

СОГЛАСОВАНО  
Менеджер компетенции  
Т.Н. Софронова



**ТИПОВОЕ КОНКУРСНОЕ ЗАДАНИЕ  
ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЧЕМПИОНАТОВ  
ЧЕМПИОНАТНОГО ЦИКЛА 2021-2022 ГГ.  
КОМПЕТЕНЦИИ  
«ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ФЕЛЬДШЕР)»  
ДЛЯ ОСНОВНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ  
16-22 ГОДА**

*Конкурсное задание включает в себя следующие разделы:*

1.	Формы участия в конкурсе	2
2.	Общее время на выполнение задания	2
3.	Задание для конкурса	2
4.	Модули задания и необходимое время	12
5.	Критерии оценки	12
6.	Приложения к Конкурсному заданию	

1. **ФОРМЫ УЧАСТИЯ В КОНКУРСЕ:** Индивидуальный конкурс
2. **ОБЩЕЕ ВРЕМЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ:** 16 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»;
- Национальных стандартов РФ.

Конкурсное задание состоит из нескольких модулей, проводится в одной из двух зон - сфер лечебной деятельности. Все модули имеют равное значение:

- Зона 1 – прием в условиях ФАП, осуществление диагностической и лечебной профилактической деятельности фельдшера; оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- Зона 2 - прием в условиях поликлиники, кабинет профилактики, осуществление профилактической деятельности фельдшера.

Подготовленные помещения конкурса воспроизводят реальные условия практической работы по следующим направлениям:

1. прием в условиях ФАП;
2. прием в условиях поликлиники;
3. оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Для каждой зоны предполагается выполнение задания в течение четырех часов на Конкурсанта. Оценка Конкурсного задания будет основываться на следующих критериях:

1. Организация рабочего процесса и безопасность
2. Менеджмент.
3. Коммуникация.
4. Оборудование и инструмент для обследования и лечения.
5. Технологии обследования и лечения пациентов.
6. Аналитика и контроль эффективности.

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.

#### **4.МОДУЛИ ЗАДАНИЯ И НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ.**

Конкурсное задание состоит из следующих модулей:

Таблица 1

Наименование модуля		Соревновательный день (С1, С2, С3)	Время на задание
А	Диагностическая деятельность	С1	3 часа
В	Лечебная деятельность	С1	3 часа
С	Оказание неотложной помощи	С2	3 часа
D	Профилактическая деятельность	С2	3 часа
Е	Оказание акушерской помощи	С3	2 часа
F	Организационно-аналитическая деятельность	С3	2 часа

Название модуля	Описание модуля	Задания модуля
Модуль А Диагностическая деятельность	<p><i>Пациент Е. обратился в ФАП с жалобами на сильную головную боль, среди полного здоровья внезапно появился озноб, повышение температуры тела 39°C, боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, общую слабость. Со слов пациента болеет в течении недели, лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. Объективно: температура 39 С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, кожа сухая, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом. Зев слегка гиперемирован. Периферические лимфоузлы: подмышечные - 2 степени справа, не спаяны, безболезненные. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено. Перкуссия: справа над нижней долей определяется укорочение перкуторного звука. Аускультация: справа над нижней долей дыхание ослаблено, определяется крепитация и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. ЧДД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110 ударов в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Лейкоцитоз - более 13,2×10<sup>9</sup> /л, палочкоядерный сдвиг влево.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- продемонстрируйте правильное надевание противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви (в конце модуля продемонстрируйте правильность снятия, дезинфекцию и утилизацию противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви);</li> <li>- составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле;</li> <li>- поставьте временные рамки к заданиям;</li> <li>- поставьте задания в логическом порядке;</li> <li>- запишите важные цели, которые преследуют задания;</li> <li>- соберите анамнез (заболевания, жизни);</li> <li>- исключите наличие менингеального синдрома;</li> <li>- сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз;</li> <li>- проведите дифференциальную диагностику заболевания;</li> <li>- определите состояние пациента;</li> <li>- перечислите возможные осложнения;</li> <li>- проведите объективный осмотр;</li> <li>- выполните диагностические мероприятия в условиях ФАП;</li> <li>- продемонстрируйте забор мазка из зева и носа на COVID-19;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- назовите необходимые дополнительные исследования;</li> <li>- оформите необходимую документацию.</li> </ul>
<p>МодульВ Лечебная деятельность</p>	<p><i>Пациент Д. 45 лет обратился на фельдшерско - акушерский пункт с жалобами на выраженную боль в правом подреберье, иррадирующую кверху в правое плечо и лопатку, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 37,0°C, головную боль. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см, температура тела 37,0°C, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык обложен беловато-желтым налетом. Стула не было. При поверхностной и глубокой пальпации живота - живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье. Отмечаются положительные симптомы Мюсси-Георгиевского, Грекова – Ортнера, Кера.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле;</li> <li>- поставьте временные рамки к заданиям;</li> <li>- поставьте задания в логическом порядке;</li> <li>- запишите важные цели, которые преследуют задания;</li> <li>- соберите анамнез заболевания и жизни;</li> <li>- уточните жалобы;</li> <li>- проведите объективный осмотр больного;</li> <li>- поставьте предварительный диагноз,</li> <li>- назначьте дополнительные исследования;</li> <li>- определите тактику ведения больного;</li> <li>- назначьте лечение больному.</li> </ul>
<p>МодульС Оказание неотложной помощи</p>	<p><i>Пациент С. пострадавший в результате ДТП С., мужчина, 25 лет доставлен на ФАП попутным транспортом. Обстоятельства ДТП: чтобы не совершить наезд на пешехода, внезапно появившегося на проезжей части, водитель резко свернул с дороги и въехал в столб. Травму получил от удара о руль. При осмотре: общее состояние тяжелое. В сознании, жалобы на</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- назовите необходимые исследования;</li> <li>- выполните лечебные мероприятия в условиях ФАП;</li> <li>- оформите необходимую документацию;</li> <li>- перечислите возможные</li> </ul>

	<p><i>боли в грудной клетке, сильные боли в левом подреберье. В момент удара ощутил сильную боль и хруст в области 6,7,8 ребра, а также боль и хруст в области правого предплечья. Выраженная деформация 6 ребра слева и гематома в этой области. На передней брюшной стенке обширная гематома. Деформация и обширная гематома в средней трети предплечья справа, резаная рана в области правого предплечья 6*1.5 см, слабо кровоточит. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 28 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области левого подреберья.</i></p>	<p>осложнения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назовите основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи при ДТП;</li> <li>-проведите ПХО раны;</li> <li>- решите вопрос о наложении кожных швов;</li> <li>- объясните правила пользования коллективными и индивидуальными средствами защиты;</li> <li>- проведите клиническое обследование;</li> <li>- определите тяжесть состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;</li> <li>- проведите дифференциальную диагностику заболеваний;</li> <li>- продемонстрируйте умение работы с портативной диагностической аппаратурой;</li> <li>- определите показания к госпитализации и осуществите транспортировку пациента;</li> <li>- оцените эффективность оказания неотложной медицинской помощи;</li> <li>- проведите контроль основных параметров жизнедеятельности;</li> <li>- назначьте фармакотерапию на догоспитальном этапе.</li> </ul>
--	---	--

<p>Модуль D Профилактическая деятельность</p>	<p><i>Фельдшер ведет прием в условиях медицинской организации (кабинет профилактики поликлиники). В кабинет профилактики подошла на диспансерный прием пациентка И., 65 лет, с диагнозом Сахарный диабет 2 типа. Пенсионерка. Живёт с дочерью и тремя внуками, в семье часто бывают ссоры. Жизнь пациентки полна стрессов. Страдает сахарным диабетом с 58 лет, этим же заболеванием страдала её покойная мать и сестра. Малоподвижна. Спать ложится поздно, так как любит смотреть телевизор, вследствие чего не высыпается. Питание не рациональное. Диету не соблюдает: очень любит жирные сорта мяса, сало, сдобу. Салаты заправляет майонезом. По утрам пьёт крепкий кофе. Не курит, алкоголь не употребляет. Рост – 162 см. Масса тела – 98 кг; холестерин общий 8,9 ммоль/литр; сахар в крови натощак – 18 ммоль/литр. Пациентка не имеет информации о контроле уровня сахара в крови и веса, не умеет пользоваться глюкометром и тест - полосками, не соблюдает своевременный прием сахароснижающих препаратов, не соблюдает режим дня и сна, не знает о диетическом питании и лечебной физкультуре, возможных осложнениях.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-оцените состояние пациентки;</li> <li>-составьте план работы;</li> <li>-информируйте пациентку об особенностях течения сахарного диабета;</li> <li>-обучите пациентку измерять сахар крови с использованием глюкометра и тест-полосок;</li> <li>-обучите пациентку вести ежедневный дневник самоконтроля;</li> <li>-обучить пациентку подсчету хлебных единиц;</li> <li>-обучите пациентку правилам взвешивания,</li> <li>-обучите правильному ведению дневника контроля веса;</li> <li>-информируйте пациентку о своевременном приеме сахароснижающих препаратов;</li> <li>-дайте рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета; советы по диетотерапии, соблюдению режима дня и отдыха;</li> <li>-обучите пациентку элементам лечебно–физкультурного комплекса.</li> </ul>
---	---	--

<p>Модуль Е Оказание акушерской помощи</p>	<p><i>Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель. Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту. Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, на раннем сроке протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85, 135/80 мм.рт. ст., незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась. Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Составьте план работы.</li> <li>– Выявите приоритетные и потенциальные проблемы пациентки.</li> <li>– Оцените состояние беременной женщины.</li> <li>– Определите тактику фельдшера.</li> <li>– Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.</li> <li>– сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз в соответствии МКБ – 10.</li> <li>– решите вопрос о госпитализации беременной в акушерский стационар.</li> </ul>
--	---	--



<p>Модуль F Организационно-аналитическая деятельность</p>	<p><i>Рассчитать показатель частоты случаев заболеваний с временной нетрудоспособностью, если известно, что число случаев временной нетрудоспособности составляет 376 человек, а среднегодовое число работающих 19 236 человек.</i></p> <p><i>Рассчитать показатель частоты впервые выявленных заболеваний, если известно, что число заболеваний с впервые установленным диагнозом «Гипертоническая болезнь» составляет 315 человек, а численность населения района обслуживания поликлиники 39 257 человек.</i></p> <p><i>Рассчитать показатель частоты выявления инфекционных заболеваний, если известно, что число выявленных инфекционных заболеваний по данной территории составляет 89 человек, а среднегодовая численность населения данной территории 49 829 человек.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Рассчитайте показатели частоты заболеваемости среди населения;</li> <li>– Составьте план работы;</li> <li>– Проведите анализ показателей заболеваемости населения.</li> </ul>
---	---	--

### **Модуль А. Диагностическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить состояние пациента, выявить основную и сопутствующую патологию, обосновать тактику ведения пациента. Участник при выполнении задания использует приложение №1, 2, 3,6,9,10

**Возможные ошибки.** Недостаточная ковид-настороженность. Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной и экстренной формах при острых заболеваниях и несчастных случаях не в полном объеме. Недостаточно полное раскрытие сути диагностической деятельности фельдшера.

### **Модуль В. Лечебная деятельность.**

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание грамотному осуществлению лечебной деятельности в условиях ФАП. Выполнить полный объем лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе в соответствии с приказом МЗ РФ. Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 3

**Возможные ошибки.** Неполное, невнимательное проведение объективного осмотра. Не соблюдение принципов этики, деонтологии. Недостаточно подробное объяснение рекомендаций по правилам приема лекарств, соблюдению диеты. Неполное освещение лечебной деятельности фельдшера.

### **Модуль С. Оказание неотложной помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работ.

**Особенности выполнения задания.** Учитывая тяжесть состояния, необходимо диагностические и лечебные мероприятия выполнять быстро, аккуратно, в полном объеме. Провести дифференциальную диагностику, выявить основную и сопутствующую патологию в соответствии с Приказом

Минздрава России от 20.06.2013 N 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 16.08.2013 N 29422). Все манипуляции выполнять в полном соответствии с алгоритмом действия. Участник при выполнении задания использует приложение № 1, 2, 3.

**Возможные ошибки.** Участник должен точно выявить ведущую патологию, определить правильную последовательность оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при сложной сочетанной травме. Назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями в необходимой дозировке. Своевременно проводить мониторинг витальных функций. Исключить нарушение инфекционной безопасности.

#### **Модуль D. Профилактическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации 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, 4

**Возможные ошибки.** Недостаточное пояснение принципов профилактики осложнений после перенесенной пневмонии вирусной этиологии с подтвержденным анализом на COVID-19 при наличии сопутствующей патологии. Недостаточно полное назначение реабилитационных мероприятий.

#### **Модуль E. Оказание акушерской помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить срок беременности, положение плода в матке, выявить основную и сопутствующую патологию,

обосновать тактику ведения беременности. Участник при выполнении задания использует приложение № 2,3,5.

**Возможные ошибки.** Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Проведение наружного акушерского исследования в неполном объеме. Нарушение правил этики, деонтологии.

### **Модуль F. Организационно-аналитическая деятельность.**

**Особенности выполнения задания.** Правильно применять необходимые формулы расчетов демографических показателей. Участник при выполнении задания использует приложение № 11.

**Возможные ошибки.** Не нарушать последовательность действий. Не делать нерегламентированных и небезопасных действий.

Модуль считается выполненными при условии выполнения всех действий, оформлении документации и устного доклада участника об окончании работ.

## **5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ**

В данном разделе определены критерии оценки и количество начисляемых баллов (субъективные и объективные) таблица 2. Общее количество баллов задания/модуля по всем критериям оценки составляет 100.

Таблица 2

Критерий	Баллы		
	Судейские аспекты	Объективные аспекты	Всего
<b>A</b> Диагностическая деятельность.	2	16,5	18,5
<b>B</b> Лечебная деятельность.	2	17,1	19,1
<b>C</b> Оказание неотложной помощи.	2	16,5	18,5
<b>D</b> Профилактическая деятельность.	2	16,5	18,5
<b>E</b> Оказание акушерской помощи.		16	16
<b>F</b> Организационно-аналитическая деятельность.		9,4	9,4
<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

## 6. ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАДАНИЮ.

Приложение 1

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_  
 Медицинская документация  
 Учетная форма N 025/у  
 Адрес \_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России  
 от 15 декабря 2014 г. N 834н

### МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
6. Местность: городская - 1, сельская - 2.
7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_
9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
10. Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_
17. Место работы, должность \_\_\_\_\_
18. Изменение места работы \_\_\_\_\_
19. Изменение места регистрации \_\_\_\_\_
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

--	--	--	--

21. Группа крови \_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр. 4 ф. N 025/у

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия

Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 7 ф. N 025/у

26. Этапный эпикриз

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению \_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_  
Зав. отделением \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_

стр. 9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Председатель \_\_\_\_\_ Члены комиссии \_\_\_\_\_

стр. 10 ф. N 025/у

29. Диспансерное наблюдение

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_



Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_

---

---

---

Врач \_\_\_\_\_

стр. 11 ф. N 025/у

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед.помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

ГБУ РС (Я) РЕСПУБЛИКАНСКАЯ БОЛЬНИЦА №2 – ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

## 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 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. 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.  
\_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин.

Время:

### Приложение 3

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, независящие 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 (стеральная, 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

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_ ОКУД \_\_\_\_\_ Код формы по \_\_\_\_\_  
ОКПО \_\_\_\_\_ Код организации по \_\_\_\_\_  
Медицинская документация \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ 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)							

оборотная сторона ф. № 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие

заболевания

\_\_\_\_\_

19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

Приложение 5

к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_

Наименование медицинской организации

\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма № 111/у-20  
Утверждена приказом Минздрава России  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы**

1. Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Дата и год рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, полных лет \_\_\_\_\_

3. Адрес проживания

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Адрес регистрации  совпадает с адресом проживания

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Контактные телефоны: мобильный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_

рабочий \_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

6. Брачное состояние:  брак зарегистрирован,  брак не зарегистрирован,  одинокая

7. ФИО и телефон доверенного

лица \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Образование:  – начальное,  – среднее,  - высшее

9.

Профессия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



10. Место работы \_\_\_\_\_

11. Инвалидность:  – нет,  – группа \_\_\_\_\_

12. Полис ОМС № \_\_\_\_\_

13. СНИЛС № \_\_\_\_\_

14. Декретный отпуск с \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года по \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

15. Листок нетрудоспособности № \_\_\_\_\_

16. Родовой сертификат: серия № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

17. Аллергические реакции:  нет,  да (при наличии – выделить цветом) \_\_\_\_\_

18. Данные о группе крови, Rh-факторе - пациентка				19. Данные о группе крови, Rh-факторе - отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ____ / ____ / ____ г.				Дата определения ____ / ____ / ____ г.			
Подпись врача				Подпись врача			
Печать				Печать			
Данные о введении антирезусIg при предыдущих беременностях ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							
Данные о введении антирезусIg при текущей беременности ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							

20. Данная беременность по счету \_\_\_\_\_

21. Данные роды по счету \_\_\_\_\_

22. Срок и дата первой явки (взятия на учет) \_\_\_\_\_

23. Роды: дата \_\_\_\_\_ при сроке беременности \_\_\_\_\_ медицинская организация \_\_\_\_\_

24.1 Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 нед. (выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска			

24.2 Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций)

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11–13 недель	В 18–20 недель	В 30–34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий	<input type="checkbox"/> Низкий

	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать)	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий

25. Диагноз:

Основной \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнения данной беременности

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания:

Соматические \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Гинекологические

\_\_\_\_\_

Обменно-уведомительную карту № \_\_\_\_\_ получила \_\_\_\_\_ (дата,  
подпись)

Родовой сертификат серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ получила \_\_\_\_\_ (дата,  
подпись)

### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТКЕ

Врождённые пороки развития:  нет;  да

Рост \_\_\_\_\_ см                      Масса тела при первой явке \_\_\_\_\_ кг

ИМТ при первой явке \_\_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>.

- недостаточная масса (<18),  норма (18–25),  избыточная масса (25,1–29,9),  
 ожирение I (30–34,9),  ожирение II (35–39,9),  ожирение III (≥40).

Другие риски \_\_\_\_\_:  низкий,  высокий (на основе КР).

Перенесённые заболевания:

Детские инфекции:  нет;  да

На диспансерном учёте:  не состояла;  состояла

Травмы, операции:  нет;  да

Соматические заболевания:  нет;  да

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Социально значимые инфекции:  нет;  ВИЧ;  туберкулёз,  гепатит В;  гепатит С;  сифилис;

другие \_\_\_\_\_

ВИЧ-статус:  – негативный,  – позитивный

от \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ г.эпид.номер \_\_\_\_\_

Антиретровирусная терапия во время  
беременности \_\_\_\_\_

Наследственные заболевания:  нет;  да

Гемотрансфузии:  нет;  да

(год) \_\_\_\_\_

Последняя флюорография, дата \_\_\_\_\_

результат \_\_\_\_\_

Вредные привычки:

нет;

курение (в день):  <1/2 пачки;  1/2-1 пачка;  > 1 пачки, период  
(годы) \_\_\_\_\_

алкоголь:  каждый день;  1-2 раза в неделю;  1-2 раза в месяц, вид  
алкоголя \_\_\_\_\_, мл в  
день \_\_\_\_\_

наркотики

(название) \_\_\_\_\_

Профессиональные вредности:  нет;  да

Сведения о прививках (дата последней вакцинации):

столбняк \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)

дифтерия \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

корь \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

краснуха \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

ветряная оспа \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

грипп \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

ВПЧ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

гепатит В \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.(дату не помнит)

другие \_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Менструации: с \_\_\_ лет, установились  сразу,  нет, (через \_\_\_ месяцев), по \_\_\_ дней,  
через \_\_\_ дней;  скудные  умеренные  обильные;  болезненные  безболезненные;

регулярные,  нерегулярные.

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет.

Контрацепция (метод и период применения)

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата)

---

---

---

Инфекции, передаваемые половым путём:  нет;  да (дата, лечение)

Последнее обследование молочных желёз \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод,  
 результат \_\_\_\_\_

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки  
 матки \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод,  
 результат \_\_\_\_\_

#### Исходы предыдущих беременностей

№	Год	Наступила: 1-самопроизвольно; 2- индуцирована 3-ВРТ (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов
1					
2					
3					
4					
5					

#### Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, п/о периода

#### Сведения об отце ребёнка:

Возраст \_\_\_\_\_ лет Рост \_\_\_\_\_ см Масса тела \_\_\_\_\_ кг ИМТ \_\_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>

Вредные привычки:  нет;  курение;  алкоголь;  наркотики

Хронические заболевания:  нет;  да \_\_\_\_\_

ИППП:  нет;  да (дата, лечение) \_\_\_\_\_

Социально значимые инфекции:  нет;  ВИЧ;  туберкулёз,  гепатит В;  гепатит С;  сифилис;  другие \_\_\_\_\_

Последняя флюорография, дата \_\_\_\_\_  
 результат \_\_\_\_\_

Сведения о прививках:  столбняк  дифтерия  корь  краснуха  грипп.

С моих слов записано верно. Подпись и ФИО беременной \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись и Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## СВЕДЕНИЯ О НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность:  первая;  повторная наступила;  спонтанно;  индуцирована;  с помощью ВРТ

Предгравидарная подготовка  нет  да \_\_\_\_\_

Если ВРТ, то номер попытки \_\_\_\_\_, перенос эмбрионов  нативного  криоконсервированного

Дата переноса эмбриона(ов) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года

Число перенесенных эмбрионов \_\_\_\_\_

Возраст матери/донора на дату криоконсервации \_\_\_\_\_

Предстоящие роды:  первые,  повторные

Беременность:  одноплодная,  многоплодная; количество плодов \_\_\_\_\_

Взята на учёт по беременности \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года, в сроке \_\_\_ недель

Последняя менструация \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года

Дата 1-го УЗИ \_\_\_\_\_ срок беременности \_\_\_\_\_ недель

Первое шевеление плода \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года

Предполагаемая дата родов \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года

Первое обследование беременной

Дата осмотра \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ года.

Жалобы:  нет;  да

Состояние кожных покровов:  чистые;

высыпания \_\_\_\_\_

Распределение и выраженность подкожной жировой клетчатки:  по женскому типу;  
 по мужскому типу;  недостаточно выражена;  нормально выражена;  избыточно  
выражена

Отеки:  нет;  да (локализация, выраженность)

Варикозное расширение вен нижних конечностей:  нет;  да

Увеличение лимфатических узлов:  нет;  да (локализация,  
болезненность) \_\_\_\_\_

Осмотр и пальпация молочных желез:  патологических изменений нет;  признаки ФКМ;

пальпируется узловое образование \_\_\_\_\_;

безболезненны  масталгия; соски:  сформированы правильно;  втянуты; другие  
изменения \_\_\_\_\_

Тоны сердца:  ясные;

\_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_/мин

АД: на правой руке \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ммрт.ст., на левой руке \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

Аускультация лёгких:  дыхание \_\_\_\_\_ везикулярное;

\_\_\_\_\_

Шевеления плода:  ощущает;  не ощущает (после 16 недель)

Сердцебиение плода (уд/мин) \_\_\_\_\_ (после 12 недель)

Окружность живота \_\_\_\_\_ см (после 20 недель)

Высота дна матки \_\_\_\_\_ см (после 20 недель)

Положение плода: 1-продольное; 2-косое; 3-поперечное (после 34 недель)

Над входом в малый таз определяется:  -головка,  -тазовый конец,  
 -другое \_\_\_\_\_ (после 34 недель)

Предлежащая часть:  прижата;  подвижна (после 34 недель)

Гинекологический осмотр

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки:  визуально не изменена;

\_\_\_\_\_

Влагалищное исследование: наружные половые органы:  развиты правильно,  
 указать отклонения

\_\_\_\_\_;

влагалище:  без патологии;  указать отклонения

\_\_\_\_\_;

шейка матки:  плотная;  размягчена;  мягкая; длиной \_\_\_\_\_ см \_\_\_\_\_;  
отклонена  кзади,  кпереди,  расположена по центру, слизистая

\_\_\_\_\_;

наружный зев:  сомкнут;  пропускает кончик пальца;  пропускает палец;

тело матки: увеличено до \_\_\_\_\_ недель беременности,  подвижное,

\_\_\_\_\_,  безболезненное,  болезненное; околomatочное пространство

\_\_\_\_\_

придатки слева:  без особенностей;  особенности: \_\_\_\_\_

придатки справа:  без особенностей,  особенности: \_\_\_\_\_

экзостозы:  нет,  обнаружены: \_\_\_\_\_

отделяемое из цервикального канала \_\_\_\_\_, влагалища

\_\_\_\_\_

Диагноз:

Срок беременности \_\_\_\_\_ недель.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Анализы:

---

---

---

Назначения:

---

---

Рекомендованный срок следующего посещения:

---

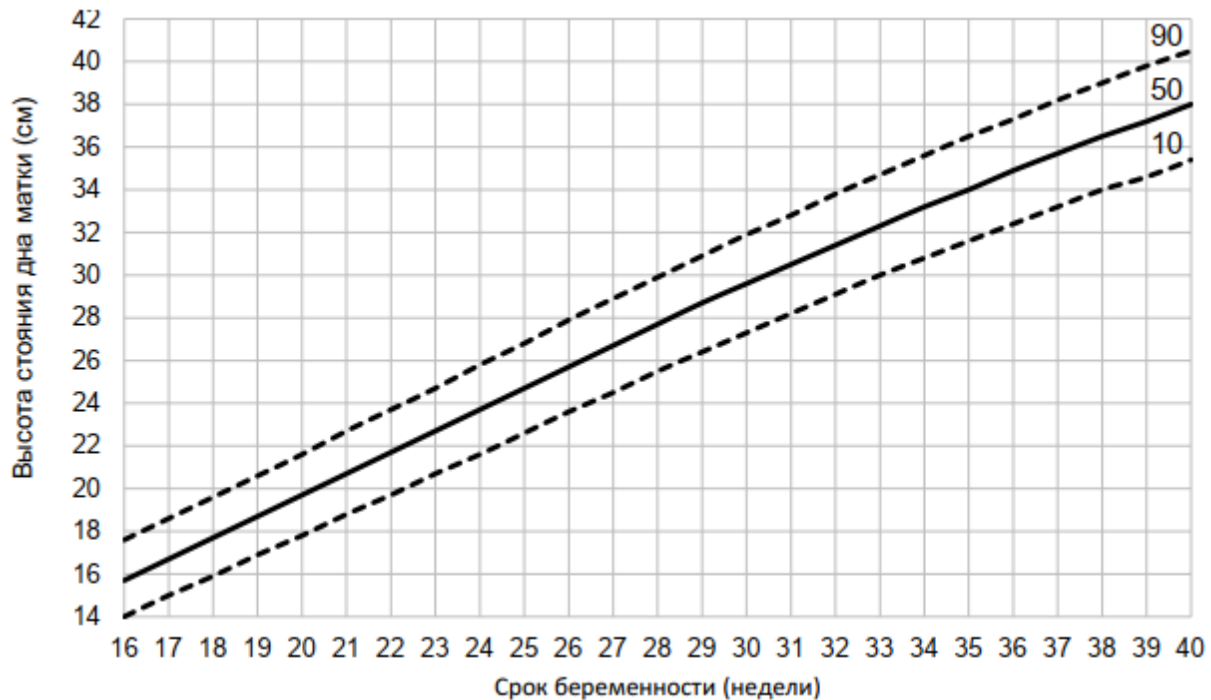
Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись беременной \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

### 1. Гравидограмма – после 20 недель беременности



### 2. Пельвиометрия

D. sp. \_\_\_\_ см,

D. cr. \_\_\_\_ см,

D. troch. \_\_\_\_ см,

C. ext. \_\_\_\_ см,

C. vera \_\_\_\_ см,

C. diag. \_\_\_\_ см,

индекс Соловьёва \_\_\_\_\_,

ромб Михаэлиса \_\_\_\_ см × \_\_\_\_ см.

Дополнительные размеры таза (по показаниям) \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)


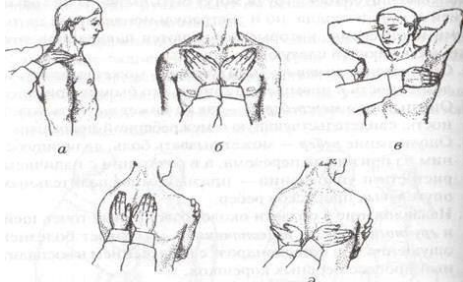
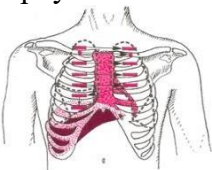
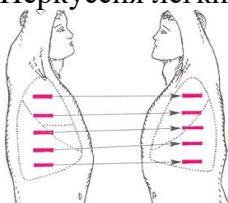
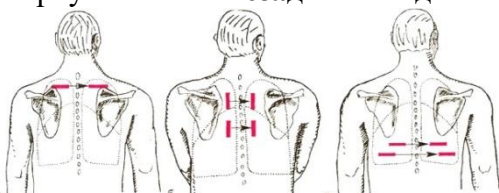


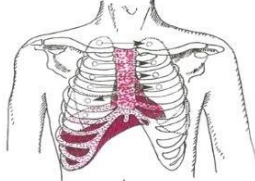
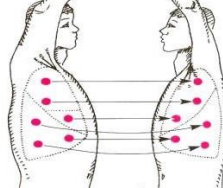
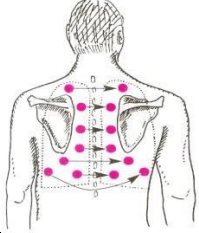
**Физикальное обследование пациента  
Краткая версия чек-листа**

№ п/п	Действие	Отметка о выполнении
1.	Установил контакт с пациентом, его представителем (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил представителя пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Получил информированное согласие пациента (рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обработал фонендоскоп до начала	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Сказал, что хочет оценить положение и цвет кожных покровов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Правильно оценил носовое дыхание	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Правильно осмотрел грудную клетку (предложил пациенту раздеться, правильно озвучил результаты о форме, типе, ритме и ЧДД)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Правильно пропальпировал грудную клетку (эластичность, голосовое дрожание, болезненность)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки спереди	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки сбоку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Правильно выполнил сравнительную перкуссию грудной клетки сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Правильно выполнила аускультацию легких (симметричные участки спереди, сбоку и сзади)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Правильно озвучил результаты аускультации легких	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Предложил пациенту одеться и сделал правильное заключение о полученных результатах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Обработал руки гигиеническим способом после окончания осмотра пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Правильно сформулировал заключение о состоянии дыхательной системы у пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Не было не регламентированных и небезопасных действий	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Субъективное благоприятное впечатление эксперта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

**Алгоритм выполнения навыка**
**Проверяемый навык:** физикальное обследование пациента (определение состояния дыхательной системы)

№	Действие	Озвучивание
1.	Поздороваться с пациентом (и/или его представителем)	
2.	Представиться	
	Спросить у пациента (и/или его представителя)	
3.	фамилию пациента	озвучить вводную
4.	имя пациента	озвучить вводную
5.	отчество пациента	озвучить вводную
6.	возраст пациента	озвучить вводную
7.	Информировать и получить согласие законных представителей ребенка на проведение осмотра	
8.	Обработать руки гигиеническим способом перед началом осмотра пациента	
	Сказать и обработать:	
9.	оливый стетоскоп и асептической салфеткой	
10.	мембрану стетоскопа асептической салфеткой	
11.	Сказать, что хотите оценить положение пациента	озвучить вводную
12.	Сказать, что хотите оценить цвет кожных покровов	озвучить вводную
13.	Сказать и выполнить оценку носового дыхания (по очереди нажав крыльям носа справа и слева)	озвучить вводную
<b>Осмотр грудной клетки</b>		
14.	Сказать, что хотите оценить форму грудной клетки	озвучить вводную
15.	Сказать, что хотите оценить наличие деформаций грудной клетки	озвучить вводную
16.	Сказать и выполнить оценку симметричности правой и левой половины грудной клетки	озвучить вводную
17.	Сказать и выполнить оценку синхронности движения правой и левой половины грудной клетки	озвучить вводную
18.	Сказать и выполнить оценку частоты дыхательных движений (ЧДД)	озвучить вводную
<b>Пальпация грудной клетки</b>		
19.	Оценить эластичность грудной клетки и изложить свои действия при сдавлении грудной клетки в переднезаднем (ладонью одной руки исследователя устанавливается на грудину, вторая – на грудной отдел позвоночника параллельно друг другу) и боковом направлениях (руки исследователя располагаются в боковых отделах):	озвучить вводную

		
2 0.	Спросить у пациента о <b>болезненности</b> грудной клетки во время пальпации	озвучить вводную
2 1.	Проверить <b>голосовое дрожание</b> (ладони рук расположить на симметричных участках грудной клетки: область верхушек легких, по передней, боковым, задней поверхностям грудной клетки и попросить пациента произнести слово с буквой «р») 	озвучить вводную
<b>Перкуссия легких</b>		
Провести <b>сравнительную перкуссию легких</b> (перкуссия над симметричными участками грудной клетки) в следующей последовательности:		
2 2.	Перкуссия легких <b>спереди</b> в последовательности по схеме: 	озвучить вводную
2 3.	Перкуссия легких в <b>боковых отделах</b> в последовательности по схеме: 	озвучить вводную
2 4.	Перкуссия легких <b>сзади</b> в последовательности по схеме: 	озвучить вводную
<b>Аускультация лёгких</b>		
2 5.	Провести аускультацию легких <b>спереди</b> последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину	озвучить вводную

		
<p>2 6.</p>	<p>Провести аускультацию легких <b>в боковых отделах</b> последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину</p> 	<p>озвучить вводную</p>
<p>2 7.</p>	<p>Провести аускультацию легких <b>сзади</b> последовательно по схеме и озвучить аускультативную картину</p> 	<p>озвучить вводную</p>
<p>2 8.</p>	<p>Сделать заключение о состоянии дыхательной системы у пациента</p>	
<p>2 9.</p>	<p>Обработать руки гигиеническим способом после окончания осмотра пациента</p>	<p>озвучить вводную</p>

### Исследование частоты дыхательных движений

#### 1. Симуляционное оборудование

Антисептик для обработки рук, медицинская документация, стол, стул для пациента, манекен с возможностью определения частоты дыхательных движений, секундомер или часы с секундной стрелкой.

#### 2. Развёрнутая версия оценочного листа (чек-листа)

№ п/п	Перечень действий (элементов)	Отметка о выполнении Да/Нет
1.	Поздороваться с пациентом.	
2.	Представиться, обозначить свою роль	
3.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией Фамилию, Имя, Отчество, Возраст	
4.	Осведомиться о самочувствии пациента	
5.	Информировать пациента о процедуре осмотра и получить согласие на её проведение	
6.	Убедиться в наличии всего необходимого для проведения навыка	
7.	Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции	
8.	Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его	
9.	Положить одну руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)	
10.	Вторую руку положить на живот или грудную клетку пациента	
11.	Подсчитать число движений грудной клетки за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)	
12.	Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения	
13.	Поблагодарить пациента.	
14.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции.	
15.	Данные обследования оформить в медицинской документации.	

### Анализ показателей естественного движения в данном субъекте РФ

Субъект РФ	Рождаемость		Смертность	
	Абс. ч	На 1000 населения	Абс. ч	На 1000 населения

### Структура заболеваемости

№	Нозология	Абс.ч	%

Легенда статиста	
Модуль А  Диагностическая деятельность	<p>Конкурсант перед приемом облачается в СИЗ.            Статист входит в кабинет. Слегка сутулится. Садится.            Приветствие.            Конкурсант: Что вас беспокоит?            Статист: Головная боль очень сильная, шея тоже болит, среди полного здоровья внезапно появился озноб, повышение температуры тела до 39°C, боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, общая слабость.            Конкурсант: Когда начали беспокоить эти симптомы?            Статист: Болею в течении недели, лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался.            Конкурсант: Измеряли АД?            Статист: Сын измерял, было 130/80, по-моему.            Конкурсант: Ясно, давайте приступим к осмотру. Разденьтесь до пояса.            Статист: Хорошо.            Конкурсант делает осмотр кожных покровов, слизистых, лимфатических узлов, аускультацию легких, сердца, перкуссию, пальпацию живота, осмотр на наличие отеков, проверяет зев с помощью одноразового шпателя. Делает забор анализа на COVID-19 из зева и носа, оформляет документацию для отправки в ЦРБ. Измеряет температуру тела, АД, насыщение крови кислородом. Делает выводы. Записывает в соответствующую документацию.            Конкурсант выполняет необходимые манипуляции и выписывает направление на стационарное лечение (экстренно). Вызывает машину и отправляет пациента в ЦРБ. Конкурсант снимает, дезинфицирует, утилизирует СИЗ.</p>
Модуль В  Лечебная деятельность	<p>Статист входит в кабинет. Слегка сутулится. Руку держит на животе. Садится.            Приветствие.            Конкурсант: Что вас беспокоит?            Статист: Беспокоят сильные боли в животе.            Конкурсант: Когда начали беспокоить боли в животе?            Статист: 4 дня назад, когда появилось чувство тяжести в правой половине живота под ребрами, затем появились постоянные интенсивные боли в этой же области.            Конкурсант: С чем связываете начало заболевания?            Статист: на эти выходные ездили на шашлыки, на дачу. Не удержался, съел очень много жирной и острой пищи. На следующий день в правой области живота появились боли.            Конкурсант: А раньше вас боли в правой области живота беспокоили?            Статист: Да. В 2018 году меня с острым холециститом госпитализировали в хирургическое отделение РБ№2. После этого 2</p>

	<p>раза было обострение заболевания. Я лечился у терапевта. Вот приехал в командировку и заболел.</p> <p>Конкурсант: Кроме болей, какие еще симптомы беспокоят вас?</p> <p>Статист: Периодически тошнит, особенно после еды, чувствую горечь во рту. Несколько раз была рвота и голова болит.</p> <p>Конкурсант: В рвотных массах были ли примеси?</p> <p>Статист: Да, примеси желчи были.</p> <p>Конкурсант: Измеряли ли вы температуру тела?</p> <p>Статист: Да, температура вчера была 37,2°C. Сегодня – 37,3°C.</p> <p>Конкурсант: Понятно. Давайте приступим к осмотру.</p> <p>Конкурсант делает осмотр, поверхностную и глубокую пальпацию живота, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Оформляет документацию.</p>
<p>Модуль С</p> <p>Оказание неотложной помощи</p>	<p>Статиста ввели сопровождающие, поддерживая с двух сторон. Идти почти не может.</p> <p>Приветствие.</p> <p>Конкурсант: Что вас беспокоит?</p> <p>Статист: Произошла авария. Был за рулем. Сознание не терял. Во время удара почувствовал сильную боль в груди, животе, ощутил хруст ребра слева и правой руки. Беспокоят боли в груди и животе.</p> <p>Конкурсант: Когда это произошло?</p> <p>Статист: 20-30 минут назад. Хорошо, что мне помогли проезжающие мимо люди, привезли сюда, это было неподалеку.</p> <p>Конкурсант: Какие еще есть жалобы?</p> <p>Статист: волнуясь, ощущаю слабость, самочувствие становится хуже. Больно шевелиться, вдыхать глубоко.</p> <p>Конкурсант: Понятно. Давайте приступим к осмотру.</p> <p>Конкурсант делает осмотр, аускультацию, пальпацию, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Приступает к оказанию неотложной помощи. Оформляет документацию.</p>
<p>Модуль D</p> <p>Профилактическая деятельность</p>	<p>Статист входит в кабинет. Садится.</p> <p>Приветствие.</p> <p>Конкурсант: Что вас беспокоит?</p> <p>Статист: Подошла к вам на диспансерный прием. Чувствую себя хорошо. Живу с дочерью и внуками, которые меня не слушаются, целыми днями лежат и смотрят в свои телефоны. Внуки совсем мне не помогают, из-за этого я всегда нервничаю и устаю. Я работала бухгалтером, любила на работе во время перерыва поесть сладкое, мучное, кофе, чай с сахаром и сейчас тоже очень люблю пить по утрам кофе с сахаром. Я сижу на пенсии и в последнее время стала бояться за свое здоровье, так как мама и сестра умерли от сахарного диабета. Глюкометром и тонометром не умею пользоваться, при измерении бывают разные показатели. Год назад врач эндокринолог назначил лекарства, которые нерегулярно принимаю. Питаюсь хорошо, в моем рационе часто жирное мясо и сало, мучное, варенье, соленья, сладости, нравится сидеть и смотреть телесериалы до</p>



	<p>поздней ночи. Я ничего не знаю о своём заболевании, что мне делать, чтобы не было дальнейшего ухудшения состояния? Надеюсь, что вы мне поможете.</p> <p>Конкурсант: понятно. Не беспокойтесь. Я вам все объясню и покажу.</p> <p>Конкурсант информирует об особенностях течения сахарного диабета, обучает измерять сахар крови с использованием глюкометра и тест-полосок, вести ежедневный дневник самоконтроля, подсчитывать хлебные единицы, проводить взвешивание, вести дневник контроля веса. Информировывает пациентку о своевременном приеме сахароснижающих препаратов, дает рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета, советы по диетотерапии, соблюдению режима дня и отдыха, обучает элементам лечебно–физкультурного комплекса.</p>
<p>Модуль Е</p> <p>Оказание акушерской помощи</p>	<p>Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.</p> <p>Конкурсант здоровается, представляется, называет свою должность. Спрашивает имя, фамилию пациентки. Получает согласие на осмотр, обследование.</p> <p>Конкурсант: Что вас беспокоит?</p> <p>Статист: жалобы на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту.</p> <p>Конкурсант: расскажите, как протекала беременность.</p> <p>Статист:</p> <p>Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85,135/80 мм.рт. ст., незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась из-за того, что думала, что все пройдет.</p> <p>Конкурсант: Отмечали повышение артериального давления ранее? Выявляет акушерский анамнез. Осведомляется об аллергии. Проводит осмотр. Поясняет возможные последствия отказа от госпитализации. Решает вопрос о госпитализации пациентки.</p>

### 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, ничего не трогаете, не перемещаете, не разговариваете с пациентом. Внимательно прочитайте описание ситуации. Выполняйте задания, которые указаны в описании.

Обстановка приближена к реальной, действуйте исходя из этой ситуации. Время на выполнение модуля А, В, С, D – 3 часа, модуля Е – 2 часа, включая время подготовки 5 минут.

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.
- Вы не умеете пользоваться тонометром, не контролируете АД.
- Отвечаете на вопросы участника так, как вы поняли.
- Вы не соблюдаете режим дня, не ограничиваете физическую нагрузку, не имеете представление о диетическом питании.
- При измерении давления сжимаете руку в кулак.
- При перемещениях не оказываете помощь участнику.

