необходимо использовать ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный. Конкретная модель и производитель прибора принципиального значения не имеют.

12. Информация для симулированного коллеги

Не предусмотрено

13. Информация для симулированного пациента

Не предусмотрено

14. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном оценочном листе (чек-листе) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения аккредитуемым с помощью активации кнопок:

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

В случае демонстрации аккредитуемым невнесенных в пункты оценочного листа важных действий или небезопасных и/или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (раздел 15) по данной станции, а в оценочный лист внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция вносится членом аккредитационной комиссии в электронный оценочный лист (пока этого не произойдет, оценочный лист в систему не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный оценочный лист, как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, а вносить показатель, как только аккредитуемый закончил выполнять действие.

15. Дефектная ведомость

| Станция Неотложная медицинская помощь | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|------|------------------|
| Образовательная организация _____ | | | | |
| № | Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в оценочном листе | Номер аккредитуемого | Дата | Подпись члена АК |
| | | | | |
| № | Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе | Номер аккредитуемого | Дата | Подпись члена АК |
| | | | | |

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО члена АК

Подпись

16. Оценочный лист (чек-лист)

Специальность _____ Дата _____ Номер цепочки _____ Номер аккредитуемого
Номер задания: 1, 2, 3

Проверяемый навык: Оценить клиническую картину у пациента с обструктивным синдромом и провести ему ингаляционную терапию

| № п/п | Действия аккредитуемого | Озвучивание членом АК (таблица 2) | Отметка о выполнении <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 1. | Представиться | | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | Спросить у пациента (и/или его представителя) | | |
| 2. | фамилию пациента | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 3. | имя пациента | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 4. | отчество пациента | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 5. | возраст пациента | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 6. | Информировать ребенка и/или его законных представителей о предстоящих манипуляциях (при необходимости наглядно продемонстрировать процедуру выполнения манипуляции) | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 7. | Получить согласие ребенка и/или его законных представителей на проведение ингаляции | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| Подготовка к процедуре | | | |
| 8. | Обработать руки гигиеническим способом | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 9. | Надеть перчатки | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 10. | Выделить ведущий синдром, требующий оказания неотложной медицинской помощи | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 11. | Выбрать лекарственные препараты для оказания неотложной медицинской помощи в зависимости от клинической ситуации, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | Сальбутамол (в небулах) 2.5 мг/2.5мл (ингаляционно) | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

| | | | |
|--|---|---------------|--|
| 12. | <ul style="list-style-type: none"> Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 13. | <ul style="list-style-type: none"> Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | Комбинация фенотерола и ипратропия бромид (раствор для ингаляций) 20 мл - 0.5-1.0 мл (10, 15, 20 кап) | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | <ul style="list-style-type: none"> Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | Будесонид суспензия 0,5 мг/мл - 4 мл (ингаляционно) | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 14. | <ul style="list-style-type: none"> Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 15. | <ul style="list-style-type: none"> Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| | Натрия хлорид, р-р для инфузий 0.9% 1–3 мл (ингаляционно) | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 16. | <ul style="list-style-type: none"> Проверить пригодность лекарственных препаратов к применению (название, срок годности), озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 17. | <ul style="list-style-type: none"> Провести расчет дозы лекарственного препарата, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 18. | <ul style="list-style-type: none"> Проверить герметичность упаковки одноразового, шприца озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 19. | <ul style="list-style-type: none"> Проверить срок годности одноразового шприца, озвучить результат | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 20. | <ul style="list-style-type: none"> Набрать препарат в шприц в расчетной дозе | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| Подготовка небулайзера к работе | | | |
| 21. | Обработать составные части небулайзера раствором антисептика | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 22. | Установить компрессор на ровной, твердой поверхности, подключить устройство к электрической розетке | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 23. | Отсоединить от небулайзерной камеры мундштук | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 24. | Снять крышку небулайзерной камеры с резервуара для лекарственных средств | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 25. | Снять отбойник с резервуара для лекарственных средств | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 26. | Залить необходимое количество физиологического раствора и лекарственного препарата в резервуар для лекарственных средств | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 27. | Положить использованный шприц в ёмкость для сбора бытовых и медицинских отходов | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 28. | Вставить отбойник в резервуар для лекарственных средств | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 29. | Надеть крышку небулайзерной камеры обратно на резервуар для лекарственных средств | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| 30. | Подсоединить к небулайзерной камере в зависимости от возраста пациента | | |
| 31. | • мундштук | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 32. | • лицевую маску | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 33. | Подсоединить воздуховодную трубку к небулайзерной камере, удерживая её в вертикальном положении | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 34. | Использовать специальный держатель на корпусе компрессора для временного удержания небулайзерной камеры | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| Проведение ингаляции лекарственного препарата через небулайзер | | | |
| 35. | Удерживать небулайзерную камеру вертикально | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 36. | Попросить пациента плотно обхватить зубами и губами мундштук/надеть лицевую маску на ребенка (лицевая маска должна прикрывать рот и нос и плотно прилегать к лицу) | Выполняет Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 37. | Включить устройство | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 38. | Контролировать правильное положение лицевой маски/мундштука весь период проведения ингаляции, озвучить свои действия | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 39. | Завершить ингаляцию при полном испарении раствора, озвучить свои действия | Озвучить вводную | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 40. | Попросить пациента отдать мундштук/снять лицевую маску с ребенка | Выполняет Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| Завершение процедуры ингаляции | | | |
| 41. | Выключить устройство, отключить от электрической розетки | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 42. | Отсоединить лицевую маску/мундштук от компрессора, озвучить свои действия | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 43. | Отсоединить небулайзерную камеру от компрессора | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 44. | Поместить мундштук/лицевую маску, небулайзерную камеру в лоток для последующей обработки | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 45. | Снять перчатки, озвучить свои действия | Выполняет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 46. | Уточнить у пациента о его самочувствии | Озвучить вводные | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |
| 47. | Дать рекомендации по обработке полости рта, глаз и лица | Проговаривает | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет |

ФИО члена АК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)

17. Медицинская документация

Приложение N 2 к приказу Минздрава РФ от 20.12.2012 N 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)

“ ____ ” _____ г.
(дата оформления)