

Первичная аккредитация специалистов

**Паспорт экзаменационной
станции (типовой)**

Диспансеризация

Специальность:

Лечебное дело



2017

Оглавление

1. Авторы.....	3
2. Уровень измеряемой подготовки.....	3
3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	3
4. Проверяемые компетенции	3
5. Задачи станции	3
6. Продолжительность работы станции	3
7. Информация для организации работы станции.....	4
7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (АК).....	4
7.2. Рабочее место аккредитуемого.....	4
7.3. Расходных материалы (из расчёта на попытки аккредитуемых).....	5
7.4. Симуляционное оборудование	5
8. Перечень ситуаций и раздел подготовки	6
9. Информация (брифинг) для аккредитуемого	6
10. Информация для членов АК.....	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 АК перед началом работы станции	7
10.4. Действия членов АК в ходе работы станции.....	7
11. Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа.8	
11.1. Нормативные акты	8
11.2. Справочная информация	9
12. Информация для симулированного пациента	14
13. Информация для симулированного коллеги	15
14. Критерии оценивания действий аккредитуемого	15
15. Дефектная ведомость	16
16. Оценочный лист (чек-лист)	17
16.1. Краткая версия оценочного листа (чек-листа)	17
16.2. Развернутая версия оценочного листа (чек-листа)	18
17. Медицинская документация.....	22

1. Авторы

Бирюкова О.Ю., Гноевых В.В., Грибков Д.М., Дронов И.А., Зайцева О.Б., Клименко А.С., Клочков В.В., Крюкова А.Г., Кузнецова О.Ю., Лопанчук П.А., Лопатин З.В., Медведева О.И., Мензоров М.В., Мухаметова Е.М., Пахомова Ю.В., Похазникова М.А., Смирнова А.Ю., Сонькина А.А., Тигай Ж.Г., Хохлов И.В., Чавкин П.М., Шубина Л.Б., Юдаева Ю.А.

2. Уровень измеряемой подготовки

Выпускники, завершившие подготовку по основной образовательной программе высшего образования в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности «Лечебное дело», успешно сдавшие государственную итоговую аттестацию и претендующие на должность врача-терапевта участкового.

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

3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

А/05.7 Проведение и контроль эффективных мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни санитарно-гигиеническому просвещению населения.

4. Проверяемые компетенции

Оценка отдельных практических навыков (умений) при проведении диспансеризации взрослого населения

5. Задачи станции

Демонстрация аккредитуемым алгоритма обследования дыхательной системы, методики измерения артериального давления.

Примечание: оценка навыков сбора анамнеза, общения с «трудным» пациентом не проводится, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных исследований, определения групп здоровья не проводится.

6. Продолжительность работы станции

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

0,5' – ознакомление с заданием (брифинг)	0,5'
7,5' – предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8'
1' – приглашение перейти на следующую станцию	9'

1' – смена аккредитуемых

10'

7. Информация для организации работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (АК)

1. Стул и рабочая поверхность (стол).
2. Компьютер с выходом в Интернет для электронного оценочного листа (чек-листа).
3. Устройство для трансляции видео и аудио изображения¹ с места работы аккредитуемого с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции.

7.2. Рабочее место аккредитуемого

Помещение, имитирующее кабинет амбулаторного приёма в поликлинике с обязательным² наличием:

1. Место (перед входом в помещение) для размещения задания аккредитуемому (раздел 7).
2. Стол рабочий.
3. Бланки медицинской документации (раздел 15), заполненные в соответствии с легендой симулированного пациента (раздел 10).
4. Два стула.
5. Кушетка и столик для размещения манекенов.
6. Раковина с локтевым смесителем:
 - два локтевых дозатора: 1) для бытового мытья рук 2) для гигиенической обработки рук (в целях экономии средств при проведении экзамена допускается заполнить оба дозатора обычным жидким мылом);
 - держатель или диспенсер для одноразовых полотенец с полотенцем.
7. Набор врача-терапевта участкового³:
 - стетофонендоскоп (стетоскоп);
 - тонометры с разными размерами манжет (мал. ср., бол.);
 - источник света (карманный фонарик);

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

2 Перечень обязательного оснащения кабинета (станции) не отражает перечень оснащения реального кабинета, а содержит только тот минимум, который необходим для решения конкретной задачи данной экзаменационной станции. По усмотрению организаторов кабинет может быть дополнительно оснащён в соответствии с нормативной базой, но не создавать при этом помех для основной цели работы на станции

3 Целесообразно всё, что может быть случайно унесено (фонарик, ручки и т.п.), закрепить к поверхностям

- спиртовые салфетки;
- смотровые перчатки;
- сантиметровая лента.

8. Настенные часы с секундной стрелкой.

9. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б).

Важно! На станции присутствует сотрудник, исполняющий роль симулированного пациента.

7.3. Расходных материалы (из расчёта на попытки аккредитуемых)

1. Антисептические салфетки для обработки оливо стетофонендоскопа (в случае использования симулятора с прилагающимся стетофонендоскопом) не менее 1 шт. на одну попытку аккредитуемого.

2. Смотровые перчатки разных размеров (по 1 паре на каждую попытку аккредитуемого).

3. Жидкое мыло (из расчета 3 мг на 1 попытку аккредитуемого).

4. Одноразовые полотенца (из расчета 1 полотно на 1 попытку аккредитуемого).

5. Контейнер для сбора мусора, образующегося на станции.

7.4. Симуляционное оборудование

1. Манекен (торс вертикальный) для демонстрации на нём методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации аускультативной картины сердца и легких одновременно.

2. Манекен (рука) для измерения артериального давления с правильно одетой манжетой и подключенным соответствующим оборудованием

Важно! Целесообразно манекены разместить вне зоны видимости аккредитуемого (например, за ширмой).

Примечание: членам АК, аккредитуемым и вспомогательному персоналу важно заранее сообщить всем участникам об особенностях вашей модели симулятора, подразумевающие отличия процедуры обследования на реальном пациенте.

Станция предполагает использование конфедерата⁴ симуляционного обучения – специально подготовленного сотрудника (союзника), находящегося на станции с

⁴ Учебное пособие «Специалист симуляционного обучения» РОСОМЕД - 2016 . режим доступа <http://rosomed.ru/documents/spetsialist-meditsinskogo-simulyatsionnogo-obucheniya-uchebnoe-posobie> стр. 99, 255, 265, 267.

целью всем одинаково (стандартно) представить свою роль, повысить реалистичность симуляции.

8. Перечень ситуаций и раздел подготовки

Таблица 1

Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их разделу внутренней медицины

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел внутренней медицины
1		Патологии нет (норма)	Диспансеризация

9. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы врач-терапевт участковый поликлиники. Предполагается, что Ваша рабочая смена только началась. В кабинете Вас ждёт пациент, который пришел на завершение первого этапа диспансеризации. Вы пациента видите впервые. У пациента имеются результаты исследований, которые были получены в ходе предварительного обследования (все они свидетельствуют о норме, суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE менее 1%).

Необходимо произвести физикальное обследование дыхательной системы и измерить артериальное давление.

10. Информация для членов АК

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 (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности конфедерата к работе.
6. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения.
7. Проверка готовности оборудования с выходом в Интернет для использования электронного чек-листа, активация в системе через логин и пароль, номер цепочки, названия станции.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

10.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции

1. Перед входом каждого аккредитуемого необходимо убедиться, что запущен соответствующий сценарий на симуляторе.
2. Включение видеокамеры при команде: «Прочтите задание...».
3. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
4. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид:
 - удаление использованного материала (спиртовые салфетки);
 - удостовериться в наличии на конферате одежды.

Важно!!! Обеспечивать обработку олив стетофонендоскопа антисептиком в случае, если используется один и тот же стетофонендоскоп разными аккредитуемыми.

10.3. Действия членов АК перед началом работы станции

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

10.4. Действия членов АК 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. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента (табл.2).
4. Сохранение данных оценочного листа (чек-листа) в системе.

Примечание: Для членов АК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения оценочного листа (чек-листа). Промежуток времени в таком случае должен быть либо равен периоду работы станции (раздел 6), либо на всех станциях должен быть удлинён одинаково.

Целесообразно использовать помощь вспомогательного персонала (сотрудников образовательной и или научной организации), обеспечивающего подготовку рабочего места в соответствии с оцениваемой ситуацией.

Таблица 2

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена АК и аккредитуемого

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При проговаривании аккредитуемым обработки рук или при ожидании этой команды	Пожалуйста, обработайте руки.
2.	При попытке повторного измерения артериального давления	Будем считать, что повторное измерение произведено, результат такой же, как и при первом измерении
3.	В конце обследования при попытке начать обрабатывать руки допустимо сказать	Будем считать, что руки обработаны
4.	По окончании времени	Поблагодарить за усилия и попросить перейти дальше

Важно! Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в оценочном листе (чек-листе) оформляйте в дефектной ведомости (раздел 15).

11. Нормативные и методические документы, используемые для создания чек-листа**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 21 марта 2017 г. №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)»
3. ПИСЬМО от 29 августа 2013 г. N 14-2/10/2-6432 Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические рекомендации «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения»
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
5. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения»

6. Приказ МЗ РФ от 03.12.2012г №1006н «Порядок проведения диспансеризации взрослого населения»

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. N 1011н г. Москва «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»

8. Приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 N 4 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации»

9. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»

11.2. Справочная информация

Диспансеризация взрослого населения проводится 1 раз в три года и включает, в том числе, методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания. Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

- 1) раннего выявления заболеваний и основных факторов риска их развития;
- 2) определения группы состояния здоровья;
- 3) проведения консультирования граждан при необходимости;
- 4) определения группы диспансерного наблюдения

Диспансеризация взрослого населения проводится в определённые возрастные периоды: 21год; 24 года; 27 лет; 30 лет; 33 года; 36 лет; 39 лет; 42 года; 45 лет; 48 лет; 51 год; 54 года; 57 лет; 60 лет; 63 года; 66 лет; 69 лет; 72 года; 75 лет; 78 лет; 81 год; 84 года; 87 лет; 90 лет; 93 года; 96 лет; 99 лет.

Первый этап диспансеризации (скрининг) включает:

- опрос, антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ), измерение артериального давления;
- определение суммарного сердечно-сосудистого риска;
- ЭКГ;
- осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- флюорографию легких;
- маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);

- клинический анализ крови развернутый;
- анализ крови биохимический;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
- определение простат-специфического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет);
- УЗИ органов брюшной полости (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет);
- измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше);
- прием врача-невролога (для граждан 51, 57, 63 и 69 лет);
- осмотр врача-терапевта.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (по показаниям):

- эзофагогастродуоденоскопию,
- колоноскопию/ректороманоскопию,
- дуплексное сканирование брахицефальных артерий,
- осмотр (консультация) врача-гинеколога, офтальмолога, хирурга, уролога,
- индивидуальное профилактическое консультирование (школа пациента) в кабинете медицинской профилактики или центре здоровья.

Профилактический медицинский осмотр проводится 1 раз в два года в целях раннего (своевременного) выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов в те годы, когда диспансеризация для данного гражданина не проводится.

Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц.

I группа состояния здоровья – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

II группа состояния здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

III группа состояния здоровья - граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании 3.

Такие граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Гражданам, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, проводится их коррекция в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья.

Технология измерения артериального давления (приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 N 4)

Условия измерения АД

Измерение должно проводиться в спокойной комфортной обстановке при комнатной температуре, после адаптации пациента к условиям кабинета в течение не менее 5 - 10 мин. За час до измерения исключить прием пищи, за 1,5 - 2 часа - курение, прием тонизирующих напитков, алкоголя, применение симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

Положение пациента

АД может определяться в положении "сидя" (наиболее распространено), "лежа" и "стоя", однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца.

Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт. ст. В положении "сидя" измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что

глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости АД, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.

Рука пациента должна быть удобно расположена на столе рядом со стулом и лежать неподвижно с упором в области локтя до конца измерения. При недостаточной высоте стола необходимо использовать специальную подставку для руки. Не допускается положение руки на "весу". Для выполнения измерения АД в положении "стоя" необходимо использовать специальные упоры для поддержки руки, либо во время измерения поддерживать руку пациента в районе локтя.

Дополнительные измерения АД "стоя" (ортостаз) проводят через 2 мин. после перехода в вертикальное положение для выявления ортостатической гипотензии. Измерение АД в ортостазе целесообразно проводить пациентам старшей возрастной группы (старше 65 лет), при наличии сахарного диабета, недостаточности кровообращения, вегето-сосудистой дистонии, а также пациентам, принимающим вазодилататоры или имеющим эпизоды ортостатической гипотензии в анамнезе.

Целесообразно также измерять АД на ногах, особенно у больных моложе 30 лет. Измерение АД на ногах проводится с помощью широкой манжеты, стетофонендоскоп располагают в подколенной ямке.

Прибор для измерения АД по методу Н.С. Короткова состоит из окклюзионной пневмоманжеты, груши для нагнетания воздуха с регулируемым клапаном стравливания, манометра, стетофонендоскопа или специализированного фонендоскопа из комплекта тонометров. Используются ртутные, стрелочные либо электронные манометры. Значения давления округляются до ближайшего четного числа.

Недопустима практика округлений до "5" и "0" на конце (т.е. записей только типа 145/95 и/или 160/100). Манометры требуют регулярной поверки (точности и регулировки) с интервалами, указанными в технических характеристиках, но не реже одного года. Манжета подбирается с учетом охвата плеча, который измеряется в его средней части с помощью гибкой измерительной ленты. Измерение АД средней плечевой манжетой для взрослых выполняется только при охвате плеча, равном 23 - 33 см. В остальных случаях необходимо использовать специальные размеры манжет. При этом ширина и длина внутренней эластичной камеры должны соответствовать охвату плеча - длина не менее 80%, а ширина около 40% последнего. Манжета с меньшей шириной камеры приводит к завышению, а слишком широкая - к занижению значений АД.

Техника измерения

Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы средняя часть пневмокамеры находилась над проекцией артерии. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды, запрещено

закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани. Головка стетофонендоскопа фиксируется у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии, причем не допускается создание значительного давления на кожу, а расположение головки под манжетой приводит к ошибкам в определении в первую очередь диастолического АД.

В ходе первого измерения АД (или перед ним) необходимо дополнительно провести оценку систолического АД пальпаторно. Пальпируется лучевая или плечевая артерии. При нагнетании воздуха в манжету фиксируются показания манометра в момент прекращения пульсаций артерии как оценочное значение систолического АД, после чего компрессия продолжается еще на 30 мм рт. ст. Необходимо учитывать, что избыточно высокое давление компрессии вызывает дополнительные болевые ощущения и повышение АД.

Скорость снижения давления воздуха в манжете должна составлять 2 - 3 мм рт. ст. за секунду (или за время между последовательными сокращениями сердца). При давлении более 200 мм рт. ст. допускается увеличение этого показателя до 4 - 5 мм рт. ст. за секунду.

Появление первого тона соответствует систолическому АД (первая фаза тонов Короткова). Диастолическое АД определяют по моменту исчезновения тонов Короткова (пятая фаза). Определение диастолического АД по 4-ой фазе (момента резкого ослабления тонов) рекомендовано при проведении измерения АД у детей до 12 - 14-ти лет, беременных женщин, а также у пациентов с высоким минутным объемом сердца, обусловленным физической нагрузкой, заболеванием или физиологическими особенностями. Для контроля полного исчезновения тонов необходимо продолжить аускультацию до снижения давления в манжете на 15 - 20 мм рт. ст. относительно последнего тона.

При слабых тонах Короткова перед измерением целесообразно поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений без значительных усилий.

Кратность измерений

Повторные измерения проводятся с интервалом не менее 2-х минут.

Во время первого визита пациента необходимо измерить АД на обеих руках. При выявлении устойчивой значительной асимметрии (более 10 мм рт. ст. для систолического АД и 5 мм рт. ст. - для диастолического АД) все последующие измерения проводятся на руке с более высокими цифрами. В противном случае измерения проводят, как правило, на "нерабочей" руке.

Если первые два измерения АД отличаются между собой не более чем на 5 мм рт. ст., измерения прекращают и за уровень АД принимают среднее значение этих величин.

Если имеется отличие более 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение. Если в ходе этого цикла выявляется

прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если же отмечаются разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД).

Затруднения при измерении артериального давления

А) "Аускультативный провал" (резкое ослабление и исчезновение тонов после прослушивания первых двух-трех отчетливых тонов) может служить причиной серьезной недооценки систолического АД, если при первом измерении не проводится его пальпаторная оценка.

Б) Нарушения ритма сердца. Необходимо пальпировать лучевую артерию для оценки степени неравномерности сокращений сердца в ходе измерений. При выраженной неравномерности необходимо ориентироваться на средние значения АД по результатам 4 - 6 последующих измерений. При редких нерегулярных сокращениях ориентироваться на значения АД, полученные при эпизодах регулярного ритма.

В) Стенозирующие поражения артерий. При одностороннем поражении сосудов необходимо проводить измерение на контралатеральной руке, а при двустороннем поражении рекомендуется измерение на бедре. Для этого используется специальная бедренная манжета, при этом необходимо учитывать, что систолическое давление на бедре на 15 - 20% выше, чем на плече.

Г) Повышенная ригидность крупных артерий. У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет), а также у пациентов, длительное время страдающих сахарным диабетом, наблюдается повышенная ригидность крупных артерий, в некоторых случаях препятствующая их спадению при компрессии. При этом метод Н.С. Короткова дает завышение АД, т.е. "псевдогипертензию". Для ее исключения полезно одновременно с аускультацией определять АД пальпаторно и при отличии в систолическом АД более 15 мм рт. ст. провести определение ригидности плечевой артерии (например, ультразвуковыми методами). При выраженной ригидности определение АД возможно только инвазивным методом.

Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД:

- использование манжеты, не соответствующей охвату плеча,
- малое время адаптации пациента к условиям кабинета,
- высокая скорость снижения давления в манжете,
- отсутствие контроля асимметрии АД,
- неиспользование пальпации при первом измерении АД,
- неправильное положение руки пациента.

12. Информация для симулированного пациента

Ваше ФИО и возраст должны совпадать с данными, занесенными в медицинскую документацию, лежащую на столе. Вам (на выбор) 33 года, 36 лет, 39 лет, 42 года, 45 лет.

При входе аккредитуемого Вы стоите с портфелем (дамской сумкой) посередине помещения, имитирующего кабинет врача-терапевта участкового районной поликлиники.

Вы – работаете в городской библиотеке.

Место действия: районная поликлиника, кабинет врача-терапевта участкового.

Обстоятельства: пришли на завершение диспансеризации после прохождения врачей-специалистов и сдачи анализов. С врачом ранее не знакомы, в поликлинику, как правило, обращаетесь с простудными заболеваниями и для флюорографических исследований, проведения плановой диспансеризации.

Вас ничего не беспокоит. На все возможные вопросы врача необходимо отвечать в соответствии с основной легендой: Вы не ощущаете проблем со здоровьем, у Вас нет никаких вредных привычек, питаетесь обычно, режим работы и отдыха обычный, перед посещением врача никаких факторов, способных изменить артериальное давление на себе не испытывали. Пришли на диспансеризацию в соответствии с требованием работодателя.

При опросе врача: сообщить, что Вас ничего не беспокоит. Полностью назвать свои ФИО, другие данные сообщать только на соответствующий вопрос врача.

При просьбах врача о согласии на что-либо, связанное с проведением терапевтического приёма: со всем соглашаться без дополнительных вопросов.

Важно! На Вас должна быть одежда с длинным рукавом, позволяющая, при необходимости, снять ее, чтобы остаться в одежде без рукавов (для наложения манжеты тонометра).

Важно! После наложения манжеты тонометра перед нагнетением её воздухом попросить аккредитуемого перейти на соответствующий манекен руки с возможностью имитации измерения артериального давления.

Важно! При просьбе врача на проведение осмотра грудной клетки предоставить для этих целей манекен (торс) с возможностью имитации аускультативной картины сердца и легких одновременно.

13. Информация для симулированного коллеги

Не предусмотрено

14. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В оценочном листе (чек-листе) (раздел 16) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения аккредитуемым.

В электронном чек-листе это осуществляется с помощью активации кнопок:

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

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

Каждая позиция непременно вносится членом АК в электронный оценочный лист (пока этого не произойдет, лист не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный оценочный лист (чек-лист), как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, и фиксировать соответствующее действие, как только оно воспроизвелось аккредитуемым.

15. Дефектная ведомость

Станция _____				
Диспансеризация				
Образовательная организация _____				
№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующие в оценочном листе (чек-листе)	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК
№	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в оценочном листе (чек-листе)	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО секретаря АК

Подпись

16. Оценочный лист (чек-лист)

16.1. Краткая версия оценочного листа (чек-листа)

№	Стадия	Не выполнено	Выполнено
1.	Установление контакта с пациентом		
2.	Идентификация пациента		
3.	Уточнение самочувствия пациента		
4.	Информированное согласие пациента		
5.	Обработка рук медицинского персонала		
6.	Расположение пациента для осмотра		
7.	Оценка признаков хронической гипоксии, измерение ЧСС и ЧДД		
8.	Оценка носового дыхания		
9.	Освобождение области грудной клетки от одежды		
10.	Осмотр грудной клетки		
11.	Пальпация грудной клетки		
12.	Сравнительная перкуссия грудной клетки		
13.	Аускультация легких		
14.	Измерение АД		
15.:опрос пациента		
16.:расположение пациента для измерения АД		
17.:проверка тонометра		
18.: пальпаторная проба нагнетания манжеты		
19.: измерение с стетофонендоскопом		
	Повторное измерение на второй руке		
20.	Повторное уточнение самочувствия пациента в конце обследования		
21.	Завершение обследования		
22.	Нерегламентированные действия		
23.	Общее впечатление члена АК		

Подпись члена АК _____

Итого _____

16.2. Развернутая версия оценочного листа (чек-листа)

№	Элемент деятельности	Отметка о выполнении Да/Нет
1.	Поздороваться с пациентом	
2.	Предложить пациенту сесть на стул	
3.	Представиться, обозначить свою роль	
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией	
5.	: фамилию	
6.	: имя	
7.	: отчество	
8.	: возраст	
9.	Обратиться к пациенту по имени отчеству	
10.	Осведомиться о самочувствии пациента	
11.	Информировать пациента о процедуре и получить согласие на её проведение	
12.	Убедиться в наличии всего необходимого	
13.	: стетофонендоскоп,	
14.	: тонометр с обычной манжетой,	
15.	: тонометр с большой манжетой,	
16.	: спиртовая салфетка	
17.	: сантиметровая лента	
18.	: медицинская документация, шариковая ручка (при отсутствии компьютерной версии)	
Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции		
19.	: Иметь коротко подстриженные ногти, отсутствие следов лака на ногтях, искусственных ногтей	
20.	: Убедиться в отсутствии на пальцах рук и запястьях ювелирных украшений	
21.	: Открыть воду локтевым смесителем	
22.	: Смочить кисти обеих рук	
23.	: Закрыть воду локтевым смесителем	
24.	: Выдавить мыло с антисептиком из локтевого дозатора на ладонь одной руки	
25.	: Распределить антисептическое мыло на всю поверхность кистей обеих рук	
26.	: Тереть ладонь о ладонь	
27.	: Тереть ладонью одной руки о тыл кисти другой руки с обработкой межпальцевых поверхностей	
28.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
29.	: Тереть ладонь о ладонь с обработкой межпальцевых поверхностей	
30.	: Тереть ногтевые ложа одной руки о ладонь другой	
31.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
32.	: Обхватив большой палец одной руки ладонью другой, тереть его вращательными движениями	
33.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
34.	: Тереть кончиками пальцев одной руки середину ладони другой	
35.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
36.	Соблюсти продолжительность обработки рук мылом с антисептиком не менее 30, не более 60 сек	
37.	Открыть локтём воду локтевым дозатором	
38.	Смыть состав с рук	
39.	: в направлении от кончиков пальцев до запястья	
40.	Закрыть локтём воду локтевым смесителем ⁵	
41.	Вытереть руки насухо одноразовым полотенцем	
42.	Утилизировать полотенце в отходы класса А	
43.	Удобно расположиться рядом с сидящим на стуле пациентом Попросить пациента облокотиться на спинку стула	
Оценка признаков хронической гипоксии, измерение ЧСС и ЧДД		
44.	Сказать, что хотите оценить цвет кожных покровов	

⁵ Если смеситель не локтевой, то закрыть воду применив использованное одноразовое полотенце

45.	Сказать, что хотите оценить состояние пальцев рук пациента	
46.	Пропальпировать пульс на лучевой артерии на одной руке	
47.	: Держать не менее трех своих пальцев в месте проекции лучевой артерии, не менее 10 сек, смотря на часы (оценить ритм, частоту, наполнение и напряжение пульса)	
48.	:Оценить частоту дыхательных движений, продолжая делать вид, что измеряете пульс на лучевой артерии	
49.	:вторую руку положить на живот или грудную клетку пациента, не менее 10 сек, смотря на часы (сосчитать количество дыханий)	
	Оценка носового дыхания	
50.	Сказать, что хотите оценить носовое дыхания, попросив форсировано подышать, поочередно зажав крылья носа сначала справа, затем слева	
51.	Попросить пациента освободить область груди от одежды	
52.	Сказать, что хотите осмотреть грудную клетку	
53.	Озвучить результат осмотра грудной клетки (как вариант нормы)	
54.	: Форма грудной клетки	
55.	: Деформации грудной клетки	
56.	: Симметричность участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания	
57.	: Втяжение уступчивых мест грудной клетки	
58.	: Тип дыхания	
59.	: Ритм дыхания	
	Пальпация грудной клетки	
60.	Сказать, что хотите оценить эластичность грудной клетки	
61.	:Сдавить грудную клетку в переднезаднем направлении	
62.	:Сдавить грудную клетку по бокам	
63.	:Спросить у пациента о болевых ощущениях при пальпации	
64.	:Озвучить результат оценки эластичности грудной клетки (как вариант нормы)	
65.	Попросить пациента несколько раз повторить вслух цифру «33» в момент прикладывания ваших ладоней	
66.	:Симметрично расположить ладони в области верхушек легких спереди	
67.	:Сбоку	
68.	:Сзади	
69.	:Озвучить результат оценки голосового дрожания (как вариант нормы)	
	Сравнительная перкуссия грудной клетки	
70.	Расположить пальцы для перкуссии легких в надключичной ямке пациента и провести несколько перкутирующих движений	
71.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	
72.	:Повторить те же действия на ключице	
73.	:Убрав палец плессиметр	
74.	:Провести сравнительную перкуссию в 1-ом межреберье по срединно-ключичным линиям	
75.	:Провести сравнительную перкуссию во 2-ом межреберье по срединно-ключичным линиям	
76.	:Не проводить перкуссию ниже 2-го межреберья спереди	
77.	Попросить пациента поднять руки и сложить их в замок на своём затылке	
78.	:Провести перкуссию в 3 межреберье по боковой поверхности грудной клетки	
79.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	
80.	:Повторить те же действия в 4 межреберье по боковой поверхности грудной клетки	
81.	:Не проводить перкуссию ниже 4-го межреберья сбоку	
82.	Попросить пациента повернуться спиной, слегка наклониться вперед, опустив голову и скрестить руки на груди, положив ладони на плечи	
83.	:Провести перкуссию на симметричных участках верхнего, среднего и нижнего отделов межлопаточного пространства	
84.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	
85.	:Повторить те же действия в подлопаточных областях, в частности, в VII, VIII и IX межреберьях вначале по околопозвоночным и далее по лопаточным линиям	
	:Озвучить результат перкуссии грудной клетки (как варианта нормы - при перкуссии ясный легочный звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки.)	
	Аускультация легких	
86.	Исследовать симметричные участки передней стенки грудной клетки на уровне I, II и III межреберий, причем срединно-ключичная линия должна пересекать датчик стетофонендоскопа посередине.	
87.	:в строго симметричных точках	
88.	Попросить пациента сложить руки в замок и положить их за голову (на затылок).	

Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ)

89.	Стетофонендоскоп размещают на боковой поверхности грудной клетки в глубине подмышечной ямки. Аускультация в боковых отделах по точкам сравнительной аускультации.	
90.	Исследовать симметричные участки задней стенки грудной клетки на уровне I, II и III межреберий, причем срединно-ключичная линия должна пересекать датчик стетофонендоскопа посередине.	
91.	Озвучить результат аускультации легких (как вариант нормы).	
92.	:Основной дыхательный шум	
93.	:Наличие дополнительных дыхательных шумов	
94.	Предложить пациенту одеться	
	Измерение артериального давления	
95.	Задать вопросы о следующих действиях совершенных за 30 мин до измерения	
96.	: о курении,	
97.	: интенсивной физ.нагрузке,	
98.	: принимаемых лекарствах,	
99.	: употреблении кофе,	
100.	: принятии пищи,	
101.	: употреблении алкоголя	
102.	Попросить (при необходимости помочь) пациента занять необходимую позу для проведения процедуры, попросить оголить руку и уточнить, что:	
103.	: пациенту удобно	
104.	: с расслабленными и не скрещенными ногами, ступни находятся на полу	
105.	: упор спины о спинку стула,	
106.	: рука лежит на поверхности на уровне сердца, полностью разогнута в локте, ладонная поверхность вверх	
107.	: дыхание спокойное	
108.	Измерить диаметр плеча	
109.	Выбрать подходящий размер манжеты	
110.	Проверить работоспособность тонометра, наполнением манжеты и визуализацией подвижности стрелки манометра	
111.	Оголить руку и наложить манжету тонометра на 2-2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты)	
112.	: правильно разместить манжету на плече	
113.	: закрепить манжету так, чтобы под неё свободно проходил палец	
114.	Установить манометр в положение для его наблюдения	
115.	Одной рукой найти место пульсации лучевой артерии	
116.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши по часовой стрелке и нагнетать воздух до исчезновения пульсации на лучевой артерии	
117.	Озвучить показания манометра (как вариант нормы) и спустить воздух	
118.	Использовать стетофонендоскоп	
119.	: мембрану которого поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии	
120.	: не допускать создания значительного давления на кожу	
121.	: головка стетофонендоскопа не находится под манжетой	
122.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши (по часовой стрелке) и быстро накачать воздух в манжету до уровня, превышающего, на 30 мм.рт.ст результат, полученный при пальпаторной пробе	
123.	Открыть клапан (вентиль) груши и медленно выпускать воздух из манжеты,	
124.	: скорость понижения давления в манжете 2 - 3 мм рт. ст. за секунду	
125.	: смотреть на манометр, выслушивая тоны	
126.	Выслушивать до снижения давления в манжете до нулевой отметки	
127.	Сообщить пациенту результат исследования, назвав две цифры, соответствующие моменту появления (АДсист) и исчезновения (АД диаст) тонов	
128.	Повторить измерение на второй руке	
129.	Повторное уточнение самочувствия пациента в конце обследования	
	Завершение	
130.	Поблагодарить пациента, сказать, что можно одеться сообщить, что Вы закончили и сейчас подготовите письменное заключение его результатов	
131.	Вскрыть спиртовую салфетку и утилизировать её упаковку в отходы класса А	
132.	Обработать спиртовой салфеткой мембрану стетофонендоскопа и его оливы	
133.	Утилизировать спиртовую салфетку в отходы класса Б	
134.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции	
	Нерегламентированные действия	
135.	Не проводил обследование пациента в положении стоя	
136.	Не проводить измерение АД через одежду	

Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ)

137.	Не проводить измерение АД с закатанным рукавом в виде сдавливающего валика	
138.	Не допустима практика округлений до "5" и "0"	
139.	Мне понравилось	

ФИО члена АК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)

17. Медицинская документация

Приложение 2

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации _____ (наименование медицинского учреждения) _____ _____ (адрес) Код ОГРН <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	Медицинская документация Форма № 025/у-04 _____ утверждена приказом Минздравсоцразвития России от _____ № _____
--	--

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО
№ _____

1. Страховая медицинская организация _____

2. Номер страхового полиса ОМС

3. Код льготы

4. СНИЛС

5. Фамилия _____

6. Имя _____

7. Отчество _____

8. Пол: М Ж

9. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

10. Адрес постоянного места жительства: область _____, район _____,
населенный пункт _____, улица _____, дом _____, корпус _____, квартира _____

11. Адрес регистрации по месту пребывания: область _____, район _____,
населенный пункт _____, улица _____, дом _____, корпус _____, квартира _____

12. Телеф. домашний _____ служебный _____

13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, №, серия, дата, кем выдан) _____

14. Инвалидность _____

15. Место работы _____
(наименование и характер производства)
профессия _____, должность _____, иждивенец _____

16. ПЕРЕМЕНА АДРЕСА И МЕСТА РАБОТЫ

Дата	Новый адрес (новое место работы)

лист 2

17. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10	Дата постановки на диспансерное наблюдение	врач		Дата снятия с диспансерного наблюдения	врач	
				должность	подпись		должность	подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. ГРУППА КРОВИ, Rh _____

19. ЛЕКАРСТВЕННАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ:

19.1. _____

19.2. _____

19.3. _____

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (наименование медицинского учреждения) (адрес) Код ОГРН <input type="text"/>	Медицинская документация Форма № 025-12/у утверждена приказом Минздрава России от _____ № _____
ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА	
№ медицинской карты _____ Дата <input type="text"/>	
1. Код категории льготы <input type="text"/>	2. Номер страхового полиса ОМС <input type="text"/>
3. СНИЛС <input type="text"/>	
4. Пациент: код ¹⁾ <input type="text"/>	ф.и.о. <input type="text"/>
5. Пол ⁴⁾ : <input type="text"/>	6. Дата рождения <input type="text"/>
7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) ⁴⁾ : <input type="text"/>	
8. Адрес регистрации по месту жительства ⁴⁾ : <input type="text"/>	
9. Житель ⁴⁾ : <input type="text"/> 1 – город; 2 – сел	
10. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1 - дошкольник: 1.1. – организован, 1.2. – неорганизован, 2 – учащийся, 3 – работающий, 4 – неработающий; 5 – пенсионер; 6 – военнослужащий, код <input type="text"/> 7 – член семьи военнослужащего; 8 – без определенного места жительства	
11. Инвалидность: 1 - I гр., 2 - II гр., 3 - III гр., 4 – установлена впервые в жизни, 5 степень инвалидности <input type="text"/> , 6 – ребенок-инвалид, 7 – инвалид с детства, 8 – снята	
12. Специалист: код <input type="text"/>	ф.и.о. <input type="text"/>
13. Специалист: код ²⁾ <input type="text"/>	ф.и.о. <input type="text"/>
14. Вид оплаты: 1 - ОМС; 2 – бюджет, 3 – платные услуги, в т.ч. 4 - ДМС; 5 - другое	
15. Место обслуживания: 1 - поликлиника, 2 - на дому, в т.ч. 3 - актив.	
16. Цель посещения: 1-заболевание, 2-профосмотр; 3-патронаж; 4-другое	
17. Результат обращения ³⁾ : случай закончен: 1 – выздоровл.; 2 – улучшение; 3 – динамическое набл., направлен: 4 – на госпитализацию, 5 – в дневной стационар, 6 – стационар на дому, 7 – на консультацию, 8- на консультацию в др. ЛПУ, 9-справка для получения путевки, 10-санаторно- курортная карта	
См. на обороте	

Оборотная сторона Талона амбулаторного пациента

18. Диагноз код МКБ <input type="text"/>
19. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС) ³⁾ : <input type="text"/>
20. Характер заболевания: 1 - острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 - диагноз установлен в предыдущ. году или ранее (-)
21. Диспансерный учет: 1 - состоит, 2 - взят, 3 - снят; в т.ч. 4 – по выздоровлению
22. Травма: - производственная: 1 - промышленная; 2 - транспортная, т.ч. 3 - ДТП; 4 - сельскохозяйственная; 5 - прочие не производственная: 6 - бытовая; 7 - уличная; 8 - транспортная, в т.ч. 9 - ДТП; 10 - школьная; 11 – спортивная; 12 – прочие; 13 - полученная в результате террористических действий
23. Диагноз код <input type="text"/>
24. Код мед. услуги (посещения, СМП, КЭС) ³⁾ : <input type="text"/>
25. Характер заболевания: 1 - острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 - диагноз установлен в предыдущ. году или ранее (-)
26. Диспансерный учет 1 - состоит, 2 - взят, 3 – снят, в т.ч. 4 – по выздоровлению
27. Заполняется только при изменении диагноза: ранее зарегистрированный диагноз Код МКБ – 10 <input type="text"/>
Дата регистрации изменяемого диагноза: <input type="text"/>
28. Документ временной нетрудоспособности: 1 - открыт; 2 - закрыт;
29. Причина выдачи: 1 - заболевание; 2 - по уходу; 3 - карантин; 4 - прерывание беременности; 5 - отпуск по беременности и родам; 6 - санаторно-курортное лечение, 29.1 по уходу: пол 1 - муж; 2 – жен. (возраст лица, получившего документ в/н) <input type="text"/>
30. Рецепт бланк серия и №, дата выписки : 30.1 _____; 30.2 _____; 30.3 _____; 30.4 _____.