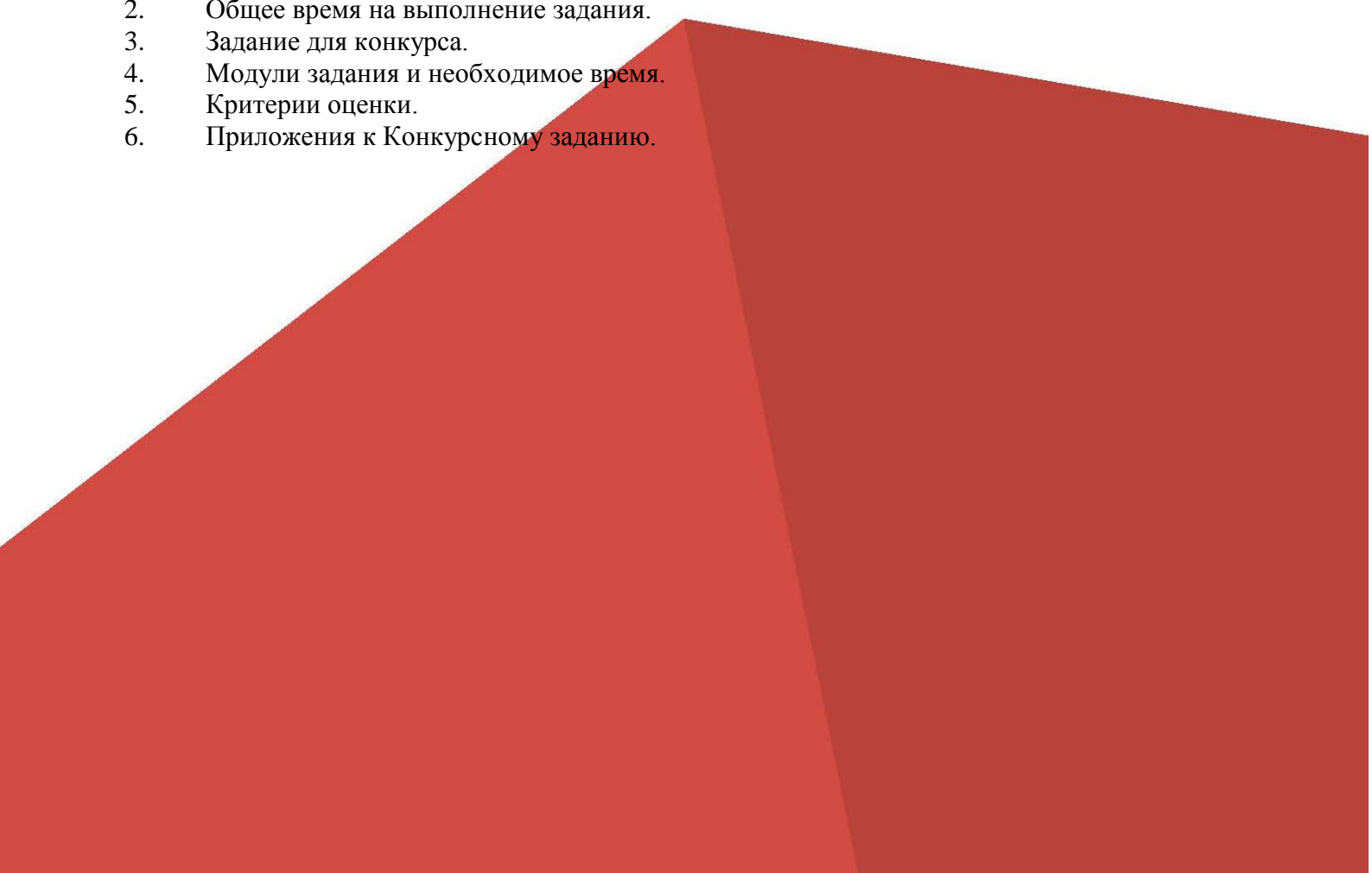


**КОНКУРСНОЕ ЗАДАНИЕ
ОТБОРОЧНОГО ЭТАПА VII РЕГИОНАЛЬНОГО
ЧЕМПИОНАТА «МОЛОДЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ»
(WORLDSKILLSRUSSIA)**

**Компетенция
«Лечебная деятельность (Фельдшер)»**

Конкурсное задание включает в себя следующие разделы:

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

- 1. Формы участия в конкурсе:** Индивидуальный конкурс
- 2. Общее время на выполнение задания:** 1 ч.
- 3. Задание для конкурса.**

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

Конкурсные задания составлены на основе:

- Спецификации стандартов WorldSkills (WSSS), которые определяют знание, понимание, умение и конкретные компетенции с учетом лучших международных практик, технологий лечебной деятельности;
- Образовательных программ среднего профессионального образования, разработанных на основе федеральных государственных образовательных стандартов по специальности «Лечебное дело»;
- Профессионального стандарта 02.068 «Фельдшер», утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 470нРФ.

Конкурсное задание состоит из одного модуля, проводится в одной сфер лечебной деятельности – прием в условиях ФАП, осуществление диагностической и лечебной профилактической деятельности фельдшера; оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Подготовленные помещения конкурса воспроизводят реальные условия практической работы в условиях ФАП.

Предполагается выполнение задания в течение одного часа на Конкурсанта.

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

- включать оценку по каждому из разделов WSSS;
- не должно выходить за пределы WSSS;
- оценка знаний участника должна проводиться исключительно через практическое выполнение;
- не оценивается знание правил и норм WSR.

1. МОДУЛИ ЗАДАНИЯ И НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ

Таблица 1.

Наименование модуля	Соревновательный день (С1)	Время на задание
D Профилактическая деятельность.	С1	1 час

Название модуля	Описание модуля	Задания модуля
Модуль D Профилактическая деятельность	<p><i>Профилактическая деятельность в условиях медицинской организации (кабинет профилактики поликлиники).</i></p> <p><i>Вы фельдшер ФАП. К вам на диспансерный прием пришел пациент П., 60 лет, со слов пациента он 8 недель назад выписался из стационара, где находился с острой двухсторонней пневмонией коронавирусной этиологии средней степени тяжести.</i></p> <p><i>В стационаре врач посоветовал пройти реабилитацию после перенесенной острой пневмонии.</i></p> <p><i>Жалуется на одышку после умеренной физической нагрузки, общую слабость, сухой кашель, который беспокоит при физической нагрузке. Перенес пневмонию средней степени тяжести, кислородная поддержка в стационаре осуществлялась неинвазивным методом в течение 3 дней, затем самочувствие улучшилось. Через 4 недели после выписки из стационара пациент прошел дистанционное консультирование у врача, ему рекомендовали обратиться на очный прием по месту жительства через 8 недель после выписки из стационара</i></p> <p><i>Выписка из стационара: Основной диагноз: Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония вирусной этиологии средней степени тяжести ДН 0-1 с подтвержденным анализом на COVID-19.</i></p> <p><i>При осмотре выявлено</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – оцените состояние пациента; – составьте план работы, поставив задания в логическом порядке; – оформите медицинскую документацию; – осуществите диспансерный прием; – поставьте временные рамки к заданиям; – выполните диагностические мероприятия в условиях ФАПа; – определите этап реабилитации и дайте рекомендации в соответствии с состоянием пациента на данном этапе; – проведите физикальное обследование пациента (определение состояния дыхательной системы).

	<p><i>следующее: состояние</i></p> <p><i>удовлетворительное, кожные</i></p> <p><i>покровы чистые, умеренный цианоз</i></p> <p><i>акроцианоз.</i></p> <p><i>Температура тела 36,7 °С.</i></p> <p><i>Подкожно-жировой слой развит</i></p> <p><i>умеренно, отеков нет,</i></p> <p><i>периферические лимфатические узлы</i></p> <p><i>не увеличены. Дыхание везикулярное.</i></p> <p><i>ЧД в покое - 20 в минуту.</i></p> <p><i>Перкуторно справа в нижней доле</i></p> <p><i>легкого отмечается притупление</i></p> <p><i>звука. При аускультации хрипов нет.</i></p> <p><i>Тоны сердца ясные, шумов нет. ЧСС</i></p> <p><i>- 80 в минуту, АД -120/80 мм рт. ст.</i></p>	
--	---	--

Модуль D. Профилактическая деятельность.

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций в соответствии с алгоритмами и устного доклада участника об окончании работы.

Особенности выполнения задания. Участник должен обратить особое внимание на последовательность этапов реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями. При диспансерном наблюдении необходимо проводить оценку психосоциальных факторов риска, включающую выявление симптомов тревожности и депрессии. Участник при выполнении задания использует приложение № 1,2,3.

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

В данном разделе определены критерии оценки и количество начисляемых баллов (субъективные и объективные) таблица 1. Общее количество баллов задания/модуля по всем критериям оценки составляет 100.

Таблица 1

Критерий	Баллы		
	Судейские аспекты	Объективные аспекты	Всего
D Профилактическая деятельность	-	50,0	50,0

6. ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАДАНИЮ

Приложение 1

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Лечебно-профилактическое учреждение (далее
ЛПУ) _____

Я, нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся) _____

проживающий (проживающая) по адресу: _____

паспорт: _____

(Серия, номер, дата и место выдачи)

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

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

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

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

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

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано _____ 20г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать

свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес ЛПУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ЛПУ. В случае получения моего письменного заявления ЛПУ обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Пациент: _____
_____/_____
(Ф.И.О., подпись)

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

Доверенное лицо: _____
_____/_____
(Ф.И.О., подпись)

Реквизиты документа доверенного лица:

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

Зав. отделением: _____
_____/_____
(Ф.И.О., подпись)

Контактная информация: _____

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

Лечащий (дежурный) врач: _____
_____/_____
(Ф.И.О., подпись)

Дата: ____/____/20__ г. Время: _____ час _____ мин.

Приложение 2

Приложение №5 к приказу ГАУ РС(Я) «РБ№1-НЦМ»
№01-01-10/74 от 01.06.2018г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я _____ года рождения
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

_____ являюсь
законным

Представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

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

- о предварительном диагнозе;
- о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения;
- формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому), указанных ниже видов и методов обследования;
- о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая, независимые от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью);

Я извещен(извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

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

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

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

4. Операция и пункционная биопсия: _____

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

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

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

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

Я _____ согласен (согласна) на осмотр студентами медицинских ВУЗов и ССУЗов исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, также для участия на медицинских конференциях и публикациях в медицинских изданиях, но без указания моих персональных данных.

“ _____ ” _____ 201__ г. _____ / _____ /

Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

“ _____ ” _____ 201__ г. _____ / _____ /

Подпись врача Расшифровка подписи

Приложение 3

 Приложение № 5
 к приказу Минздрава России
 от 15 декабря 2014 г. № 834н

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

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ код по МКБ-10 _____
2. Дата заполнения карты:
число _____ месяц _____ год _____
3. Специальность _____
- врача _____
4. ФИО врача _____
5. Дата установления диагноза _____
6. Диагноз установлен: впервые — 1, повторно — 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением — 1, профилактическом осмотре — 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения _____
9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление — 1, выбытие из района обслуживания — 2, смерть — 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента _____
12. Пол: муж. — 1, жен. — 2
13. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
15. Код категории льготы _____
16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

Приложение 5

Легенда статиста	
Модуль А Профилактическая деятельность	<p>Конкурсант: Здравствуйте..., меня зовут ..., я фельдшер. Расскажите, что вас беспокоит.</p> <p>Статист: Два месяца назад я был выписан из больницы, перенес пневмонию с положительным анализом на ковид. Находился дома, выполнял предписания врачей по лечению. Меня направили к вам на диспансерный осмотр.</p> <p>Конкурсант: Есть ли у вас сопутствующие заболевания?</p> <p>Статист: Нет</p> <p>Конкурсант: Как вы себя чувствуете?</p> <p>Статист: В последнее время самочувствие стало лучше, но есть одышка после умеренной физической нагрузки, общая слабость, редкий сухой кашель. Беспокоюсь о том, что болел ковидом. Хотел проконсультироваться, как мне укрепить здоровье, по диете и физическим упражнениям. Можно ли выполнять физические упражнения?</p>

Общая инструкция для статистов:

- Ко всем участникам проявляете одинаковое независимое отношение.
- Ждете представления участника, затем отвечаете.
- На заданные вопросы отвечаете односложно да /нет или в рамках легенды.
- На вопросы по объективному статусу отвечаете в рамках данных тестового проекта.
- Даете возможность говорить участнику.
- Четко следуете всем инструкциям участника.
- Отвечаете на вопросы участника так, как вы поняли.

Инструкции для участников

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

Выполнение. В начале выполнения модуля Конкурсного задания у Вас есть 5 минут для ознакомления с обстановкой, подготовки рабочего места. Внимательно прочитайте описание ситуации. Выполняйте задания, которые указаны в описании. Обстановка приближена к реальной, действуйте исходя из этой ситуации. Время на выполнение модуля – 1 час, включая время подготовки 5 минут.