

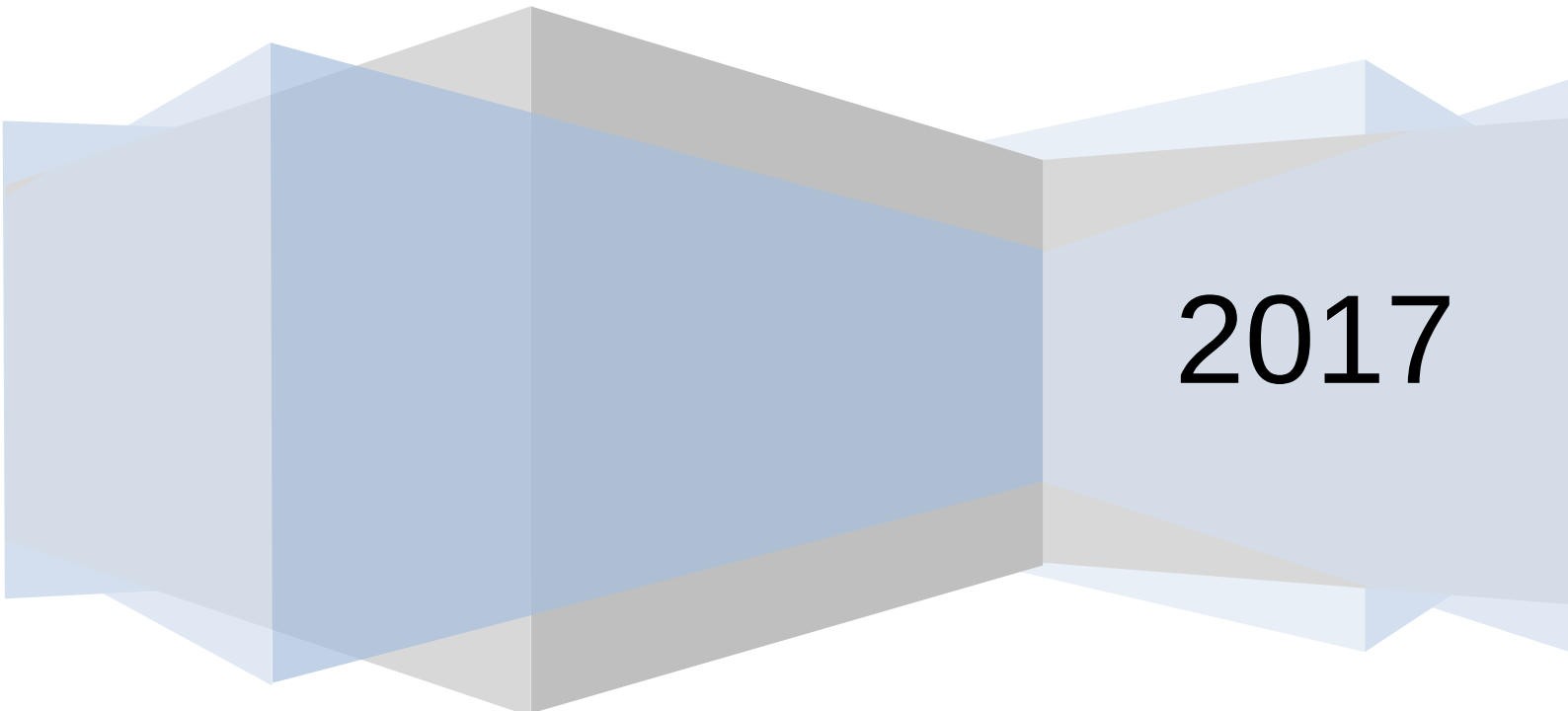
Аккредитация специалистов

Паспорт экзаменационной станции (типовой)

Диспансеризация

Специальность:

Терапия
Педиатрия



2017

Оглавление

1. Авторы.....	3
2. Уровень измеряемой подготовки	3
3. Вид деятельности.....	3
4. Продолжительность станции.....	3
5. Информация для организаторов станции	3
6. Последовательность ситуаций и раздел подготовки.....	4
7. Информация для экзаменуемого (брифинг) для каждой ситуации	4
8. Информация для экзаменаторов	5
9. Профессиональные стандарты, используемые для создания Листа оценки (по каждой ситуации)	6
10. Информация для симулированного пациента	11
11. Информация для симулированного коллеги.....	11
12. Способ оценивания.....	11
13. Дефектная ведомость.....	13
14. Чек-лист	14
15. Медицинская документация	16

1. Авторы

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

2. Уровень измеряемой подготовки

Студент 3-6 курс, выпускник, претендующий на должность врача-участкового

Целесообразно заранее объявить студентам о необходимости приходить на второй этап со всем необходимым, чтобы иметь внешний вид, требуемый на рабочем месте (медицинская одежда, сменная обувь, личный фонендоскоп¹)

3. Вид деятельности

Диспансеризация

4. Продолжительность станции

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

0,5' – ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
7,5' – предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8,0'
1' – приглашение перейти на следующий этап экзамена	9,0'
1' – смена экзаменуемых	10'

5. Информация для организаторов станции

Необходимые ресурсы

У экзаменаторов должны быть:

- компьютер с выходом в интернет для чек-листа
- компьютер, с трансляцией видео (по согласованию с председателем АК, этот компьютер

¹ Наличие личного фонендоскопа зависит от модели симулятора

может находиться в другом месте, к которому экзаменаторы должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть запись)

Антисептические салфетки для обработки олив фонендоскопа – не менее 1 шт на одну попытку аккредитуемого

Жидкое мыло – 1 мл на 1 попытку аккредитуемого

Станция должна имитировать кабинет врачебного амбулаторного приёма:

1. Стол для записей,
2. Компьютер с выходом в интернет и доступом через интернет к программе Центра аккредитации
3. Стул
4. Кушетка или пеленальный столик (для размещения симулятора)
5. Раковина с локтевым смесителем
 - два локтевых дозатора: 1) для бытового мытья рук 2) для гигиенической обработки рук (в целях экономии средств при проведении экзамена допускается заполнить оба дозатора обычным жидким мылом)
 - держатель или диспенсер для одноразовых полотенец
6. Набор врача:
 - фонендоскоп, тонометр (с набором манжет)
 - сантиметровая лента
7. Настенные часы с секундной стрелкой
8. Контейнеры для отходов (закрепленный пакет класс А, закрепленный пакет класс Б)
9. Спиртовые салфетки
10. Симуляционное оборудование

Симуляционное оборудование

Манекен руки (с имитацией рукава одежды) с возможностью измерения артериального давления.

6. Последовательность ситуаций и раздел подготовки

№ п.п.	№ чек-листа	Ситуация	Раздел матрицы компетентности
1.		Без патологии	Профилактика
2.		Артериальная гипертензия	Сердечно-сосудистые заболевания

Последовательность случайным образом определяется при выпадении чек-листа эксперту перед началом выполнения каждым аккредитуемым

7. Информация для экзаменуемого (брифинг) для каждой ситуации

Вы участковый врач территориальной поликлиники. Предполагается, что Ваша рабочая смена только началась. В кабинете Вас ждёт пациент, который пришел на завершение

первого этапа диспансеризации. Вы пациента видите впервые. В ходе предварительного обследования было зафиксировано повышение артериального давления. Необходимо произвести повторное измерение артериального давления.

Пациент в сознании (используется модель), все необходимые действия озвучивайте.

8. Информация для экзаменаторов

ФИО пациента, возраст (год рождения)

ФИО и возраст пациента должны соответствовать указанным в сценарии (раздел 10).

Задачи данной станции

Демонстрация экзаменуемым своего умения измерять артериальное давление на амбулаторном приеме, а также умение осуществлять гигиеническую обработку рук медицинского персонала.

Станция не подразумевает оценки умения собирать анамнез, (налаживать контакт с ребенком или «трудным» взрослым пациентом).

Функции экзаменаторов

1. Перед началом работы проверить наличие в кабинете необходимых расходных материалов, а также наличие письменного задания перед входом на станцию
2. Проверить готовность симулятора к работе. Идентификация личности экзаменуемого в системе экзаменации (чек-листе)
3. Регистрация расхождения действий экзаменуемых с параметрами в (Электронном) листе экспертной оценки.
4. Минимально необходимый диалог с экзаменуемым от лица пациента и обеспечение дополнительных вводных в соответствии с таблицей (ниже)
5. (При необходимости) обеспечение видеозаписи.
6. Приведение помещения в первоначальный вид, обработка контактных поверхностей

Действия экзаменатора в ходе работы экзаменуемого на станции

Перед началом – подготовить чек-лист	Проверить свои ФИО и номер сценария
При команде: «Прочтите задание...»	Включить камеру
При входе экзаменуемого	Внести идентификационный номер экзаменуемого в чек-лист
При уточнении ФИО и возраста пациента	Ответить в соответствии со сценарием
При вопросах о самочувствии	Сказать, что и сейчас, и обычно, и в эпизод предыдущего измерения артериального давления, чувствуете себя хорошо, ни на что не жалуетесь.
При вопросах к пациенту 1. Физической активности 2. Употреблении препаратов влияющих на АД (ЛС, кофе, крепкого чая)	Сказать: «Нет»

3.Курении	
При измерении обхвата плеча	Дать вводную, что буюм считать, что диаметр равен 28 см.
При озвучивании времени, которое должно пройти перед плвторным измерении	Дать вводную, что это время прошло
По окончании	Спросить от имени пациента о необходимости третьего измерения и что Вам необходимо делать дальше?

Какую информацию нельзя предоставлять

Нельзя вступать в переговоры, даже ели Вы не согласны с мнением экзаменуемого, высказывать требования типа: «Продолжайте!», «Повторите!», «Не так быстро!» и т.п., Задавать вопросы: «И что дальше?», «Как долго?», и т.п.

9. Профессиональные стандарты, используемые для создания Листа оценки (по каждой ситуации)

1. Статья 46 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
3. ПИСЬМО от 29 августа 2013 г. N 14-2/10/2-6432 Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет для использования в работе методические рекомендации "Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения"
4. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения"
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению"
6. Приказ МЗ РФ от 03.12.2012г №1006н «Порядок проведения диспансеризации взрослого населения»
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. N 1011н г. Москва "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра"
8. Приказ Минздрава РФ от 24.01.2003 N 4 "О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации"
9. П. 12 Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"

Диспансеризация проводится 1 раз в три года и включает в себя помимо универсального для всех возрастных групп пациентов набора методов методы углубленного обследования, предназначенные для раннего выявления наиболее вероятных для данного возраста и пола хронического неинфекционного заболевания.

Диспансеризация взрослого населения проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

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

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

Первый этап диспансеризации (скрининг) включает:

- опрос, антропометрию (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии, расчет ИМТ), измерение артериального давления;
- определение суммарного сердечно-сосудистого риска;
- ЭКГ;
- осмотр фельдшера/акушерки с взятием мазка с шейки матки на цитологическое исследование;
- флюорографию легких;
- маммографию (для женщин в возрасте 39 лет и старше);
- клинический анализ крови развернутый;
- анализ крови биохимический;
- общий анализ мочи;
- исследование кала на скрытую кровь (для граждан 45 лет и старше);
- определение простат-специфического антигена в крови (для мужчин старше 50 лет);
- УЗИ органов брюшной полости (в возрасте 39, 45, 51, 57, 63 и 69 лет);
- измерение внутриглазного давления (для граждан 39 лет и старше);
- прием врача-невролога (для граждан 51, 57, 63 и 69 лет);
- осмотр врача-терапевта

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

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

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

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

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

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

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

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского

применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики;

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

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

Для корректного измерения АД необходимо соблюдать ряд правил.

1. Условия измерения АД

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

2. Положение пациента

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

Каждые 5 см смещения середины манжеты относительно уровня сердца приводят к завышению или занижению АД на 4 мм рт. ст. В положении "сидя" измерение проводится у пациента, располагающегося в удобном кресле или на стуле, с опорой на спинку, с исключением скрещивания ног. Необходимо учитывать, что глубокое дыхание приводит к повышенной изменчивости АД, поэтому необходимо информировать об этом пациента до начала измерения.

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

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

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

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

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

4. Техника измерения

Манжета накладывается на плечо таким образом, чтобы средняя часть пневмокамеры находилась

над проекцией артерии. Между манжетой и поверхностью плеча должно помещаться два пальца (для детей и взрослых с маленьким объемом руки - один палец), а ее нижний край должен располагаться на 2,5 см выше локтевой ямки. Не рекомендуется накладывать манжету на ткань одежды, запрещено закатывать рукава с образованием сдавливающих валиков из ткани. Головка стетофонендоскопа фиксируется у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии, причем не допускается создание значительного давления на кожу, а расположение головки под манжетой приводит к ошибкам в определении в первую очередь диастолического АД.

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

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

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

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

5. Кратность измерений

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

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

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

Если имеется отличие более 5 мм рт. ст., проводится третье измерение, которое сравнивается по приведенным выше правилам со вторым, а затем (при необходимости) и четвертое измерение. Если в ходе этого цикла выявляется прогрессивное снижение АД, то необходимо дать дополнительное время для расслабления пациента. Если же отмечаются разнонаправленные колебания АД, то дальнейшие измерения прекращают и определяют среднее трех последних измерений (при этом исключают максимальные и минимальные значения АД).

6. Затруднения при измерении артериального давления

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

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

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

Г) Повышенная ригидность крупных артерий. У пациентов старшей возрастной группы (старше 65 лет), а также у пациентов, длительное время страдающих сахарным диабетом, наблюдается повышенная ригидность крупных артерий, в некоторых случаях препятствующая их спадению при компрессии. При этом метод Н.С. Короткова дает завышение АД, т.е. "псевдогипертензию". Для ее исключения полезно

одновременно с аускультацией определять АД пальпаторно и при отличии в систолическом АД более 15 мм рт. ст. провести определение ригидности плечевой артерии (например, ультразвуковыми методами). При выраженной ригидности определение АД возможно только инвазивным методом.

7. Наиболее частые ошибки, приводящие к неправильному измерению АД: использование манжеты, не соответствующей охвату плеча, малое время адаптации пациента к условиям кабинета, высокая скорость снижения давления в манжете, отсутствие контроля асимметрии АД, неиспользование пальпации при первом измерении АД, неправильное положение руки пациента.

НОРМАТИВЫ СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ АД (В ММ РТ. СТ.)
ДЛЯ ДНЯ, НОЧИ И СУТОК ПО ДАННЫМ СМАД

	Нормотензия		Гипертензия
ДЕНЬ	< 135/85	135/85 – 139/89	>= 140/90
НОЧЬ	< 120/70	120/70 – 124/74	>= 125/75
СУТКИ	< 130/80	130/80 – 134/84	>= 135/85

10. Информация для симулированного пациента

Сценарии для озвучивания экзаменатором.

Используется модель, в которой сценарии должны соответствовать следующим клиническим случаям:

№	Сценарий	1	2	3	4
1.	ФИО	???	???	???	???
2.	Возраст	???	???	???	???
3.	Диаметр плеча	Мене 23 см	Более 33 см	???	???
4.	Суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE	менее 1%	менее 1%	менее 1%	менее 1%
5.	Обычное АД систолическое	130	110	100	120
6.	Обычное АД диастолическое	80	80	80	80
7.	Выявленное АД при предыдущем измерении	160/70	160/70	160/70	160/70
8.	Показатели в момент измерения	134/78	134/78	134/78	134/78

11. Информация для симулированного коллеги

Не предусмотрено

12. Способ оценивания

В чек-листе проводится отметка о наличии/отсутствии расхождений между действиями экзаменуемого и описанными в соответствующем пункте чек-листа.

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

-Да – действие было

-Нет – действия не было

Внимание! При внесении данных о нерегламентированных и небезопасных действиях, в случае если они не совершались необходимо активировать кнопку «Да». При проявлении таких действий у аккредитуемого напротив конкретно обозначенного действия, которое не должно совершаться, активируется кнопка «Нет», что означает, что действия аккредитуемого не совпали с требованиями этого не делать.

В случае демонстрации аккредитуемым других (не внесенных в пункты чек-листа) небезопасных или не нужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (раздел 13 паспорта) по данной станции, а в чек-лист аккредитуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

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

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный чек-лист, как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, а вносить показатель, как только аккредитуемый закончил главный этап задания.

Для оценки результатов проведённого обследования используется дополнительный чек-лист, который заполняет сам экзаменуемый. Дополнительный чек-лист соответствует форме из раздела 15 в электронном формате, в каждом пункте имеется выпадающий список. Выбор ответа контролируется программным обеспечением.

13. Дефектная ведомость

Станция		Диспансеризация/Профилактический осмотр		
Организация _____				
№	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующие в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК
№	Список дополнительных действий, имеющих важное значение, не отмеченных в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО председателя комиссии

Подпись

14. Чек-лист

№	Элемент деятельности	Отметка о выполнении -выполнено - Да -не выполнено - Нет
1.	Поздороваться с пациентом (и/или его представителем)	
2.	Представиться, обозначить свою роль	
3.	Осведомиться о самочувствии пациента	
4.	Взять медицинскую документацию	
5.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией	
6.	: фамилию	
7.	: имя	
8.	: отчество	
9.	: возраст	
10.	Сообщить о необходимости измерения артериального давления	
11.	Узнать у пациента, знакома ли ему процедура измерения, и какое у него обычное артериальное давление	
12.	Спросить, согласен ли он на проведение этой манипуляции	
	Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции	
13.	: Иметь коротко подстриженные ногти, отсутствие следов лака на ногтях, искусственных ногтей	
14.	: Убедиться в отсутствии на пальцах рук и запястьях ювелирных украшений	
15.	: Открыть воду локтевым смесителем	
16.	: Смочить кисти обеих рук	
17.	: Закрыть воду локтевым смесителем	
18.	: Выдавить мыло с антисептиком из локтевого дозатора на ладонь одной руки	
19.	: Распределить антисептическое мыло на всю поверхность кистей обеих рук	
20.	: Тереть ладонь о ладонь	
21.	: Тереть ладонью одной руки о тыл кисти другой руки с обработкой межпальцевых поверхностей	
22.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
23.	: Тереть ладонь о ладонь с обработкой межпальцевых поверхностей	
24.	: Тереть ногтевые ложа одной руки о ладонь другой	
25.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
26.	: Обхватив большой палец одной руки ладонью другой, тереть его вращательными движениями	
27.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
28.	: Тереть кончиками пальцев одной руки середину ладони другой	
29.	: Повторить движение, поменяв руки местами	
30.	Соблюсти продолжительность обработки рук мылом с антисептиком не менее 30, не более 60 сек	
31.	Открыть локтём воду локтевым дозатором	
32.	Смыть состав с рук	
33.	: в направлении от кончиков пальцев до запястья	
34.	Закрыть локтём воду локтевым смесителем ²	
35.	Вытереть руки насухо одноразовым полотенцем	
36.	Утилизировать полотенце в отходы класса А	
	Измерение артериального давления	
37.	Подготовить оснащение:	
38.	: тонометр с малой манжетой,	
39.	: тонометр с обычной манжетой,	
40.	: тонометр с большой манжетой,	
41.	: фонендоскоп,	
42.	: спиртовая салфетка	

² Если смеситель не локтевой, то закрыть воду применив использованное одноразовое полотенце

43.	: сантиметровая лента	
44.	: ручка, листок бумаги (компьютерная версия медицинской документации)	
45.	Задать вопросы о следующих действиях совершённых за 30 мин до измерения	
46.	: о курении,	
47.	: интенсивной физ.нагрузке,	
48.	: принимаемых лекарствах,	
49.	: употреблении кофе,	
50.	: принятии пищи,	
51.	: употреблении алкоголя	
52.	Попросить (при необходимости помочь) пациента занять необходимую позу для проведения процедуры, попросить оголить руку и уточнить, что:	
53.	: пациенту удобно	
54.	: с расслабленными и не скрещенными ногами, ступни находятся на полу	
55.	: упор спины о спинку стула, принимаемых лекарств,	
56.	: рука лежит на поверхности на уровне сердца, полностью разогнутая в локте, ладонная поверхность вверх	
57.	: дыхание спокойное	
58.	Измерить диаметр плеча	
59.	Выбрать подходящий размер манжеты	
60.	Проверить работоспособность тонометра, наполнением манжеты и визуализацией подвижности стрелки манометра	
61.	Оголить руку и наложить манжету тонометра на 2-2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты)	
62.	Закрепить манжету так, чтобы под неё свободно проходил палец	
63.	Установить манометр в положение для его наблюдения	
64.	Одной рукой найти место пульсации лучевой артерии	
65.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши по часовой стрелке и нагнетать воздух до исчезновения пульсации на лучевой артерии	
66.	Озвучить показания манометра и спустить воздух	
67.	Использовать фонендоскоп	
68.	: мембрану которого поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии	
69.	: не допускать создания значительного давления на кожу	
70.	: головка фонендоскопа не находится под манжетой	
71.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши (по часовой стрелке) и быстро накачать воздух в манжету до уровня, превышающего, на 30 мм.рт.ст результат, полученный при пальпаторной пробе	
72.	Открыть клапан (вентиль) груши и медленно выпускать воздух из манжеты,	
73.	: скорость понижения давления в манжете 2 - 3 мм рт. ст. за секунду	
74.	: смотреть на манометр, выслушивая тоны	
75.	Выслушивать до снижения давления в манжете до нулевой отметки	
76.	Сообщить пациенту результат исследования, назвав две цифры, соответствующие моменту появления (АД сист) и исчезновения (АД диаст) тонов	
77.	Уточнить состояние пациента	
78.	Данные измерения записать в виде дроби в медицинскую документацию	
79.	Повторить измерение на второй руке	
	Показатели повторяются	
80.	Правильно ответить о необходимости в третьем измерении	
81.	Правильно сообщить о дальнейших действиях	
82.	Вскрыть спиртовую салфетку и утилизировать её упаковку в отходы класса А	
83.	Обработать спиртовой салфеткой мембрану фонендоскопа и его оливы	
84.	Утилизировать спиртовую салфетку в отходы класса Б	
85.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции	
86.	Не проводить измерение АД через одежду	
87.	Не допустима практика округлений до "5" и "0"	
88.	Мне понравилось	

ФИО эксперта

подпись

\

Отметка о занесении в базу (ФИО)

15. Медицинская документация

Уточняется