

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«МЕДИКО–САНИТАРНАЯ ЧАСТЬ №142
ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО–БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА»
(ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России)**

ПРИКАЗ

г. Межгорье

09.01.2020 года

№ 12–П

**Об организации работы
приемного отделения и оказания
экстренной медицинской помощи
в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России**

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 19.11.2010г. № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 12.04.2010г. № 61 – ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 08.01.1998г. № 3 – ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», приказом Минздрава СССР от 04.10.1980г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», приказом МЗ РФ №174 от 17.05.1999г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка», приказом Минздрава РФ от 10 мая 2017 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи", со стандартами скорой медицинской помощи, с целью оказания своевременной, эффективной, безопасной экстренной медицинской помощи в ближайшее время после поступления или обращения пациента,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1 Требования к организации работы приемного отделения и оказанию экстренной медицинской помощи в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России (Приложение № 1).

1.2 Форму «Справка об обращении в медицинскую организацию» (Приложение № 2).

1.3 Алгоритм лабораторного обследования пациентов, доставленных в приемное отделение (Приложение № 3).

1.4 Алгоритм инструментального обследования пациентов, доставленных в приемное отделение (Приложение № 4).

1.5 Алгоритм оценки степени тяжести состояния пациента (Приложение № 5).

1.6 Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке. Приемное отделение (Приложение № 6).

1.7 Алгоритм мероприятий при судорожном синдроме (Приложение № 7).

1.8 Алгоритм проведения сердечно – легочной реанимации при остановке сердечной деятельности. Приемное отделение (Приложение № 8).

1.9 Алгоритм действий при желудочно–кишечном кровотечении (Приложение № 9).

1.10 Алгоритм мероприятий при травматическом шоке (Приложение № 10).

1.11 Алгоритм мероприятий при недифференцированном шоке (Приложение № 11).

1.12 Алгоритм мероприятий при асфиксии (Приложение № 12).

2. Ответственными за актуализацию приказа назначить – заведующих структурными подразделениями, старшего врача ОСМП № 1.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника по медицинской части – Н.Ф. Кудаярова.

Начальник
ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

Ф.Р. Ильченко

ТРЕБОВАНИЯ
к организации работы приемного отделения
и оказанию экстренной медицинской помощи в
ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

1. Организация работы приемного отделения ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

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

- своевременности медицинской помощи;
- эффективности помощи;
- ориентированности на пациента;
- безопасности помощи;
- рациональности (госпитализация по профилю в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации; Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, согласно маршрутизации).

1.2. Для оказания экстренной медицинской помощи с соблюдением названных принципов необходимо обеспечение:

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

1.3. Задачи приемного отделения:

1.3.1. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении.

1.3.2. Сортировка пациентов, доставленных в приемное отделение.

1.3.3. Вызов дежурного врача для осмотра больного в приемном отделении, в том числе отделениях стационара.

1.3.4. Оформление отказа в госпитализации.

1.3.5. Организация транспортировки непрофильных пациентов, доставленных в приемное отделение, в другие профильные стационары.

1.3.6. Оказание экстренной медицинской помощи, в том числе – организация необходимого обследования пациентов с экстренной патологией.

2. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении, мониторинг времени пребывания

2.1. В приемное отделение поступают пациенты с направлениями на очередную плановую госпитализацию, выданными амбулаторно – поликлиническими подразделениями, а также пациенты, поступающие по экстренным показаниям (доставленные бригадами скорой медицинской помощи, направленные из медицинских организаций, обратившиеся за медицинской помощью самостоятельно).

2.2. Прием пациентов проводится с соблюдением поточности, исключающей возможность встречного потока поступающих и находящихся на стационарном лечении пациентов, а так же, позволяющей разделить пациентов на группы в зависимости от срочности (обратившиеся **по экстренным показаниям и по плановым показаниям**).

2.2.1. В отдельную группу выделяются пациенты, которые в связи с наличием у них **инфекционного заболевания**, могут представлять опасность для окружающих, поэтому подлежат помещению в бокс.

2.3. Сроки пребывания пациентов в приемном отделении

2.3.1. Обратившихся в плановом порядке – не должны превышать 40 минут, так как эти пациенты обращаются в приемное отделение уже с результатами обследований, выполненных амбулаторно. Вышеуказанное время необходимо для оформления истории болезни, проведения санитарной обработки и переодевания пациентов.

2.3.2. Нуждающихся в экстренной медицинской помощи – не должны превышать 2 – х часов, в течение которых проводится диагностическое обследование.

2.3.3. При наличии признаков нарушения витальных функций, пациент немедленно госпитализируется в отделение анестезиологии–реанимации с палатой реанимации и интенсивной терапии (далее – ОА–РсПРиИТ), где одновременно с мероприятиями интенсивной терапии осуществляются диагностические мероприятия. Профиль отделения, в которое госпитализируется пациент, определяется направительным диагнозом или предварительным диагнозом, установленным врачом медицинской организации.

2.3.4. При самообращении пациента, состояние которого расценивается как тяжелое, медицинская помощь оказывается согласно пункту 10.15 настоящих Требований.

2.3.5. **Диагностически неясные пациенты с экстренной патологией** до выяснения диагноза должны находиться в приемном отделении не более 2 – х часов. При невозможности установить диагноз в указанный срок, следует руководствоваться пунктом 10.15.

2.3.6. Пациент считается госпитализированным в профильное отделение с момента принятия решения о госпитализации врачом отделения стационара, время указывается этим врачом в записи первичного осмотра.

2.3.7. В случае если пациент нуждается в выполнении дополнительных диагностических мероприятий в приемном отделении, при удовлетворительном состоянии пациента или состоянии средней степени тяжести, допустима задержка пациентов в приемном отделении на время необходимое для выполнения диагностических мероприятий, при условии, если эта задержка не ухудшит его состояния.

2.4. Пациенты обследуются

1) В первую очередь – состояние которых расценивается **как тяжелое**.

2) Во вторую очередь – пациенты, состояние которых расценивается как средне – тяжелое.

3) В третью очередь – пациенты в удовлетворительном состоянии.

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

2.4.1. Оценивает тяжесть состояния в приемном отделении – врач отделения стационара по профилю (врача вызывает медсестра приемного отделения, по графику дежурств врачей на дому), в ночное время, врач, осуществляющий дежурства на дому (далее – дежурный врач) и делает соответствующую пометку в «Справке об обращении в медицинскую организацию» (далее Справка) (Приложение № 2).

2.4.2. Ожидающие обследования пациенты в тяжелом состоянии и состоянии средней степени тяжести в это время размещаются в **смотровом кабинете**. Время ожидания при одновременной интенсивной терапии не должно превышать 15 минут, в противном случае пациент госпитализируется в ОА–РсПРиИТ, где выполняются все диагностические мероприятия.

2.5. При плановой госпитализации медсестра приемного отделения сверяет дату госпитализации, написанной в направлении, с реальной датой, проверяет наличие всех **необходимых для госпитализации документов**: направления на госпитализацию, страхового полиса ОМС, паспорта. Данные необходимого обследования, выполненного амбулаторно, изучает лечащий врач в Отделении. Отсутствие результата обследования не является основанием для отказа в госпитализации. Необходимое дообследование организует лечащий врач в Отделении.

2.6. При переводе пациента из других стационарных учреждений дежурная медсестра по телефону сообщает заведующему профильным отделением или врачу, его замещающему или дежурному врачу о факте перевода. В случае если перевод согласован и обоснован, а также пациент находится в удовлетворительном состоянии или в состоянии средней степени тяжести, пациент госпитализируется в Отделение стационара. Если цель перевода и окончательный диагноз не ясен, заведующий профильным отделением организует лично или поручает врачу–специалисту Отделения организовать необходимое дообследование, включающее консультации смежных специалистов. После проведения необходимых диагностических мероприятий решение в выборе отделения, в которое госпитализируется пациент, принимается коллегиально (совместным осмотром или консилиумом). При невозможности верификации диагноза на уровне приемного отделения, пациент госпитализируется по профилю направительного диагноза. В случае если пациент находится в тяжелом состоянии, все диагностические мероприятия проводятся в ОА–РсПРиИТ.

2.7. К должностным обязанностям врачей, назначаемыми дежурными по приемному отделению, согласно утверждаемого начмедом ежемесячного графика дежурств по приемному отделению, а в ночное время, выходные и праздничные дни — врачей, осуществляющих дежурства на дому по профилю меддеятельности, так же работников ОСМП № 1, рабочее место которых в ночное время — приемное отделение, относится следующее:

- медицинская сортировка пациентов, поступающих в приемное отделение;
- установление предварительного диагноза на основе опроса, осмотра, диагностических исследований и заключений врачей — специалистов;
- решение вопроса о необходимости стационарного или амбулаторного лечения пациента;
- контроль за обоснованностью направлений на стационарное лечение;
- организация консультаций пациентов врачами других специальностей;
- принятие оперативных решений по результатам консультаций в приемном отделении (коррекция лечения, дополнительное обследование и, при необходимости, госпитализация в профильное Отделение).
- осуществление своевременных консультаций врачами – специалистами.

3. Сортировка пациентов, доставленных в приемное отделение

3.1. Сортировка пациентов, доставленных в приемное отделение, осуществляется по следующим направлениям:

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

3.2. Алгоритм действий:

3.2.1. Пациентов, доставленных в приемное отделение, принимает дежурная медсестра приемного отделения.

На основании направительного диагноза медсестра, при удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести пациента, вызывает врача из отделения стационара, измеряет артериальное давление, температуру тела, подсчитывает пульс в смотровом кабинете.

При отсутствии свободного смотрового кабинета при одновременном поступлении нескольких пациентов, возможен осмотр в одном смотровом кабинете с другим пациентом, при наличии в кабинете ширмы. В этой ситуации осматривающий пациента врач обязан проводить беседу и опрос с учетом соблюдения врачебной тайны.

В случае если состояние пациента тяжелое, медицинская сестра приемного отделения вызывает врача из отделения стационара, а также врача – реаниматолога. До их прибытия в приемное отделение экстренную помощь оказывает врач/фельдшер ОСМП №1, рабочее место которого – приемное отделение.

При отсутствии направления и соответственно отсутствии направительного диагноза (при самообращении), осмотр осуществляет врач – терапевт или врач – хирург стационара по вызову медсестры приемного отделения (в зависимости от превалирования жалоб и клинических проявлений).

После осмотра в данной ситуации врач принимает решение о направлении пациента на амбулаторное лечение, в профильное отделение стационара или привлекает на консультацию врача из отделений стационара для принятия совместного решения.

В случае если имеется подозрение на наличие у пациента инфекционного заболевания, пациент помещается в бокс. Диагностические мероприятия осуществляются с соблюдением мероприятий, исключающих контакт этого пациента с другими пациентами. При подтверждении диагноза инфекционного заболевания, пациент, если его состояние расценивается как удовлетворительное, бригадой скорой помощи переправляется в инфекционный стационар.

Если состояние пациента тяжелое и транспортировка его может негативно повлиять на его состояние, пациент госпитализируется в отдельную палату отделения ОА–РсПРИИТ по профилю направительного диагноза. Если направительного диагноза не имеется (самообращение), то дальнейшие мероприятия проводятся согласно пункту 10.15. После того, как пациент с инфекционным заболеванием покидает приемное отделение, все помещения, где он находился, подвергаются санитарной обработке в соответствии с регламентирующими документами.

3.2.2. В случае удовлетворительного состояния или состояния средней тяжести, пациента осматривает врач профильного отделения. Осмотр осуществляется в смотровом кабинете. При подтверждении диагноза, врач, осматривающий пациента, решает вопрос о необходимости госпитализации.

О своем решении врач ставит в известность медицинскую сестру приемного отделения, при необходимости назначает дополнительное обследование и консультации врачей других специальностей (по профилю сопутствующей патологии). Медсестра приемного отделения заполняет необходимую документацию, и после выполнения назначений организует транспортировку пациента в профильное отделение.

3.2.3. В случае тяжелого состояния пациента, осмотр осуществляется с осмотром врача – анестезиолога – реаниматолога. В осмотре и транспортировке пациента в диагностические кабинеты, и в дальнейшем – в ОА–РсПРиИТ (при необходимости) принимает участие врач анестезиолог – реаниматолог.

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

3.2.5. Если состояние пациента средней степени тяжести или тяжелое без нарушений витальных функций – госпитализируется в круглосуточный стационар по профилю направительного диагноза. При тяжелом состоянии с нарушением витальных функций – в ОА–РсПРиИТ на койку по профилю направительного диагноза. При отсутствии направительного диагноза в случае самообращения, а также при неверном направительном диагнозе, госпитализация осуществляется согласно пункту 10.15.

4. Вызов дежурного врача, врача консультанта для осмотра пациента в приемном отделении или в ОА–РсПРиИТ

4.1. В рабочее время вызов врачей–специалистов осуществляет медсестра приемного отделения.

В выходные и праздничные дни, в вечернее и ночное время, вызов врачей – специалистов осуществляется через сотрудника ОСМП №1 по решению дежурного врача, врача/фельдшера скорой помощи.

Доставка врача – консультанта из дома осуществляется автомобилем СМП.

4.2. Врач – консультант несет ответственность за своевременное осуществление консультации (экстренная консультация осуществляется – незамедлительно, не позднее 2 часов). Информацию о выявленной патологии врач – консультант фиксирует в истории болезни или в «Справке об обращении в медицинскую организацию», сообщает лечащему врачу, а в случае необходимости – заведующему отделением. При необходимости дообследования и (или) динамического наблюдения, в истории болезни или в «Справке об обращении в медицинскую организацию» делается соответствующая запись с соответствующими рекомендациями. **За выполнение рекомендаций несет ответственность лечащий врач, а при его отсутствии на работе – дежурный врач.**

5. Отказ в госпитализации

5.1. При отсутствии медицинских показаний к госпитализации, или при отказе пациента от госпитализации, врач – специалист делает соответствующую запись в «Журнале регистрации амбулаторных больных» (форма № 074/У); с подробным описанием общего и местного статуса, с указанием результатов обследования, и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению. Оригиналы результатов обследования вклеиваются в «Журнал регистрации амбулаторных больных». Выдача копий результатов обследования на руки пациенту, направляемому на амбулаторное лечение, не предусмотрена. Пациенту выдается «Справка об обращении в медицинскую организацию», в которой кратко изложены результаты обследования и рекомендации.

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

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

– подробно записать в «Журнале регистрации амбулаторных больных» (форма 074/У) результаты осмотра дежурным врачом, совместно с заведующим отделением или с врачом – консультантом – данные обследования; при непосредственной угрозе жизни – оформляется консилиум с дежурным по администрации.

– разъяснить пациенту и сопровождающим его родственникам необходимость госпитализации;

– **взять с пациента расписку об отказе от госпитализации с указанием точного времени (часы, минуты) проведения с пациентом беседы о необходимости стационарного лечения и возможных последствиях отказа.**

– При отказе пациента выдать расписку об отказе от госпитализации, оформляется консилиум с привлечением дежурного по администрации, в котором отражается факт отказа пациента расписаться за отказ от госпитализации.

– выдать пациенту Справку с указанием кратких результатов осмотров, консультаций, специальных и лабораторных методов исследования, диагноза, лечебных и трудовых рекомендаций. Выдача копий данных обследования на руки пациенту или его родственникам не предусмотрена.

– сообщить о пациенте по телефону в поликлинику по месту жительства, а при непосредственной угрозе сообщить в ОСМП для проведения ими «активного вызова». В амбулаторном журнале фиксируется время и дата передачи активного вызова, фамилия и должность медработника, принявшего вызов. Если место жительства пациента не известны, а также, если пациент является жителем другого города, информация о нем сообщается дежурному по администрации, и в амбулаторном журнале делается запись о невозможности осуществить активный вызов. Запись скрепляется подписью врача, осуществлявшего осмотр, дежурного администратора и заведующего профильным отделением или дежурным работником ОСМП.

5.3. Указанный выше порядок действий должен осуществляться только при отсутствии у пациентов хронических психических заболеваний, острых психических расстройств, особенно обусловленных экстренной патологией.

В указанных ситуациях вопрос о госпитализации и последующем лечении, в том числе хирургическом, решается консилиумом врачей (не менее 3 – х специалистов), на консультацию экстренно вызывается врач – психиатр.

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

5.4.1 Наличие у доставленного пациента заболевания, подлежащего лечению в специализированном отделении другого стационара (инфекционном, наркологическом, психиатрическом и др.).

При этом дежурный врач по приемному отделению обязан:

– объяснить пациенту необходимость перевода в другой стационар;

– вызвать для транспортировки пациента бригаду скорой помощи;

– выдать пациенту Справку, копии результатов осмотров, консультаций, исследований, диагноза, причины перевода в другой стационар, записать в «Журнале регистрации амбулаторных больных» (форма 074/У) точное время перевода пациента;

5.4.2 Отсутствие у доставленного пациента показаний к экстренной госпитализации.

5.5. Дежурный врач обязан объяснить пациенту отсутствие необходимости в экстренной – отсутствии медицинских показаний к стационарному лечению, не может быть расценено как показание к стационарному лечению.

5.6. В конфликтных ситуациях, при настойчивом требовании пациента госпитализировать его в стационар – немедленно докладывать заведующему отделением по профилю заболевания пациента; при сохраняющемся конфликте – дежурному по администрации и принимать индивидуальное решение в каждом конкретном случае.

6. Транспортировка и перевод пациентов, доставленных в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

6.1. В случае выявления у пациента патологии, требующей госпитализации и лечения в других стационарных учреждениях, врач – специалист, осматривавший пациента, делает соответствующую запись в «Журнале регистрации амбулаторных больных» (форма № 074/У) с подробным описанием общего и местного статуса, с интерпретацией результатов обследования, и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению. Оригиналы данных обследования и консультаций смежных специалистов вклеиваются в амбулаторный журнал. Копии передаются бригаде скорой медицинской помощи для передачи в профильную медицинскую организацию, куда переправляется пациент.

6.2. После получения согласия пациента на перевод в другой стационар, медсестра приемного отделения по распоряжению врача – специалиста вызывает бригаду скорой медпомощи. Врачу/фельдшеру, сопровождающему пациента, сообщается состояние пациента, диагноз, фамилия врача, принявшего решение на перевод.

6.3. Перевод в другие стационары пациентов с нарушением витальных функций и с клиникой кровотечения любой этиологии запрещается.

Госпитализация осуществляется в профильное отделение (койки), в соответствии с требованиями, изложенными в пункте 10.15.

7. Порядок сортировки пациентов в приемном отделении

– Первичную сортировку пациентов, находящихся в приемном отделении осуществляет медицинская сестра приемного отделения, которая устанавливает профиль врачебной специальности дежурного врача для первичного осмотра пациента и очередность осмотра; в ночное время врач/фельдшер ОСМП для осмотра врача – специалиста, осуществляющего дежурства на дому.

– Очередность первичного осмотра в приемном отделении может быть изменена дежурной сестрой или дежурным врачом в зависимости от ухудшения состояния пациента в период ожидания осмотра.

– Дежурный врач при осмотре пациента определяет критерии, которые являются признаками угрозы жизни пациента, оказывает при необходимости экстренную и неотложную медицинскую помощь и решает вопрос о показаниях (абсолютных или относительных) к госпитализации в стационар.

1) В первую очередь (**1 – ая группа**) – незамедлительно осматриваются дежурным врачом пациенты, нуждающиеся в оказании экстренной медицинской помощи вне зависимости от каналов поступления (по скорой медицинской помощи, самообращение) – помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства.

2) Следующая группа (**2 – я очередь**) это пациенты, доставленные машиной скорой медицинской помощи.

3) Третья группа (**3 – я очередь**) – пациенты, которые уже были госпитализированы и находятся в лечебных отделениях, но в связи с ухудшением состояния нуждаются в осмотре дежурного врача в вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни. Врач осматривает пациентов 3 – й очереди непосредственно в лечебных отделениях.

4) Четвертая группа (**4 – я очередь**), пациенты, обратившиеся в приемное отделение с электронным (письменным) врачебным направлением на госпитализацию.

5) В последнюю очередь (**5 – я группа**) дежурный врач производит осмотр пациентов, обратившихся самостоятельно, без направлений.

8. Регламенты работы и временные нормативы взаимодействия диагностических, клинических и реанимационного отделений для оказания экстренной помощи в приемном отделении и в целом в медицинской организации

При самообращении пациента, когда нет направительного диагноза, состояние которого расценивается как тяжелое, решение о госпитализации в профильное отделение принимается после проведения консилиума дежурных врачей, который организует и проводит дежурный врач по профилю в приемном отделении, а если тяжесть состояния пациента требует оказания немедленной помощи – в отделении ОА–РсПРиИТ.

Пациент может быть помещен в отделение реанимации без истории болезни для своевременного оказания помощи по жизненным показаниям.

Все диагностические мероприятия врачи диагностических служб в этой ситуации обязаны выполнить в кратчайшие сроки.

9. Порядок ведения медицинской документации на этапе приемного отделения и в поликлинике

В приемном отделении на каждого обратившегося пациента медицинской сестрой заполняется медицинская карта стационарного больного форма — 003/У и проставляется канал госпитализации

- госпитализация пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи, шифруется как «СМП»;
 - плановая госпитализация шифруется как «планово»;
 - госпитализация по экстренным показаниям пациентов, поступивших без направления в медицинскую организацию, шифруется как «самообращение»;
 - пациенты, переведенные для лечения из других стационаров по договоренности с заместителем по медицинской части и заведующим отделением, шифруются как «прочие»;
 - пациенты, госпитализируемые на коммерческой основе, шифруются — «платно».
- Госпитализация пациентов осуществляется по ОМС, согласно страховым полисам.

10. Оказание экстренной медицинской помощи

10.1. Дежурные врачи стационара, ответственные за приемное отделение в рабочие часы по ежемесячному графику, в ночное время – врачи/фельдшера ОСМП № 1, рабочее место которых является приемное отделение, при вызове – оказывают экстренную медицинскую помощь.

10.2. При поступлении пациентов в экстренном порядке первоочередной задачей врача – специалиста, врача/фельдшера ОСМП является оценка степени тяжести пациента в соответствии с «Алгоритмом оценки степени тяжести состояния пациента» (Приложение № 5 к Приказу), а также выявление угрожающих жизни состояний.

10.3. При поступлении пациента по экстренным показаниям врач осуществляет:

- 1) Осмотр пациента с выраженными и угрожающими нарушениями жизненно – важных функций – незамедлительно, в течение 3–5 минут (время необходимое для безотлагательного прибытия врача к пациенту). При состоянии с умеренно выраженным нарушением жизненно – важных функций, не представляющих опасности для жизни – в течение не более 20 мин. При состоянии с незначительными и компенсированными функциональными расстройствами – в течение не более 40 мин.
- 2) Назначение и контроль проведения необходимых лабораторных и специальных методов исследования (ОАК, ОАМ, БАК, группа крови, ЭКГ, Р – графия, УЗИ, ФГС, МРТ) (Приложения № 3,4 к Приказу);
- 3) Установление предварительного диагноза;
- 4) Запись осмотра врача профильного отделения в медицинской карте стационарного больного;
- 5) Врачи профильных отделений, осуществляющие оказание помощи в приемном отделении, руководствуются п 10.3 настоящих Требований.

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

10.5. Дежурным врачом, врачом ОСМП/фельдшером должны быть исключены инфекционные заболевания (особо опасные инфекции). При малейших сомнениях пациент должен быть изолирован в бокс для проведения мероприятия по особо опасным инфекциям, с обязательной консультацией врача – инфекциониста.

В случае выявления в приемном отделении диагноза инфекционного заболевания составляется «экстренное извещение» ф. № 058у, которое регистрируется в журнале учета инфекционных болезней ф. № 060/у и передается в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии №142 ФМБА России» по телефону и в течении 24 часов в бумажном варианте до 10:00 часов.

При подтверждении диагноза инфекционного заболевания пациента переводят в инфекционный стационар.

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

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

10.8. Относительными показаниями к госпитализации являются:

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

10.9. В случаях, когда пациент, находящийся в тяжелом состоянии, поступает сразу же в отделение реанимации, **история болезни стационарного больного** заполняется врачом той специальности, по профилю которой пациент направлен в стационар. Врач – реаниматолог записывает результаты своего осмотра отдельно. При отсутствии направительного диагноза (при факте самообращения) следует руководствоваться требованиями, изложенными в пункте 10.15.

10.10. Пациенты без сознания с шоком, коллапсом и прочими угрожающими жизни состояниями, госпитализируются немедленно в ОА–РсПРиИТ и все диагностические и лечебные мероприятия проводятся в этом отделении.

10.11. В случае исключения диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости дежурный врач обязан провести осмотр пациента совместно с заведующим хирургическим отделением, или ответственным дежурным хирургом. Пациенты с острой хирургической патологией органов брюшной полости, могут быть отпущены из приемного отделения только в случае категорического отказа пациента от госпитализации, при оформлении информированного отказа от госпитализации, подписанного пациентом и тремя врачами (работниками дежурной смены), с последующей передачей активного вызова в поликлинику по месту жительства пациента.

10.12. Выполнение **экстренных консультаций** осуществляется врачами – специалистами отделений стационара, дежурными врачами на дому, врачами – специалистами поликлиники: хирургом, урологом, гинекологом, эндокринологом, неврологом, оториноларингологом, окулистом, кардиологом, с учетом сроков нахождения пациента в приемном отделении, перечисленными в пункте 10.3.

10.13. Дежурный врач обязан немедленно извещать родственников пациента в следующих случаях:

- при поступлении ребенка или подростка до 18 лет без сопровождения родственников;
- при поступлении пациентов в бессознательном состоянии (при наличии документов);
- при переводе больного в другую МО непосредственно из приемного отделения;
- в случае смерти пациента в приемном отделении.

В случае, если личность поступившего пациента не установлена и осуществить это в ближайшие сутки не представляется возможным, дежурная медсестра приемного отделения /сотрудник ОСМП №1 сообщает всю имеющуюся о поступившем в Отдел МВД России по городскому округу ЗАТО г. Межгорье. При наличии признаков внешнего воздействия (травма, отравление) дежурный медицинский персонал по приемному отделению (в ночное время врач, осуществляющий дежурство на дому; персонал ОСМП) обязан обеспечить сохранность потенциальных вещественных доказательств (одежды со следами биологических жидкостей, образцы биологических жидкостей). Процесс сбора, регистрации и консервации вышеуказанных предметов контролирует дежурный врач отделения, куда госпитализируется пациент.

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

10.15. В случае если доставленный в приемное отделение пациент нуждается в оказании помощи по экстренным показаниям, а по ряду объективных причин установить полный диагноз в установленные сроки не представляется возможным, госпитализация осуществляется по принципу «направительного диагноза» в Отделение соответствующего профиля. При аналогичной ситуации при факте самообращения, когда нет направительного диагноза, решение о госпитализации в профильное Отделение принимается после проведения консилиума дежурных врачей, который организует и проводит в приемном отделении дежурный врач по профилю отделения, а если тяжесть состояния пациента требует оказания немедленной помощи – в отделении реанимации.

При этом, учитывая специфику работы системы Промед, пациент может быть помещен в отделение реанимации без истории болезни для своевременного оказания помощи по жизненным показаниям.

Все диагностические мероприятия врачи диагностических служб в этой ситуации обязаны выполнить в кратчайшие сроки, даже без наличия направления в системе Промед и в истории болезни (направление выписывается на импровизированном бланке с указанием паспортных данных пациента, предполагаемого диагноза, метода и анатомической области обследования). После того, как история болезни будет оформлена, в нее вносятся направления на все выполненные диагностические мероприятия с указанием реального времени их назначения и кратким обоснованием их проведения.

10.16. К должностным обязанностям среднего медицинского персонала приемного отделения (в ночное время дежурных медицинских работников ОСМП) относятся:

10.16.1. Обязанности:

- прием и регистрация пациентов, поступающих в приемное отделение;
- учет госпитализированных пациентов, а также пациентов, получивших в приемном отделении амбулаторную помощь;
- передача телефонограмм в службу «02» в дежурную часть ОВД о всех случаях повреждений насильственного характера, к которым относятся:
 - а) телесные повреждения, связанные с огнестрельными, колото – резанными, рублеными ранами, переломами, обморожениями, ушибами, сотрясениями мозга и т.д.;
 - б) телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство;
 - в) телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсическими веществами;
 - г) ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях;
 - д) травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением огнестрельным оружием и боеприпасами;
 - е) травмы, полученные в результате дорожно – транспортных происшествий;
 - ж) телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники безопасности на производстве;
 - з) иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения;
 - и) информация о трупах и лицах, доставленных в бессознательном состоянии, без сопровождения родственников или без документов, удостоверяющих личность.

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

10.16.3. Дежурная медицинская сестра (в ночное время работник ОСМП) при поступлении пациента получает направление на госпитализацию и немедленно отмечает время поступления пациента в приемное отделение.

Время доставки пациента бригадами скорой медицинской помощи проставляется на сопроводительном листе врачом или фельдшером «скорой помощи». Часы поступления пациента в приемное отделение, время его направления в отделение или часы отправки домой проставляются медицинскими сестрами, дежурными медицинскими работниками ОСМП в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/У и «Журнале регистрации амбулаторных больных» (форма № 074/У).

10.16.4. На дежурную медицинскую сестру приемного отделения, в ночное время – работника ОСМП №1 возлагаются следующие обязанности:

- прием и регистрация поступающих пациентов;
- оформление титульного листа медицинской карты стационарного пациента и статистической карты выбывшего из стационара;
- оформление журналов – учетных форм №001/У и № 074/У;
- запись и передача телефонограмм в ОВД г. Межгорье.

10.16.5. Медицинская сестра, отметив в направлении на госпитализацию часы поступления в приемное отделение, вызывает к нему дежурного врача и необходимых консультантов.

10.16.6. При поступлении от бригады скорой медицинской помощи информации о транспортировке в приемное отделение пациента в угрожающем для жизни состоянии, дежурная медсестра, работник ОСМП заблаговременно (сразу после поступления этой информации) вызывает в приемное отделение бригаду реаниматологов (врач–анестезиолог– реаниматолог и медсестра – анестезистка) и врача профильного отделения (в зависимости от направительного диагноза).

10.16.7. В случаях длительной (приближающейся к 3 – м часам) задержки пациентов в приемном отделении, ответственная медсестра приемного отделения, работник ОСМП сообщает об этом заместителю начальника по медицинской части; в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни – дежурному врачу – терапевту, осуществляющему дежурство на дому.

10.16.8. Для оказания экстренной помощи в процедурном кабинете приемного отделения, ОСМП и отделениях стационара должны быть наборы медикаментозных и инструментальных упаковок, укомплектованных в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами МЗ РФ, противошоковая упаковка должна быть укомплектована в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 20 декабря 2012 г. № 1079н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке".

11. Временные нормативы и порядок госпитализации по экстренным показаниям, включая показания/ условия/ состояние пациента в отделения МО, в том числе в ОАР, ОА–РсПРиИТ, ПИТ, операционную

11.1. Временные нормативы

11.2. Медицинская помощь в приемном отделении оказывается согласно нормативов, указанных в Территориальной программе государственных гарантий оказания медицинской помощи.

1) Первичный осмотр медсестры – в течение 5 минут после обращения пациента в приемное отделение.

2) Первичный осмотр врача – в течение 10 минут, но не позднее 30 минут с момента обращения пациента в приемное отделение, а при угрожающих жизни состояниях – немедленно.

3) При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, когда жизнь пациента находится под угрозой, экстренную медицинскую помощь оказывают **безотлагательно** (ч. 2 ст. 11 Закона № 323 – ФЗ).

4) Экстренная госпитализация осуществляется незамедлительно в момент обращения.

5) Постановка предварительного диагноза и принятие решения о госпитализации или об отказе в госпитализации – не более 2 часов.

6) Неотложная госпитализация осуществляется по показаниям после осмотра пациента дежурным врачом.

7) В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуются динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно – диагностических мероприятий, допускается нахождение больного в палате наблюдения или боксе – до 3 часов. За этот период больному осуществляется полный объем неотложных лечебно – диагностических мероприятий.

12. Порядок госпитализации по экстренным показаниям

12.1. Экстренные больные без задержки осматриваются дежурным врачом с оказанием медицинской помощи безотлагательно. Экстренная медицинская помощь должна быть оказана при обращении пациента в любое время суток.

12.2. Госпитализация по экстренным показаниям пациентов, поступивших без направления, осуществляется только с участием заведующего профильным Отделением, в его отсутствие – ответственного врача данного профиля с оформлением записи в истории болезни с указанием показаний для госпитализации.

12.3. При экстренной госпитализации больных, обследование должно проводиться в приемном отделении после осмотра и в соответствии с назначениями дежурного врача по профилю. При этом записи врачей в медицинской документации должны четко обосновывать необходимость экстренной госпитализации на круглосуточную койку.

12.4. Медицинская помощь больным в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни оказывается врачами – специалистами, осуществляющими дежурство на дому, согласно утвержденному графику.

12.5. Врач – специалист при оказании экстренной помощи обязан:

- оказывать необходимую помощь вновь поступающим больным, а также больным, обращающимся по поводу острого заболевания, травмы, отравления и (или) другого неотложного состояния по профилю заболевания;

- при необходимости проводить реанимационные мероприятия в приемном отделении, с привлечением врача – анестезиолога – реаниматолога;

- госпитализировать больных, поступающих в состояниях, угрожающих жизни, непосредственно в ОА–РсПРиИТ;

- сведения о больных, обратившихся в течение дежурства, заносить в соответствующие медицинские документы: медицинскую карту стационарного больного (форма №003/у), карту амбулаторного пациента в электронном и бумажном вариантах;

- больному, наблюдающемуся свыше часа в приемном отделении, заполнять в обязательном порядке **Лист назначения**, отражать динамику состояния больного, объем оказанной медицинской помощи, результаты дополнительных методов исследования в медицинской карте стационарного больного (форма №003/у) или карте пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях.

12.6. Необоснованная задержка в госпитализации больного недопустима:

- оформлять отказы от госпитализации в профильные отделения стационара пациентов, нуждающихся в госпитализации по медицинским показаниям, но отказывающимся от нее;

12.7. В случае отсутствия необходимости в немедленной госпитализации в ОА–РсПРиИТ всем больным в тяжелом состоянии и состоянии средней тяжести, доставленным в приемное отделение, при поступлении проводится обследование в объеме клинического минимума (ОАК, Б/Х, ЭКГ) непосредственно в момент поступления и далее – по назначению врача – специалиста.

13. Порядок госпитализации по экстренным показаниям, включая показания/ условия/ состояние пациента в отделения МО, в том числе в ОАР, ОА–РсПРиИТ, ПИТ, операционную:

13.1. В отделения медицинской организации:

При всех неясных и спорных случаях вопрос госпитализации в другие отделения в рабочее время проводится заведующим отделением по профилю пациента, во внерабочее время – ответственным дежурным врачом, они же являются ответственными за организацию консилиума врачей, о чем делается совместная запись (консилиум) в истории болезни.

13.2. В ОАР, ОА–РсПРиИТ, ПИТ:

При наличии признаков нарушения витальных функций, пациент немедленно госпитализируется в отделение реанимации, где одновременно с мероприятиями интенсивной терапии осуществляются диагностические мероприятия. Профиль отделения, в которое госпитализируется пациент, определяется направительным диагнозом или предварительным диагнозом, установленным дежурным врачом.

В случаях, когда пациент, находящийся в тяжелом состоянии, поступает сразу же в отделение реанимации, история болезни стационарного больного заполняется врачом той специальности, по профилю которой пациент направлен в стационар. Врач – реаниматолог записывает отдельно результаты своего осмотра. Оптимальным вариантом является совместная запись врача – специалиста и врача – реаниматолога, что свидетельствует об общей ответственности за больного.

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

Диагностически неясные пациенты с экстренной патологией до выяснения диагноза должны находиться в приемном отделении не более 2 – х часов.

При невозможности установить диагноз в указанный срок, госпитализация осуществляется по принципу «направительного диагноза» в отделение соответствующего профиля. Пациент считается госпитализированным в профильное Отделение с момента принятия решения о госпитализации врачом отделения стационара, время указывается этим врачом в записи первичного осмотра.

При самообращении пациента, когда нет направительного диагноза, состояние которого расценивается как тяжелое, решение о госпитализации в профильное Отделение принимается после проведения консилиума дежурных врачей, который организует и проводит дежурный врач по профилю в приемном отделении, а если тяжесть состояния пациента требует оказания немедленной помощи – в отделении реанимации.

13.3. В операционную:

При поступлении пациента в тяжелом состоянии обследование и оказание медицинской помощи проводить в ОА–РсПРиИТ или операционном блоке силами врачей хирургов, врачей по профилю медицинской помощи и врачами – анестезиологами – реаниматологами.

При необходимости экстренной операции без проведения специальной предоперационной подготовки, больной должен быть осмотрен ответственным хирургом и анестезиологом, о чем делается соответствующая запись в истории болезни. За проведение стандартной предоперационной подготовки и обследования в приемном отделении ответственность несет дежурный врач – хирург.

В случае геморрагического шока, вызванного внутрибрюшным кровотечением, немедленный перевод в операционную для экстренного оперативного лечения.

При поступлении пациента в тяжелом состоянии обследование и оказание медицинской помощи проводить в ОА–РсПРиИТ или операционном блоке силами врачей приемного отделения, профильных отделений и ОА–РсПРиИТ.

При необходимости экстренной операции без проведения специальной предоперационной подготовки, больной должен быть осмотрен ответственным хирургом и анестезиологом, о чем делается соответствующая запись в истории болезни. За проведение стандартной предоперационной подготовки и обследования в приемном отделении ответственность несет врач хирург отделения.

При необходимости экстренного эндоскопического исследования за подготовку больного к эндоскопии ответственность несет врач – хирург хирургического отделения.

Общая продолжительность пребывания пациента в приемном отделении не должна превышать 30 мин.

14. При обращении в приемное отделение лиц, повторно направленных в течение трех суток, дежурными врачами обеспечивается обязательная госпитализация для проведения обследования и лечения в стационарных условиях.

При обращении/доставлении в приемное отделение пациентов со злокачественными новообразованиями 3 – 4 стадии для симптоматической терапии, госпитализацию необходимо осуществлять по наиболее выраженной симптоматике заболевания:

При обращении/доставлении в приемный покой пациентов младше 15 лет необходимо осуществить осмотр пациента профильным врачом, оказать первую медицинскую помощь и организовать транспортировку в ГБУ РБ «ДРКБ». При состояниях угрожающих жизни пациента медицинскую помощь необходимо оказывать с реаниматологом, с последующей госпитализацией пациента в ОА–РсПРиИТ и вызовом специалистов ГБУ РБ «ДРКБ» «на себя».

Справка об обращении в медицинскую организацию

ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России
453571, Респ. Башкортостан, г. Межгорье,
ул. Олимпийская, д.16, 453571

СПРАВКА № _____
Выдана _____

в том, что он(а) поступил(а) в __ часов __ минут
и покинул(а) приемное отд. в __ часов __ минут

Диагноз : _____

Результаты обследования: _____

Оказанная помощь: _____

Рекомендации: _____

На момент осмотра в приемном отделении трудоспособность: сохранена, утрачена (подчеркнуть)

«__» _____ 20__ г.

Дежурный врач _____

Алгоритм лабораторного обследования пациентов, доставленных в приемное отделение

- 1.** При поступлении пациента в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России дежурный врач оценивает состояние больного, определяет перечень необходимых лабораторных исследований.
- 2.** Пациенты, доставленные в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России и нуждающиеся в дообследовании, состояние которых удовлетворительное или средней степени тяжести, обследуются в приемном отделении. Медсестра процедурного кабинета приемного отделения по назначению дежурного врача осуществляет забор крови в специальный контейнер, фиксирует время забора анализа, заполняет направление (согласно стандартной операционной процедуре (СОП) №14 «Забор венозной крови с использованием системы BD Vacutainer, утвержденной приказом ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России №112–П от 30.04.2019г., СОП №15 «Забор образца крови на определение групповой и резус–принадлежности», утвержденной приказом ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России №112–П от 30.04.2019г.). Данные пациента фиксируются в Журнале уч. форм № 074/У, № 001/У. После этого образцы биологического материала с направлением доставляются в лабораторию или медсестрой, или младшим медперсоналом приемного отделения. Время доставки – не более 10 минут с момента забора. При одновременном поступлении в приемное отделение большого количества пациентов, допустимо осуществить забор поочередно не более чем у пяти пациентов, с одновременной доставкой пяти экземпляров биоматериала. При этом время отправки с момента забора первого образца не должно превышать 20 минут.
- 3.** Пациенты, нуждающиеся в экстренной реанимационной помощи, госпитализируются в отделение реанимации без дополнительного обследования, все лабораторные исследования должны быть назначены врачом отделения реанимации совместно с дежурным врачом с вызовом врача/фельдшера КДЛ.
- 4.** Пациенты, нуждающиеся в экстренной помощи, должны быть госпитализированы в специализированные отделения по профилю, после осмотра дежурным врачом. Лабораторные и диагностические исследования назначает дежурный врач после осмотра пациента, заполняет Справку в приемном отделении (Приложение № 2), где указывает перечень необходимых исследований, согласно стандартам оказания медицинской помощи и перечню лабораторных исследований, выполняемых в клинико – диагностической лаборатории (КДЛ) в любое время суток, в зависимости от предположительного диагноза.
- 5.** Направление на лабораторные исследования выписывает и выдает медицинская сестра приемного отделения, за подписью дежурного врача, согласно приказу МЗ СССР от 04.10.1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», в направлении все графы должны быть заполнены.
- 6.** К пациенту, нуждающемуся в исследовании общего анализа крови – капиллярной крови, медицинская сестра приемного отделения приглашает лаборанта из КДЛ, для забора крови из пальца. Время от момента вызова до прихода лаборанта не должно превышать 10 мин.
- 7.** После доставки образцов биологического материала в лабораторию сотрудники экстренной службы КДЛ должны обеспечить проведение и выполнение исследований. Амилаза крови, диастаза мочи, сахар определяется у пациентов с подозрением на острый панкреатит и (или) панкреонекроз, время проведения исследования в течение 45 мин. с момента доставки крови, мочи в лабораторию.
- 8.** Согласно приказам по трансфузиологии исследование крови на группу крови и резус фактор, фенотипирование проводится в случае, если больному в экстренном порядке необходимы операционные вмешательства.
- 9.** После выполнения исследований лаборант КДЛ доставляет анализы в приемное отделение в срок, не позднее 5 мин. с момента готовности результата, и передает результаты анализов дежурной медсестре приемного отделения.

10. После получения лабораторных исследований дежурный врач определяет нуждаемость в госпитализации.

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

Алгоритмы инструментального обследования пациентов, доставленных в приемное отделение

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

1.1. Пациент, направленный на плановую госпитализацию в ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России, должен иметь направление специалиста на госпитализацию и определенный перечень выполненных диагностических исследований амбулаторно, и предъявить результаты обследования в приемном отделении при госпитализации.

1.2. Пациенту, доставленному в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России, минуя поликлинику и нуждающемуся в экстренной госпитализации, запись электрокардиограммы проводят в смотровом кабинете приемного отделения.

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

1.4. В случае необходимости, повторное электрокардиографическое исследование осуществляют:

- в ОА–РсПРИИТ медицинская сестра отделения реанимации по назначению врача – реаниматолога;
- в палате Отделения дежурная медицинская сестра отделения или медсестра функциональной диагностики, в зависимости от ситуации, по назначению врача отделения или дежурного врача.

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

2. Алгоритм проведения диагностических рентгенологических исследований пациентам, доставленным в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

2.1. Рентгенологические исследования проводятся в Отделении лучевой диагностики в соответствии с стандартами лечения заболеваний и повреждений, после назначения дежурным врачом в приемном отделении.

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

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

2.4. При выборе методики рентгенологического исследования должна учитываться целесообразность уменьшения дозы облучения пациента при условии сохранения объема диагностической информации.

Окончательное решение о возможности проведения рентгенологического исследования или дообследования принимает врач–рентгенолог, проводящий данное исследование, с учетом обоснованности направления, наличия или отсутствия противопоказаний, технической возможности проведения исследования в учреждении, степени риска планируемого исследования, а также других факторов, которые могут оказать воздействие на пациента.

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

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

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

2.8. Перед транспортировкой больного в рентген–кабинет, в зависимости от состояния больного, проводится санитарная обработка, при крайне тяжелом состоянии санитарная обработка не проводится.

2.9. При удовлетворительном состоянии пациента из приемного отделения в смотровой/диагностический кабинет пешком сопровождает медсестра, либо санитарка. Тяжелых больных транспортируют на каталке или на кресле – каталке. Больным не транспортабельным, для которых перевозка может угрожать жизни, исследования проводятся только на передвижных палатных рентгеноаппаратах в условиях реанимации или в операционной.

2.10. Перекладывание больного на каталку может быть с или без его участия. Каталку вплотную приставляют параллельно столу аппарата и, придерживая ее животом, помогают больному (поддерживая под голову или шею) перебраться с кровати (кушетки) на каталку. В кабинете ультразвуковой диагностики каталку подкатывают к УЗ – аппарату.

2.11. В зависимости от вида, исследование может занять от нескольких минут до нескольких часов.

2.12. По результатам рентгенологического исследования составляется Протокол рентгенологического исследования, который вносится в ИС, бумажный вариант оформляется на бланке медицинской организации, заполняется разборчиво от руки или в печатном виде, заверяется личной подписью врача – рентгенолога, проводившего анализ результатов рентгенологического исследования.

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

2.14. При необходимости для консультирования могут привлекаться другие врачи – специалисты медицинской организации, проводящей рентгенологическое исследование, а также врачи – специалисты, принимавшие непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении пациента.

В этом случае Протокол также подписывается врачом – специалистом, осуществлявшим консультирование.

3. Алгоритм проведения диагностических ультразвуковых исследований пациентам, доставленным в приемное отделение ФГБУЗ МСЧ № 142 ФМБА России

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

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

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

3.4. В случае невозможности или нецелесообразности проведения назначенного ультразвукового исследования, врач ультразвуковой диагностики обязан в письменном виде обосновать отказ от его проведения.

В медицинской карте стационарного больного, амбулаторного больного делается запись с указанием конкретных причин, послуживших основанием для отказа в проведении исследования, а также конкретные рекомендации по выбору других, альтернативных, видов инструментальных исследований.

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

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

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

3.8. При удовлетворительном состоянии пациента из приемного отделения в диагностический кабинет пешком сопровождает медсестра, либо санитарка. Тяжелых больных транспортируют на каталке или на кресле – каталке.

Больным не транспортабельным, для которых перевозка может угрожать жизни, исследования проводятся только на передвижных портативных ультразвуковых аппаратах в условиях отделения реанимации или в операционной.

3.9. Перекладывание больного на каталку может быть с или без его участия. В кабинете ультразвуковой диагностики каталку подкатывают к УЗИ – аппарату.

3.10. По результатам ультразвукового исследования составляется Протокол ультразвукового исследования, который вносится в ИС, бумажный вариант оформляется на бланке медицинской организации, заполняется разборчиво от руки или в печатном виде, заверяется личной подписью медицинского работника, проводившего ультразвуковое исследование.

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

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

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

4. Алгоритм оказания экстренной эндоскопической помощи

4.1 Пациент в приемном отделении с желудочно–кишечным кровотечением

1) Осмотр дежурного хирурга (определение тяжести состояния). При легкой и средней степени тяжести больного – промывание желудка и ФГДС в условиях кабинета с выявлением источника кровотечения, последующим эндоскопическим гемостазом (инъекционный, клипирование, аргоно – плазменная коагуляция (АПК), лигирование).

2) При тяжелой и крайне тяжелой степени больного – транспортировка в ОА–РсПРИИТ., коррекцией витальных функций, промывание желудка, ФГДС с определением источника кровотечения и последующим возможным эндоскопическим гемостазом (клипирование, аргоно – плазменная коагуляция (АПК), лигирование).

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

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

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

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

7) Абсолютным противопоказанием для экстренного эндоскопического исследования является агональное состояние больного.

8) При определении показаний для эндоскопического исследования и вмешательства необходимо руководствоваться следующим:

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

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

4.2 Пациент в приемном отделении с инородным телом (ИТ) пищевода

- 1) Осмотр дежурного хирурга (определение тяжести состояния).
- 2) ФГДС с выявлением инородного тела (или его последствий) и возможным его удалением.
- 3) ЭКГ.
- 4) Рентгеноскопическое исследование с водорастворимым контрастом. Рентгенография пищевода.
- 5) При извлечении инородного тела – последующая госпитализация пациента в круглосуточный хирургический стационар, при необходимости.
- 6) При невозможности эндоскопической экстракции инородного тела пищевода в условиях эндоскопического кабинета (отделения) – транспортировка больного в операционную с повторной попыткой эндоскопического извлечения после анестезиологического пособия.
- 7) При неэффективности повторно произвести экстракцию инородного тела эндоскопически или при повреждении стенки пищевода – экстренное оперативное лечение.

4.3 Пациент в приемном отделении с подозрением на спонтанный разрыв пищевода

- 1) Осмотр хирурга, определение тяжести состояния.
- 2) Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
- 3) Рентгеноскопия пищевода с водорастворимым контрастом.
- 4) ЭКГ.
- 5) ФГДС с выявлением дефекта стенки пищевода.

4.4 Пациент (стабильный) в приемном отделении с инородным телом (ИТ) ротоглотки, трахеобронхиального дерева

- 1) Осмотр хирурга (определение тяжести состояния).
- 2) Осмотр ЛОР – врача.
- 3) Консультация торакального хирурга через санавиацию, дистанционно.
- 4) Обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом воротниковой зоны.
- 5) ЭКГ.
- 6) ФБС с последующим выявлением ИТ и его эндоскопической экстракцией в условиях эндоскопического кабинета.
- 7) При успешной экстракции ИТ эндоскопически – госпитализация пациента в отделение хирургии (торакальной).

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

- 1) Осмотр хирурга (определение тяжести состояния).
- 2) Транспортировка пациента в ОРИТ/ оперблок с консилиумом в составе анестезиолога, ЛОР – врача, торакального хирурга.
- 3) Экстренная трахеостомия.

Алгоритм оценки степени тяжести состояния пациента

1. Смерть до прибытия в приемное отделение. Признаки биологической смерти. Биологическую смерть констатируют по наличию достоверных признаков. До того, как они появятся, можно предположить, по совокупности признаков.

1.1. Совокупность признаков смерти:

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

1.2. Достоверные признаки:

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

2. Состояние клинической смерти и предагональное состояние. Независимо от причины развития данного состояния, при нем должно быть сочетание трех симптомов.

- Кома – отсутствие сознания.
- Апноэ – отсутствия дыхания.
- Асистолия – отсутствие фиксируемой эффективной сердечной деятельности.

3. Крайне тяжелое состояние

- Состояние сознания – умеренная – кома или оглушение
- Витальные функции – грубые нарушения одновременно по нескольким параметрам.
- Признаки декомпенсированного шока
- Признаки декомпенсированной полиорганной недостаточности

4. Тяжелое состояние

- Сознание нарушено до глубокого оглушения или сопора.
- Имеются выраженные нарушения дыхательной либо сердечно – сосудистой систем.
- Имеются признаки выраженной полиорганной недостаточности,
- Имеются признаки выраженного эндо – или экзотоксикоза.
- Выраженный, интенсивный болевой синдром.

5. Состояние средней степени тяжести

- Сознание не нарушено или имеется незначительное оглушение.
- Показатели гемодинамики без склонности к гипотонии, может быть умеренная гипертензия и умеренная тахикардия
- Дыхательная функция не нарушена или нарушения незначительные – умеренное тахипное, отсутствие клинических признаков дыхательной недостаточности.
- Болевой синдром умеренный
- Признаки эндо – или экзотоксикоза незначительные, отсутствие клинических признаков полиорганной недостаточности.

6. Удовлетворительное состояние

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

Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке Приемное отделение

- 1. При поступлении в приемное отделение пациента с клиникой анафилактического шока начинаются первоочередные мероприятия:**
 - 1.1.** Пациент незамедлительно транспортируется в третью смотровую комнату;
 - 1.2.** Пациент укладывается в горизонтальное положение с возвышенным ножным концом;
 - 1.3.** Медицинская сестра приемного отделения осуществляет венозный доступ и устанавливает инфузию раствора хлорида натрия 0,9% 400 мл;
 - 1.4.** Врач приемного отделения проводит быструю первичную оценку состояния больного: краткий сбор жалоб и анамнеза, измерение пульса и артериального давления, осмотр кожных покровов.
 - 1.5.** При подтверждении диагноза анафилактического шока врач приемного отделения назначает внутривенно струйно на физиологическом растворе 0,1% адреналина 0,5 мл и осуществляет вызов врача реаниматолога;
Медицинская сестра приемного отделения выполняет назначения дежурного врача .

- 2. Действия врача–анестезиолога–реаниматолога:**
 - 2.1.** При получении вызова врач–реаниматолог в течение 5 минут является в приемное отделение;
 - 2.2.** Повторно проводит быструю первичную оценку состояния больного;
 - 2.3.** При необходимости повторно назначает внутривенно струйно на физиологическом растворе 0,1% адреналина 0,5 мл;
 - 2.4.** Транспортирует пациента в ОА–РсПРИИТс помощью медицинского персонала приемного отделения с постоянной инфузией раствора хлорида натрия 0,9% и контролем витальных функций.

- 3. В отделении анестезиологии–реанимации с палатой реанимации и интенсивной терапии**
 - 3.1** Повторная оценка состояния больного, подключение к монитору пациента;
 - 3.2** Продолжение инфузионной терапии раствором хлорида натрия 0,9% со скоростью 20–40 мл/кг в час до стабилизации гемодинамики;
 - 3.3** Адреналин — постоянная инфузия. Скорость зависит от степени нормализации АД: 0,005–0,05 мкг/кг/мин. Если на фоне титрования адреналина сохраняется артериальная гипотензия или тахикардия переходят на титрование раствора норадреналина 0,05 мкг/кг/мин до получения желаемого эффекта;
 - 3.4** Глюкокортикоиды: преднизолон 5–10 мг/кг внутривенно;
 - 3.5** Димедрол 1% раствор 0,05–0,1 мл/кг, не более 5 мл внутривенно;
 - 3.6** При бронхоспазме 1–2 дозы сальбутамола с интервалом 15–20 минут, но не более 8 доз;
 - 3.7** При судорогах — диазепам 0,5% раствор 0,05–0,1 мл/кг внутривенно;
 - 3.8** Провести обследование больного: общий анализ крови, ЭКГ, рентгенография легких, белок крови, калий, натрий, глюкоза, мочевины, креатинин; общий билирубин;
 - 3.9** Проводить мониторинг жизненно важных функций, психоневрологического статуса и диуреза;
 - 3.10** Перевод в отделение не ранее чем через 12 часов после стабилизации гемодинамики и купирования симптомов.

Алгоритм мероприятий при судорожном синдроме

1. Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание).
2. **Неотложная терапия:**
 - 1 – й этап:**
 - обеспечение проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия; обеспечение венозного доступа;
 - инфузионная терапия физиологическим раствором 400 мл.
 - 2 – й этап** (быстрое прекращение судорожного припадка):
 - препараты 1 – го ряда: диазепам 10 – 20 мл внутривенно болюсно;
 - препараты 2 – го ряда: барбитураты 2 – 4 мг/кг/час.
 - 3 – й этап** (диагностическая оценка):
 - глюкоза крови;
 - электролитный состав крови (К, Na, Са, Mg);
 - газовый анализ крови;
 - биохимический анализ крови (общий билирубин, мочевины, креатинин);
 - рассмотреть необходимость выполнения КТ головного мозга, люмбальной пункции).
3. Консультация специалистов: невролога, нейрохирурга.

**Алгоритм
проведения сердечно – легочной реанимации
при остановке сердечной деятельности
Приемное отделение**

1. При поступлении пациента в приемное отделение с признаками неэффективности кровообращения начинаются **первоочередные мероприятия**:
 - 1.1 Пациент незамедлительно транспортируется в смотровую комнату;
 - 1.2 Дежурный врач по приемному отделению проводит первичную диагностику неэффективности кровообращения (оценка дыхания, сердечной деятельности и сознания);
 - 1.3 Медицинская сестра незамедлительно осуществляет вызов врача–реаниматолога и мед.сестры функциональной диагностики с целью регистрации ЭКГ. После осуществления вызова направляется в смотровую комнату;
 - 1.4 После первичной диагностики неэффективности кровообращения врач и медицинская сестра приемного отделения начинают базовые реанимационные мероприятия;
 - 1.5 Медицинская сестра приемного отделения осуществляет венозный доступ;
 - 1.6 Врач приемного отделения осуществляет восстановление проходимости дыхательных путей (запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти, открывание рта) и компрессию грудной клетки.
2. **Действия медицинской сестры функциональной диагностики**:
 - 2.1. После получения вызова медицинская сестра функциональной диагностики в течение 5 минут является в приемное отделение;
 - 2.2. При приходе в приемное отделение медицинская сестра функциональной диагностики незамедлительно регистрирует ЭКГ.
3. **Действия врача реаниматолога**:
 - 3.1 После получения вызова врач реаниматолог является в приемное отделение в течение 5 минут;
 - 3.2 Продолжает первичные (базовые) мероприятия сердечно–легочной реанимации (СЛР) совместно с врачом приемного отделения (дежурным врачом) и медицинской сестрой приемного отделения;
 - 3.3 Выполняет интубацию трахеи, проводит ИВЛ мешком Амбу;
 - 3.4 В ходе проведения первичных (базовых) мероприятий СЛР врач–реаниматолог проводит анализ ЭКГ с целью выявления вида остановки кровообращения;
 - 3.5 Далее определяет квалифицированные (дифференцированные) мероприятия СЛР в зависимости от вида остановки кровообращения.
4. **Последовательность действий при фибрилляции желудочков**:
 - 4.1 Дефибрилляция 120–200 Дж при – двуфазных импульсах; 360 Дж при – при однофазных импульсах;
 - 4.2 Компрессия грудной клетки и ИВЛ в течение 2 минут;
 - 4.3 Повтор дефибрилляции;
 - 4.4 Базовые действия в течение 2 минут;
 - 4.5 Повтор дефибрилляции;
 - 4.6 Внутривенное введение адреналина 1 мг и амиодарона 300 мг после третьего неэффективного разряда дефибрилляции;
 - 4.7 При сохраняющейся фибрилляции желудочков:
 - 4.8 Компрессия грудной клетки и ИВЛ;
 - 4.9 Адреналин внутривенно 1 мг каждые 3–5 минут;
 - 4.10 Амиодарон внутривенно 150 мг;
 - 4.11 Электроимпульсная терапия каждые 2 минуты;

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

5. Последовательность действий при асистолии и беспульсовой электрической активности:

5.1. Компрессия грудной клетки и ИВЛ;

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

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

При восстановлении сердечной деятельности пациент транспортируется в ОА–РсПРиИТ на ИВЛ мешком АМБУ в сопровождении врача реаниматолога с помощью медицинского персонала приемного отделения.

**Первоочередные мероприятия в ОА–РсПРиИТ
после сердечно–легочной реанимации:**

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

Алгоритм действий при желудочно–кишечном кровотечении

1. Оценка Шокового индекса – сразу в ОА–РсПРиИТ.

Шоковый индекс Альговера (ШИА) — определение степени шока, используется для определения объема кровопотери. Он вычисляется как отношение частоты пульса (ЧСС) к уровню систолического артериального давления (САД).

ШИА = ЧСС/САД. В норме он приближается к 0,5.

| Индекс | Величина кровопотери |
|-----------|----------------------|
| < 1 | норма |
| 0,9 – 1,2 | 20 % ОЦК |
| 1,3 – 1,4 | 30% ОЦК |
| > 1,5 | 40 % ОЦК |

Для оценки кровопотери ориентируемся на таблицу. Чем больше полученная цифра индекса, тем больше объем потерянной пострадавшим крови. А значит, тем больше степень шока. Геморрагический шок. Степени и их клинические признаки.

Для быстрой оценки состояния пострадавшего стоит использовать сам Индекс Альговера и объективные и субъективные характеристики состояния человека.

К таким характеристикам относятся:

- цвет и состояние кожных покровов (бледность/нормальная окраска, цианоз — синюшность, влажность/сухость),
- теплота/холодность рук и ног.
- уровень сознания: в сознании, заторможен, спутанность сознания, без сознания.

Стоит учитывать, что на первых этапах пострадавший может быть излишне активен — стараться убежать, размахивать руками, плакать, кричать, смеяться (при шоке I).

Соответственно, чем адекватно спокойнее ведет себя человек, чем яснее отвечает на ваши вопросы и реагирует на окружающую действительность, чем розовее у него кожа — тем человеку лучше. Чем он бледнее, кожа влажнее, человек с трудом отвечает на ваши вопросы (как будто «уплывает», отвлекается) или вообще находится без сознания — тем ему хуже и тем скорее его необходимо доставить в лечебное учреждение.

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

3. Показанием к госпитализации ОА–РсПРиИТ:

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

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

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

6. Трактовка результата эндоскопического исследования:

6.1. В случае выявления во время проведения ФЭГДС продолжающегося кровотечения по классификации Forrest IA – IB (острая язва, эрозия, хроническая язва, злокачественная опухоль желудка) проводится попытка эндоскопического гемостаза (клипирование, аргон – плазменная коагуляция). Исключение составляют кровотечение из варикозно – расширенных вен пищевода. При отсутствии эффекта остановки кровотечения от эндоскопического гемостаза выставляются показания к экстренной операции по остановке кровотечения.

6.2. В случае выявления во время проведения ФЭГДС остановившегося кровотечения по классификации Forrest II A–II B с высоким риском рецидива кровотечения (острая язва, эрозия, хроническая язва, злокачественная опухоль желудка) дежурным хирургом устанавливается назо – гастральный зонд для объективной оценки возможного рецидива кровотечения, пациент транспортируется в отделение хирургии или в **ОА–РсПРиИТ** в зависимости от тяжести кровотечения и степени кровопотери, после чего начинается проведение консервативной терапии. Контроль эндоскопической картины в данном случае проводится через 6 – 8 часов или ранее по показаниям.

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

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

7. Показания к проведению гемотрансфузии:

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

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

8. Схема консервативной терапии при язвенных гастродуоденальных и гастроэюнальных кровотечениях:

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

8.2. Проводится инфузионно–трансфузионная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний).

9. В условиях ОА–РсПРиИТ

9.1 Первоочередные мероприятия при поступлении пациента в ОРИТ:

– Измерение АД и ЧСС;

– Осуществление венозного доступа, установка назогастрального зонда и уретрального катетера;

– ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки (если не выполнено на этапе приемного отделения);

- Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ газового состава крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий билирубин с фракциями, общий белок, калий, натрий);
- Определение гр крови, Rh ф–р, фенотипирование;
- Коагулограмма (время свертывания крови, АЧТВ, ПТИ, МНО); группа крови, резус фактор
- Вызов эндоскописта с целью проведения ФЭГДС (если не выполнено на этапе приемного отделения);
- Определение степени тяжести кровопотери.

9.2 Инфузионно–трансфузионная терапия:

- Объем и состав инфузионно–трансфузионной терапии зависит от величины кровопотери;
- Дефицит объема циркулирующей крови необходимо восполнять в течение 6 часов на 60–70%, а к исходу первых суток – полностью.

9.3 Системная гемостатическая терапия:

9.3.1 Базисная системная гемостатическая терапия включает:

- дицинон (этамзилат натрия) 12,5% 2 мл до 4–х раз в сутки внутривенно;
- транексамовая кислота 10–15 мг/кг до 3–4–х раз в сутки внутривенно.

9.3.2 У всех пациентов с желудочно–кишечными кровотечениями повышение АЧТВ более 40 секунд и МНО более 1,3 свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначение 2–3 доз свежезамороженной плазмы.

9.4 Антисекреторная терапия:

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

9.5 Эндоскопическое исследование:

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

9.6 Трактовка результата эндоскопического исследования:

- Трактовка проводится согласно алгоритму действий при желудочно–кишечных кровотечениях на этапе приемного отделения или стационара.
- Наличие рецидива кровотечения из желудочно–кишечного тракта (эрозия, острая язва, хроническая язва, желудочно–пищеводный разрыв) является показанием к незамедлительному проведению экстренной операции, направленной на остановку кровотечения хирургическим путем.

9.7 Показания к проведению гемотрансфузии:

- Тяжелая и средней степени тяжести постгеморрагической анемии со снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л;
- Массивное кровотечение тяжелой степени даже при значениях уровня гемоглобина выше 70 г/л на момент проведения исследования общего анализа крови.

9.8 Показания к переводу пациента в отделение хирургического профиля:

- Ликвидация высокого риска рецидива кровотечения, подтвержденное эндоскопической картиной (не менее Forrest II C);
- Стабильные показатели гемодинамики без вазопрессорной поддержки (систолическое артериальное давление не менее 100 мм рт. ст.);
- Ликвидация анемии (уровень гемоглобина не менее 80 г/л);
- Компенсация сопутствующей патологии при ее наличии.

Алгоритм мероприятий при травматическом шоке

- 1. Неотложный осмотр:**
 - исследование дыхания (частота и характер дыхания, аускультативная картина), гемодинамики (АД и ЧСС), сознания (оценка по шкале Глазго);
 - раздевание и визуальный осмотр пациента;
 - забор крови на анализы: ОАК, группа крови и Rh–фактор, фенотипирование, биохимический анализ крови (общий билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, амилаза, К, Na, общий белок), время свертывания крови, АЧТВ, ПТИ.

- 2. Проведение мероприятий поддерживающих жизнь:**
 - обеспечение адекватного венозного доступа;
 - адекватное обезболивание;
 - поддержание проходимости дыхательных путей с защитой шейного отдела позвоночника, обеспечение дыхания, включая интубацию трахеи и перевод на ИВЛ;
 - при пневмо–гемотораксе – дренирование плевральной полости;
 - при видимом наружном кровотечении – остановка кровотечения;
 - иммобилизация переломов (если не выполнено на догоспитальном этапе);
 - инфузионная терапия;
 - при продолжающемся кровотечении – транексамовая кислота 15–20 мг/кг внутривенно.

- 3. Инструментальные исследования:**
 - обзорная рентгенография черепа, таза, конечностей, органов грудной клетки в 2–х проекциях;
 - ультразвуковое исследование плевральной и брюшной полости;
 - ФБС – при поступлении алой крови из дыхательных путей;
 - СКТ головного мозга и шейного отдела позвоночника.

- 4. Интенсивная терапия в условиях отделения реанимации:**
 - 4.1.** Адекватное обезболивание.
 - 4.2.** Лечение циркуляторных расстройств: мониторинг АД, ЧСС, ЦВД; согревание;
 - инфузионная терапия (объем и характер растворов зависит от степени кровопотери);
 - коррекция метаболического ацидоза;
 - вазопрессорная поддержка при сохраняющейся артериальной гипотензии на фоне инфузионной терапии.
 - при пневмо–гемотораксе – дренирование плевральной полости.
 - 4.3.** Коррекция респираторных расстройств:
 - контроль газового состава крови;
 - респираторная поддержка: оксигенотерапия, ИВЛ (в зависимости от выраженности дыхательной и церебральной недостаточности).
 - 4.4.** Трансфузионная терапия:
 - трансфузия эритромаcсы показана при снижении гемоглобина ниже 70 г/л;
 - трансфузия СЗП показана при массивной кровопотери и коагулопатии (тромбиновое время или АЧТВ более чем в 1,5 раза дольше нормального);
 - трансфузия тромбоконцентрата показана при снижении тромбоцитов ниже 50×10^9 /л.
 - 4.5.** Нутритивная поддержка:
 - раннее назначение нутритивной поддержки (сразу после нормализации центральной гемодинамики и тканевой перфузии) суточная энергетическая ценность питания должна составлять не менее 25–30 ккал/кг.

4.6. Контроль инфекционных осложнений:

– бактериологические исследования сред организма (крови, мочи, трахеобронхиального аспирата) при появлении признаков инфекции.

4.7. Профилактика основных осложнений:

– для профилактики развития венозных тромбоэмболических осложнений назначаются препараты гепарина (согласно клиническим рекомендациям);

– для профилактики стресс-язв ЖКТ назначают ингибиторы протонной помпы или H₂-блокатор;

– противоопролежневые мероприятия.

Алгоритм мероприятий при недифференцированном шоке

Шаг 1.

Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание), температуры тела, темпа диуреза.

Шаг 2.

Если возможно, устранение причины шока (например, остановка наружного кровотечения).

Шаг 3.

Осуществление венозного доступа. Начало инфузионной терапии физиологическим раствором 400 мл.

Шаг 4.

Оксигенотерапия.

Шаг 5.

Госпитализация в ОРИТ.

Шаг 6.

Лабораторная диагностика: анализ газового состава крови (включая лактат), общий анализ крови, биохимический анализ крови (мочевина креатинин, билирубин, С–реактивный белок), при подозрении на острый коронарный синдром – тропонин I, при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии – Д–димер.

Шаг 7.

Инструментальная диагностика: ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек.

Шаг 8.

Дифференциальная диагностика шоков:

| | |
|--|---|
| Кровотечение, рвота, диарея, острая кишечная непроходимость | Гиповолемический шок: лечение основного заболевания, проведение инфузионно–трансфузионной терапии |
| Аллергия, укусы насекомых, зуд, эритема, крапивница, отек гортани | Анафилактический шок (см. Алгоритм) |
| Ангинозные боли, гипотензия, отек легких, коронарные изменения на ЭКГ | Кардиогенный шок (см. Алгоритм) |
| Лихорадка, ознобы, предполагаемый или верифицированный инфекционный очаг | Септический шок |

Алгоритм мероприятий при асфиксии

Шаг 1.

Устранение причины асфиксии.

Шаг 2.

Оценка степени нарушения жизненно важных функций (АД, ЧСС, частота дыхания, сознание) – при необходимости проведение сердечно – легочной реанимации.

Шаг 3.

Иммобилизация воротниковой шиной.

Шаг 4.

Санация верхних дыхательных путей с помощью прямой ларингоскопии.

Шаг 5.

Оксигенотерапия.

Шаг 6.

Осуществление венозного доступа.

Шаг 7.

Консультация ЛОР – врача, при необходимости – невролога.