

**Организация медицинской помощи  
населению.**

**Организация работы приемного  
покоя.**

**Организация соматического  
отделения стационара.**

**Мероприятия по уходу за больным**

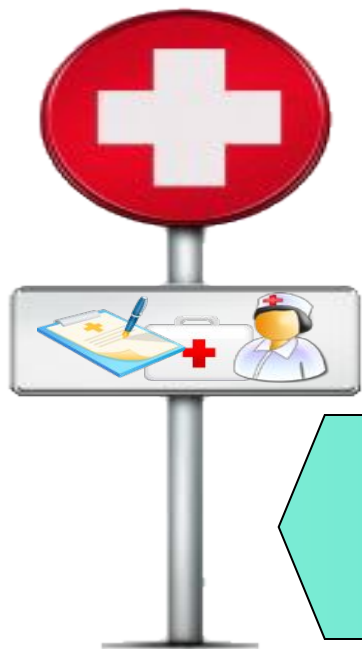
**Заведующий кафедрой общей медицинской практики:  
к.м.н., доцент Лисовский Олег Валентинович**

**Преподаватель:  
Ассистент Лисица Иван Александрович**



г. Санкт-Петербург, 2020

# ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ определяется:



Конституцией Российской Федерации

Законодательством Российской Федерации

Постановлениями Правительства России

Нормативными актами и инструктивными материалами Минздра России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Статья 41  
Конституции Российской Федерации  
**ЗАКРЕПЛЯЕТ**

право гражданина на охрану  
здоровья и медицинскую помощь

Исходя из Основного закона приняты **«Основы законодательства  
об охране здоровья граждан Российской Федерации»**,

которые регулируют отношения граждан, органов государственной власти и органов местного самоуправления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Приказ Министерства здравоохранения и  
социального развития РФ №627 от 7 октября 2005 г.

«Об утверждении единой номенклатуры  
государственных и муниципальных учреждений  
здравоохранения»

***Определяет перечень  
учреждений, оказывающих медико-санитарную  
помощь населению Российской Федерации***



# 1. Лечебно-профилактические учреждения - 11128

**1.1. Больничные учреждения – 5032**

**1.2. Диспансеры – 1121**

**1.3. Амбулаторно-поликлинические учреждения (включая стоматологические поликлиники) – 2921**

**1.4. Центры, в том числе научно-практические – 173**

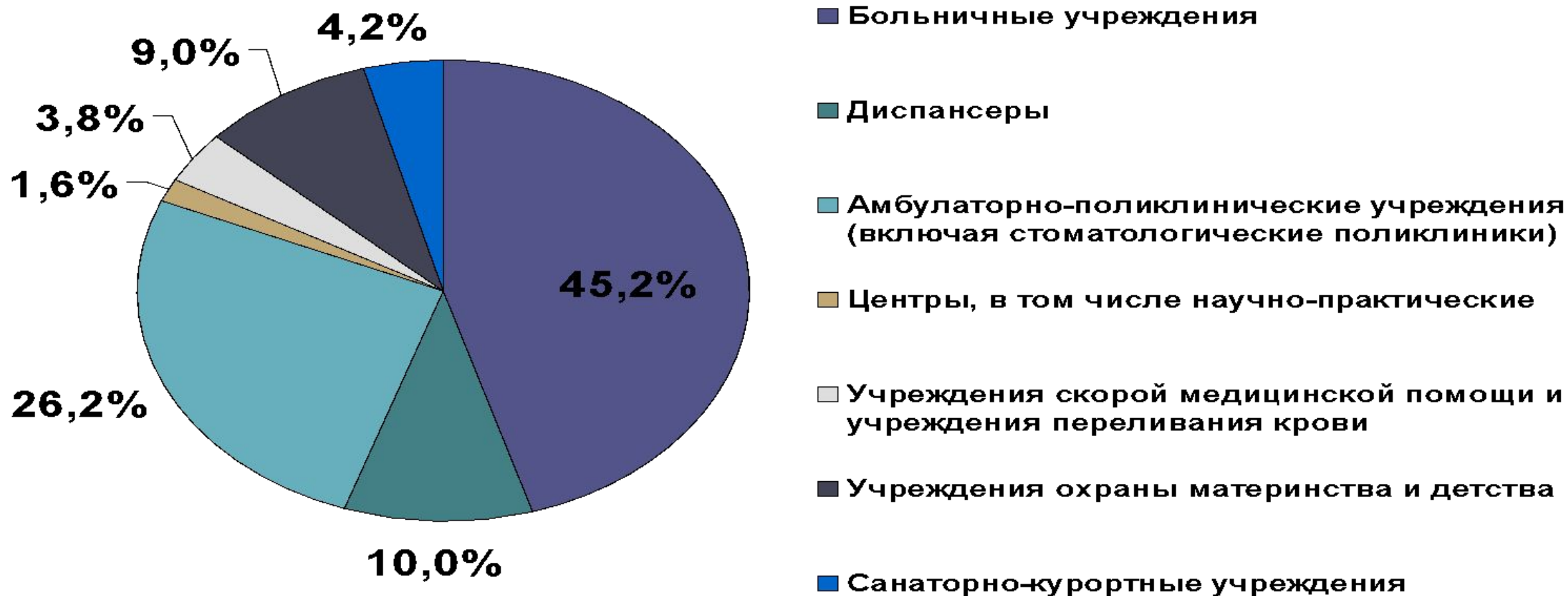
**1.5. Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови – 423**

**1.6. Учреждения охраны материнства и детства – 999**

**1.7. Санаторно-курортные учреждения – 459**

# Лечебно-профилактические учреждения

11128



## 2. Учреждения здравоохранения особого типа

(например, *центры*:  
медицинской профилактики,  
медицины катастроф,  
медицинский информационно-аналитический центр и т.д.;  
*бюро*:  
медицинской статистики;  
патолого-анатомическое;  
судебно-медицинской экспертизы).

## 3. Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

3.1. Центры гигиены и эпидемиологии.

3.2. Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3.3. Противочумный центр (станция).

3.4. Дезинфекционный центр (станция).

3.5. Центр гигиенического образования населения.

## 4. Аптечные учреждения

Больничные  
учреждения

могут иметь в своем составе поликлинику (амбулаторию).

Фельдшерско-акушерские  
пункты (ФАП)

являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения.

Здравпункты  
(врачебные, фельдшерские)

являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения или организаций и предназначены для оказания первой медицинской помощи рабочим, служащим и учащимся.

Клиники

лечебно-профилактические учреждения (больницы, родильные дома и другие учреждения здравоохранения), входящие в состав высших медицинских образовательных учреждений, медицинских научных организаций или подчиненные медицинским вузам и научным организациям, являются их структурными подразделениями.

# Больничные учреждения - 5032

## 1. Больницы – 4276

участковая; районная; городская, в том числе детская;  
городская скорой медицинской помощи; центральная (городская, районная);  
областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная)

## 2. Специализированные больницы – 561

том числе: восстановительного лечения, в том числе детская; гинекологическая; гериатрическая; инфекционная, в том числе детская; наркологическая;  
онкологическая; офтальмологическая; психоневрологическая, в том числе детская; психиатрическая, в том числе детская; психиатрическая специализированного типа; психиатрическая специализированного типа с интенсивным наблюдением; туберкулезная, в том числе детская.

## 3. Госпиталя – 65

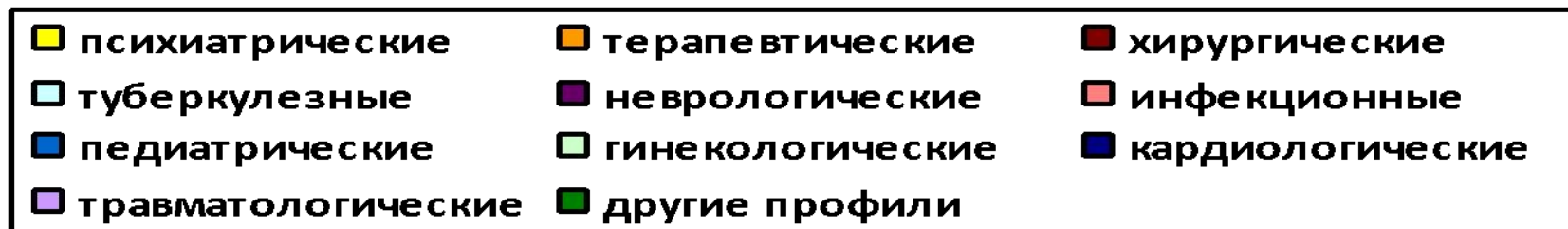
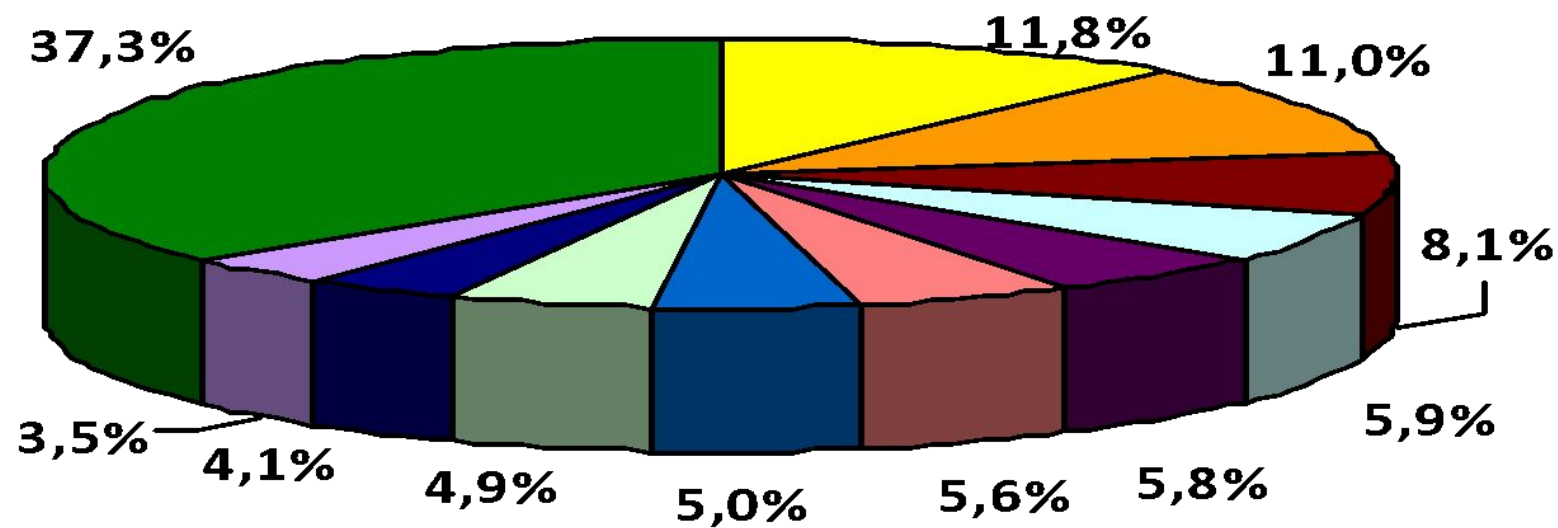
## 4. Медико-санитарные части, в том числе центральные – 85

## 5. Дома (больницы) сестринского ухода – 21

## 6. Хосписы – 22

## 7. Лепрозории – 2

# Структура коечного фонда круглосуточного пребывания



# Амбулаторно-поликлинические учреждения - 2921

## 1. Амбулатории

## 2. Поликлиники

*в том числе:*

- городская, в т.ч. детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в т.ч. детская;
- консультативно-диагностическая, в т.ч. для детей;
- психотерапевтическая;
- физиотерапевтическая.



# Виды медицинской помощи:



Амбулаторная медицинская  
помощь



Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь



Стационарная медицинская  
помощь

# Амбулаторная медицинская помощь

является гр



- при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения,
- при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

Скорая, в т.ч. специализированная  
(санитарно-авиационная),  
медицинская помощь

дается безотл  
гражданам



при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной систем здравоохранения.

# Стационарная медицинская помощь

является гр



в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях в следующих случаях,

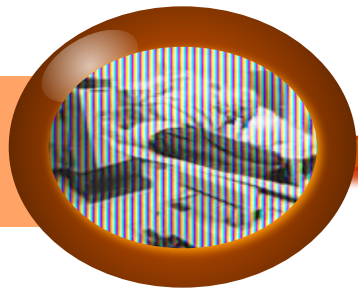
- требующих: круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в т.ч. числе по эпидемическим показаниям;
- заболевание, в том числе острое;
- обострение хронической болезни;
- отравление;
- травма;
- патология беременности, роды, аборт;
- период новорожденности.

Муниципальные органы власти



- Амбулатория
- Участковая больница
- Станция скорой медицинской помощи
- Поликлиника
- Районная больница,
- ЦРБ
- Городская больница
- Городская поликлиника
- Больница скорой медицинской помощи
- Станция скорой медицинской помощи
- Родильный дом
- Женская консультация
- Дом сестринского ухода
- Хоспис

Орган управления здравоохранения



- Специализированное учреждение (диспансер, специализированная больница, поликлиника, госпиталь, центр)
- Областная, краевая, республиканская больница, окружная больница

Минздравсоцразвития



- Федеральные государственные учреждения

Схема управления системой здравоохранения

# Классификация учреждений здравоохранения по уровням оказания медицинской помощи

учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную (при наличии соответствующих подразделений)

1  
уровень

учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную медицинскую помощь (без высокотехнологичной)

2  
уровень

учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие специализированную и первичную медико-санитарную помощь (учрежд., на базе которых имеются специализированные межмуниципальные центры)

3  
уровень

учреждения здравоохранения – юридические лица, оказывающие первичную медико-санитарную помощь

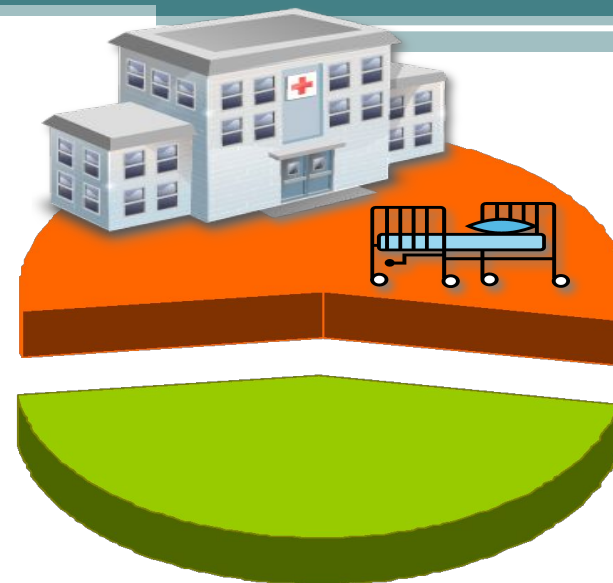
4  
уровень

учреждения здравоохранения – юридические лица, расположенные в сельской местности

5  
уровень

Более половины коечного фонда РФ сосредоточено в городских и центральных районных больницах

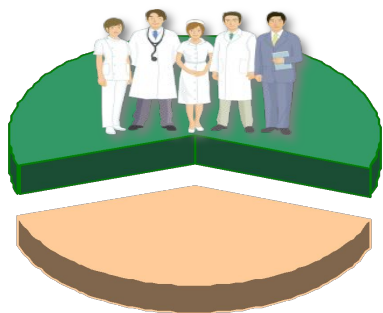
54,5%



их обслуживание обеспечивают

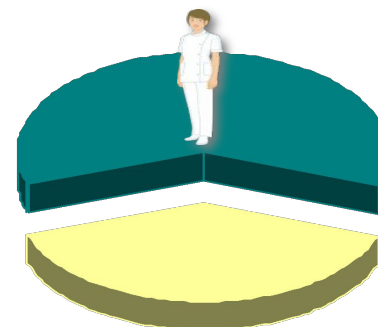
60,5%

всех занятых в больницах  
врачебных должностей



60,9%

среднего медицинского персонала



Городские больницы остаются более мощными, лучше укомплектованы средним медицинским персоналом, а особенно – **врачебными кадрами.**



## В сельской местности

развернуто медицинских учреждений

Наиболее слабым звеном сельского здравоохранения остаются **участковые больницы**



43,2%



развернуто всего **5%**  
общего коечного фонда РФ

НА НИХ ПРИХОДИТСЯ



2,3%

занятых врачебных должностей



4,5%

должностей среднего медицинского персонала

В **213** участковых больницах (**7,4%**) врачебные должности не укомплектованы физическими лицами.

# Схема «движения» пациентов по ЛПУ



ФАП – фельдшерско-акушерский пункт  
ЗП – здравпункт  
САПУ – самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение  
ССМП – станция скорой медицинской помощи



Впервые амбулаторная помощь больным в России стала применяться в XI в.

В 1089 г. в Киевской Руси «безвозмездное врачевание» приходящим больным было вменено в обязанность «больницам, находящимся при церквях».



и только после  
создания  
централизованного  
русского государства  
под властью Москвы  
указом Ивана Грозного  
была учреждена так  
называемая Царева,  
или Придворная,  
аптека (1581),  
выполняющая функции  
по оказанию  
медицинской помощи  
царю, его семье,  
ближним боярам.



Вскоре был учрежден  
Аптекарский приказ по  
управлению  
медицинским делом  
государства.

В 1620 г. возникают первые светские амбулатории, где прием ведут врачи.

Организацию амбулаторной помощи ускорили тяжелые эпидемии оспы, чумы, холеры.







Петровские реформы дали начало реорганизации всего медицинского дела: вместо боярской приказной системы была создана государственная администрация, в том числе и Медицинская канцелярия вместо Аптекарского приказа.

В 1738 г. при главной аптеке Петербурга была учреждена должность врача для бедных, это была первая в Европе бесплатная амбулатория.

В 1804 г. впервые в истории России поликлиническая практика была введена в программу преподавания на медицинских факультетах университетов.





Как правило, амбулаторная помощь в городах оказывалась при больницах. Самостоятельные учреждения этого типа стали развиваться лишь в 80-х гг. XIX в., чему способствовало развитие земской и фабричной медицины.





Усиленное развитие в нашей стране амбулаторно-поликлиническая помощь получила с 20-х гг. XX в.,



По соглашению Наркомздрава РСФСР и ВЦСПС на предприятиях начали создаваться пункты медицинской помощи, амбулатории, стационары



Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация, которая в то время в силу многих объективных причин была сведена к регистрации заболеваний и медицинским осмотрам. Совершенствовалась система охраны материнства и детства, значительно увеличилась сеть детских поликлиник и женских консультаций.



# Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

**Системы  
здравоохранения**

```
graph TD; A[Системы здравоохранения] --> B[Государственная]; A --> C[Частная]; A --> D[Муниципальная];
```

Государственная

Частная

Муниципальная

# Виды медицинской помощи

1) Первичная  
медико-санитарная помощь



3) Скорая, в том числе  
скорая специализированная МП



2) Специализированная,  
в т. ч. высокотехнологичная МП



4) Паллиативная МП



# Условия оказания медицинской помощи

Вне медицинской организации (на месте вызова СМП, скорой специализированной МП, в транспортном средстве при медицинской эвакуации)

В дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время)

Амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения)

Стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)

# Формы оказания медицинской помощи

**Плановая** - при профилактических мероприятиях, заболеваниях и состояниях без угрозы жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной МП, отсрочка которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью

**Неотложная** - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

**Экстренная** - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента



# Первичная медико-санитарная помощь



лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи,



медицинская профилактика заболеваний,



осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, по предупреждению аборт,



санитарно-гигиеническое просвещение граждан,



## Первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по (Ст. 33 N323-ФЗ):

- Профилактике
- Диагностике
- Лечению заболеваний и состояний
- Медицинской реабилитации
- Наблюдению за течением беременности
- Формированию здорового образа жизни
- Санитарно-гигиеническому просвещению

Осуществляется по территориально-участковому принципу (формирование групп по месту жительства, месту работы или учебы, в целях приближения МП к гражданам).

# Принципы оказания ПМСП:

Справедливость и равенство в распределении и доступности служб здравоохранения.

Активное участие населения в развитии здравоохранения и проведении мероприятий по охране здоровья.

Приоритет укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Использование научно обоснованных, социально приемлемых и экономически осуществимых медицинских технологий.

Учет взаимного влияния на здоровье и здравоохранение всех прочих сфер общественной жизни и деятельности человека.

# Порядок организации оказания ПМСП

Приказ МЗСР РФ  
от 15 мая 2012 г. N 543н

«Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

Приказ МЗСР РФ  
от 16 апреля 2012 г. N 366н

«Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»

Приказ МЗСР РФ  
от 9 августа 2010 г. N 613

«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий»

# Формы и условия оказания ПМСП в соответствии с ФЗ-323



# Первичная медико-санитарная помощь



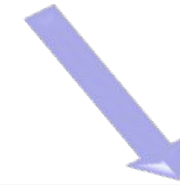
## Доврачебная

Фельдшера, акушеры  
и др. мед. работниками  
со средним  
медицинским  
образованием



## Врачебная

Врачи-терапевты, врачи-  
педиатры,  
(в т.ч. участковые) и  
врачи общей практики  
(семейные врачи)



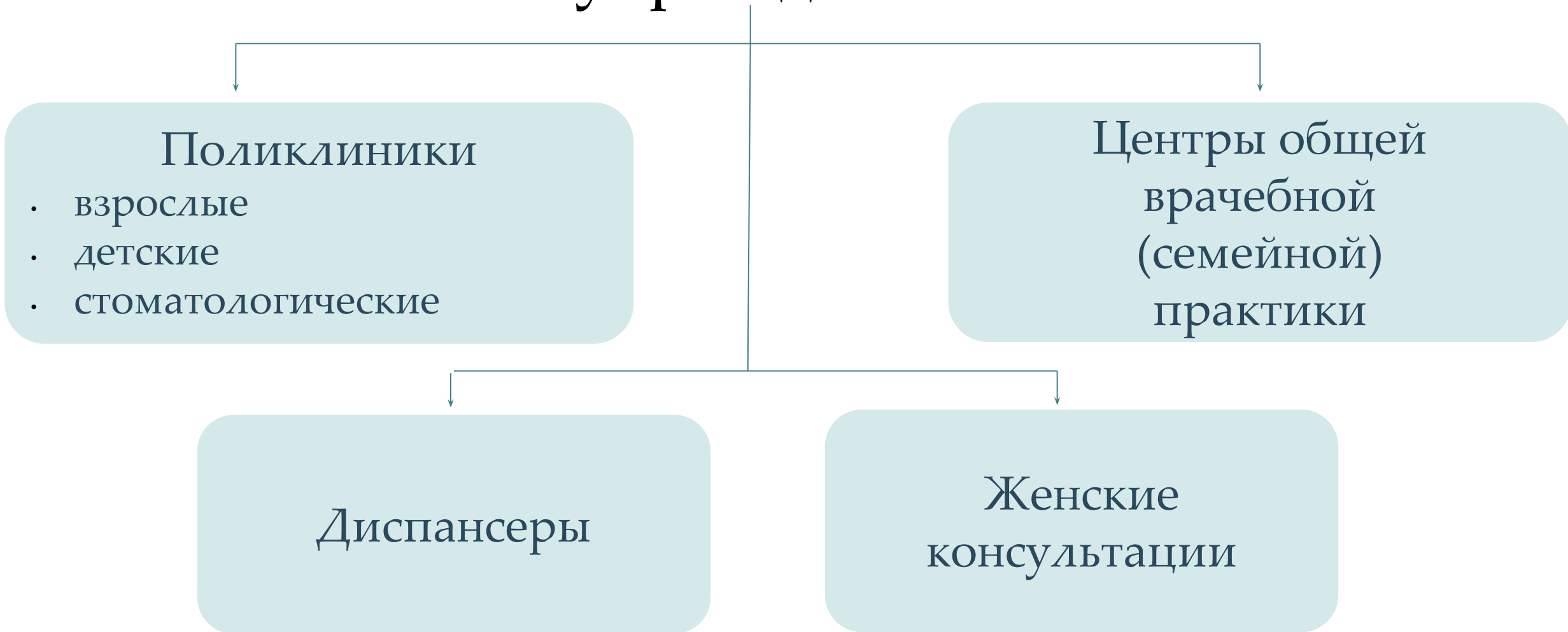
## Специализированная

Врачи-специалисты,  
оказывающие  
специализированную,  
в т. ч. высокотехнологичную,  
медицинскую помощь

## Типы учреждений внебольничной помощи утверждены в 1978 г. Министерством здравоохранения СССР.

- **Амбулатории** (лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания внебольничной медицинской помощи и имеющее не более 5 врачебных должностей)
- **Поликлиники** (многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания медицинской)
- **Диспансеры** (специализированное ЛПУ, предназначенное для раннего выявления больных, их лечения и последующего медицинского наблюдения, а также для организации и проведения активных профилактических мер, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости населения)
- **Женские консультации** (структурное подразделение родильного дома или поликлиники, предназначенное для осуществления амбулаторной акушерско-гинекологической помощи и диспансеризации женщин во время беременности, после родов, а также страдающих заболеваниями и аномалиями женской половой сферы)
- **Фельдшерско-акушерские пункты** (ЛПУ, входящее в состав сельского врачебного участка и осуществляющее под руководством участковой больницы (амбулатории) комплекс лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на определенной территории.)

# Основные типы амбулаторно-поликлинических учреждений





Поликлиника – это комплексное учреждение, располагающее кадрами специалистов, оснащением и оборудованием для оказания больным квалифицированной и специализированной медицинской помощи, как при посещении поликлиники, так и на дому.

Виды:

- по организации работы – объединенные со стационаром и не объединенные (самостоятельные);
- по территориальному признаку – городские и сельские;
- по профилю – общие для обслуживания взрослого или детского населения, стоматологические и консультативно-диагностические.

## Виды участков:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой)
- врача общей практики (семейного врача);
- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом в амбулатории и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);
- акушерский;
- приписной.

Для организации работы поликлиники в ее структуре рекомендуется предусматривать следующие подразделения:

- регистратура;
- отделение (кабинет) доврачебной помощи;
- отделение общей врачебной (семейной) практики;
- отделение (кабинет) первичной специализированной медико-санитарной помощи;
- отделения первичной специализированной медико-санитарной помощи (травматолого-ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, оториноларингологическое, офтальмологическое, неврологическое и др.);
- кабинеты врачей-специалистов;
- отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- стоматологическое отделение (кабинет);
- процедурный кабинет;
- смотровой кабинет;

- флюорографический кабинет;
- кабинет доверия;
- кабинет кризисных состояний и медико-психологической разгрузки;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- микробиологическая лаборатория;
- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- центр здоровья;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья);
- дневной стационар;
- информационно-аналитическое отделение или кабинет медицинской статистики;
- организационно-методический кабинет (отделение);
- административно-хозяйственные подразделения.\*

\*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»  
Приложение N 1 Правила  
организации деятельности поликлиники . Пункт 8



## Состав амбулатории:

- Регистратура,
- Кабинеты врачей, ведущих прием,
- Рентгенологическое отделение,
- Физиотерапевтическое отделение,
- Лабораторное отделение и другие подразделения, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс,
- Хозяйственные службы.
- В некоторых амбулаториях организуются дневные стационары на 4—6 коек.

## Виды диспансеров:

- противотуберкулезный,
- кожно-венерологический,
- онкологический,
- психоневрологический,
- наркологический,
- кардиологический,
- эндокринологический,
- врачебно-физкультурный,
- противотрахоматозный

## Виды диспансеров:

- областные (краевыми, республиканскими), по своему профилю выполняющими функции центра специализированной медпомощи,
- городские,
- межрайонные,
- районные.

# Задачи диспансеров:

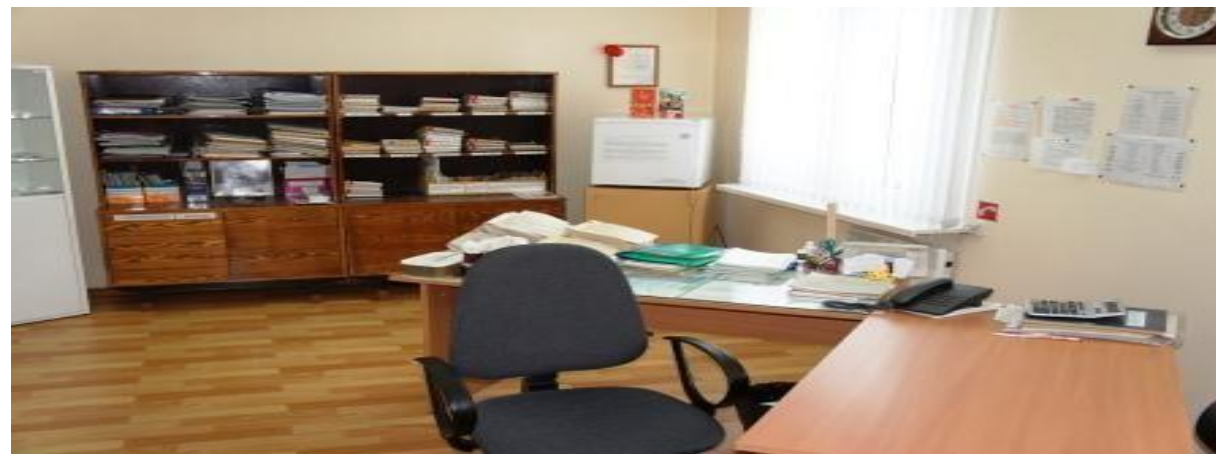
- Активное проведение медицинских мероприятий по снижению и предупреждению заболеваемости населения распространенными или социально опасными болезнями с помощью диспансерного метода .
- Организация и контроль за массовыми целевыми осмотрами населения, направленные на выявление той или иной патологии, с использованием специальных методов диагностики и непосредственное участие в этих мероприятиях;
- Проведение дообследования больных, выявленных в других учреждениях здравоохранения, лечение, последующее наблюдение пациентов, включая противорецидивные мероприятия и медосмотры.

## Состав и задачи ФАПа:

- заведующий — фельдшер (акушерка с законченным средним медицинским образованием);
  - акушерка (патронажная медсестра), также с законченным средним медицинским образованием,
  - Санитарка.
- 
- Как правило, ФАП располагается в наиболее удаленных от участковой больницы населенных пунктах, что приближает медпомощь к сельскому населению.



# Фельдшерско-акушерский пункт



# Основные задачи женской консультации:

- Подготовка женщин к беременности и родам, оказание акушерской помощи во время беременности и в послеродовом периоде;
- Оказание помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- Оказание и услуг по планированию семьи, профилактика абортов, ЗППП, внедрение современных методов контрацепции;
- Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях специализированного приема, дневного стационара;
- Оказание социально-правовой помощи в соответствии с законодательством;
- Проведение мероприятий по повышению знаний, санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья.
- Выдача родовых сертификатов;

# Примерная организационная структура женской консультации



# Центр общей врачебной практики

- ЦОВП организуют на территории муниципальных районов и городских округов.
- Участок врача общей практики формируют из расчета 1500 человек взрослого населения.
- Участок семейного врача – 1200 человек взрослого и детского населения.

# Примерная организационная структура центра общей врачебной (семейной) практики





# Особенности амбулаторно-поликлинической помощи:

- наиболее дешевый вид медицинской помощи по сравнению с другими (стационарным, санаторно-курортным);
- амбулаторно-поликлинический вид помощи гарантирован Конституцией РФ, законами и многими законодательными актами.

Основной принцип работы поликлиники - **территориально-участковый**, когда за участковым врачом-терапевтом и медицинской сестрой закреплен участок с определенным числом жителей.

«...участковый принцип дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и диагностические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Участковый врач делается таким образом «домашним» врачом, другом семьи»

Н.А. Семашко

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от  
15.05.2012 № 543н

Профилактическая  
направленность

**Основные  
принципы  
организации  
деятельности  
МО**

Преемственность и  
этапность лечения

Участковость

Доступность

# Диспансеризация

Важное направление деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по:

- формированию здорового образа жизни;
- профилактике и ранней диагностике заболеваний;
- эффективному лечению больных;
- динамическому наблюдению.

# Участковость

Большая часть МО работают по участковому принципу (участковые врач и медицинская сестра).

При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать следующие факторы:

- **численность населения;**
- **протяженность участка;**
- **тип застройки;**
- **удаленность от поликлиники;**
- **транспортная доступность и др.**



# Доступность

Реализация этого принципа обеспечивается широкой сетью МО, действующих на территории РФ.

Любой житель страны не должен иметь препятствий.

Доступность и бесплатность амбулаторно-поликлинической помощи населению обеспечиваются в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

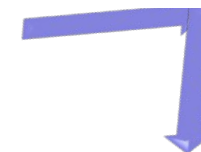
# Преимственность и этапность лечения

Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого технологического процесса оказания медицинской помощи:

*Поликлиника*



*стационар*



*учреждения восстановительного лечения.*

Одно из направлений достижения этого принципа - внедрение *электронной истории болезни* (электронного *паспорта* больного).

# Поликлиника для взрослых



# Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках

УЧАСТОК	Количество человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше
На фельдшерском участке	1300
На терапевтическом участке	1700 (1300 в сельской местности)
На участке врача общей практики	1200
На участке семейного врача	1500 (в т.ч. детское население)
На комплексном участке	2000 и более (в т.ч. детское население)

По мощности поликлиники делятся на 5 категорий в зависимости от числа посещений в смену или числа обслуживаемого населения:

- 1 категория – 1200 посещений в смену (обслуживает 100 -120 тыс. населения),
- 2 категория – 750-1200 посещений в смену (80-100тыс. населения)
- 3 категория – 500-750 посещений в смену (50-79 тыс. населения),
- 4 категория – 250-500 посещений в смену (18-49 тыс. населения),
- 5 категория – до 250 посещений в смену (до 17000 обслуживаемого населения).

# Организационно-штатная структура поликлиники

- Главный врач
- Заместители главного врача
- Заведующие отделениями
  
- Отделения профилактики (кабинеты приема врачей, диагностические кабинеты)
- Лечебные подразделения (отделения специализированной ПМСП, дневной стационар и пр.)
- Диагностические и вспомогательные подразделения



# Структура взрослой поликлиники:



# Основные задачи городской поликлиники для взрослых

- Оказание квалифицированной медицинской помощи населению обслуживаемого района на амбулаторной приеме и на дому;
- Анализ данных о состоянии здоровья населения (заболеваемость, инвалидность, смертность и др.);
- Организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, в том числе рационального питания, режима труда и отдыха, борьбы с курением и другими вредными привычками.
- Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения обслуживаемого района с целью сохранения и укрепления здоровья на индивидуальном и групповом уровнях;

# Основные задачи городской поликлиники для взрослых

- Организация и осуществление **диспансеризации** больных, подростков, инвалидов, участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС и других категорий населения, требующих динамического наблюдения за состоянием здоровья.
- Проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, факторов риска.
- Диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;
- Восстановительное лечение и реабилитация;
- Клинико-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;

# Основные задачи городской поликлиники для взрослых

- Организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- Проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);
- Установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе в отношении отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- Повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием;
- Ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности.





# Основные задачи детской городской поликлиники:

- Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения;
- Оказание квалифицированной лечебно-профилактической помощи детям в поликлинике и на дому;
- Направление при необходимости детей на лечение в стационары больниц, санатории, специализированные детские ясли-сады, учреждения детского отдыха и др.;
  - Организация лечебно-профилактической работы в ДОУ;
  - Проведение комплекса противоэпидемиологических мероприятий (совместно со специалистами Роспотребнадзора);
    - Обеспечение правовой защиты детей.

Детская поликлиника работает по участковому принципу.  
Педиатрические участки организуют из расчета 800 детей на один участок.

На каждый педиатрический участок выделяют 1,5 должности участковой медсестры.

В ДООУ предусмотрен 1 врач-педиатр на:

- 180–200 детей в детских яслях;
- 600 детей детских садов;
- 1200 учащихся учреждений школьного, начального и среднего профессионального образования.



# Организация работы детской поликлиники:

1 медсестра или фельдшер на:

- 100 детей детских садов;
- 600 учащихся образовательных учреждений;
- 50 детей санаторных детских садов;
- Должности медицинских психологов и логопедов для оказания амбулаторно - поликлинической помощи устанавливаются в зависимости от объема работы.

# Структура детской поликлиники:

Администрация

Административно-хозяйственное отделение

Информационно-аналитическое отделение (регистратура, кабинет мед. статистики)

**Лечебно-профилактическое отделение:**  
Кабинет участковых педиатров; Кабинет профилактической работы с детьми (кабинет здорового ребенка); Прививочный кабинет; Процедурный кабинет.

**Консультативно-диагностическое отделение:**  
Кабинеты врачей-специалистов; Кабинет функциональной диагностики; Кабинет лучевой диагностики; Лаборатория.

**Дневной стационар:**  
Приемные кабинеты; Палаты для размещения детей; Помещение для персонала; Санитарная комната; Туалеты для персонала, детей и их родителей; Комната для отдыха родителей.

**Отделение восстановительной медицины:**  
Кабинет охраны зрения; Ингаляционный кабинет; Физиотерапевтическое отделение; Кабинеты ЛФК и массажа; Кабинет аллергодиагностики.

**Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях**

**Отделение неотложной медицинской помощи**

**Отделение медико-социальной помощи:**  
Кабинеты терапевта, психолога, юриста, подросткового (детского) гинеколога, социального работника.

# Первичная профилактика заболеваний:

- Вакцинация населения
- Санитарно-просветительная работа:
  - Рациональное питание
  - Рациональный режим труда и отдыха
  - Физическая активность
  - Отказ от вредных привычек и т.д.

## Вторичная профилактика:

- Диспансеризация населения, направленная на:
  - Рациональное оздоровление организма
  - Раннее выявление и своевременное лечение заболеваний
  - Динамическое наблюдение за людьми, имеющими факторы риска и хронические заболевания

## Третичная профилактика:



# Понятие медицинской документации

- Согласно статье 1 Федерального закона от 24.12.1994 № 77-ФЗ «Об обязательном экземпляре документов» документ – это материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, звукозаписи, изображения и (или) их сочетания, который имеет реквизиты, позволяющие его идентифицировать, и предназначен для передачи во времени и в пространстве в целях общественного использования и хранения.
- Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» термина «медицинская документация» не раскрывает.



# Форма N 025/у "Медицинская карта пациента,

Приложение N 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. N 834н

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:



## 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 \_\_\_\_\_

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия

- И так далее

# Учетные формы первичной медицинской документации АПУ

Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации

ГП № 197  
(наименование медицинского учреждения)

Новословская ул., 4  
(адрес)

Медицинская документация  
Форма № 025-12/у

утверждена приказом  
Минздрава России  
от 22 ноября 2004 г. № 255

Код ОГРН 

3	0	0																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

№ медицинской карты		1	Дата		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>2</td><td>1</td><td>0</td><td>4</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>		2	1	0	4	1	0																	
2	1	0	4	1	0																								
1. Код категории льготы	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	0	1	0	2. Номер страхового полиса ОМС	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				1	1	1	1	1	1	1	1												
0	1	0																											
1	1	1	1	1	1	1	1																						
		3. СНИЛС	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				1	1	1	-	1	1	1	-	1	1													
1	1	1	-	1	1	1	-	1	1																				
4. Пациент: код <sup>1)</sup>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1																				Ф.И.О. <b>ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ</b>							
1																													
5. Пол <sup>4)</sup> :	<b>1 - Муж;</b> 2 - жен;		6. Дата рождения:		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>0</td></tr></table>	1	2	1	2	5	0																		
1	2	1	2	5	0																								
7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) <sup>4)</sup> : <b>Паспорт гражданина СССР.1111111111</b>																													
8. Адрес регистрации по месту жительства <sup>4)</sup> : <b>МОСКВА Г. БОРОВАЯ УЛ 7</b>																													
				9. Житель <sup>4)</sup> : <b>1 - город;</b> 2 - село																									
10. Социальный статус, в т.ч. занятость: <b>Работающие граждане</b>																													
11. Инвалидность: 1-I гр., 2-II гр., 3-III гр., 4-установлена впервые в жизни, 5-степень инвалидности, 6-ребенок инвалид, 7-инвалид с детства, 8-снята																													
12. Специалист: код			Ф.И.О.																										
13. Специалист: код <sup>2)</sup>			Ф.И.О.																										
14. Вид оплаты:	<b>1 - ОМС;</b> 2 - бюджет; 3 - платные услуги, в т.ч. 4 - ДМС; 5 - другое.																												
15. Место обслуживания: <b>1 - поликлиника;</b> 2 - на дому, в т.ч. 3 - актив.																													
16. Цель посещения: 1 - заболевание; 2 - профосмотр; 3 - патронаж; <b>4 - другое (Обращение в центр здоровья).</b>																													
17. Результат обращения: 1 - выздоровление; 2 - улучшение; <b>3 - динамическое наблюдение;</b> направлен: 4 - на госпитализацию; 5 - в дневной стационар; 6 - стационар на дому; 7 - на консультацию; 8 - на консультацию в др. ЛПУ.																													
1) - идентификационный номер пациента или жей, принятый в ЛПУ;				2) - указывается при учете работы среднего мед. персонала;																									
3) - при оплате по лицензии, МС - представляется на 2 поделения, МС				4) - н.п.п. 12-24 указывается при расчете абонементов (например, интервалов).																									
				<b>См. на обороте</b>																									

## Оборотная сторона Талона амбулаторного пациента

18. Диагноз код МКБ	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
19. Коды медицинской услуги (посещения, МЭС) <sup>3)</sup>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
20. Характер заболевания: 1 - острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 - диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)																																							
21. Диспансерный учет: 1 - состоит (+), 2 - взят, 3 - снят, в т.ч. 4 - по выздоровлению																																							
22. Травма: -производственная: 1 - промышленная; 2 - транспортная, в т.ч. 3 - ДТП; 4 - сельскохозяйственная; 5 - прочие непроизводственная: 6 - бытовая; 7 - уличная; 8 - транспортная, в т.ч. 9 - ДТП; 10 - школьная; 11 - спорт; 12 - прочие; 13 - полученная в результате террористических действий																																							
18. Диагноз код МКБ	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
24. Коды медицинской услуги (посещения МЭС) <sup>3)</sup>	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
25. Характер заболевания: 1 - острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+); 2 - диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)																																							
26. Диспансерный учет: 1 - состоит; 2 - взят; 3 - снят, в т.ч. 4 - по выздоровлению																																							
27. Заполняется только при изменении диагноза: ранее зарегистрированный диагноз																																							
Код МКБ-10																																							



## Значение медицинской документации при оказании медицинской помощи



- Медицинская документация является основанием возникновения, изменения, прекращения правоотношений между пациентом и медицинской организацией, между медицинской организацией и страховыми компаниями и т.д.
- При рассмотрении судом «медицинских дел» медицинская документация выступает чуть ли не главным доказательством по делу. Это касается как гражданских дел (например, при рассмотрении дела о возмещении вреда, причиненного здоровью), так и уголовных дел (например, при рассмотрении дела о причинении тяжкого вреда или смерти по неосторожности). Служит основанием для расчетов за оказанные медицинские услуги.

# Организация стационарной помощи населению

# Больничные учреждения

1. Больницы
2. Специализированные больницы
3. Госпитали всех наименований
4. Медико-санитарная часть, в том числе центральная
5. Дом (больница) сестринского ухода.
6. Хоспис
7. Лепрозорий

# Больницы

- - участковая;
- - районная;
- - городская, в том числе детская;
- - городская скорой медицинской помощи;
- - центральная (городская, районная);
- - областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная).

# Специализированные больницы:

- - восстановительного лечения, в том числе детская;
- - гинекологическая;
- - гериатрическая;
- - инфекционная, в том числе детская;
- - наркологическая;
- - онкологическая;
- - офтальмологическая;
- - психоневрологическая, в том числе детская;
- - психиатрическая, в том числе детская;
- - психиатрическая (стационар) специализированного типа;
- - психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
- - туберкулезная, в том числе детская;
- - курортная.

# Структура больницы

- Приемное отделение
- Профилированные лечебные отделения
- Отделения интенсивной терапии и реанимации
- Операционный блок
- Диагностические отделения (функциональной диагностики, рентгендиагностики, физиотерапевтическое, лаборатория и др.)
- Патолого-анатомическое отделение
- Административно-хозяйственные подразделения
- Аптека



## по профилю:

- многопрофильные (с несколькими профилями отделений)
- с одним профилем (специализированные больницы и диспансеры):
  - туберкулезные,
  - онкологические,
  - инфекционные,
  - психоневрологические,
  - восстановительного лечения,
  - офтальмологические,
  - кожно-венерологические и др.;

# хозяйственные подразделения

- Пищеблок (кухня, склад)
- Прачечная
- Техническая и санитарно-техническая служба, включая дезинфекционные установки
- Транспорт
- Ремонтные мастерские

# Основные учетные документы стационара

- Медицинская карта стационарного больного (уч.ф.№003)
- Карта выбывшего из стационара (уч. ф. 055/у)
- Журнал операций (уч. ф. № 008/у)
- Журнал приема больных и отказов в госпитализации (уч. ф. № 001/у)
- Листок ежедневного учета больных и коечного фонда (уч. ф. №007/у)
- Журнал патологоанатомических вскрытий (уч. ф.№12)

# по объему деятельности - различной коечной мощности (категории)

Мощность больничных учреждений определяется числом коек.

Категория	Городские больницы	Детские больницы
I	более 1000 коек	300 – 400
II	800 -1000	250 – 300
III	600 – 800	200 – 250
IV	500 – 600	150 – 200
V	300 – 400	100 – 150
VI	250 – 300	75 – 100
VII	100 – 150	50 - 75
VIII	менее 100 коек	менее 50 коек

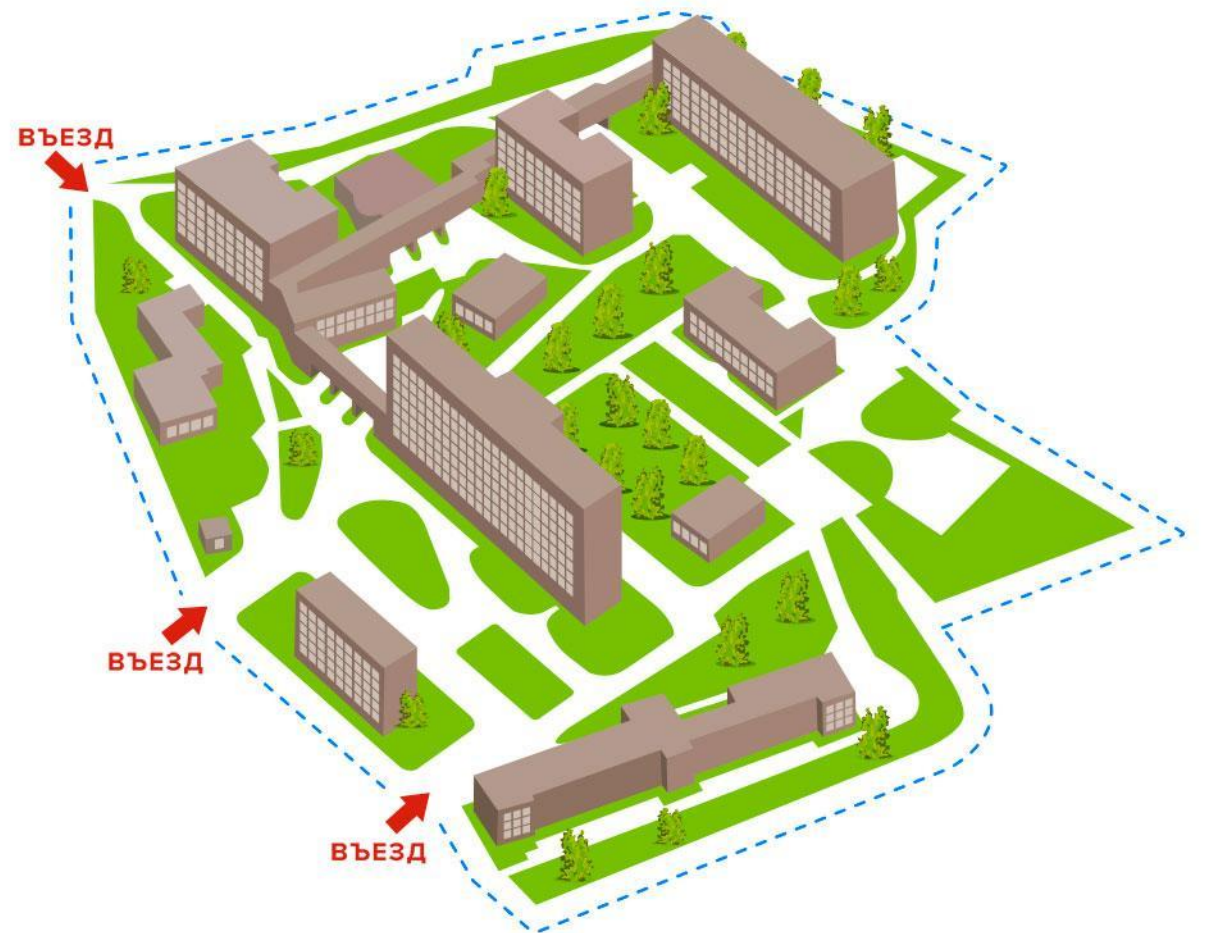
# Планировка больниц

- Централизованная – лечебные и диагностические отделения находятся в одном корпусе
- Павильонная (децентрализованная)
- Смешанная

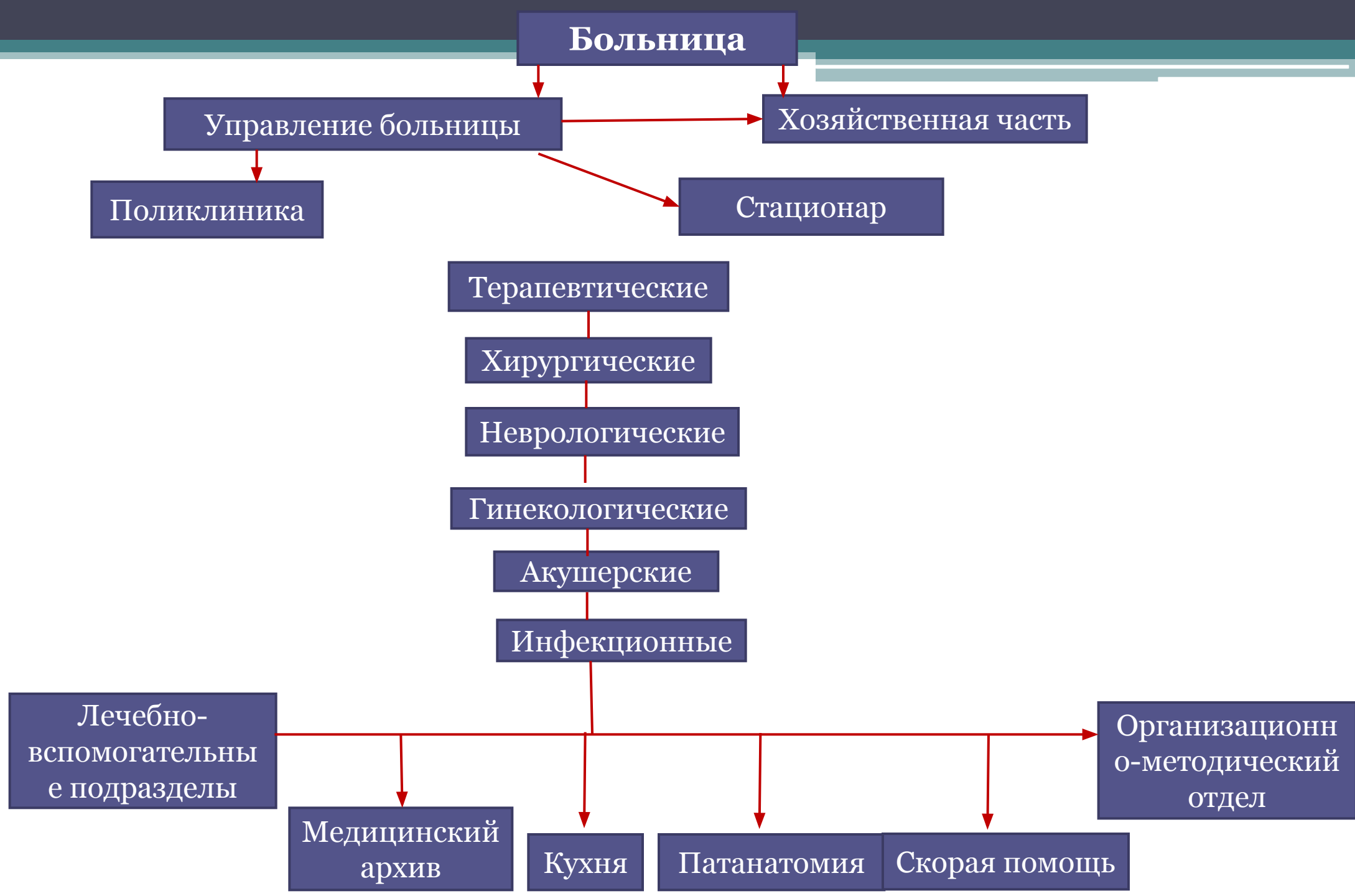


# Территория больницы

- Здания
- Зона хозяйственного двора
- Защитная зеленая зона







# Пути госпитализации пациентов в стационар

- машиной СМП, при возникновении острого или обострении хронического заболевания, несчастного случая или травмы, требующих квалифицированного экстренного лечения в условиях стационара (**экстренная госпитализация**)
- по направлению участкового врача поликлиники или амбулатории в случае неэффективности лечения в домашних условиях (**плановая госпитализация**)
- **перевод** из других лечебных и профилактических учреждений по договоренности с администрацией больницы
- **Самообращение** («**самотек**») - поступление без какого-либо направления лечебно-профилактического учреждения на госпитализацию, если человеку стало плохо на улице, недалеко от больницы, и он самостоятельно обратился в приемное отделение





- Приёмное отделение – это важнейшее лечебно-диагностическое отделение больницы. В нем производят прием и регистрацию пациентов, оформляют соответствующую медицинскую документацию, проводят врачебный осмотр с установлением характера и тяжести заболевания, определение отделения для последующей госпитализации больных, оказание при необходимости экстренной медицинской помощи, санитарную обработку.

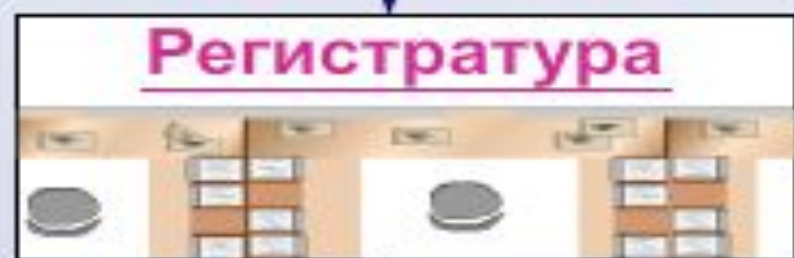
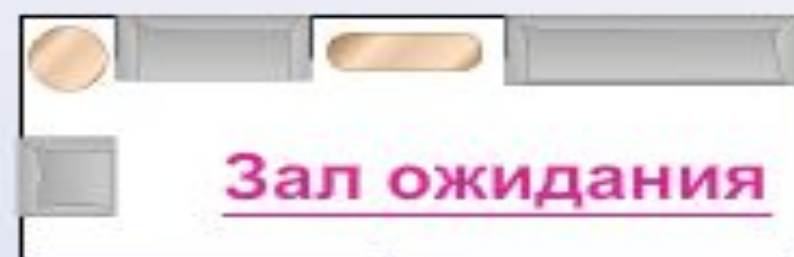
# Функции приемного отделения

- Прием и регистрация больных
- Осмотр, первичное обследование, диагностика
- Оказание квалифицированной помощи
- Санитарно-гигиеническая обработка вновь поступивших пациентов
- Транспортирование пациентов в лечебное отделение больницы





# ПРИЁМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ





# Устройство приемного отделения стационара

Зал ожидания предназначен для ходячих больных и сопровождающих их родственников



# Регистратура



# Смотровой кабинет





- Санпропускник с душевой (ванной), комнатой для переодевания
- Диагностический кабинет – для больных с неустановленным диагнозом
- Изолятор – для больных, у которых подозревается инфекционное заболевание
- Процедурный кабинет – для оказания экстренной помощи
- Операционная (перевязочная)- для оказания экстренной помощи
- Рентгенологический кабинет
- Лаборатория
- Кабинет дежурного врача
- Кабинет заведующего приёмным отделением
- Туалетная комната
- Помещение для хранения одежды поступивших больных

# Обязанности медперсонала приёмного

## отделения стационара при приеме пациента

- Медсестра знакомится с направлением или с сопроводительным листом (пациента, доставленного машиной СМП)
- Выслушивает жалобы пациентов и вызывает дежурного врача
- Сопровождает пациента в смотровой кабинет к дежурному врачу на осмотр
- Заполняет паспортную часть медицинской карты стационарного больного (титульный лист), пациент предъявляет свой паспорт, медицинский полис
- Своевременно передаёт экстренные извещения: в центр Госсанэпиднадзора об инфекционных заболеваниях, вызовы в поликлиники города, телефонограммы в отделения полиции
- По назначению врача вызывает консультантов
- Забор материала для лабораторных исследований
- Выполняет манипуляции: проводит антропометрию, а также измеряет: АД, пульс, температуру и др., даёт кислород пациенту
- Помогает врачу при проведении манипуляций: накладывает повязку, оказывает неотложную доврачебную помощь
- При подозрении на инфекционное заболевание приглашает врача инфекциониста, помещает пациента в изолятор, следит за состоянием пациента в изоляторе
- Сопровождает пациента, поступающего в стационар, в санпропускник, где проводится осмотр пациента, в том числе и на педикулёз
- Следит за качеством санитарной обработки пациента
- Следит за санитарным состоянием в отделении, не допускает присутствия в отделении или хождения через него посторонних лиц

# Документация приемного отделения

- **Журнал учета приема больных (госпитализации) –форма 001/у.** В журнале отмечают ФИО пациента, год рождения (кол-во полных лет), дату время поступления, пол .подробный адрес места жительства и регистрации, номер дом., моб тел, ФИО супруга/супруги, место работы, профессия, должность, канал госпитализации –откуда доставлен, диагноз, и в какое отделение пациент направлен. *Обязательно: указывают результаты осмотра на педикулез. Если есть документы- паспорт серия/ номер и страх. полис.*
- **Журнал плановой госпитализации.** В некоторых стационарах этот журнал объединен с журналом экстренной госпитализации. Запись о пациенте та же.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

\_\_\_\_\_  
наименование лечебного учреждения

Медицинская документация  
Форма N 001/у  
~~УТВЕРЖДЕНА~~ Минздравом СССР  
04.10.80 г. N 1030

# **Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации**

Начат " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Закончен " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

# «ЖУРНАЛ УЧЁТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ».

журнал госпитализации

(уч.форма № 001/у)

№ п/п	Поступление		Ф.И.О	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников	Каким учреждением был направлен ли кем доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

№ карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				Указать причину и принятые меры	Отказ в приёме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

- **Журнал отказов.**

Этот журнал заполняют в случаях:

- отказа пациента от госпитализации
- диагностической ошибки, направившего учреждения (необходимо направить в другой стационар или пациент не нуждается в госпитализации).
- если после оказания пациенту квалифицированной помощи он не нуждается в госпитализации.

*Об отказных пациентах мс обязана сообщить в поликлинику по месту жительства.*

- **Алфавитная книга** заполняется для стола справок больницы, в нее вносят сведения обо всех госпитализированных пациентах и находящихся в диагностических палатах приемного отделения.

- **Медицинская карта стационарного больного форма 003/у.** М/с заполняет только титульный лист. Если есть аллергическая реакция или глаукома, выделяют это красным, вносят сведения о перенесенном гепатите с указанием месяца, года, проводят маркировку контактных по гепатиту В.
- **Статистическая карта – форма 006/у.**

Учетная форма, отражающая:

- количество поступивших пациентов;
- количество выписавшихся пациентов;
- количество умерших пациентов;
- диагноз при поступлении и диагноз при выписке;
- возраст, пол, социальный статус пациентов;
- является ли пациент городским или сельским жителем.



Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения

50-я городская больница

Наименование учреждения

Медицинская документация

форма № 003/у

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_\_\_\_  
СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Дата и время поступления 12.05.2007 15 час 35 мин

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки: на каталке, в кресле, может идти (подчеркнуть).

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество Колосов Иван Юрьевич

2. Пол муж.

3. Возраст 42 (полных лет, для детей: до 1 года — месяцев, до 1 месяца — дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть)

г. Москва, Семеновская ул., д. 72, кв. 90

вписать адрес, указав для приезжих — область, район, нас. пункт, адрес родственников

телефон дочери 110-54-12

и № телефона

5. Место работы, профессия или должность Средняя школа № 105

преподаватель

для учащихся — место учебы; для детей — название детского учреждения, школы;

для инвалидов — род и группа инвалидности, ИОВ — да, нет, подчеркнуть

6. Кем направлен больной врачом скорой помощи

название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через 1

после начала заболевания, получения травмы, госпитализация в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения Гипертоническая болезнь. II стадия

Гипертонический криз

9. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

10. Диагноз клинический \_\_\_\_\_ Дата

установления \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения

50-я городская больница

Наименование учреждения

Медицинская документация

форма № 066/у

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА  
выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество Колосов Иван Юрьевич

Пол муж./жен. Дата рождения 1944, апрель 20

(год, месяц, число)

2. Проживает постоянно (адрес) г. Москва, Семеновская ул.,

д. 72, кв. 90

Житель: (подчеркнуть) города - 1

села - 2

3. Кем направлен больной \_\_\_\_\_

врачом скорой помощи

Отделение IV

Профиль коек кардиология

4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям да 1

нет 2

5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы)

(подчеркнуть)

1) в первые 6 час. — 1

2) 7—24 час. — 2

3) позднее 24 час. — 3

6. Дата поступления в стационар \_\_\_\_\_

19 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_

число \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_

7. Исход заболевания

1) выписан — 1

2) умер — 2

3) переведен — 3

7а. Дата выписки, смерти

19 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

число \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_

7б. Проведено дней \_\_\_\_\_

8. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Госпитализация в данном

городе по поводу данного

заболевания:

впервые — 1

повторно — 2



- **Температурный лист – форма 004/у** – используют для графического изображения гемодинамических показателей, характеризующих состояние пациента.
- **Технологическая карта.**
- **Опись вещей и ценностей (денег) пациента** – приемная квитанция.
- Заполняют в 3 экземплярах:
  - - в бухгалтерию, если есть ценности и деньги;
  - - в кладовую;
  - - в «Медицинскую карту стационарного больного».



- **Карта наблюдения и лечения больного.**
- **Лист врачебных назначений.**
- **Лист учета движения больных и коечного фонда стационара.**
- **Порционное требование** заполняют при наличии в приемном отделении диагностических палат. Составляет его старшая мс на основании порционников постовых сестер, подписывает зав. отделением.

**14. Журнал передачи содержимого сейфа.** Заполняют его мс - сдающая и принимающая дежурство.

**15. Требование на получение лекарственных средств.** Заполняют в случае, если в приемном отделении есть диагностические палаты. Составляет старшая его мс на основании заявок постовых мс отделения, которые выписывают врачебные назначения из «Медицинской карты стационарного больного». Заверяет требование зав. Отд.

**16. Журнал учета инфекционных заболеваний.**

**Журнал регистрации педикулеза – форма 060/у.** В графе «Дата заболевания» указывают дату выявления педикулеза, графе «Диагноз, дата его установления» - диагноз заболевания.

В графе «Изменённый, уточненный диагноз, дата его установления» указывают вид педикулеза – головной, платяной, смешанный и выявленные стадии развития:

Яйца (гниды);

Насекомые.

В графе «Лабораторное обследование и его результаты» указывают дату, вид санитарной обработки и результаты предыдущего контроля эффективности обработки.

- **Экстренное извещение в ТУРПН – форма 058/у.**

В извещении отмечают ФИО пациента, возраст, адрес места жительства и работы, номера телефонов, список людей, контактирующих с пациентом, их домашние и рабочие адреса, номера телефонов и мероприятия, проведённые с пациентом и контактными.

Данное извещение заполняют при выявлении вшей и инфекционных заболеваний.

Вещи пациента собирают в прорезиненный мешок и отправляют в дезинфекционную камеру.

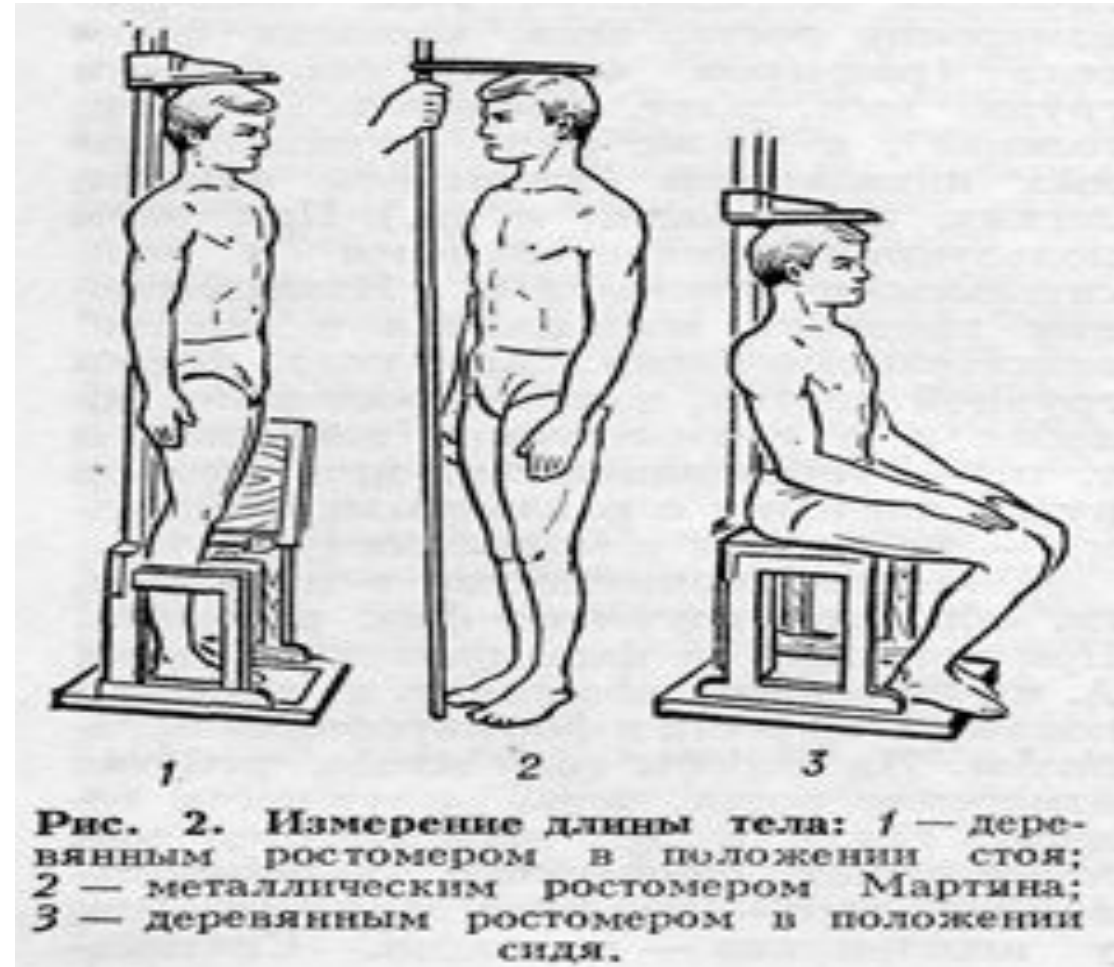
- **19. Журнал регистрации амбулаторных больных – форма 074/у** – отмечают сведения о пациентах, которым была оказана амбулаторная помощь.
- **20. Журнал телефонограмм** – указывают текст, дату, время передачи, кем отправлена, кем принята.

# Антропометрия

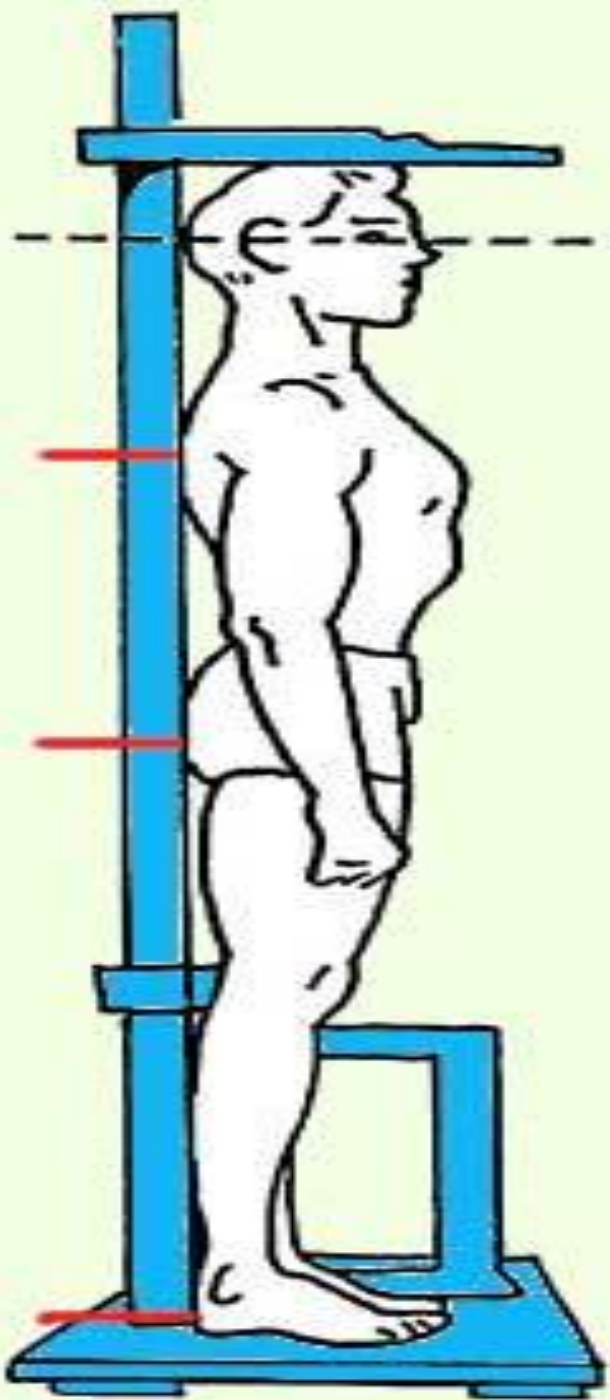


- ДЛИНА ТЕЛА (рост стоя, сидя).

Измерение проводится с помощью ростомера или антропометра. Обследуемый стоит по стойке «смирно», без обуви, касаясь вертикальной стойки ростомера тремя точками тела: пятки, крестец, межлопаточное пространство







**Голова устанавливается так: наружный угол глаза и козелок**

**уша находятся на одной горизонтальной прямой, параллельной плоскости пола (классика);**

**- наружный угол глаза и верхний край прикрепления ушной раковины к височной области находятся на одной горизонтальной прямой, параллельной плоскости пола (реальность).**

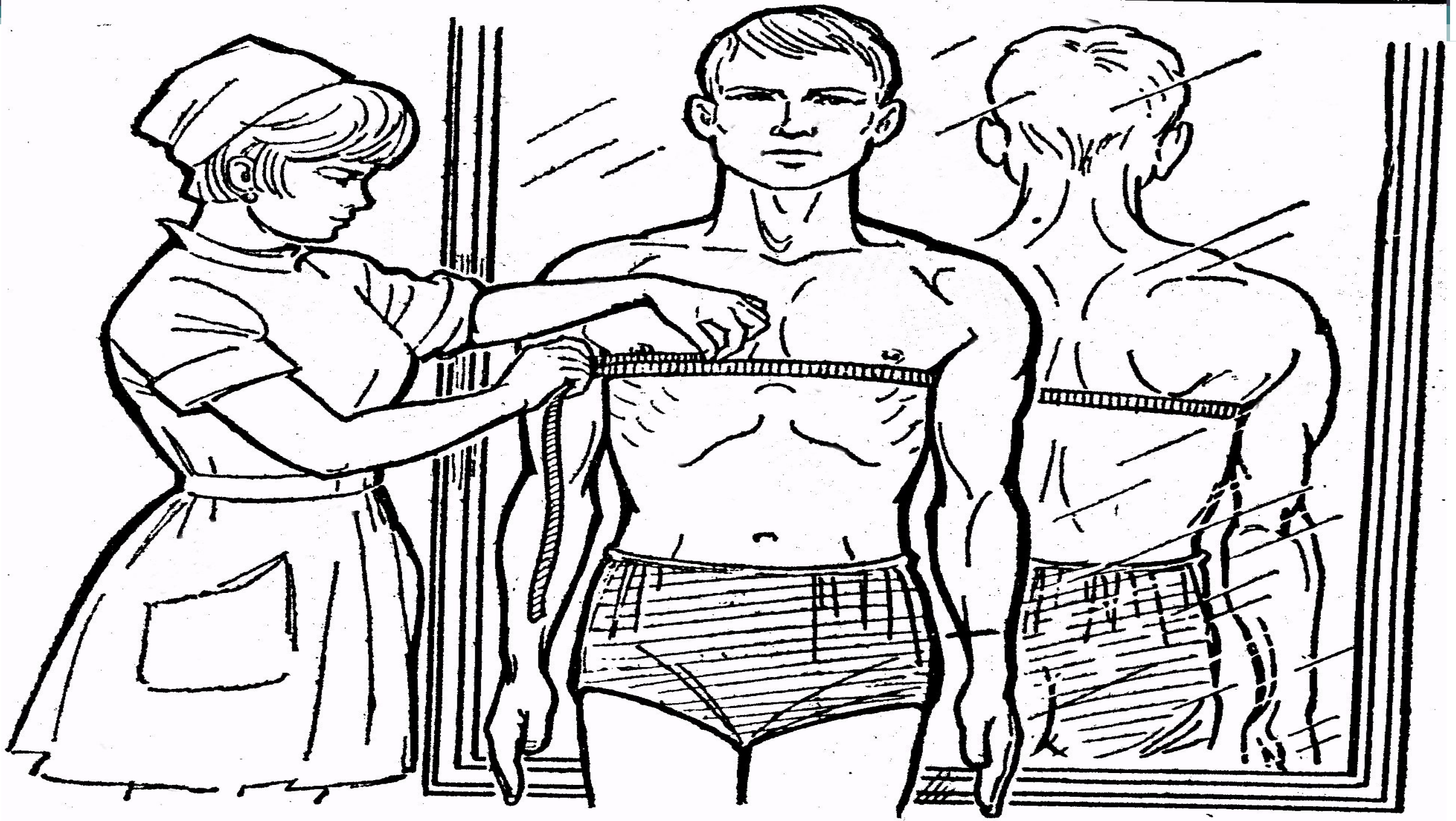
**Точность измерений – 0,5 см.**

**Очень важно проводить измерение роста в первую половину дня, так как к вечеру рост человека становится меньше на 1-2 см. Причиной этому является естественная усталость в течение дня, снижение мышечного тонуса, уплощение межпозвоночных хрящевых дисков и свода стопы в результате прямохождения.**

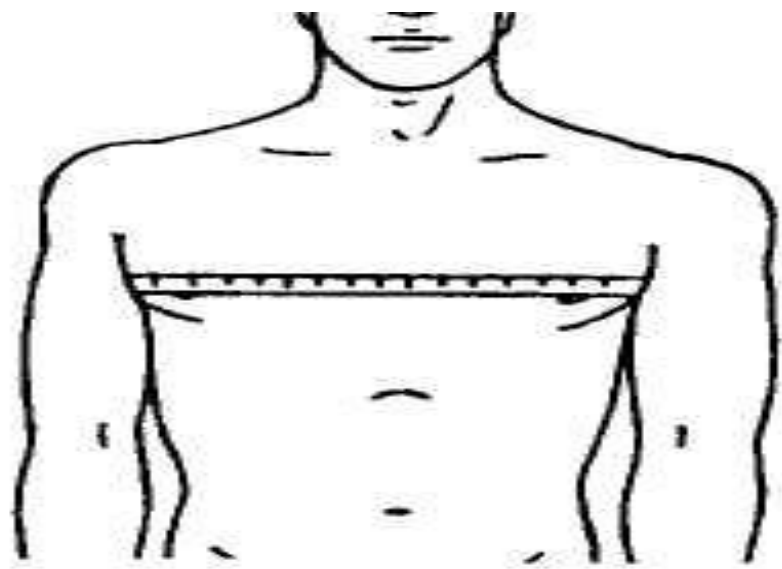
- **Масса тела** (вес). Измерение производится с помощью **медицинских весов**. Взвешивание проводится с **точностью до 50 граммов**.



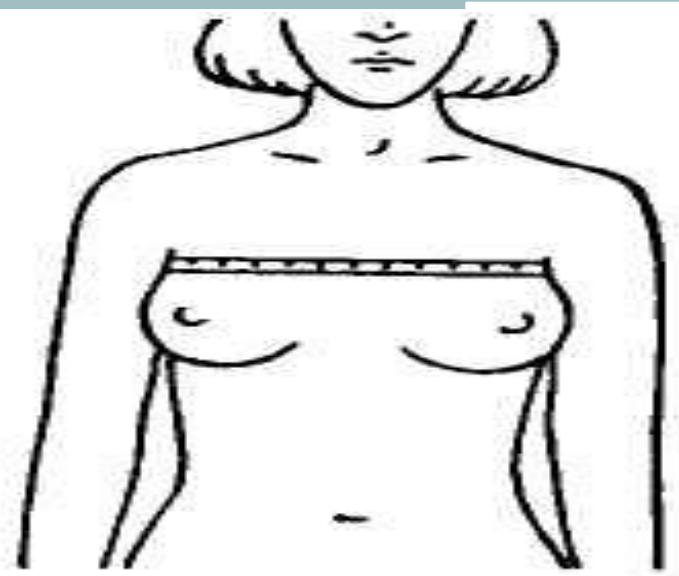




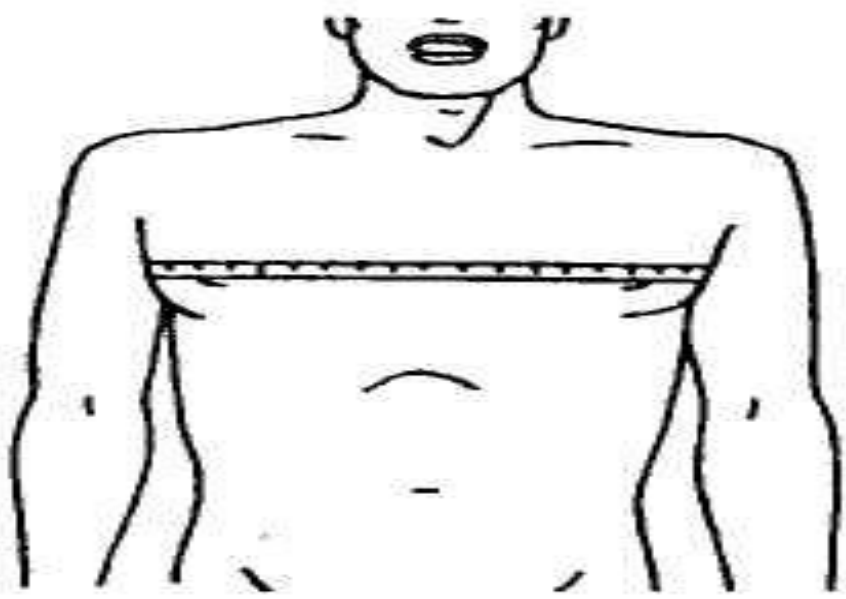
a



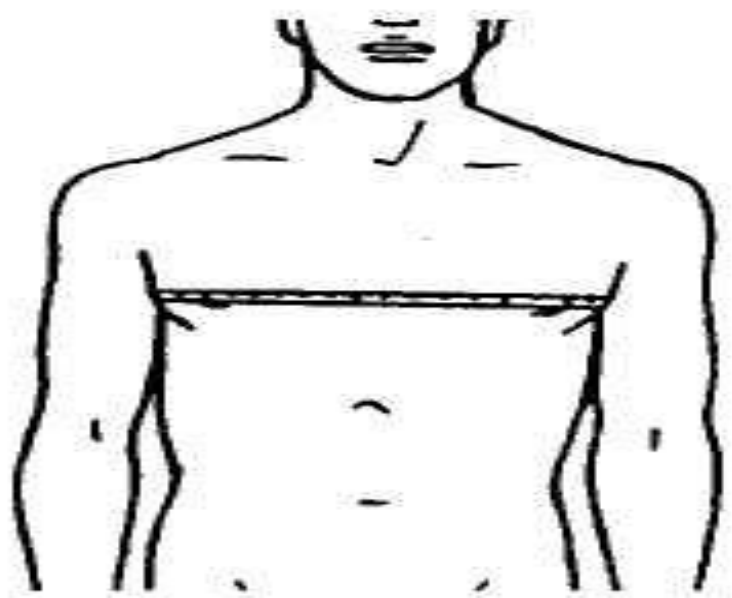
b

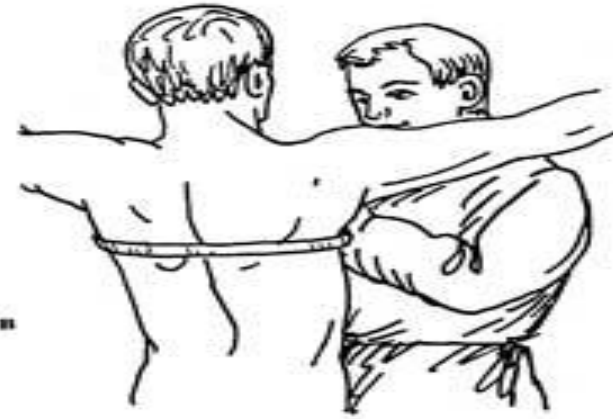
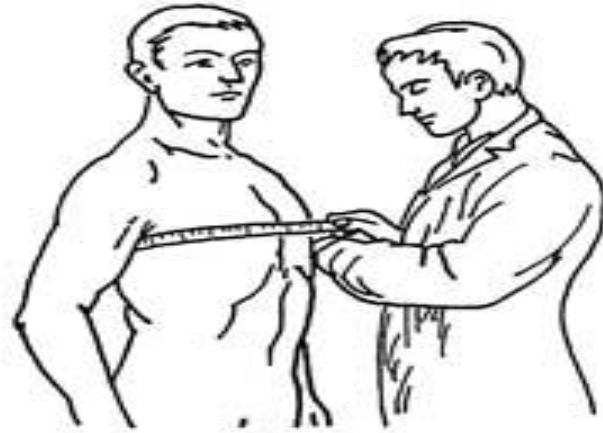
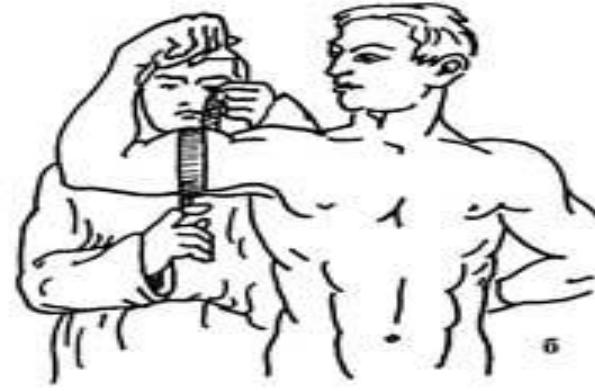
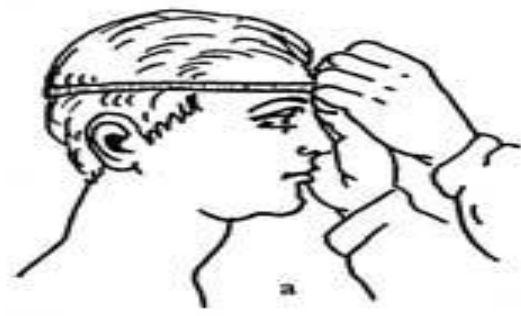


в



г





[www.fiziolive.ru](http://www.fiziolive.ru)





# Индекс массы тела ( И М Т, Индекс Кетле-2 )

**МАССА ТЕЛА (кг)**

-----

**ДЛИНА ТЕЛА 2 (м)**

оптимальное значение индекса:

для мужчин и женщин **20-25**

менее **20** - питание снижено

**26 – 30** - питание избыточное

**31 – 40** - ожирение умеренное

**41 – 45** - ожирение патологическое

Современные специалисты несколько занижают  
цифровое значение индекса: **18-23, 19-24**



# **САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА БОЛЬНЫХ**



- При поступлении больного в приемном отделении проводят его тщательный осмотр с целью выявления педикулеза и чесотки.

## МЫТЬЕ ПАЦИЕНТА

**Мытье** пациента **может проводить младшая медицинская сестра или санитарка** под наблюдением сестры.

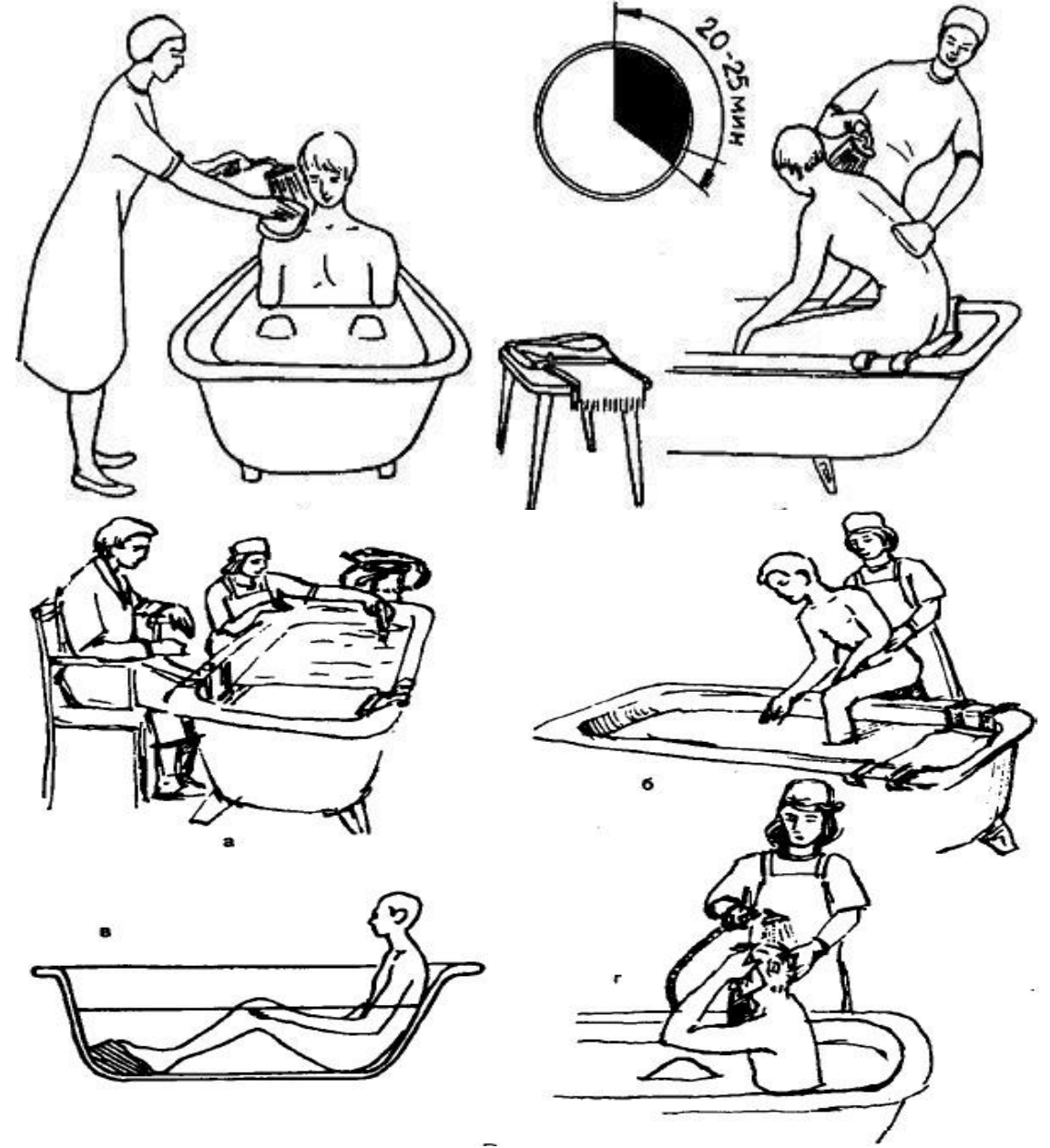
**Присутствие медицинской сестры** во время санитарной обработки пациента **обязательно**.

При ухудшении состояния пациента (появление болей в области сердца, сердцебиение, головокружение, бледность кожных покровов и других признаках) следует прекратить гигиенические процедуры, немедленно сообщить дежурному врачу об ухудшении состояния пациента, оказать первую доврачебную помощь.

# Полная гигиеническая обработка

## Ванна, душ

- Температура воздуха в ванной комнате не менее **25 С.**
- Температура воды **35-37С.**
- Продолжительность не более **25 минут.**
- Оснащение: непромокаемый фартук;  
индивидуальные: мыло, мочалка, шампунь,  
полотенце, чистое нательное, постельное белье,  
водяной термометр, подставка для ступни, для  
душа – специальное сидение.





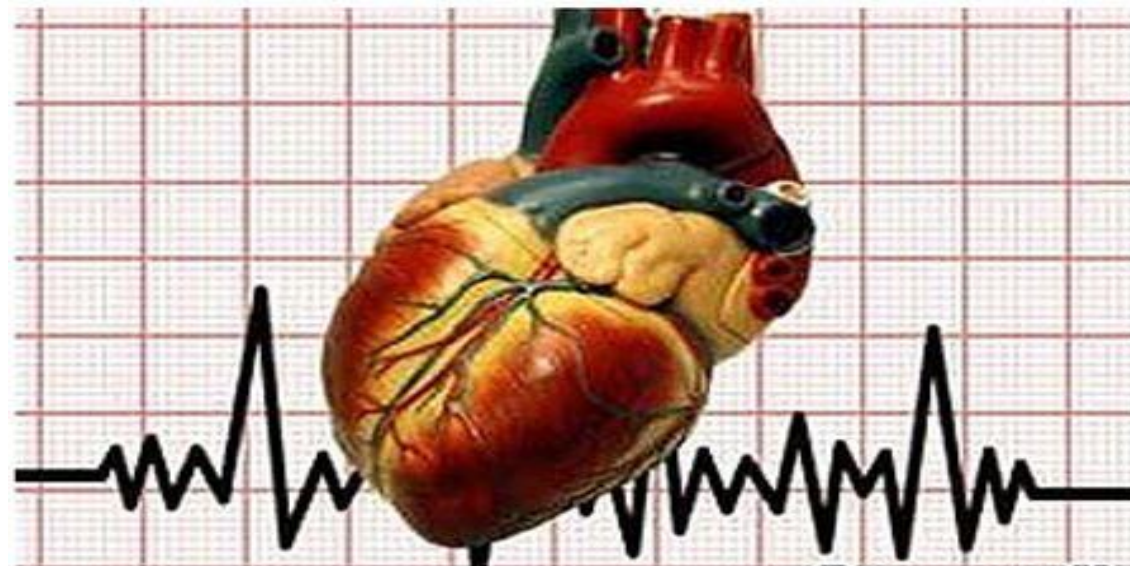
# Частичная гигиеническая обработка

Обтирание, обмывание

- Оснащение: таз, вода 36-37С, варежка индивидуальная, простынь, чистая одежда, мыло, перчатки, фартук.



- Не разрешается принимать гигиеническую ванну больным с тяжелыми заболеваниями:
  - Гипертонический криз
  - Декомпенсация сердечной недостаточности
  - Острый инфаркт миокарда
  - Острое нарушение мозгового кровообращения
  - Туберкулез в активной фазе
  - Политравма
  - Заболевания, требующие незамедлительной операции
  - Некоторые кожные заболевания
  - Роженицы

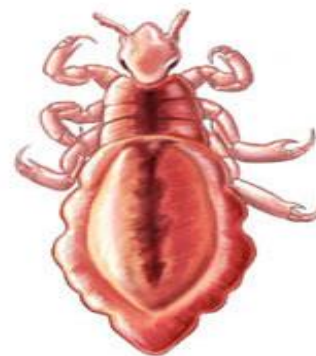




# Дезинфекция предметов медицинского назначения

- Ванна – 1% раствор хлорной извести, 0,5 гр. смс на 100 см<sup>2</sup>
- Мочалка- кипячение в воде 30 мин.
- Полотенце-дезинфекция 3% раствор хлорамина на 60 мин.

# Педикулёз



Головная вошь



Вши тела в шве одежды

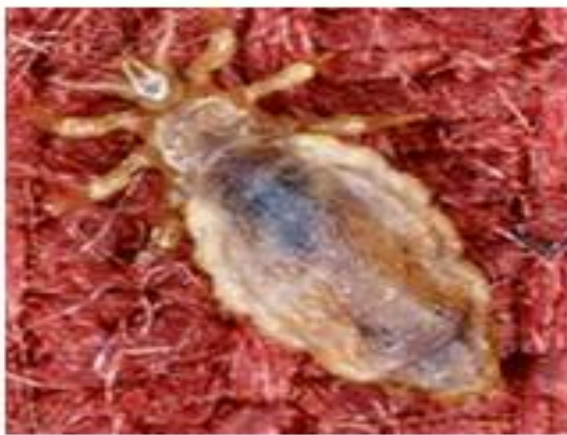


# Виды вшей

На человеке паразитируют три вида вшей: *платяная, головная и лобковая*.



Головная вошь



Платяная вошь



Лобковые вши

## Основные признаки педикулеза:

- зуд, сопровождающийся расчесами, иногда аллергией;
- *огрубление кожи* от массовых укусов вшей и воздействия насекомых на дерму;
- *меланодермия* — пигментация кожи за счет кровоизлияний в ткани и воспалительного процесса, вызываемого воздействием слюны насекомых;
- *колтун* — довольно редкое явление, образующееся при расчесах головы: волосы запутываются, склеиваются гнойно-серозными выделениями, которые корками засыхают на голове, под ними — мокнущая поверхность. Расчески способствуют возникновению вторичных кожных заболеваний: дерматитов, экземы и т. д.
- При сильной завшивленности появляются субфебрильная (до 37,5 °С) температура и припухлость лимфатических узлов.

**Возбудитель педикулеза — вши.** Вши питаются исключительно человеческой кровью, прокалывая кожу, впрыскивая слюну и затем высасывая кровь. Зрелая взрослая женская особь откладывает 3—6 яиц (гнид) в день. Гниды имеют длину 0,8 мм, белую окраску и кажутся присоединёнными к основанию волос. Они выводятся через 8—10 дней и достигают зрелости через 8—18 дней. Взрослая вошь живёт 9—10 дней. Гниды могут 3 недели жить вне организма хозяина. Широкому распространению заражения способствуют скученность и отсутствие условий для соблюдения личной гигиены





# Источники заражения.

- Головные и платяные вши передаются от человека к человеку при непосредственном контакте (либо через одежду, бельё, предметы обихода, расчёски и т. п.).
- Лобковая вошь (площица), как правило, передаётся половым путём, но возможна также передача через вещи (постельное бельё, одежда и т. д.).
- Платяные вши располагаются в складках одежды, поражают человека в местах соприкосновения одежды с участками тела (участки между лопатками, шею, поясницу). В основном платяной педикулез распространён среди людей с плохими условиями жизни и гигиены.

Невозможно заразиться вшами от животных, так как эти паразиты видоспецифичны, то есть человеческие вши могут жить только на человеке



# Патогенез педикулеза (вшивости)

- Колющим хоботком насекомые погружаются в толщу кожи и сосут кровь. При этом в толщу кожи попадает секрет, обладающий выраженным раздражающим свойством. На месте укуса в дерме появляются очажки плотного воспалительного инфильтрата из полинуклеидов, лимфоцитов и в меньшей степени - эозинофилов. Течение воспалительного процесса характеризуется расширением сосудов и развитием отека кожи.
- В результате интенсивного зуда появляются точечные и местные расчесы, которые в последующем нередко осложняются пиодермией и экзематизируются.
- Нанося укус, вошь впрыскивает в ранку вещества, вызывающие зуд. Расчесывание мест укусов приводит к экзематизации кожи и присоединению вторичной инфекции. Зуд нарушает сон и вызывает невротические состояния, особенно у детей.



# Симптомы педикулеза

Инкубационный период педикулеза (вшивости) при заражении половозрелой особью составляет **6-12 дней**.

## **Головной педикулез.**

- В месте укуса, под влиянием раздражения кожи секретом слюнных желез появляются зудящие пятна и узелки. **Зуд** и является основным симптомом этого заболевания.
- При нарастании зуда появляются **расчесы**, приводящие к усилению и распространению воспаления, образуются язвочки и корочки, шелушение кожи. На фоне расчесов может присоединиться инфекция, тогда на коже появляются мелкие гнойники.
- Паразитов часто обнаруживают на волосистой части головы, бровях и ресницах, в бороде. Гниды выглядят как шарики белого цвета у основания волос и выявляют их чаще, чем взрослых вшей. Они прикрепляются таким образом, что их невозможно снять или удалить при обычном мытье.
- Зуд, расчесы, импетигиозные корки в **затылочной области за ушными раковинами** дают основание заподозрить педикулез волосистой части головы.





# Симптомы педикулеза

## *Педикулез тела.*

Излюбленными местами поражения кожи являются **плечи, верхняя часть спины, живот, поясница, пахово-бедренная область.**

Симптомы характеризуются интенсивным **зудом**, множественными **линейными расчесами**. Развитие процесса сопровождается формированием отчетливой **буроватой пигментации** и мелкого отрубевидного **шелушения**. Реакция кожи на укусы может быть в виде воспалительных пятен и отежных серо-папул. При длительном существовании вшей и хроническом расчесывании кожа пигментируется и лихенифицируется. Платяная вшивость представляет большую эпидемиологическую опасность, так как эти насекомые являются переносчиками возбудителя **сыпного тифа**.

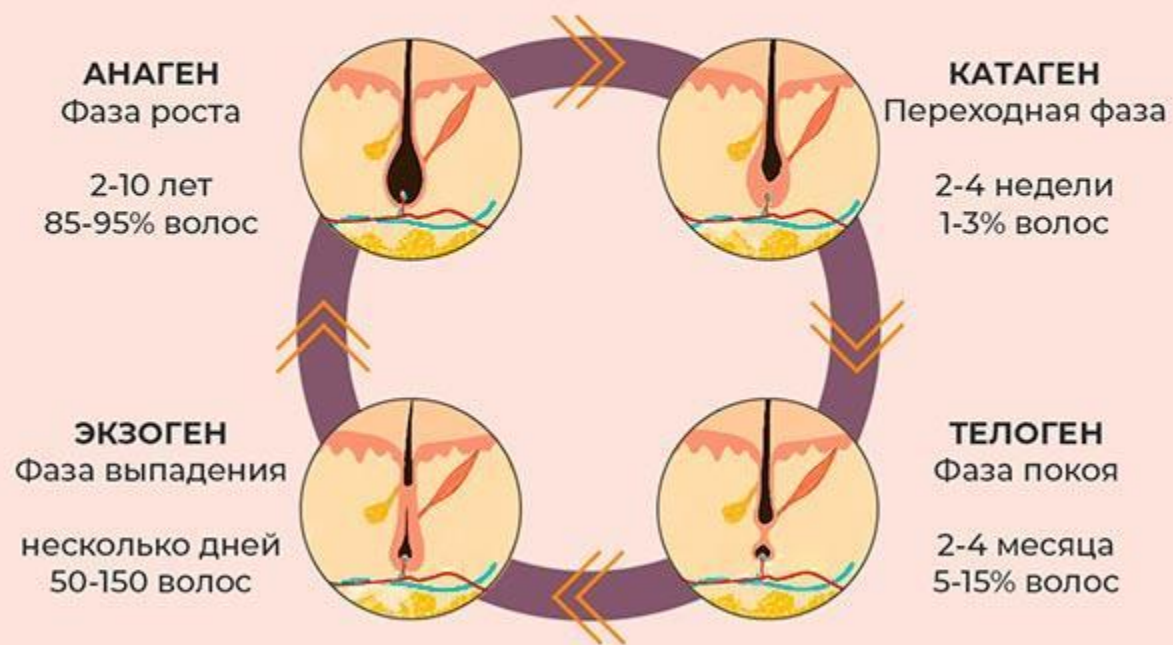






0,33 – 0,4 мм в сутки!

## ЦИКЛ РОСТА ВОЛОС



# Симптомы педикулеза

## Лобковая вшивость.

Локализуются на коже лобка и пограничной с ним области бедер и живота, распространяются на кожу груди, подмышечных впадин, область бровей и ресниц. На месте укусов насекомых образуются **круглые бледно-синие или бледно-серые пятна, не исчезающие при надавливании**. У лиц с выраженным оволосением кожи лобковые вши могут быть на всем кожном покрове.



Площицы малоподвижны, прикрепляются к коже и основаниям волоса, иногда в этих местах развивается воспалительная реакция в виде небольшого размера (до 1 см) синюшных с геморрагическим оттенком пятен (так называемые вшивые пятна). В запущенных случаях вшей находят на бровях и ресницах, куда они приклеивают свои гниды. В случае поражения ресниц возникает отек и воспаление век (паразитарный блефарит).

## Противоэпидемические мероприятия должны включать:

- противопаразитарную обработку у больного человека волос и кожи в пораженных областях;
- медицинский осмотр и обязательную противопаразитарную обработку контактных лиц (половые и бытовые контакты);
- санитарную обработку одежды, головных уборов, постельных принадлежностей, обивки мягкой мебели, полотенец, мочалок, мягких детских игрушек (стирка при температуре выше 80 С, проглаживание утюгом с паром, обработка химическими акарицидными средствами).
- **Запомните!** Обработка педикулицидами детей до 5 лет, кормящих и беременных женщин, людей с поврежденной кожей (микротравмы, дерматиты, экзема и т. п.) запрещается

## При обнаружения педикулеза производится:

1. Зарегистрировать данные о пациенте в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060у).
2. Заполнить экстренное извещение о выявлении инфекционного заболевания и сообщить в учреждение санэпиднадзора (форма № 058у),
3. Делать отметку на титульном листе «Медицинской карты стационарного больного» сделать отметку о выявленном педикулезе: «Р» (лат. *pediculus*— вошь).

# ПРОТИВОПЕДИКУЛЕЗНАЯ УКЛАДКА

- - Дополнительный халат (лучше санитарный)
  - Перчатки, бахилы (можно клеёнчатый фартук), маска.
  - Салфетка и косынки (клеёнчатые или полиэтиленовые и матерчатые)
  - Полотенце
  - Кисточку или палочку с накрученным ватным тампоном
  - Противопедикулезные препараты (например, Медифос, Педилин, Ниттифор, Рид, Пара Плюс и др.).
  - Уксусная кислота (6%–8%)
  - 70% спирт
  - Частый гребень и лупу
  - Препараты для дезинсекции помещений (Карбофос 0,15%)
  - Ёмкость для сжигания волос
  - Ёмкости для шампуней
  - Два мешка полиэтиленовых

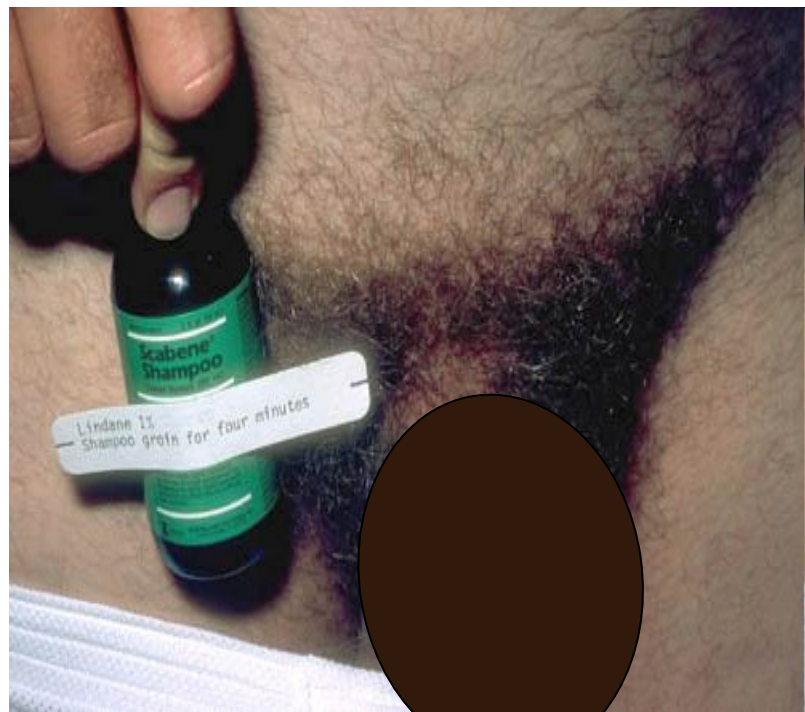


В «Журнале учета инфекционных заболеваний» вносят необходимые сведения, среди которых в графе «Примечание» отмечают случаи повторного выявления педикулеза в течение 12 мес.

Дата заболевания	Диагноз и дата установления	Измененный, уточненный диагноз и дата установления	Лабораторное обследование и результаты	Примечание
1.04.20г.	Острый аппендицит 1.04.20г.	Смешанный педикулез: гниды, насекомые 1.04.20г.	1.04.20г. Медифокс (супер) Педикулез не выявлен	

При обнаружении платяных вшей или их яиц, а также смешанного педикулеза необходимо срочно вызвать специалистов САНЭПИДНАДЗОРА для обработки людей.

При обнаружении лобковых вшей проводят санитарную обработку:



**- полное мытье горячей водой с мылом и мочалкой с последующей сменой белья. В случае необходимости (с согласия пациента) сбривают волосы.**

# Противопедикулицидные средства

- *Ниттрифор-лосьон*
- *Педилин- шампунь*
- *Пара-плюс-аэрозоль*
- *Медифокс (супер)*
- *Перфолон*
- *Инсекто-Еста и др.*



При средней и большой поражённости (от 10 экземпляров и более, включая насекомых и гнид) рекомендуется использовать ИНСЕКТИЦИДЫ-ПЕДИКУЛИЦИДЫ.



Педикуляцидное средство. Форма выпуска.	Назначение
ВАЛИТЕН – водно-спиртовой лосьон на основе сумитрина	Головной педикулез
СИФАКС – инсектицидный шампунь	Головной
АВИРОН (таблетка)	Головной, лобковый
ФЛОРОЦИД – водно-спиртовой лосьон	
НИТТИФОР – лосьон	
ЛАНЦИД -лосьон	
ГРИНЦИД - лосьон	
ПЕРФОЛОН - лосьон	
КАРБОФОС - лосьон	

# Противопедикулезные мероприятия

## I. Подготовка к процедуре

1. Надеть дополнительный халат, фартук, перчатки.
2. Объяснить пациенту необходимость и последовательность предстоящей процедуры и получить согласие на проведение.
3. Усадить пациента на стул, накрытый клеенкой (или постелить клеенку на пол и поставить на нее стул).
4. Дать в руки пациенту (если это возможно) полотенце, чтобы уберечь его глаза от попадания педикулицидного средства

## II. Выполнение процедуры

5. Обработать волосы пациента любым противопедикулицидным средством.
6. Покрыть волосы пациента шапочкой на 20 мин. (по некоторым технологиям шапочка не требуется)
7. Промыть волосы теплой водой, вытереть их.
8. Вычесать сухие волосы частым гребнем в течение 15—20 мин., разделяя волосы на пряди и последовательно вычесывая каждую прядь.

## III. Завершение процедуры

9. Белье и одежду пациента сложить в мешки для дезинсекции.
10. Снять перчатки, фартук, халат (поместить в мешок для дезинсекции), вымыть руки.
11. На титульном листе «Медицинской карты стационарного больного» сделать отметку о выявленном педикулезе: «Р» (лат. *pediculus* — вошь).
12. Заполнить экстренное извещение о выявлении инфекционного заболевания и сообщить в учреждение санэпиднадзора (форма № 058у).
13. Осмотреть сухие волосы пациента.

После проведения дезинсекции пациента помещение и предметы, с которыми он контактировал, необходимо обработать теми же педикулицидными препаратами. Гребень обдают крутым кипятком после каждого осмотра, или протирают 70градусным раствором спирта.



Каждое из средств имеет методические рекомендации по использованию. Применение шампуней требует повторной обработки.

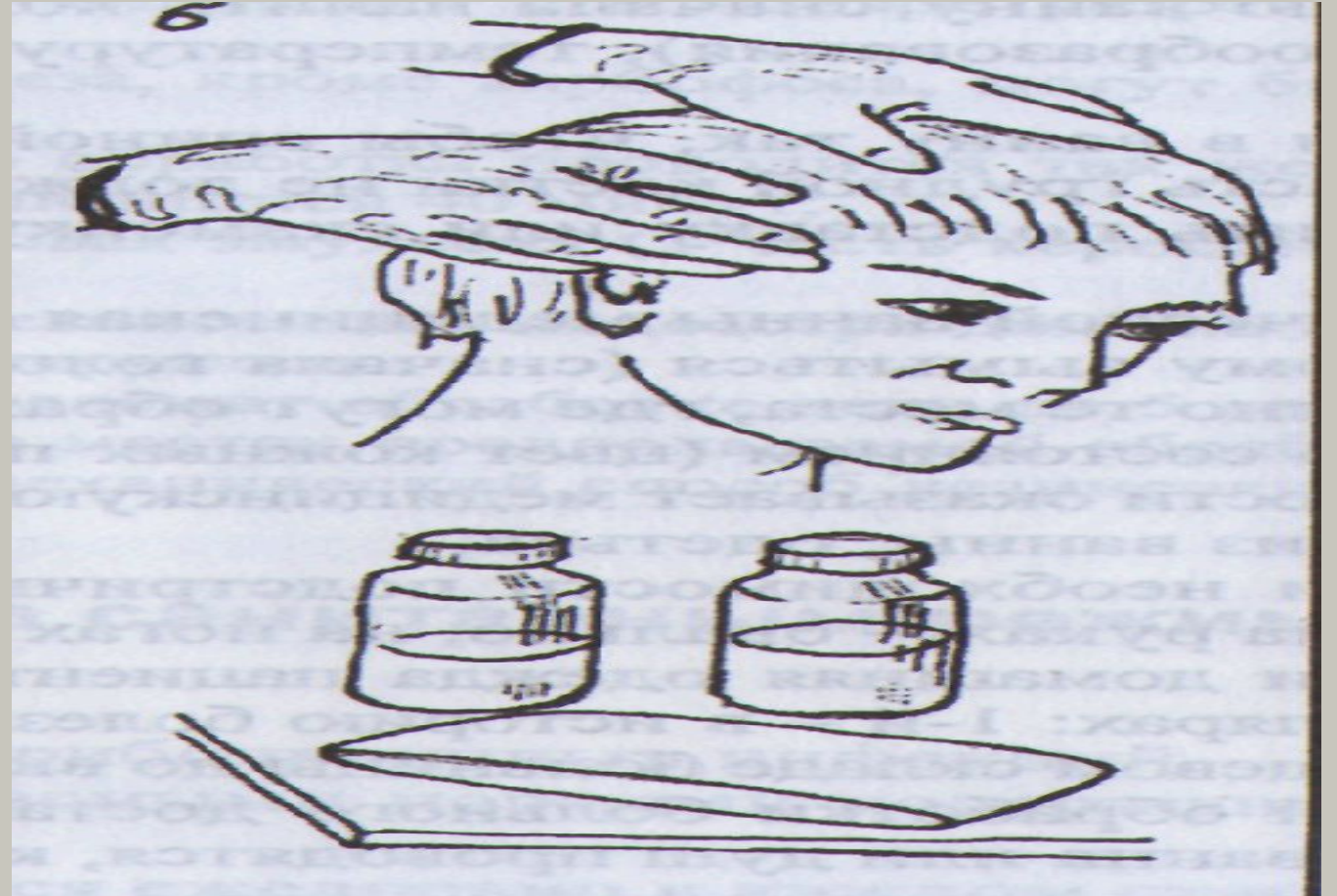
Приказ Министерства здравоохранения СССР № 320 от 5 марта 1987г. «ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ПЕДИКУЛЕЗОМ»



## ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ М/С ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЕДИКУЛЁЗА:



**- надеть дополнительный халат,  
фартук перчатки.**

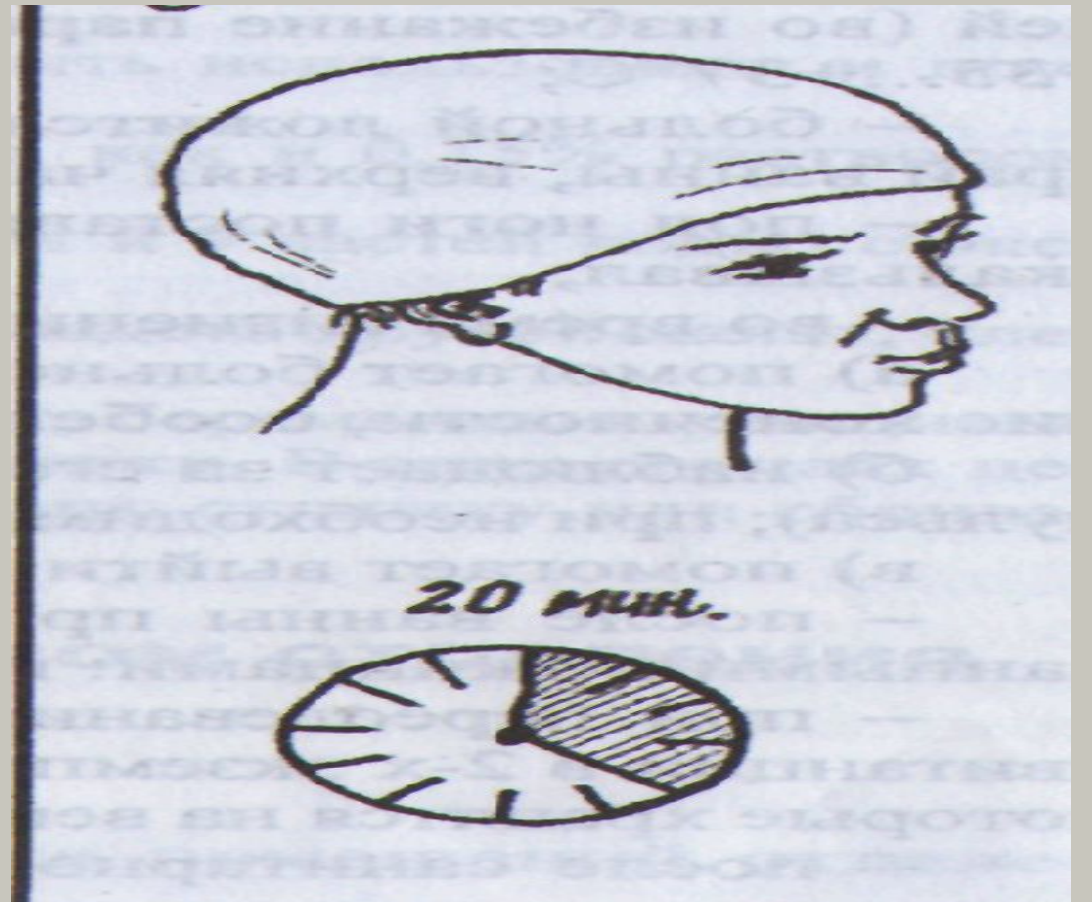


**- Расстелить на полу большую клеенку, на нее  
несколько газет, усадить пациента на табуретку,  
укрыть пелериной.**

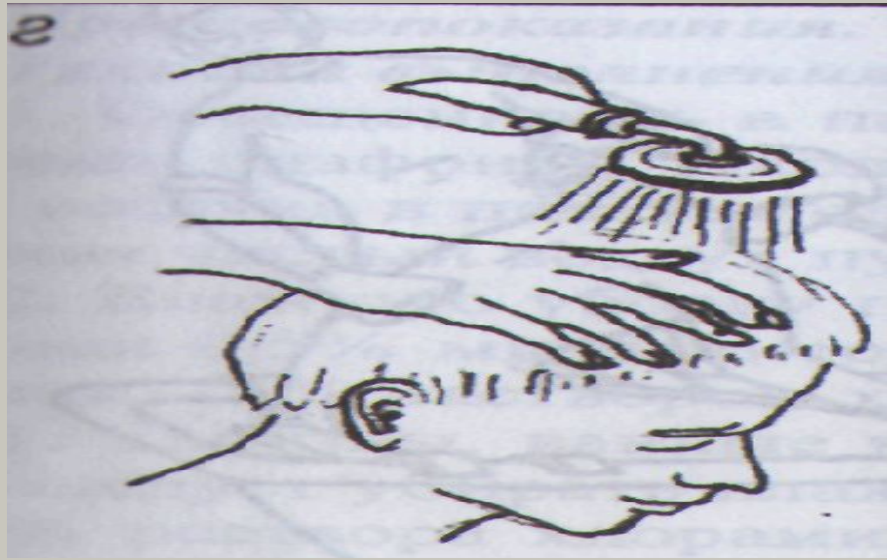




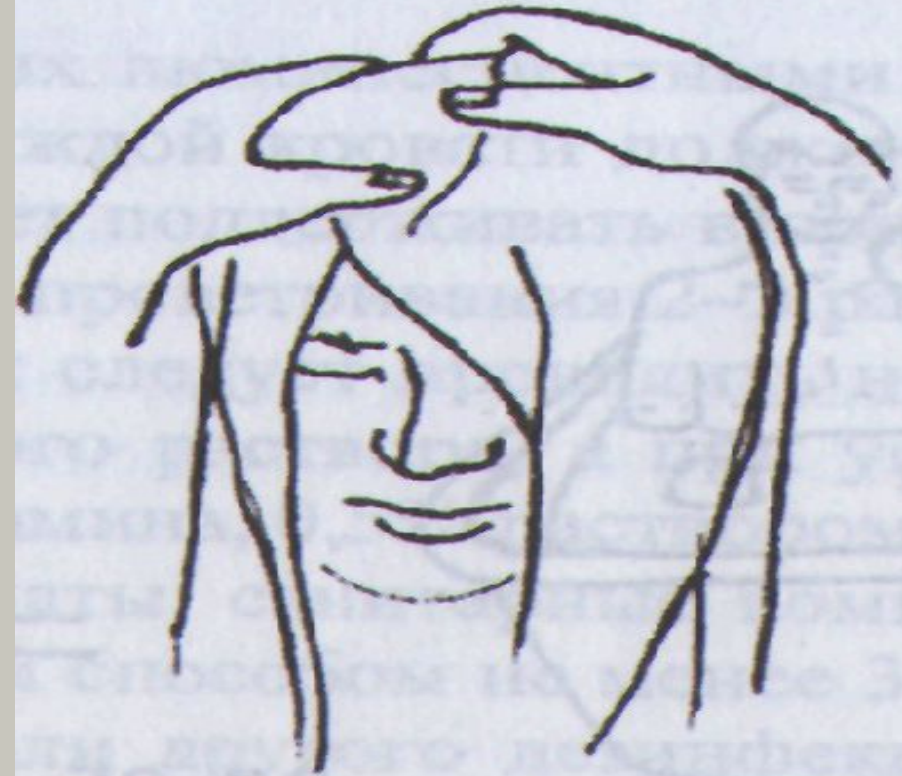
- Дать в руки (если это возможно) полотенце, чтобы уберечь глаза. Делать может помощник, дополнительный халат и печатки.



- Обработать волосы пациента любым средством. Покрывать шапочкой на 20 мин. (не всегда требуется шапочка).



- Промыть волосы теплой водой и высушить.  
Ополоснуть волосы 5% раствором уксусной кислоты, подогретой до  $+37\text{ }^{\circ}\text{C}$  и вычесать гниды частым гребнем.



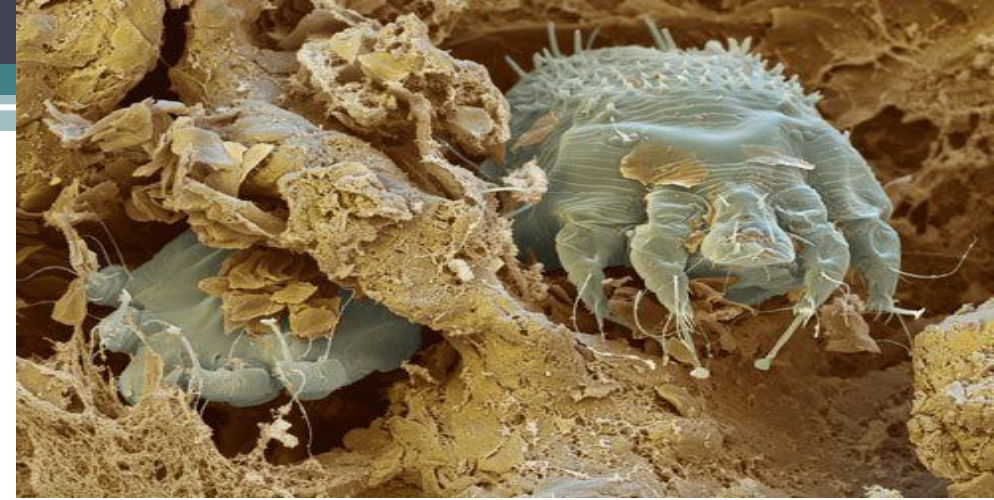
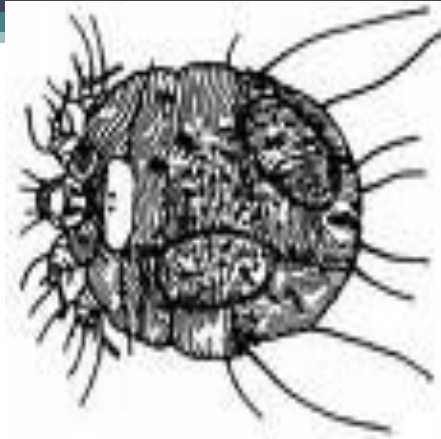
Белье и одежду пациента сложить в мешки для дезинсекции. Снять перчатки, фартук, халат (поместить в мешок для дезинсекции), вымыть руки.











- Чесотка (scabies) - распространенное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei*
- Псевдосаркоптоз - заболевание, вызываемое у человека чесоточными клещами животных.



# Этиология и патогенез

- Возбудитель - чесоточный клещ *Sarcoptes scabiei*. По типу паразитизма чесоточные клещи являются постоянными паразитами, большую часть жизни проводящими в коже хозяина и лишь в короткий период расселения ведущими эктопаразитический образ жизни на поверхности кожи. Суточный ритм активности чесоточного клеща объясняет усиление зуда вечером, преобладание прямого пути заражения при контакте в постели в вечернее и ночное время, эффективность назначения противочесоточных препаратов на ночь. Взрослая самка при комнатной температуре способна сохранять патогенные свойства до 36 часов. Клещ быстро проникает в толщу эпидермиса, формируя так называемые "чесоточные ходы". В них самка клеща откладывает яйца и оставляет экскременты. Инвазионными стадиями являются самки и личинки клеща. Заражение чесоткой происходит преимущественно при контакте с больным чесоткой или через инфицированные предметы, при тесном телесном контакте, обычно при совместном пребывании в постели и интимной связи. Возможен также непрямой путь заражения - через предметы обихода, одежду и пр.



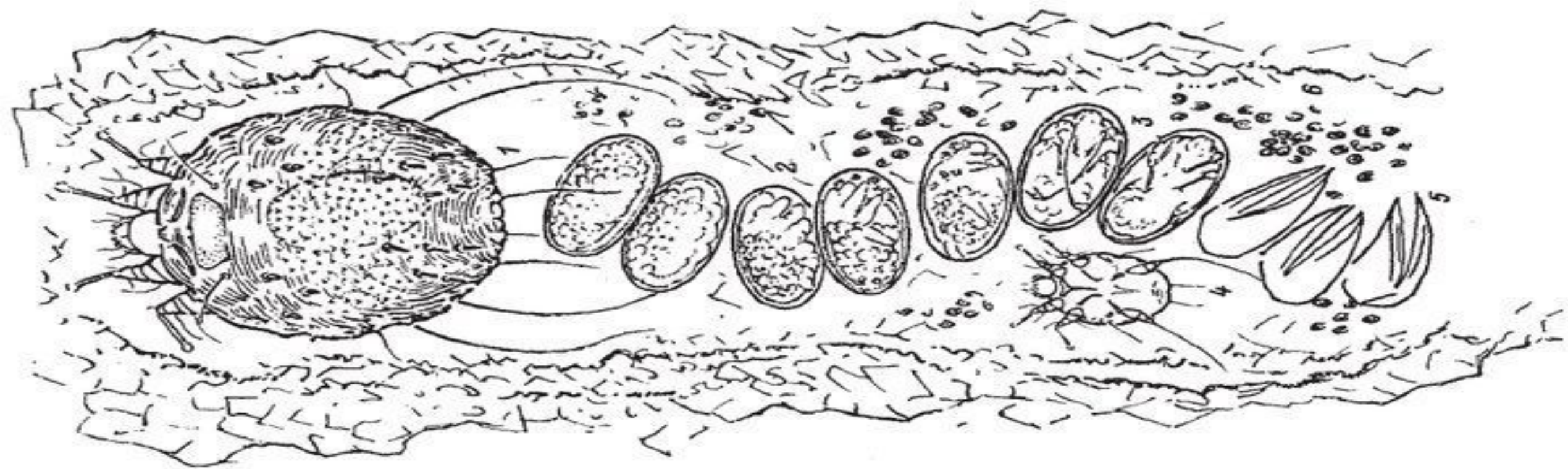


Рис. 3. Содержимое чесоточного хода: самка, яйца на различных стадиях эмбриогенеза, сформированные личинки в яйцевых оболочках, активная личинка, опустевшие яйцевые оболочки, фекалии

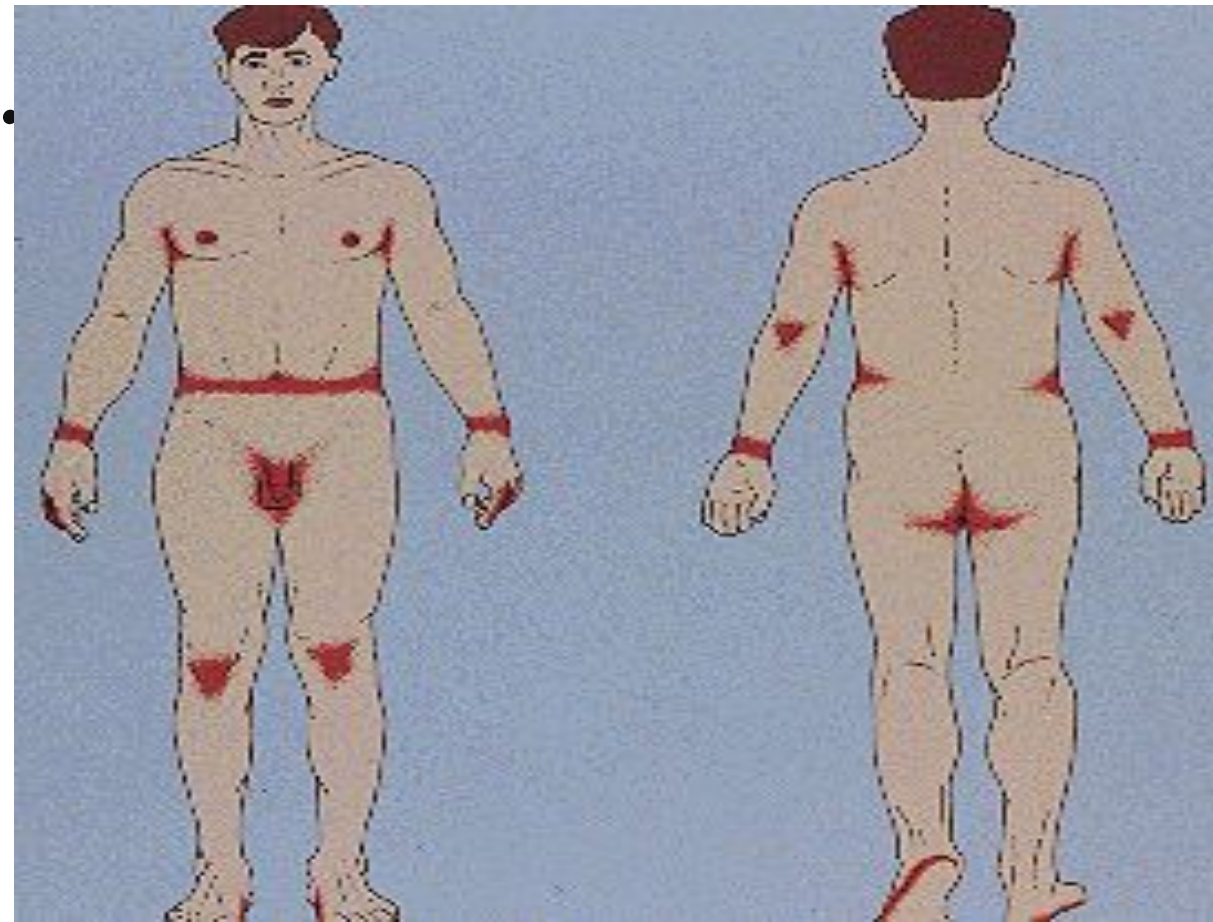
**Утром и днем клещи неактивны.** Самка клеща, живущая не более 4–6 недель, вечером и ночью со скоростью по 2–3 мм в сутки роет в эпидермисе чесоточный ход, в котором **ежедневно откладывает по 2–4 яйца**. Самцы формируют короткие боковые ответвления в чесоточном ходе самки. Клещи растворяют кератин кожи с помощью специальных протеолитических ферментов, содержащихся в слюне, и питаются образовавшимся лизатом (раствором). Ночью клещи выходят на поверхность кожи для спаривания и освоения новых территорий. Понятно, что легче всего заразиться чесоткой ночью в общей постели.

# Диагностические симптомы при чесотке:

- 1. симптом Арди - пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
- 2. симптом Горчакова - кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
- 3. симптом Михаэлиса - кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
- 4. симптом Сезари - обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

# Основные признаки чесотки

- 1) Усиление зуда вечером и ночью.
- 2) Типичные места высыпаний.
- 3) Групповой характер зуда.





# Типичная форма

- Типичная форма характеризуется **зудом, типичной сыпью и наличием чесоточных ходов**. Впрочем, бывает чесотка и **без ходов**, поэтому отсутствие ходов еще не доказывает отсутствие чесотки. **Чесоточный ход** имеет извитую форму и состоит из нескольких отрезков, называемых *суточным элементом хода*. Задняя часть хода постепенно отшелушивается. Сам ход состоит из **4–7** суточных элементов общей длиной **5–8** мм. Обычно эти ходы выглядят, как серого цвета прямолинейные или зигзагообразные царапины длиной **1–10** мм, на конце которых находится прозрачный пузырек, сквозь который просвечивается темная (иногда пишут, что белая) точка — тело клеща. Чесоточные ходы более заметны на участках кожи с тонким роговым слоем эпидермиса:
  - между пальцами,
  - боковые поверхности пальцев,
  - суставные сгибы кистей и локтей,
  - молочные железы (особенно окружность сосков),
  - нижняя часть живота,
  - крайняя плоть и головка полового члена и др.



Рис. 4. Цифровая фотодерматоскопия чесоточных ходов на ладони (А) и на боковой поверхности пальца (Б).  
Ув. × 10

- **Типичная сыпь** при чесотке представлена мелкими эритематозными папулами (**красноватыми узелками**), которые могут быть рассеянными или множественными, сливающимися. Со временем папулы (узелки) превращаются в везикулы (**пузырьки**), вскрываются с образованием кровянистых или гнойных корочек. Гнойные корочки являются результатом присоединения вторичной бактериальной инфекции.





Рис. 5. Инволютивный чесоточный ход на боковой поверхности пальца. Ув.  $\times 10$



Типичная сыпь при чесотке



- встречается данная форма у 50 % больных
- Чесотка может осложняться, например, дерматитом (механические расчесы кожи на фоне ее аллергического воспаления) или пиодермией (гнойное поражение кожи гноеродными кокками — стафилококками и стрептококками).

## **ЧЕСОТКА ЧИСТОПЛОТНЫХ = ЧЕСОТКА «ИНКОГНИТО»**

\* она возможна, если человек регулярно моется и у него все в порядке с иммунитетом. Характерны единичные высыпания и сильный зуд вечером и ночью.

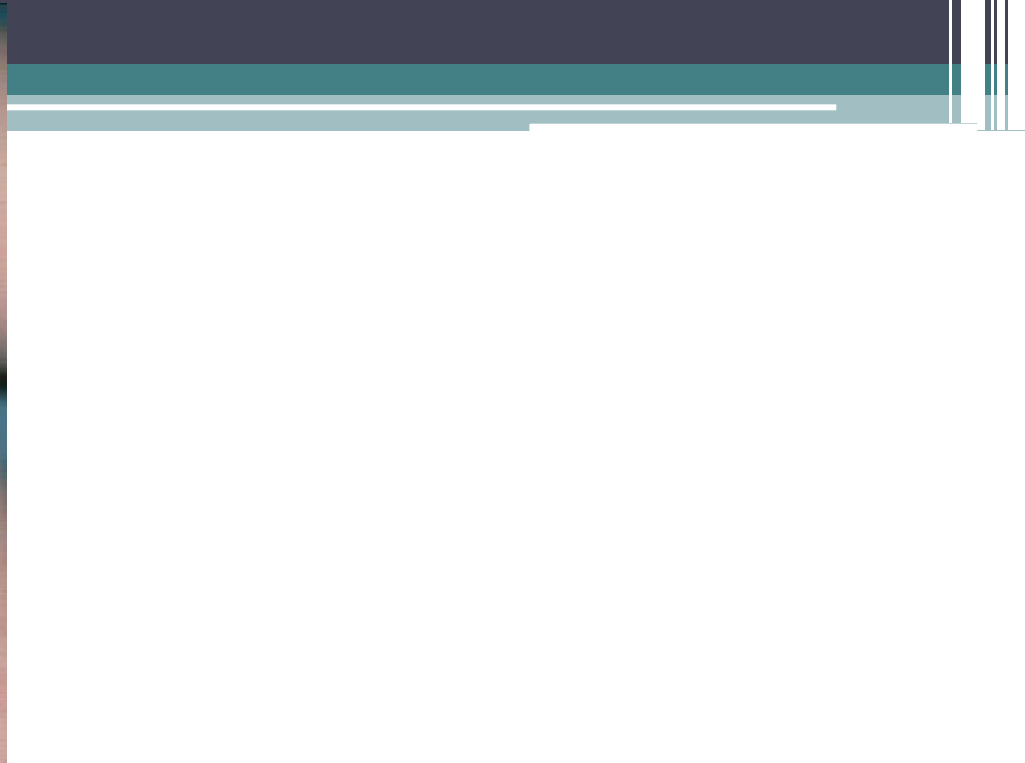


# УЗЕЛКОВАЯ (НОДУЛЯРНАЯ) ЧЕСОТКА = СКАБИОЗНАЯ ЛИМФОПЛАЗИЯ

- Проявляется в виде **немногочисленных зудящих круглых узелков** (уплотнений) диаметром 2–20 мм красного, розового или коричневого цвета. На поверхности новых узелков можно обнаружить чесоточные ходы.
- **Характерная локализация:**
  - мошонка и пахово–мошоночные складки,
  - половой член,
  - внутренняя поверхность бедер и ягодицы,
  - подмышечные складки,
  - вокруг заднего прохода,
  - ареола.
- Узелки обычно немногочисленны. Иногда они являются единственным диагностическим признаком чесотки.







## Лечение.

- Лечение больных чесоткой направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов (скабицидов).
- Опыт показывает, что при чесотке не бывает рецидивов, причинами возобновления заболевания являются реинвазия от непролеченных контактных лиц в очаге или вне его, недолеченность больного в связи с несоблюдением схем лечения, частичная обработка кожного покрова, сокращение продолжительности курса терапии.

• В РФ в соответствии с СанПиН 3.2.1333-03 все члены семьи заболевшего чесоткой и лица живущие с больными в одном помещении подлежат профилактическому лечению.

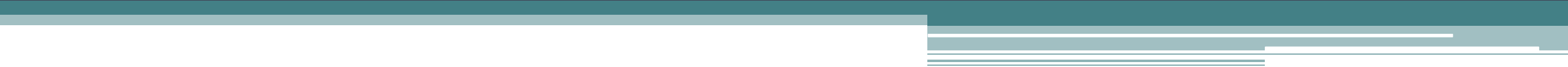
Если в организованном коллективе одновременно зарегистрировано более трех случаев чесотки, профилактическое лечение проводят всему коллективу.

Дети и школьники не допускаются в организованные детские коллективы и школы на период лечения.

# Препараты используемые в лечении

- Бензилбензоат
- Пиретрины и пиретроиды
- Линдан
- Кротамион
- Серная мазь (5-10 %)
- Ивермектин

# Транспортировка в профильное отделение





# БОЛЬНОЙ

## ТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫЙ

(способный перенести перевозку)

Состояние  
удовлетворительное

Больной идёт пешком в  
сопровождении среднего  
или младшего  
медицинского  
персонала

Тяжелобольной

Носилки, каталка,  
кресло-каталка

## НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫЙ

Медицинскую помощь  
оказывают на месте,  
затем больного  
переводят в  
реанимационное  
отделение

# Транспортировка пациента в отделение

Способ доставки в отделение определяет врач в зависимости от состояния пациента:

- на носилках (вручную или на каталке)
- на кресле-каталке
- на руках
- ПЕШКОМ



Тех пациентов, кто находится в удовлетворительном состоянии, в палату направляют в сопровождении медицинского работника.



## Кресло-каталка

- Проводится одним медицинским работником.

Последовательность действий:

- Проверить исправность кресла-каталки, подготовить его к работе.
- Наклонить кресло-каталку вперед, наступив на подставку для ног.
- Попросить пациента встать на эту подставку и усадить его в кресло, поддерживая под спину.
- Привести кресло-каталку в исходное положение.
- Придать пациенту необходимое положение (сидя либо полулежа) с помощью рамки, располагающейся за спинкой кресла.
- Накрыть пациента одеялом или простыней.
- Контролировать положение рук пациента — чтобы они не выходили за пределы подлокотников во время транспортировки.
- По прибытии к месту назначения помочь пациенту пересесть на кровать в палате.



## Каталка

- Проводится тремя медицинскими работниками.

Последовательность действий и безопасность:

- Проверить на исправность и подготовить к транспортировке каталку.
- Постелить на каталку одеяло, чтобы его половина (по вертикали) оставалась свободной. Накрыть одеяло простыней, положить подушку.
- Поставить каталку под прямым углом ножной частью к изголовью кровати или кушетки.
- Приподнять пациента — один медработник подводит руки под шею и верхнюю часть туловища, другой — под поясницу, третий — под бедра и голени.
- Поднять пациента, повернуться с ним на 90 градусов и уложить его на каталку.
- Укрыть пациента свободным концом (половиной) одеяла с простыней.
- Один медицинский работник становится впереди каталки, другой — сзади, лицом к пациенту.
- Транспортировку пациента на каталке проводят головным концом вперед.











com.ua



## Носилки.

- Проводится двумя медицинскими работниками.
- Последовательность действий и правила безопасности:
- Проинформировать пациента о ходе предстоящей ему транспортировки.
- Уложить пациента на носилки головой по направлению в сторону движения.
- Поднимать и опускать носилки двум медработникам следует синхронно, оставляя носилки в горизонтальном положении, на одинаковой высоте головного и ножного конца.
- Нести пациента следует головой вперед, аккуратно, без тряски, не раскачивая носилки, делая короткие шаги *не в ногу*.
- Медицинскому работнику, идущему сзади, следует наблюдать за состоянием пациента, спрашивать у него о самочувствии.
- При подъеме по лестнице носилки нужно нести головным концом вперед, приподнимая ножной конец и оставляя носилки в горизонтальном положении.
- При спуске по лестнице нести носилки ножным концом вперед, так же приподнимая ножной конец носилок.
- Если кто-либо из персонала устал, об этом сразу же следует сообщить остальным участникам транспортировки, затем остановиться и опустить носилки. Если не сказать об усталости, пальцы медицинского работника могут расслабиться и выпустить ручки носилок, следствием может стать падение пациента вместе с носилками.











По лестнице больного спускают ногами вперед, а поднимают головой вперед. Исключение — острая кровопотеря, очень низкое артериальное давление. В этом случае поступают наоборот.

AVITO.RU

При невозможности пронести носилки в квартире или по лестнице больного переносят на одеяле.





# Транспортировка пациентов на руках

Существует ряд способов транспортировки пациента на руках, требующий обязательного соблюдения правильной биомеханики тела при поднятии тяжестей.

- *Перенос детей или лёгких по весу взрослых.*

1. Переносить пациента, взяв его одной рукой под колени, а другой рукой чуть выше талии.
2. Маленьких и лёгких по весу пациентов, находящихся в сознании и достаточно сильных, чтобы держаться за шею несущего, можно переносить за плечами.

- *Сиденье из четырех рук.*

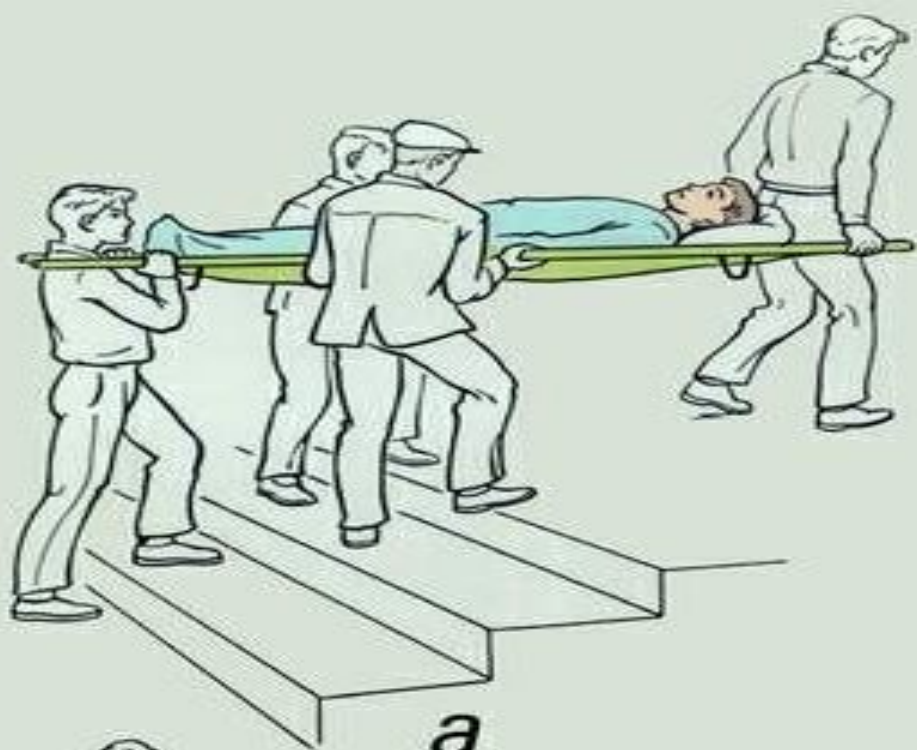
Два человека могут сложить из рук сиденье для переноски пациента. Этот метод применяется тогда, когда пациент в состоянии держаться сам за несущего одной или обеими руками.

1)

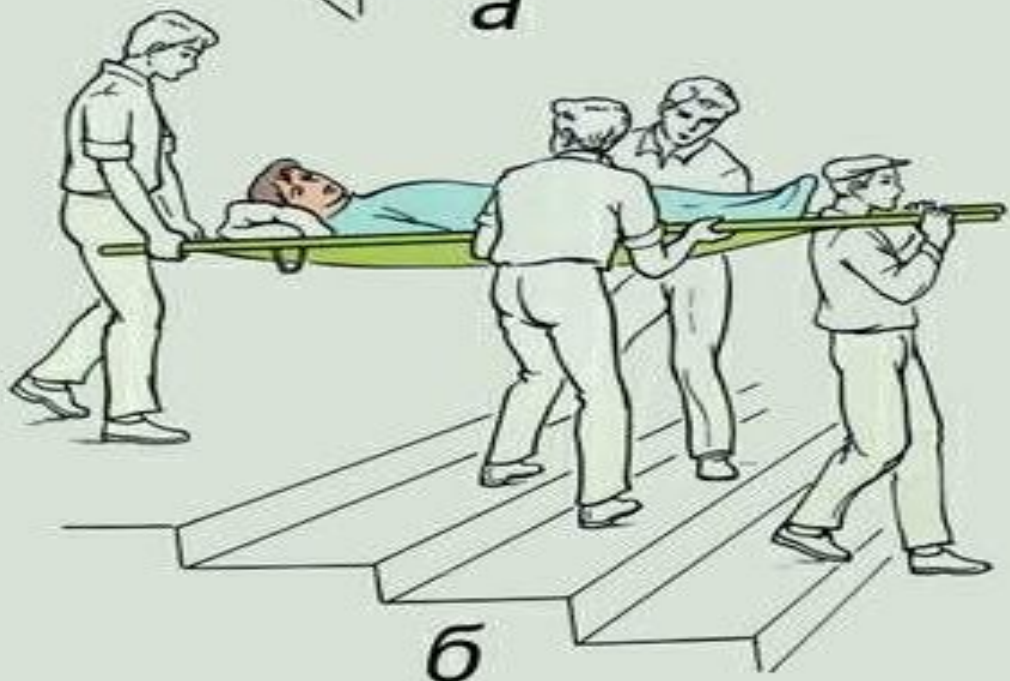


2)





а



б



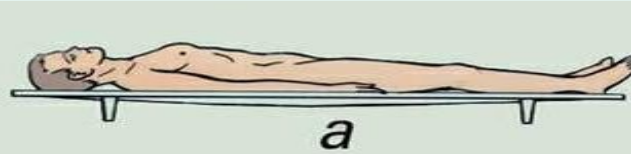
а



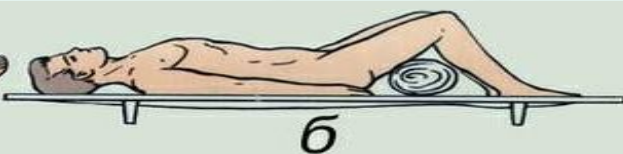
б



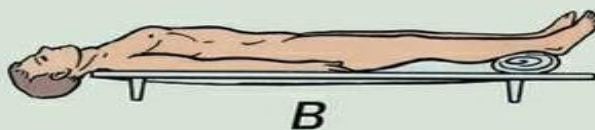
в



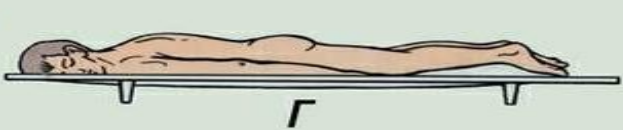
а



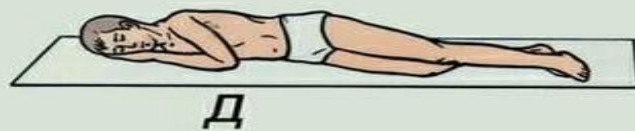
б



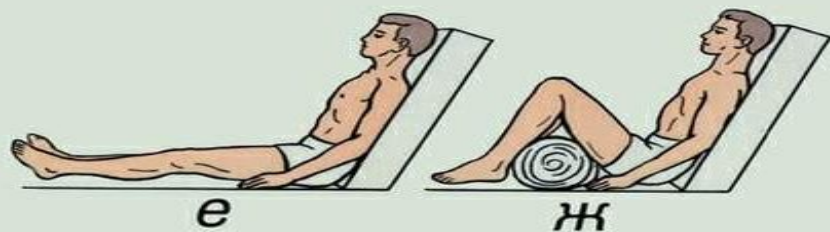
в



г



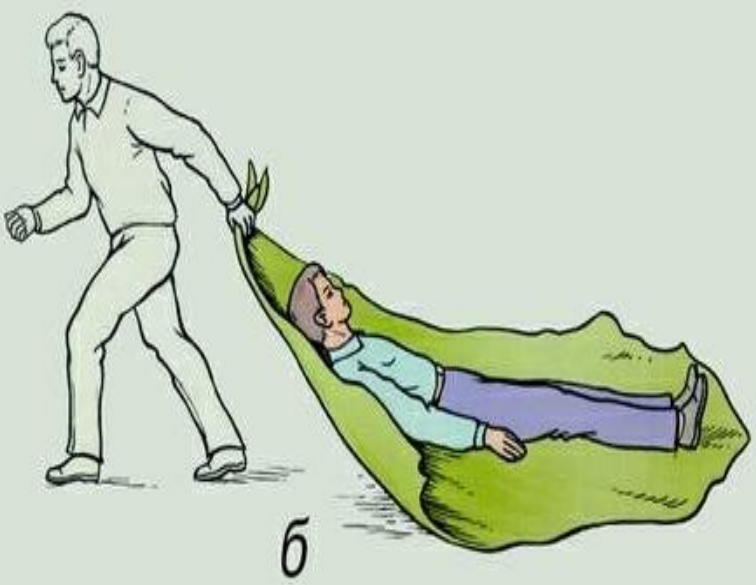
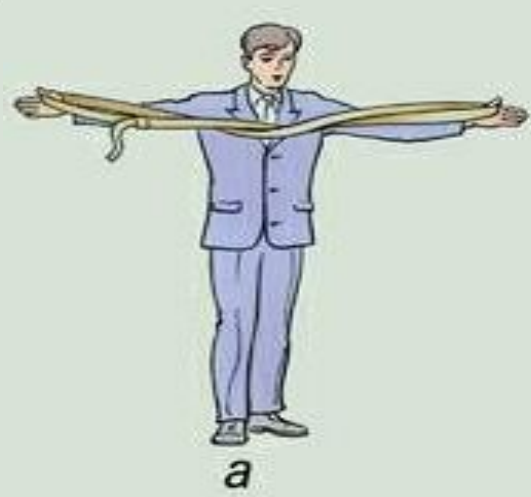
д



е

ж

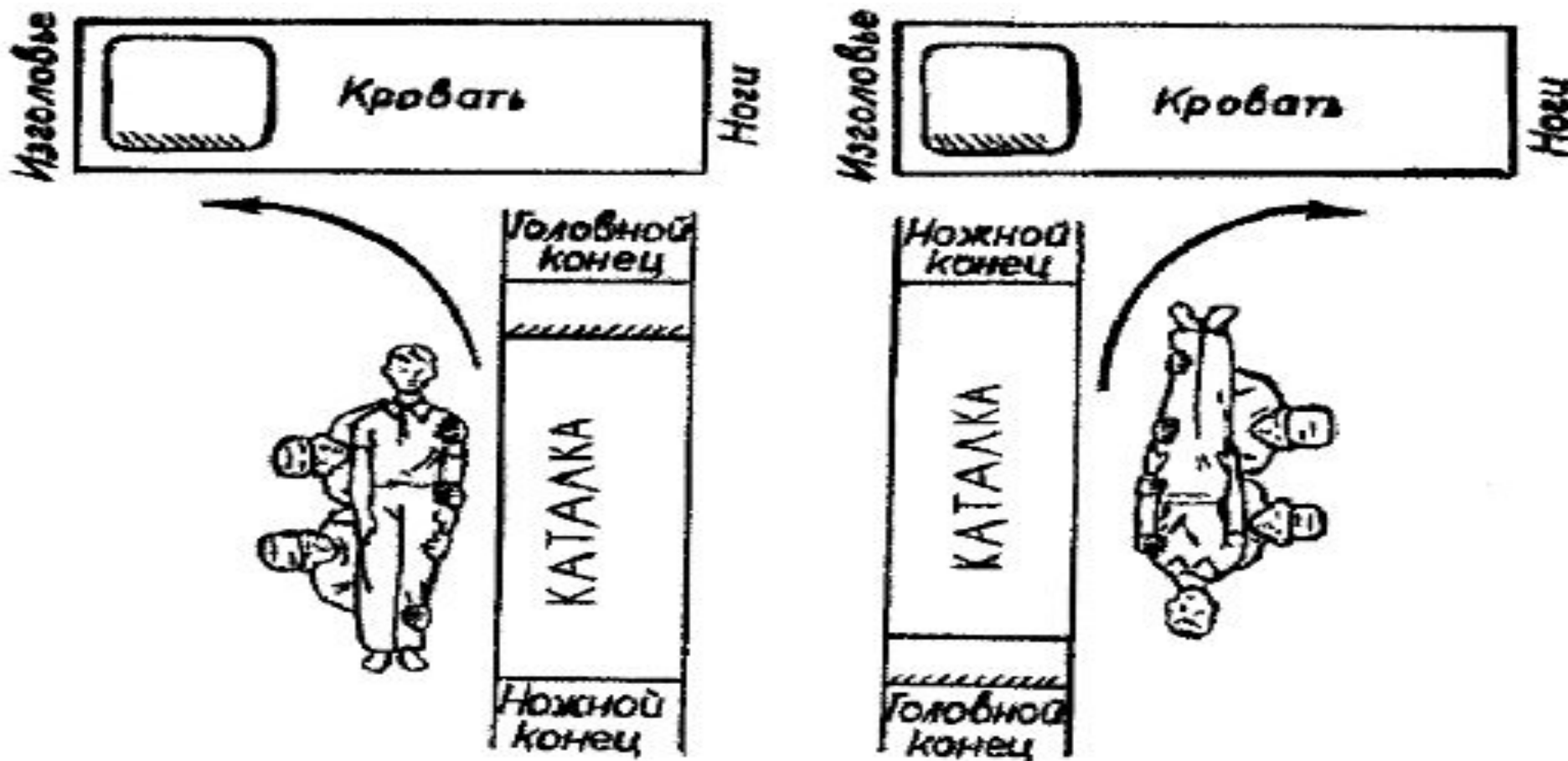




# Особенности транспортировки пациентов в зависимости от заболевания

- Пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и кровоизлияниями в мозг транспортируют в положении лежа на спине.
- При бессознательном состоянии пациента его голову пациента следует повернуть набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути.
- При сердечно-сосудистой недостаточностью пациентам придают полусидячее положение, т.к. из-за выраженной одышки, возможного отека легких они не могут лежать. Такие пациенты особо чувствительны к холоду, поэтому их необходимо укрывать, прикладывая к ногам и рукам грелки.
- Пациентов с острой сосудистой недостаточностью следует укладывать так, чтобы головной конец был ниже ножного.
- Тяжелобольным пациентам требуется очень осторожная транспортировка, а также аккуратный перенос с каталки на кровать. Следует заранее продумать, как поместить каталку относительно кровати при перекладывании пациента, чтобы избежать лишних и ненужных движений.

Каталку следует ставить параллельно кровати так, чтобы ее головной конец располагался к ножному концу кровати. Медперсонал становится между каталкой (носилками) и кроватью лицом к пациенту, вдвоем либо втроем поднимают пациента, и, повернувшись на 180 градусов, укладывают его на кровать. Для удобства переноски пациента каталку можно ставить по отношению к кровати под прямым углом, последовательно (головным концом к ножному) и вплотную (головным концом к головному).





# Устройство лечебного отделения

1. Палаты
2. Санузел
3. Буфетная для раздачи пищи
4. Столовая для приема пищи
5. Процедурный кабинет
6. Ординаторские (для врачей)
7. Кабинет заведующего отделением
8. Кабинет старшей медицинской сестры
9. Бельевая (кабинет сестры-хозяйки)
10. Помещение для постовой медицинской сестры (пост) на 25-30 пациентов
11. Манипуляционная
12. Клизменная



# Лечебно-охранительный режим ЛПУ: примерный распорядок дня пациента

- 7.00-7.30 термометрия, подъем
- 7.30-8.00 утренний туалет
- 8.00-8.30 передача дежурства
- 8.30-9.00 прием лекарственных средств
- 9.00 -9.30 завтрак
- 9.30-10.00 обход врача
- 10.00-11.00 выполнение назначений
- 11.00-13.00 прием лекарственных средств
- 13.00-13.30 обед
- 13.30-16.50 отдых
- 16.50-17.30 термометрия
- 17.30-19.00 посещение больных родственниками
- 19.00-19.30 прием лекарственных средств
- 19.30-20.00 ужин
- 20.00-20.30 выполнение врачебных назначений
- 20.30-22.00 вечерний туалет
- 22.00-7.00 ночной сон

## Перечень персонала отделения

### ● **Младший медицинский персонал:**

- Санитарка
- Буфетчица
- Сестра-хозяйка

### ● **Средний медицинский персонал:**

- Младшая медицинская сестра
- Палатная медицинская сестра
- Процедурная медицинская сестра
- Постовая медицинская сестра
- Старшая медицинская сестра

### ● **Врачебный персонал:**

- Врачи-ординаторы
- Врачи-консультанты
- Заведующий отделением

**Главный врач  
ЛПУ**

**Заместители  
главного врача ЛПУ  
по медицинской  
помощи**

**Главная  
медицинская  
сестра ЛПУ**

## Основные должностные обязанности младшего медицинского персонала

### ● Санитарка:

- Мытье закрепленных помещений отделения (текущая, генеральная уборки)
- Помощь младшей или палатной медицинской сестре в уходе за больными
- Помощь в транспортировке больных

### ● Буфетчица:

- Получение и раздача рационов питания
- Мытье и дезинфекция посуды

### ● Сестра-хозяйка:

- Смена постельных принадлежностей
- Получение и сдача белья в прачечную
- Контроль за работой санитарок
- Получение, хранение, выдача дезинфекционных средств для уборки



## Должностные обязанности палатной медицинской сестры

- Приём больных
- Осуществление ухода за больными (осуществляет или оказывает помощь ослабленным больным в умывании, кормлении и др.
- Контроль санитарного содержания палат
- Контроль выполнения соблюдения правил личной гигиены больными, смены постельного и нательного белья, профилактика пролежней и др.
- Контроль снабжения больных предметами личной гигиены
- Регистрация и выполнение назначений врача (в т.ч. по уходу)
- Отчет на утренней конференции и доклад непосредственно врачу о каждом больном (в т.ч. при изменении его состояния)
- Плановая термометрия, подсчет пульса, АД, измерение суточного диуреза
- Заполнение температурного листа
- Сбор материалов для исследования (моча, кал, мокрота)

## **Должностные обязанности постовой медицинской сестры**

- **Контроль за состоянием больных**
- **Контроль и выполнение назначений врача**
- **Контроль за лекарственными средствами на посту**
- **Выдача лекарственных средств**
- **Выполнение инъекций**
- **Распределение больных на исследования и процедуры**
- **Контроль за персоналом и пациентами отделения**

## Обязательная медицинская документация медицинской сестры отделения:

- листок учета коечного фонда
- журнал учета лекарственных средств списка А и Б, дорогостоящих и остродефицитных препаратов
- журнал назначений и передачи дежурств
- температурный журнал
- журнал учета температурящих больных
- журнал учета аварийных ситуаций (уколы и др. травмы медицинскими инструментами и т.п.)
- инструкции и др. распорядительные документы

# Лечебно-охранительный режим

- Лечебно-охранительный режим – это комплекс лечебно - профилактических мероприятий, направленных на обеспечение физического и психического покоя пациента
- В него входят:
  - устранение негативно действующих раздражителей
  - продление физиологического сна
  - устранение отрицательных психологических переживаний, связанных с лечением, проведением операции
  - устранение болезненных ощущений, связанных с лечебными манипуляциями
  - сочетание режима покоя и физической активности
  - поднятие общего нервно-психического тонуса больных
  - приготовление вкусной пищи и своевременную ее подачу
  - соблюдение медицинской этики и деонтологии;
  - соблюдение правил биомеханики для безопасного передвижения пациента по назначению врача

# Режим двигательной активности

- Строгий постельный режим
- Постельный режим
- Полупостельный режим
- Палатный
- Общий режим



# Виды положения пациента в постели

- **Активное положение** - при удовлетворительном состоянии, когда пациент легко и свободно может осуществлять те, или иные, произвольные движения
- **Пассивное положение** - в случаях невозможности активных движений больных (при бессознательном состоянии, резкой слабости)
- **Вынужденное положение** - пациенты принимают с целью уменьшения болезненных ощущений. При ортопноэ больной принимает сидячее положение со спущенными вниз ногами, вследствие чего уменьшается застой крови в сосудах легких и несколько ослабляется одышка
- С целью обеспечения тяжелобольному удобного положения и двигательного режима в отделениях используют **функциональные кровати**

**Положение пациента не всегда совпадает с назначенным ему двигательным режимом.**

# Права пациента определены «Основами законодательства об охране здоровья граждан».

## Пациент имеет право:

- На уважительное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала
- Выбор врача, больницы, в соответствии с договорами медицинского страхования
- Проведение по его просьбе консультаций других специалистов
- Облегчение боли
- Сохранение медицинской тайны
- Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- Отказ от медицинского вмешательства
- Возмещение ущерба, в случае причинения вреда здоровью
- Допуск адвоката, священнослужителя и др. представителей защиты прав

# Пациент обязан

- своевременно обращаться за медицинской помощью;
- уважительно относиться к медработникам;
- представлять достоверную информацию о здоровье;
- выполнять медицинские предписания;
- соблюдать правила внутреннего распорядка.

**Благодарю за внимание.**



## Д.3.

1. Организация работы отделения многопрофильного стационара (продолжение)
  2. Понятие о дезинфекции (продолжение)
  3. Мероприятия по личной гигиене больного
  4. Термометрия. Уход за лихорадящим больным
- 