



ООО «Больница для всей семьи»  
426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»  
Тел. 65-51-51

---

УТВЕРЖДАЮ

Директор

\_\_\_\_\_  
Копосова Т.Л.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016.

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**О СТАЦИОНАРЕ**

**КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

# **ПОЛОЖЕНИЕ**

## **О СТАЦИОНАРЕ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

### **1. Общие положения**

В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ФС-18-01-000756 от 10.10.2016г. в ООО «Больница для всей семьи» осуществляется стационарная медицинская помощь по гастроэнтерологии, неврологии, нефрологии, отоларингологии, ревматологии, урологии, терапии, пульмонологии.

Стационар круглосуточного пребывания имеет два отделения: хирургическое на 16 коек и терапевтическое на 5 коек.

Нумерация палат в хирургическом стационаре: 501, 502, 503, 505, 510, 511, 512, 515, 516.

Нумерация палат в терапевтическом стационаре: 603, 604, 606, 611, 612.

Настоящее Положение определяет организацию деятельности терапевтического отделения стационара медицинской организации (далее - Отделение), оказывающего медицинскую помощь больным терапевтического профиля.

## **2. Условия предоставления плановой стационарной медицинской помощи в терапевтическом стационаре.**

I. В терапевтический стационар принимаются пациенты на плановую госпитализацию.

Направление на плановую госпитализацию осуществляют:

- врачи амбулаторно-поликлинического звена ООО «Больница для всей семьи»
- отдел ДМС

Показания к плановой госпитализации:

- осуществление диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при заболеваниях терапевтического профиля, не требующих нахождения больного в специализированном отделении для лечения больных терапевтическими заболеваниями (кардиологическом, пульмонологическом, гастроэнтерологическом и др.);
- выявление у пациентов показаний и подготовка к проведению специализированных лечебно-диагностических процедур с последующим переводом для их выполнения и дальнейшего лечения в специализированное отделение;
- осуществление госпитального этапа реабилитации больных с заболеванием терапевтического профиля после курса основного, в том числе хирургического и иного интервенционного, лечения в условиях специализированного отделения;
- разработка и проведение мероприятий по повышению качества лечебно-диагностического процесса и внедрению в практику новых методов диагностики, лечения и реабилитации больных терапевтического профиля;
- реализация индивидуальной программы стационарного обследования и лечения с учетом пожелания пациента

Длительность пребывания в стационаре от 2 до 12 дней.

Максимальное время ожидания определяется очередью на плановую госпитализацию.

Максимальный срок ожидания не может превышать неделю с момента поступления заявки.

Объем оказания помощи при плановой госпитализации определяется:

- целью госпитализации
- нозологической формой заболевания
- состоянием пациента
- пожеланиями пациента

II. В хирургическое отделение стационара принимаются пациенты для выполнения плановых и экстренных (срочных) операций или манипуляций, требующих круглосуточного наблюдения.

Направление на плановую и экстренную госпитализацию осуществляют:

- врачи амбулаторно-поликлинического отделения ООО «Больница для всей семьи»
- отдел ДМС после консультации профильного специалиста клиники.

Показания к плановой госпитализации:

- Для выполнения плановых хирургических операций в соответствии с перечнем хирургических видов лечения, указанных в Лицензии предприятия на медицинскую деятельность.
- Для выполнения плановых операций пациентам гинекологического профиля в соответствии с перечнем хирургических видов лечения, указанных в Лицензии предприятия на медицинскую деятельность.
- Для выполнения инвазивных методов диагностики, требующих круглосуточного наблюдения за пациентами.
- Для выполнения плановых операций и манипуляций, требующих наблюдения за пациентом в течение 4-8 часов.

- Для выполнения срочных операций, связанных с воспалительными заболеваниями наружных локализаций.

Длительность пребывания в стационаре от 2 до 14 дней.

Максимальное время ожидания определяется очередностью на плановую госпитализацию.

Максимальный срок ожидания не может превышать неделю с момента установления показаний к госпитализации.

При госпитализации пациента для проведения диагностических манипуляций на срок менее суток, история болезни не оформляется (за исключением пациентов по ДМС), в смету включается один койко-день.

### **3. Условия пребывания в круглосуточном стационаре**

Размещение пациентов производится в палаты на 1-2 человека.

В палатах предусмотрено наличие внутренней связи, интернета, телевизора, холодильника. Каждая палата оборудована отдельным санузлом.

Направление в палату пациентов, поступивших на плановую госпитализацию, осуществляется в течение часа с момента прихода в клинику.

Питание пациента, проведение лечебно – диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение начинается с момента поступления в отделение стационара.

Администрация больницы обязана обеспечить сохранность личных вещей пациента.

Администрация больницы организует парковку личного транспорта пациента на время госпитализации на охраняемую стоянку за счет средств владельца автомобиля (для иногородних пациентов).

Администрация больницы обеспечивает пациента госпитальной одеждой и расходными материалами. Осмотр пациента врачом проводится в палате, перевязки и инъекции осуществляются в перевязочном кабинете стационара.

### **4. Порядок оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре.**

Порядок оказания медицинской помощи представлен:

- в Приложении 1. «Алгоритм госпитализации пациентов в терапевтический стационар. Показания для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания терапевтического отделения».
- в Приложении 2. «Алгоритм записи пациентов на оперативное лечение, предоперационное обследование, госпитализацию в хирургическое отделение стационара».
- в Приложении 3. «Алгоритм записи пациентов гинекологического профиля на оперативное лечение, предоперационное обследование, госпитализацию в хирургическое отделение стационара».

### **5. Этапы проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи в стационаре круглосуточного пребывания.**

Экспертиза контроля качества проводится в соответствии с положением о менеджменте качества медицинской помощи в ООО «Больница для всей семьи» (Приложение 11.).

- 1) **Уровень экспертизы** качества оказания медицинской помощи в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания проводит старший терапевт по историям болезни всех пациентов, получивший этот вид медицинской услуги.
- 2) **Уровень экспертизы** качества оказания медицинской помощи в терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания проводит заместитель главного врача по клинико-диагностической работе.

## **6. Структура Отделения и штатная численность персонала**

Структура Отделения и штатная численность медицинского и другого персонала устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создано терапевтическое и хирургическое отделения, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы (Приложение 4.).

## **7. Режим работы отделения:**

Госпитализация пациентов до 9.00 (понедельник-пятница).

Завтрак 8-30-9.30

Обед 12-30-13-30

Ужин 17.30-18.30

Питание пациентов в палатах в соответствии с установленным столом.

Посещение пациентов с 16.00 до 19.00

Курение в стационаре запрещено

Прогулки в любое время свободное от диагностических и лечебных процедур до 20.00

Присутствие в палате с 20.00

Лечебные процедуры (инъекции, капельницы) с 10.00-12.00

Выписка пациентов не позднее 20.00 с понедельника по пятницу, до 14-00 в субботу и воскресенье.

## **8. Ведение медицинской документации.**

Перечень и образцы медицинской документации - в Приложении 5.

## **9. Функциональные обязанности старшего терапевта**

Функциональные обязанности старшего терапевта - в Приложении 6.

## **10. Функциональные обязанности постовой медицинской сестры**

Функциональные обязанности постовой медицинской сестры - в Приложении 7.

## **11. Функциональные обязанности старшей медицинской сестры**

Функциональные обязанности старшей медицинской сестры - в Приложении 8.

## **12. Правила нахождения пациентов в стационаре круглосуточного пребывания**

### **Пациентам в стационаре запрещается:**

- Выходить из стационара с 20 00-08.00
- переставлять мебель в палате без разрешения работников клиники
- мешать отдыху других пациентов
- проносить недозволенные и скоропортящиеся продукты: алкоголь, колбасы и т.д.
- проносить в здание клиники огнестрельное газовое и холодное оружие, а также ядовитые химические и взрывчатые вещества или иные предметы и средства, наличие которых у посетителя либо их применение может предоставить угрозу для безопасности окружающих
- находиться в служебных помещениях клиники без разрешения
- находиться в стационаре клиники в верхней одежде, грязной обуви
- находиться в стационаре в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, иметь внешний вид, не отвечающий санитарно-гигиеническим требованиям
- курить в палатах, на крыльце, лестничных площадках в коридорах, в фойе и др. помещениях клиники
- играть в азартные игры

- принимать лекарственные препараты, не разрешенные лечащим врачом
- выносить из клиники документы, полученные для ознакомления

**Пациентам в стационаре разрешается:**

- принимать посетителей с 16.00-19.00 по местному времени
- питание пациентов в палате - в соответствии с назначенным диетическим столом

**Пациент в стационаре обязан:**

- выполнять все рекомендации, назначенные лечащим врачом
- ознакомиться с Правилами нахождения в стационаре круглосуточного пребывания и распечатать на титульном листе карты стационарного пациента
- выполнять режим дня согласно правилам нахождения в стационаре

Посещение пациентов в стационаре разрешается с 16.00 до 19.00 по местному времени.

**13. Положение о переливании крови и компонентов крови - в Приложении 9.**

**14. Функциональные обязанности старшего менеджера - в Приложении 10.**

**Алгоритм записи пациентов на оперативное лечение,  
предоперационное обследование, госпитализацию  
в хирургическое отделение стационара.**

*График работы менеджеров, курирующих процесс записи на операции и госпитализации:*

- *ежедневно с понедельника по пятницу с 8.00 до 20.00*
- *суббота с 9.00 до 16.00*

**1. Пациент на приеме врача принял решение о необходимости операции. Операцию пациент согласен выполнить в клинике Медицея.**

Врач-хирург в рамках приема через МИС ИнфоКлиника создает направление на оказание медицинских услуг хирургического профиля. Через программу оформляется необходимый перечень информации:

- a. вид оперативного вмешательства с кодами
- b. вид анестезии с кодами
- c. количество койко-дней
- d. вид гистологического исследования с кодами
- e. объем предоперационного обследования в соответствии с утвержденными стандартами

Данная информация отражается в протоколе приема врача, распечатывается и вкладывается в амбулаторную карту. В процессе приема врач устно информирует пациента о стоимости операции, стоимости комплексной услуги с включением стоимости анестезии, койко-дней, гистологии, о порядке оплате и формировании окончательной сметы перед выпиской.

Врач оформляет обоснование к операции, распечатывает документ и вкладывает в амбулаторную карту.

Врач распечатывает направление /план обследования, вписывает в него дополнительную информацию о расширении предоперационного обследования, особенностях подготовки к операции, предпочтительной дате операции и выдает его пациенту.

Пациент направляется к менеджеру.

Менеджер проверяет оформление всех необходимых документов, записывает пациентку в операционный список, распечатывает список предоперационного обследования, направляет пациента в регистратуру для записи на предоперационное обследование или производит запись самостоятельно. До момента госпитализации пациента курирует менеджер.

Амбулаторная карта помещается в накопитель «Подготовка к операции» по ФИО врача и хранится там до момента госпитализации. Все данные предоперационного обследования вкладываются в амбулаторную карту.

Накануне госпитализации администратор получает подтверждение о госпитализации пациента от менеджера. Менеджер готовит амбулаторную карту, распечатывается договор, ИДС, предварительную смету в двух экземплярах и вкладывает в амбулаторную карту.

В стационаре палатной медицинской сестрой оформляется история болезни, врачом и пациентом подписываются все необходимые документы.

Врач анестезиолог распечатывает ИДС на наркоз с необходимыми корректировками, подписывает документ, после беседы с пациентом, ИДС подписывается пациентом.

Перед выпиской оперирующим хирургом и анестезиологом формируется окончательная смета, акт выполненных работ и выписка с рекомендациями на ранний и отдаленный период реабилитации. В соответствии с окончательной сметой оплачиваются услуги стационарного лечения.

Контроль над фактом оплаты осуществляет менеджер, курирующий пациента.

Изменения в документах: объем хирургического лечения, коды гистологии, длительности пребывания пациента в стационаре, код наркоза должны проводиться в день операции или не позднее следующего дня.

При не соблюдении этих сроков, изменения вносятся с помощью менеджера.

В случае застрахованного пациента все действия идентичные. При изменении размера оплаты после выполнения операции, заранее согласованной со страховой компанией, информация должна быть направлена в отдел ДМС для дополнительного согласования со страховой компанией.

Ведение пациента в послеоперационном периоде (амбулаторный этап) проводится лечащим врачом (врач амбулаторного приема, направивший пациента на оперативное лечение).

**2. Пациент на приеме у врача не принял решение об операции, взял время подумать или в связи с определенными обстоятельствами откладывает операцию на некоторое время.**

Врач в рамках приема через МИС ИнфоКлиника создает направление на оказание медицинских услуг хирургического профиля, через программу оформляет все необходимые документы, перечисленные в п.1

Врач в протоколе приема (первичного или повторного) делает запись в разделе «показания к операции» о диагнозе и планируемой операции.

Пациент передается менеджеру. Менеджер беседует с пациентом, понимает какие вопросы остались не решенными или не понятными. Проводит работу с пациентом в следующих направлениях:

рассказывает о клинике (возможна небольшая экскурсия по клинике, показ фильма об оперблоке, стационаре, докторе), подчеркивает преимущества получения услуги в нашей клинике, работает с пониманием уровня цен, характеризует врача, его опыт, квалификацию.

Вносит пациента в список предварительной записи для мониторинга.

При достижении результата приглашает пациента на прием к врачу или самостоятельно после согласования с врачом реализует первую модель алгоритма. Информация об объемах и перечне хирургических медицинских услуг старший менеджер может получить из МИС ИнфоКлиника по ФИО, договор и ИДС из программы по ФИО

При необходимости в процессе мониторинга пациент записывается на повторный прием. В этом случае прием осуществляется без оплаты.

**3. Врач не является оперирующим хирургом (первый случай: терапевт установил диагноз калькулезного холецистита, при УЗИ исследовании выявлен калькулезный холецистит), или является хирургом другого профиля (второй случай: проктолог обозначил проблему с варикозным расширением вен) или не является оперирующим хирургом (третий случай: не все маммологи),**

В первом и во втором случае необходимо направить пациента на консультацию к хирургу соответствующего профиля или менеджеру. Врач в протоколе приема (первичного или повторного) делает запись в разделе «показания к операции» о диагнозе и планируемой операции.

Менеджер беседует с пациентом, аргументирует необходимость консультации врача, использует приемы при реализации второй модели записи на операцию.

В третьем случае маммологи заполняют весь необходимый пакет документов (модель первая) и направляют пациента к менеджеру.

**Хирурги соответствующего профиля (к кому можно направить на консультацию для решения вопроса об операции)**

- a. операции при гинекологических заболеваниях – все гинекологи клиники Медицея амбулаторного приема;
- b. операции при патологии молочной железы – все маммологи клиники Медицея амбулаторного приема
- c. реконструктивно-пластические операции на молочной железе и контурная пластика тела - Дубовик А.В.
- d. операции при общехирургических заболеваниях, в том числе лапароскопические – Юминов С.А.
- e. операции при заболеваниях толстого кишечника и прямой кишки – Копысов Э.А.
- f. операции при урологических заболеваниях – Собин Д.В. или Каштанов Д.А.
- g. операции при варикозной болезни – Стерхов А.В.
- h. операции при заболеваниях ЛОР органов – Афанасьев В.А. и Сиразиева Ю.
- i. операции при заболеваниях щитовидной железы – Романов К.Н.

**4. Пациент не был на приеме в клинике, но интересуется каким-либо вариантом хирургического лечения.**

Оператор Call-центра или регистратор должен аргументировать необходимость консультации хирурга соответствующего профиля, записать на прием, сделать примечание в расписании для этого приема. Возможно приглашение для разговора старшего менеджера. При обращении пациента в клинику (не по телефону) это условие является обязательным. То же самое, если пациент был на приеме и ему сказали о необходимости, возможности, вероятности хирургического лечения выявленной или сопутствующей патологии. При этом врач в протоколе приема (первичного или повторного) делает запись в разделе «показания к операции» о диагнозе и планируемой операции.

## Алгоритм записи пациентов гинекологического профиля на оперативное лечение, предоперационное обследование, госпитализацию в хирургическое отделение стационара.

*График работы менеджеров, курирующих процесс записи на операции и госпитализации:*

- *ежедневно с понедельника по пятницу с 8.00 до 20.00*
- *суббота с 9.00 до 16.00*

### 1. Пациентка на приеме врача приняла решение о необходимости операции. Операцию пациентка согласна выполнить в клинике Медицея.

Врач акушер-гинеколог в рамках приема через МИС ИнфоКлиника создает направление на оказание медицинских услуг хирургического профиля. Через программу оформляется необходимый перечень информации:

- вид оперативного вмешательства с кодами
- вид анестезии с кодами
- количество койко-дней
- вид гистологического исследования с кодами
- объем предоперационного обследования в соответствии с утвержденными стандартами

Данная информация отражается в протоколе приема врача, распечатывается и вкладывается в амбулаторную карту. В процессе приема врач устно информирует пациентку о стоимости операции, стоимости комплексной услуги с включением стоимости анестезии, койко-дней, гистологии, о порядке оплаты и формировании окончательной сметы перед выпиской.

Врач оформляет обоснование к операции, распечатывает документ и вкладывает в амбулаторную карту.

Врач распечатывает направление /план обследования, вписывает в него дополнительную информацию о расширении предоперационного обследования, особенностях подготовки к операции, предпочтительной дате операции и выдает его пациентке.

При планировании гистероскопии и гистерорезектоскопии любой категории сложности пациентка с направлением направляется к менеджеру.

При планировании других операций пациентка направляется на консультацию к хирургу. После консультации хирурга, подтверждения необходимости операции, корректировки в оформленных лечащим врачом документах, хирург распечатывает направление/план обследования, вписывает в него при необходимости дополнительную информацию с указанием предпочтительной даты операции и направляет пациентку к менеджеру для записи на операцию.

Менеджер проверяет наличие всех необходимых документов, оформляет в МИС ИнфоКлиника договор с указанием даты и ИДС, записывает пациента в операционный список.

Менеджер распечатывает список предоперационного обследования, направляет пациентку в регистратуру для записи на предоперационное обследование или производит запись самостоятельно. До момента госпитализации пациентку курирует менеджер.

Амбулаторная карта помещается в накопитель «Подготовка к операции» по ФИО врача и хранится там до момента госпитализации. Все данные предоперационного обследования вкладываются в амбулаторную карту.

Накануне госпитализации администратор получает подтверждение о госпитализации пациентки от менеджера. Менеджер готовит амбулаторную карту, распечатывается договор, ИДС, предварительную смету в двух экземплярах и вкладывает в амбулаторную карту.

В стационаре палатной медицинской сестрой оформляется история болезни, врачом и пациенткой подписываются все необходимые документы.

Врач анестезиолог распечатывает ИДС на наркоз с необходимыми корректировками, подписывает документ, после беседы с пациенткой, ИДС подписывается пациенткой.

Перед выпиской оперирующим хирургом и анестезиологом формируется окончательная смета, акт выполненных работ и выписка с рекомендациями на ранний и отдаленный период реабилитации.

В соответствии с окончательной сметой оплачиваются услуги стационарного лечения.

Изменения в документах: объем хирургического лечения, коды гистологии, длительности пребывания пациента в стационаре, код наркоза должны проводиться в день операции или не позднее следующего дня.

При не соблюдении этих сроков, изменения вносятся с помощью менеджера.

Контроль над фактом оплаты осуществляет менеджер, курирующий пациентку.

В случае застрахованного пациента все действия идентичные. При изменении размера оплаты после выполнения операции, заранее согласованной со страховой компанией, информация должна быть направлена в отдел ДМС для дополнительного согласования со страховой компанией.

Ведение пациента в послеоперационном периоде (амбулаторный этап) проводится лечащим врачом (врач амбулаторного приема, направивший пациента на оперативное лечение) или хирургом (пациенты, идущие от агентов и самостоятельно через первичную консультацию хирурга), ФИО пациента в расписании имеет маркировку послеоперационного периода. Маркировка снимается при законченном случае врачом, ведущим пациента в послеоперационном периоде.

**2. Пациентка не была на приеме в клинике, интересуется каким-либо вариантом хирургического лечения гинекологической патологии у оператора Call-центра или регистратора.**

Оператор Call-центра или регистратор должен аргументировать необходимость консультации акушера-гинеколога, записать на прием, предупредить врача о цели консультации. Возможно приглашение для разговора старшего менеджера.

При желании пациентки получить консультацию оперирующего гинеколога, пациентка записывается в консультативные часы на прием к врачу Малмыгину Д.А. или Игнатьеву А.Н. Оформляется как первичный прием акушера-гинеколога.

**3. Пациентка не была на приеме в клинике, направлен на хирургическое лечение агентом.**

Алгоритм работы с пациенткой в соответствии с Инструкцией по работе с пациентом, направленным на хирургическое лечение агентом.

**4. Пациентка на приеме у врача не приняла решение об операции, взял время подумать или в связи с определенными обстоятельствами откладывает операцию на некоторое время.**

Врач в рамках приема через МИС Инфоклиника создает направление на оказание медицинских услуг хирургического профиля, через программу оформляет весь перечень документов, изложенный в п.1.

Врач в протоколе приема (первичного или повторного) делает запись в разделе «показания к операции» о диагнозе и планируемой операции.

Пациентка включается в список пациентов предварительной записи на оперативное лечение. Врачом составляется план мониторинга пациентки для реализации планируемой операции: звонок, приглашение на прием к врачу.

Врач и акушерка применяет различные способы убеждения пациентки в целесообразности операции в нашей клинике: рассказывает о клинике (возможна небольшая экскурсия по клинике, показ фильма об оперблоке, стационаре, докторе), подчеркивает преимущества получения услуги в нашей клинике, работает с пониманием уровня цен, характеризует врача, его опыт, квалификацию.

При достижении результата и после корректировки созданных ранее документов пациентка приглашается для записи к менеджеру.

### Структура стационара круглосуточного пребывания и штатная численность персонала

В составе терапевтического отделения стационара:

- палаты: 501, 603, 604, 606, 611;612
- процедурная 613
- пост медицинской сестры 5 этаж
- рабочее место старшего менеджера
- ординаторская для врачей - 504 кабинет
- кабинет сестры-хозяйки
- кабинет главной медицинской сестры
- два санузла для персонала
- санитарная комната

В составе хирургического отделения стационара:

- восемь палат: №№ 502, 503, 505, 510, 511, 512, 515, 516
- перевязочная;
- процедурная;
- пост медицинской сестры;
- санузел для персонала;
- служебное помещение для раздачи пищи;
- ординаторская (кабинет 504)

Палаты - одно и двухместные, оснащены медицинской мебелью, холодильником. В каждой палате имеется телевизор, интернет, кнопка вызова персонала, телефон внутренней связи, набор посуды. Каждая палата оснащена санузлом.

Процедурный кабинет оснащен медицинской мебелью, расходными материалами, медикаментами.

Пост медицинской сестры оснащен компьютером, принтером, ксероксом, телефоном, кнопкой экстренного вызова.

#### Штат отделения:

№п\п	Должность	Число ставок
1.	Заведующий отделением	
2.	Старшая медицинская сестра стационара	1 ставка
3.	Постовая (дежурная) медицинская сестра	4 ставки
4.	Врачи кураторы (лечащий врач)	
5.	Старший менеджер	1 ставка
	Менеджер	1 ставка
6.	Буфетчица	1 ставка
7.	Санитарка (сотрудник клининговой компании)	1 ставка

**СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.**

Наименование оснащения (оборудования)	Требуемое количество, шт. по РФ	Требуемое количество, шт. по УР	Фактическое значение
Измеритель артериального давления, сфигмоманометр	по количеству врачей	по количеству врачей	4
Стетофонендоскоп	по количеству врачей	по количеству врачей	4
Лула ручная	1	1	1
Неврологический молоток	1	1	1
Электрокардиограф многоканальный (кабинет функциональной диагностики)	1	1	1
Аппарат для исследования функций внешнего дыхания (кабинет функциональной диагностики)	1	1	1
Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой)	2	2	1
Весы медицинские	1	1	1
Ростомер	1	1	1
Спирометр	1	1	1
Система разводки медицинских газов, сжатого воздуха и вакуума к каждой койке	1	1	3 (ПИТ)
Концентратор кислорода	1 на 60 коек	1 на 60 коек	1
Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	3	3	2
Игла для пункции, дренирования и проколов	2	2	2
Система разводки медицинских газов, сжатого воздуха и вакуума к каждой койке	1	1	1
Нож (игла) парацентезный штыкообразный	2	2	2
Игла для стерильной пункции	2	2	
Дефибриллятор бифазный с функцией синхронизации	1	1	1 (ПИТ)
Консоль палатная прикроватная настенная	по числу коек ПИТ	по числу коек ПИТ	3
Кардиомонитор прикроватный	по числу коек ПИТ	по числу коек ПИТ	3
Насос инфузионный роликовый (инфузомат)	1 на 10 коек	1 на 10 коек	2
Кровать многофункциональная реанимационная для палат интенсивной терапии	по числу коек ПИТ	по числу коек ПИТ	3
Набор реанимационный	1	1	1 (ПИТ)
Матрац противопролежневый	1 на 10 коек	1 на 10 коек	1
Шкаф-укладка для оказания экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях	1	1	1
Укладка (аптечка) «АнтиСПИД»	1	1	1
Термометр медицинский	по потребности	по потребности	5
Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	по потребности	по потребности	5
Кровать функциональная	по числу коек	по числу коек	5
Стол прикроватный	по числу коек	по числу коек	5
Кресло туалетное (или туалетный стул)	1 на 10 коек	1 на 10 коек	1
Кресло-каталка	1 на 15 коек (не менее 2)	1 на 15 коек (не менее 2)	2
Тележка-каталка для перевозки больных внутрикорпусная	1 на 15 коек (не менее 2)	1 на 15 коек (не менее 2)	1
Штатив медицинский (инфузионная стойка)	1 на 5 коек (не менее 10)	1 на 5 коек (не менее 10)	5
Негатоскоп	не менее 1	не менее 1	1
Аспиратор (отсасыватель) медицинский	не менее 2	не менее 2	2
Система палатной сигнализации	1	1	5

### **Перечень и образцы медицинской документации**

*(информация находится в МИС Инфеклиника в соответствии с правами доступа специалиста)*

1. История болезни терапевтического отделения стационара круглосуточного пребывания (*образец истории болезни прилагается*).

История болезни оформляется постовой медицинской сестрой.

Ведение истории болезни осуществляется лечащим врачом и постовой медицинской сестрой в пределах своих компетенций.

При оформлении истории болезни врач руководствуется требованиями по оформлению медицинской документации стационарного пациента.

В процессе нахождения пациента в стационаре история болезни хранится в отделении на посту медицинской сестры, после выписки история болезни передается старшему терапевту для проведения первого этапа контроля качества оказания медицинской услуги.

После прохождения 2-го этапа контроля качества история болезни передается старшей медицинской сестре операционного блока и стационара для перевода на хранение в архив.

Перевод в архив фиксируется в отчетной документации старшей медицинской сестры: ФИО пациента, диагноз, период пребывания в стационаре, дата передачи документации.

2. Выписной эпикриз из истории болезни терапевтического отделения стационара круглосуточного пребывания (*образец бланка прилагается*)

Выписной эпикриз оформляется лечащим врачом в трех экземплярах: историю болезни, амбулаторная карта, на руки пациенту.

Документ оформляется накануне или в день выписки.

3. Предварительная смета формируется старшим терапевтом, оформляется старшим менеджером и хранится в истории болезни.
4. Окончательная смета оформляется лечащим врачом, проверяется старшим менеджером и хранится в истории болезни.
5. При проведении ЭВМ документация оформляется установленным порядком.

**Выписной эпикриз  
из истории болезни терапевтического отделения  
стационара круглосуточного пребывания (образец бланка).**

Параметры	Начало действия	Окончание действия	Отображать
-----------	-----------------	--------------------	------------

**Рабочее место: Выписка (эпикриз) из истории болезни**

**Выписка (эпикриз) из истории болезни**

Находился (лась) на стационарном лечении в	всегда
дата госпитализации	всегда
дата выписки	всегда
с диагнозом	всегда
Диагноз МКБ-10	всегда
Из анамнеза_эпикриз	всегда
Проведено оперативное лечение	всегда
Вид операции_эпикриз	всегда
Послеоперационное течение	всегда
Проведенное лечение_эпикриз	всегда
<b>Лабораторно-инструментальные методы исследования</b>	
Результаты общеклинических исследований	всегда
Результаты биохимических исследований	всегда
Другие лабораторные исследования	всегда
Рентгенологические исследования	всегда
Эндоскопические исследования	всегда
Функциональные методы исследования	всегда
Результаты гистологического исследования	всегда
Другие методы исследования	всегда
<b>Экспертиза нетрудоспособности</b>	
Выдан лист нетрудоспособности №	всегда
на период с	всегда
по	всегда
продолжение листка нетрудоспособности №	всегда
на период с	всегда
по	всегда
Сроки контрольной явки	всегда
Приступить к труду	всегда
<b>Рекомендации_эпикриз</b>	
Лечение_эпикриз	всегда
Наблюдение_эпикриз	всегда
Контрольная явка_эпикриз	всегда



**ООО «Больница для всей семьи»**  
**426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»**  
**Тел. 65-51-53, e-mail: mediceya.ru**

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ  
 СТАРШЕГО ТЕРАПЕВТА**

**УТВЕРЖДАЮ**  
 Директор

\_\_\_\_\_/ (Копосова Т.Л.)  
 «03» октября 2016г.

Настоящая должностная инструкция разработана и утверждена на основании трудового договора со старшим врачом терапевтом и в соответствии с положениями Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность медицинских работников.

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

1.1. Врач - старший терапевт относится к категории врачей-специалистов и непосредственно подчиняется заместителю директора по медицинской работе.

1.2. На должность врача - старшего терапевта ООО «Больница для всей семьи» (далее – клиника Медицея), назначается специалист, имеющий высшее профессиональное образование по специальности "Лечебное дело", послевузовское профессиональное образование (ординатура) по специальности «Терапия», сертификат специалиста по специальности "Терапия" и имеющий опыт работы в области данной специальности.

**2. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.**

1. Старший терапевт объединяет и курирует работу врачей следующих специализаций:

- |                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| • терапия,           | • неврология,                 |
| • ревматология,      | • лечебная физкультура,       |
| • эндокринология,    | • функциональная диагностика, |
| • гастроэнтерология, | • эндоскопия                  |
| • кардиология,       |                               |

2. В своей работе старший терапевт подчиняется заместителю директора по медицинской работе.

3. Ежедневно для выполнения функциональных обязанностей старшего терапевта в графике работы врача выделяется не менее 1,5 часов рабочего времени.

4. С целью повышения качества диагностики и лечения, предотвращения возможных ошибок в лечебно-диагностическом процессе и внедрения принципов коллегиальности старший терапевт организует проведения консилиумов с привлечением при необходимости внешних экспертов. Стандарт консилиумов в Приложении №1.

5. Вносит предложения по формированию института внешних экспертов

6. С целью рационального, своевременного и полноценного применения лабораторных методов исследования в диагностическом процессе старший терапевт курирует вопросы взаимодействия с клинико-диагностической лабораторией (KDL) и лабораторией клиники Медицея:

- аккумулирует и анализирует все случаи несоответствия данных лабораторного исследования с клиническими данными посредством разбора всех случаев с руководителем научно-консультативного отдела лаборатории;
- аккумулирует, классифицирует, направляет и контролирует своевременность ответов на все вопросы врачей клиники Медицея по лабораторной диагностике, в том числе заявки на новые исследования, клинической интерпретации данных исследования;
- составляет и контролирует выполнение плана обучения врачей клиники Медицея при введении новых методов исследования не реже одного раза в полугодие.

Разрабатывает и реализует формы постоянного углубленного обучения врачей по разделам лабораторного прейскуранта в соответствии со специализацией врачей.

Контролирует получение методических рекомендаций, клинических статей, обзоров по методикам лабораторных исследований

Стандарт взаимодействия с клинико-диагностической лабораторией в Приложении №2

7. Ежемесячно анализирует экономическую эффективность работы врачей терапевтического профиля по программе Показатели врачей.  
Анализ включает в себя выяснение причин сниженных показателей, мониторинг показателей у каждого врача, сравнение показателей у врачей одной специализации  
Ежемесячно по результатам анализа проводит производственное совещание сотрудников терапевтической службы
8. Организует и проводит междисциплинарные конференции для врачей клиники Медицея.  
Ежеквартально составляет план конференций для врачей терапевтического профиля, не более одной конференции в неделю.  
Итогом проведения конференций должна быть резолюция, включающая в себя инструкцию, алгоритм, рекомендацию, служебную записку, предложение по тематике конференции.  
Разрабатывает стандарты (инструкции, алгоритмы) по диагностике/лечению заболеваний терапевтического профиля. Проводит обновление стандартов (инструкций, алгоритмов) при поступлении предложений от лечащих врачей, среднего медицинского персонала, старших регистраторов, администраторов, но не реже одного раза в квартал (Приложение № 3).  
Создает номенклатуру разработанных стандартов, информирует врачей терапевтического профиля, контролирует их выполнение.  
Составляет план участия лечащих врачей на год во внешних конференциях (семинарах, симпозиумах, других образовательных программах) в соответствии с потребностями клиники, не более одного раза в год для специалистов терапевтического профиля.  
Вносит предложения по оптимизации работы терапевтической службы клиники в соответствии с потребностями (работа 7 дней в неделю, наличие врача-терапевта с 8.00 до 20.00, командировки и т.д.).  
Иницирует внедрение новых услуг, расширение/оптимизацию объемов обследования. Участвует в инициации/курации/создании инновационных проектов клиники  
Совместно с заместителем главного врача по лечебной работе и председателем ВК участвует в разборе жалоб от пациентов терапевтического профиля.

### 3. ПРАВА

Старший терапевт имеет право:

- Требовать от руководства клиники Медицея оказания содействия в исполнении своих должностных обязанностей.
- Повышать свою квалификацию.
- Знакомиться с проектами решений клиники Медицея, касающимися его деятельности.
- Представлять на рассмотрение своего непосредственного руководителя предложения по вопросам своей деятельности.
- Получать от работников клиники Медицея информацию, необходимую для осуществления своей деятельности.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Старший терапевт несет ответственность:

- За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией, - в соответствии с действующим трудовым законодательством.
- За правонарушения, совершенные в период осуществления своей деятельности, - в соответствии с действующим гражданским, административным и уголовным законодательством.

*Примечание. Директор предприятия оставляет за собой право расширения функциональных обязанностей при изменении и расширении форм работы предприятия.*

С настоящей инструкцией ознакомлена, один экземпляр получила:

\_\_\_\_\_ /Бақанова Ж.В./ «\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.



ООО «Больница для всей семьи»  
426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»  
Тел. 65-51-53, e-mail: mediceya.ru

УТВЕРЖДАЮ

Директор

\_\_\_\_\_/ (Копосова Т.Л.)  
«03» октября 2016г

### Алгоритм взаимодействия с лабораторией KDL (Клинико-диагностическая лаборатория, г. Москва)

Уточнение информации по интерпретации результатов исследования, диагностической значимости тестов, выбору методик исследований, назначению дообследования после полученных результатов и т. д. лечащие врачи проводят дистанционно через телефонную или электронную связь с Медицинским департаментом лаборатории KDL.

Врачи-консультанты доступны ежедневно с 8.00 до 20.00 (по московскому времени) по телефонам:

8-(800)-700-60-40, 8-(800)-700-99-99 звонок бесплатный

E-mail: [consultant@moscow.kdl-test.ru](mailto:consultant@moscow.kdl-test.ru)

Звонок на горячую линию лаборатории проводится по сотовой связи личного мобильного телефона.

При получении недостаточной или неудовлетворительной информации от респондента лечащий врач переадресует вопрос (вопросы) к старшему терапевту ООО «Больница для всей семьи».

Старший терапевт формирует пакет вопросов лечащих врачей и связывается с руководителем Медицинского департамента KDL Чиненной Галиной Александровной по сотовому телефону:

8-915-454-37-93 или по электронной почте [chga@moscow.kdl-test.ru](mailto:chga@moscow.kdl-test.ru)

При возникновении вопросов по преаналитике медицинские сестры процедурных кабинетов связываются с менеджерами отдела по телефонам:

8-(800)-700-60-40, звонок бесплатный

8 (495) 640-0640, добавочный 6025, 6026

8-916-826-71-84

по электронной почте [client@moscow.kdl-test.ru](mailto:client@moscow.kdl-test.ru)

При получении недостаточной или неудовлетворительной информации от респондента медицинские сестры процедурных кабинетов переадресуют вопрос (вопросы) к старшей медицинской сестре процедурного кабинета или главной медицинской сестре ООО «Больница для всей семьи».

Старшая медицинская сестра процедурного кабинета или главная медицинская сестра ООО «Больница для всей семьи» формируют пакет вопросов и связываются с руководителем отдела преаналитики Герасиной Ириной Борисовной по сотовому телефону: 8-915-092-84-97

по электронной почте [gerasina@moscow.kdl-test.ru](mailto:gerasina@moscow.kdl-test.ru)

Для решения иных вопросов, не обозначенных в настоящей инструкции, а также в случае задержки ответа на Ваш вопрос, обращаться к курирующему ООО «Больница для всей семьи» менеджеру KDL Юсуповой Эндже

8 (495) 640-0640, добавочный 1318

8-916-224-53-50

Перечень отделов лаборатории KDL, телефонный справочник и ранжирование вопросов для обсуждения представлены в раздаточных материалах лаборатории и в «Автоклинике» Документы/информация/Конференции/Презентации КДЛ/Контактная информация.



ООО «Больница для всей семьи»  
426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»  
Тел. 65-51-53, e-mail: mediceya.ru

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ** **УТВЕРЖДАЮ**  
**МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПОСТОВОЙ** Директор \_\_\_\_\_ Копосова Т.Л.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016

### **I. Общая часть.**

На должность медицинской сестры постовой принимается лицо со средним медицинским образованием Назначается и увольняется директором ООО «БС» в соответствии с действующим законодательством. Подчиняется непосредственно старшей медицинской сестре стационара и операционного блока.

В своей работе руководствуется официальными документами по выполняемому разделу работы и инструкциями МЗ РФ и МЗ УР (Приказы № 430, 462, 720, 408, 295, ОСТу), Основами законодательства РФ об охране здоровья, Законом о защите прав потребителя, приказами и распоряжениями директора ООО «БС», настоящей инструкцией.

### **II. Обязанности.**

1. В присутствии старшей медицинской сестры стационара и операционного блока принимает смену у дежурной медицинской сестры: количество пациентов в стационаре, докладывает о состоянии каждого пациента, передает документацию на каждого пациента, передает информацию о выполненных процедурах и назначениях на следующий день.
2. Перед началом рабочего дня проверяет готовность отделения к работе: готовность палат к приему пациентов, расходного материала в перевязочном и процедурном кабинетах (одноразовые шприцы, салфетки, стерильные инструментарий, перчатки, медикаменты в соответствии с назначением в истории болезни, стерильные растворы, пробирки, направления, работа орг техники);
3. Проводит забор крови на все виды лабораторных исследований в течение рабочей смены (если назначены лечащим врачом); контейнеры калом и мочой, с направлением доставляет в кабинет 002.
4. Проводит все виды манипуляций, капельное введение лекарственных препаратов по назначениям в истории болезни.
5. Ведет документацию по стационару (с отметкой о выполненной процедуре в истории болезни).
6. Строго соблюдает Дресс-Код клиники.
7. Строго соблюдает правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты (посещает все занятия, проводимые инженером по охране труда, четко выполняет все инструкции).
8. В случае производственной необходимости, по распоряжению администрации ООО «БС» осуществляет работу медицинской сестры в других подразделениях предприятия.

Принимает участие во всех организационных формах работы предприятия.

### **III. Дежурство медицинской сестры постовой.**

1. Во время дежурства следит за состоянием пациента, докладывает о динамике состояния пациентов дежурному врачу;
2. При возникновении экстренных ситуаций вызывает по мобильному телефону врача-куратора или анестезиолога;

3. Проводит все виды манипуляций, инъекций, капельное введение лекарственных препаратов по назначениям в истории болезни.
4. Выполняет все манипуляции, инъекций, капельное введение лекарственных препаратов по назначениям в историях болезни, готовит пациентов для диагностических исследований на следующий день, следит за состоянием раны у хирургических пациентов.
6. Знает и владеет методами оказания экстренной помощи (аптечки сформированы в процедурном кабинете 513 по нозологическим формам);
7. Проводит текущую уборку в палатах в выходные дни.

#### **IV Обязанности медицинской сестры постовой по терапевтическому стационару.**

1. Медицинская сестра постовая принимает пациентов для стационарного лечения терапевтического профиля, оповещает врача – куратора о прибытии пациента в клинику, окончательно оформляет договор и ИДС: подпись врача, и пациента, паспортные данные пациента и проверяет правильность и полноту заполнения документов в обоих экземплярах. Один экземпляр – выдается пациенту (ке), второй хранится в истории болезни на все время госпитализации пациента, при выписке сдаются старшей медицинской сестре стационара.
2. Медицинская сестра открывает в компьютере файл «стационар», заполняет историю болезни (титульный лист).
3. Сопровождает пациента в палату, знакомит с режимом клиники, палатой, телефонами, отвечает на вопросы
4. Пациентов терапевтического стационара медицинская сестра направляет на исследования в поликлинические кабинеты согласно «бегунка» полученного из программы «Инфоклиника», сопровождает пациентов на исследования согласно категориям (инвалиды, пожилые люди, по DS когда пациентов нельзя оставлять без внимания медицинского сотрудника).
5. Получает пищу и организует кормление пациентов в палатах согласно столам.
6. Ежедневно отмечает и контролирует пройденные процедуры пациентов со сметой в программе «Инфоклиника».
7. Формирует папку – копирует все исследования пациентов (ежедневно).
8. В день выписки пациента медицинская сестра терапевтического стационара сверяет полученные процедуры с «Инфоклиникой», распечатывает акт выполненных работ в 2-х экземплярах, акт подписывает лечащий врач (с актом пациент оплачивает услуги в кассе)
9. Медицинская сестра готовит пакет документов (выписка из истории болезни – заполняет врач, ЛН, папка копий исследований)
10. Договор после выписки пациента медицинская сестра передает старшей медицинской сестре стационара.

#### **V Обязанности медицинской сестры постовой по хирургическому стационару**

1. Постовая медицинская сестра принимает пациентов для оперативного лечения в хирургический стационар, окончательно оформляет договор и ИДС: подпись врача, и пациента, паспортные данные пациента и проверяет правильность и полноту заполнения документов в обоих экземплярах. Один экземпляр – выдается пациенту (ке), второй хранится в истории болезни на все время госпитализации пациента, при выписке сдается старшей медицинской сестре стационара.
2. Медицинская сестра открывает в компьютере файл «стационар», заполняет историю болезни (титульный лист).
3. Сопровождает пациента в палату, знакомит с режимом клиники, палатой, телефонами, отвечает на вопросы.
4. Пациентам хирургического профиля измеряет температуру, АД
5. Сопровождает пациентов в операционный блок на оперативное лечение, по спискам, согласованным накануне дня операции и по приглашению оперирующей бригады. Доставляет пациентов из операционной на каталке или кресле - коляске через лифт, сопровождает до палаты и ведет наблюдение в послеоперационном периоде.
6. Получает пищу и организует кормление пациентов согласно хирургическим столам.

7. В день операции в 16-00 приглашает оперирующего хирурга на контрольный осмотр пациентов. Делает перевязки всем пациентам, оперированным в этот день, анализируется хирургом состояние раны и производится выписка или наблюдение в стационарном режиме.

7. Ежедневно отмечает и контролирует факт оперативного лечения пациентов в программе «Инфоклиника».

9. При выписке медицинская сестра амбулаторных пациентов приглашает на осмотр в поликлинику каб №311 (время согласования с оперирующим хирургом), дает рекомендации по личной гигиене в послеоперационном периоде. (выписку оперативного лечения – заполняет врач, ЛН, пациент (ка) получают в поликлинике).

10 При выписке пациентов стационарного профиля медицинская сестра готовит пакет документов (выписка из истории болезни – заполняет врач, ЛН,)

10. Договор после выписки пациента хирургического профиля медицинская сестра передает старшей медицинской сестре стационара и операционного блока.

#### **VI. Права.**

Медицинская сестра постовая имеет право:

1. Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
2. Принимать решения в пределах своей компетенции.
3. Активно внедрять в практику новые технологии сестринского дела
4. Вносить предложения директору ООО «БС» и старшей медицинской сестре стационара и операционного блока по улучшению организации и условий своего труда.
5. Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке, овладевать смежными специальностями.

#### **VII. Взаимоотношения (связи по должности).**

Находится в непосредственном подчинении старшей медицинской сестры стационара и операционного блока.

#### **VIII. Ответственность.**

Несет личную ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и Правилами внутреннего трудового распорядка ООО «БС».

*Примечание. Директор предприятия оставляет за собой право расширения функциональных обязанностей при изменении и расширении форм работы предприятия.*

С инструкцией ознакомлен: \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшировка подписи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г.



ООО «Больница для всей семьи»  
426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»  
Тел. 65-51-51

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ**

**СТАРШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА  
СТАЦИОНАРА  
КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

(Дополнение к должностной инструкции  
медицинской сестры постовой)

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор \_\_\_\_\_ Копосова Т.Л.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Старшая медицинская сестра стационара круглосуточного пребывания:**

1. Организует работу с персоналом:

- 1.1 Разрабатывает планы (годовой и ежемесячный) конференций и организует их проведение для медицинских сестер стационара. Планы согласовывает с заместителем директора по сестринскому делу и включает их в общий план сестринских конференций.
- 1.2 Составляет график работы среднего медицинского персонала стационара и подает заместителю директора по сестринскому делу и в отдел по управлению персоналом.
- 1.3 Составляет график дежурств медицинских сестер по стационару, утверждает заместителем директора по сестринскому делу и подает в отдел по управлению персоналом.
- 1.4 Ежедневно заполняет табель учета рабочего времени работы среднего и младшего медицинского персонала стационара и подает в конце месяца в отдел по управлению персоналом.
- 1.5 Ежедневно заполняет табель дежурств медицинских сестер стационара и подает в конце месяца в отдел по управлению персоналом.
- 1.6 Контролирует своевременность прохождения специализаций, тематических усовершенствований среднего медицинского персонала своих подразделений.
- 1.7 Контролирует выполнение функциональных обязанностей среднего и младшего персонала стационара.

Организует работу стационара.

- 2.1. Организует работу в соответствии с положением о стационаре.
- 2.2. Ежедневно принимает дежурства медицинских сестер по позициям:
  - количество пациентов в стационаре,
  - наличие договоров на оперативное лечение
  - полнота наличия анализов в карте
  - контроль оформления стационарного листка движения хирургических пациентов
  - состояние каждого пациента,
  - информация о выполненных процедурах и назначениях на следующий день,
  - информация о движении пациентов:
    - количество пациентов на выписку,
    - количество пациентов на госпитализацию.
- 2.3. Перед началом рабочего дня проверяет готовность стационарного отделения к работе: готовность палат к приему пациентов, перевязочный и процедурный кабинет наличие медикаментов и проверяет сроки годности. Ведет «Журнал учета медикаментов с ограниченным сроком годности».
- 2.4. Контролирует полноту обеспечения стационара расходными материалами:
  - медикаменты,
  - перевязочный материал,
  - канцтовары.

2.5. Своевременно подает заявки заместителю директора по сестринскому делу на расходные материалы.

2.6. Контролирует выполнение функциональных обязанностей постовыми медицинскими сестрами:

- *заполнение медицинской документации на бумажном носителе и в Инфоклинике*
- *сохранение медицинской документации*
- *подготовка документов к передаче в архив*
- *полнота пакета медицинской документации при выписке*
- *полнота инструктажа при госпитализации, соблюдение алгоритма действий при поступлении, пребывании и выписке*
- *готовность палаты к госпитализации*
- *своевременность выполнения медицинских процедур*

2.7. Проводит опрос пациентов о пребывании в стационаре Клиники.

2.8. Контролирует и организует работу среднего и младшего медицинского персонала в стационаре:

- *обеспечение отделения расходными материалами, медикаментами*
- *выполнение медсестрами назначений врача и ведение медицинской документации*
- *чистота, соблюдение санэпидрежима в отделении, соблюдение графика смены белья, проведения генеральных уборок*

2.9. Ежедневно подает порционник на питание пациентов согласно столам хирургического и терапевтического профиля.

- Следит за качеством блюд.
- Сроками поставки и реализации
- Составляет отчет по накладным по итогам месяца

2.10. Осуществляет строгий учет и контроль за использованием расходных материалов и медикаментов в стационаре.

2.11. Контролирует посещения стационарных пациентов посетителями.

Старшая медицинская сестра стационара круглосуточного пребывания находится в непосредственном подчинении заведующего операционным блоком и заместителя директора по сестринскому делу.

Находятся в ее подчинении: медицинские сестры – постовые, медсестры при выполнении функциональных обязанностей постовой и дежурной медсестры, санитарки.

С инструкцией ознакомлена, один экземпляр на руки получила:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_"\_\_"\_\_\_\_\_" 20\_\_г.  
(Ф.И.О.) / (подпись)

## Положение о переливании крови и компонентов крови.



ООО «Больница для всей семьи»  
426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»  
Тел. 65-51-51

Номер документа

Дата составления

**№ 20 Д**

17.05.2013г.

### ПРИКАЗ

Во исполнение Приказа МЗ РФ № 363 от 25.11.2002 г «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови» и Приказа МЗ РФ № 82 от 16.02.2004г «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений», Письма федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 августа 2007 г. № 03и-621/07 (Д), постановления Правительства РФ от 26 января 2010 г. №29 "Об утверждении технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии", в целях обеспечения лицензионных требований по медицинской деятельности по транспортировке крови и ее компонентов

#### Приказываю:

1. Утвердить порядок получения, применения, выдачи и хранения в ООО «БС» компонентов крови (Приложение № 1)
2. Утвердить правила транспортировки компонентов крови в ООО «БС» (Приложение № 2)
3. Заместителю директора по медицинской работе Глухих А.П.:
  - Сформировать требования к температурному режиму транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов в ООО «БС» (Приложение № 3)
  - Сформировать требования к оборудованию для «Холодовой цепи» (Приложение № 3)
  - Сформировать требования к организации транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов на всех уровнях «Холодовой цепи» (Приложение № 3)
4. Утвердить Инструкцию по применению компонентов крови в ООО «БС» Приложение (№ 4)
5. Подготовить пакет документов и протоколов по переливания компонентов крови
6. Разработать инструкцию по забору и транспортировке биоматериалов
7. Разработать алгоритм действий персонала при заказе компонентов крови на РСПК
8. Разработать инструкцию по организации мероприятий при возникновении пострасфузионных осложнениях (Приложение №5)
9. Утвердить инструкции, должностные обязанности по предмету приказа
10. Назначить ответственным лицом за транспортировку крови и ее компонентов старшую медицинскую сестру Лысенко С.А.
11. Назначить ответственным лицом в ООО «БС» врача-анестезиолога Окулова В.С., в его отсутствие Глухих А. П.
12. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по медицинской работе Глухих А.П.

Директор \_\_\_\_\_ Т.Л. Копосова

Приложение № 1  
К Приказу 20-Д от 17.05.2013

#### Порядок выдачи компонентов крови:

1. При получении компонентов ООО «БС» предоставляет в ГУЗ «Республиканскую станцию переливания крови» (в соответствии с Договором о сотрудничестве от 01.02.2013 года) копию лицензии на право медицинской деятельности по трансфузиологии и транспортировке крови и ее компонентов.
2. Компоненты крови выдаются по требованию ООО «БС», заверенного подписью директора и печатью ООО «БС».
3. При отсутствии директора предприятия право на подписание требования на компоненты передается врачу-трансфузиологу или врачу-анестезиологу с предоставлением копии приказа о передаче данных полномочий
4. Трансфузиологом назначается: анестезиолог свободный от анестезиологического пособия, оперирующий хирург, ассистент хирурга, либо любой врач клиники ООО «БС»
5. В требовании указывается лицо, уполномоченное на получение компонентов крови.
6. При получении иными лицами предоставляется доверенность на получение крови и ее компонентов.

## Инструкция по транспортировке крови и ее компонентов в ООО «Больница для всей семьи».

Для обеспечения качества медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП), в том числе донорской крови и ее компонентов, безопасности и эффективности их применения, создать систему «Холодовой цепи» - комплекс организационно-технических мероприятий, обеспечивающих оптимальные температурные условия при транспортировании и хранении МИБП.

Уровни Холодовой цепи:

1. Первый уровень «Холодовой цепи» - организации изготовители: БУЗ УР «РСПК МЗ УР»

2. Второй уровень «Холодовой цепи» - организации потребители: ООО «БС».

Организационные мероприятия:

Схема «Холодовой цепи» для компонентов крови:

- Получить согласие на переливание компонентов крови у пациента
- Определить группу крови и резус-фактора пациента в лаборатории ООО «БС»
- Провести забор крови пациента на совместимость
- Позвонить на РСПК по тел. 45-50-22, свериться о наличии необходимых компонентов крови и заказать их.
- Составление требования на получение компонентов крови
- Отправить транспорт ООО «БС» с гемосумкой и требованием в РСПК. При отсутствии транспорта воспользоваться службой такси, обеспечив медицинским персоналом для транспортировки крови и ее компонентов. При отсутствии обозначенных средств доставки – использовать личный транспорт персонала.
- Сопроводительные документы укладываются отдельно, вне камеры контейнера
- После получения, регистрация компонентов крови в журнале «Регистрации получения и выдачи компонентов крови»
- Дальнейшее хранение компонентов крови в холодильнике ПИТ

Назначить ответственных по выполнению требований «Холодовой цепи» на всех ее уровнях:

3) Окулова В.С. врач-анестезиолог (в его отсутствие – заместитель директора по медицинской работе Глухих А.П.)

4) Лысенко С.А. (в ее отсутствие – заместитель директора по сестринскому делу Шаклеина Г.А.)

План экстренных мероприятий по поддержанию «Холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях:

- Хранение наборов по забору крови и определению группы кров и резус-фактора в холодильнике ПИТ
- Хранение хладозлементов для гемосумки в морозильнике холодильника ПИТ
- Строгий контроль над сроками годности всех реактивов для определения группы крови и резус-фактора
- Контроль состояния холодильного оборудования, обеспечивающего необходимый температурный режим хранения и транспортирования компонентов крови
- Контроль работы персонала, осуществляющего получение, хранение, выдачу, транспортирование и применение компонентов крови

Окулову В.С. обеспечить ежегодное инструктирование лиц, обеспечивающих выполнение «Холодовой цепи»

Назначить ответственным лицом за организацию контроля соблюдения температурного режима транспортирования и хранения компонентов крови Лысенко С.А.

Заместителю директора по сестринской работе Шаклеиной Г.А. обеспечить ООО «БС» холодильным оборудованием для хранения, термозлементами и медицинскими гемосумками холодильниками для транспортирования при различных температурных режимах, а также наборами для определения группы крови и резус-фактора в операционном блоке и лаборатории.

При транспортировании необходимо обеспечить: сохранность исходного качества компонентов, защиту от воздействия температуры окружающей среды, защиту от повреждения, сдавливания и пр.

Характеристика оборудования для транспортирования:

1. Обеспечение установленного температурного режима в течение всего времени транспортирования.
2. Достаточность объема для размещения компонентов крови.
3. Маркировка термоконтейнеров.
4. Наличие индикаторов контроля температуры.
5. Для транспортирования применять только термоконтейнеры, являющиеся изделиями медицинского назначения, имеющими паспорт и инструкцию по применению.

Возложить ответственность на заместителя директора по медицинской работе Глухих А.П. над осуществлением контроля над выполнением условий «Холодовой цепи», следующими методами

1. Анализ отчетной документации.
2. Проверкой журналов:
  - 2.1. регистрации получения и выдачи компонентов крови,
  - 2.2. температуры в холодильном оборудовании.
3. Проверять запасы хладозлементов.
4. Наблюдать за работой персонала, отвечающего за данный раздел работы.
5. Осуществлением визуального осмотра оборудования, предназначенного для хранения и транспортирования компонентов крови.

Кратность контроля: 1 раза в квартал

Окулову В.С. осуществлять контроль получения крови и ее компонентов:

1. Проверять правильность загрузки (разгрузки) холодильного оборудования для хранения и транспортирования.
2. Контролировать показания термоиндикаторов.
3. Проверять соответствие маркировки компонентов (наименование, условия хранения).
4. Проверять сроки годности компонентов.
5. Проверять правильность ведения учетной документации (журналы регистрации выдачи компонентов крови).
6. Проверять наличие разрешительных документов на получение: доверенность, требование, лицензия.

Лысенко С.А. контролировать подготовку к транспортированию:

1. Проверять наличие регистрационных удостоверений на используемые контейнеры для транспортировки компонентов крови.
2. Проверять соответствие характеристик хладоэлементов данным, указанным в паспортах на контейнеры.
3. Выполнять санитарную обработку внутренних поверхностей термоконтейнеров.
4. Соблюдать правил подготовки хладоэлементов, закладываемых в контейнеры.
5. Соблюдать температурный режим хранения компонентов крови до их транспортирования.
7. Соблюдать правила закладки в контейнеры хладоэлементов, термоиндикаторов.
8. Проверять наличие документального контроля температурного режима хранения компонентов крови.
9. Принимать меры, предотвращающие контакт хладоэлементов, незамороженных компонентов и иммуногематологических стандартов.
10. Соблюдать время укладки компонентов в контейнеры не более 10 мин.

Приложение № 3  
К Приказу 20-Д от 17.05.2013

## **1. Требования к температурному режиму транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов**

- 1.1. При транспортировании и хранении медицинских иммунобиологических препаратов соблюдать условия, обеспечивающие сохранность их исходного качества; обеспечивать защиту препарата от воздействия температуры окружающей среды, от повреждения упаковок, расплескивания и т.д.
- 1.2. Транспортирование и хранение медицинских иммунобиологических препаратов в системе «Холодовой цепи» осуществлять при следующих температурных условиях:
  - транспортировать и хранить медицинских иммунобиологических препаратов - при температуре в пределах от 0 до 8°C;
  - хранить вакцины против полиомиелита - при температуре -20°C, при транспортировании указанной вакцины в температурном режиме от 0 до 8 °C допускается последующее повторное ее замораживание до -20°C;
  - хранить вакцины желтой лихорадки - при температуре от -12 до -20°C, транспортирование производят при температуре от 0 до 8°C.
- 1.3. Не допускать замораживание адсорбированных препаратов (коклюшно-дифтерийно-столбнячного анатоксина, дифтерийно-столбнячного анатоксина и др.) при транспортировании и хранении.
- 1.4. При определении режима транспортирования и хранения каждого отдельного медицинского иммунобиологического препарата руководствоваться документами на данный препарат.

## **2. Требования к оборудованию для «Холодовой цепи»**

- 2.1. Холодильное оборудование, предназначенное для транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов, должно обеспечивать:
  - ▲ температурный режим в течение всего времени транспортирования и хранения;
  - ▲ достаточный объем для размещения максимального запаса медицинских иммунобиологических препаратов, который может поступить на данный уровень «Холодовой цепи»;
  - ▲ замораживание достаточного количества хладоэлементов, используемых в комплекте с термоконтейнерами.
- 2.2. В системе «Холодовой цепи» использовать следующее оборудование:
  - морозильные камеры;
  - бытовые холодильники;
  - термоконтейнеры;
  - медицинские сумки-холодильники;
  - хладоэлементы;
  - термометры
- 2.4. Морозильные камеры использовать для медицинских иммунобиологических препаратов, которые согласно инструкции по их применению должны храниться в замороженном состоянии, а также для замораживания и хранения хладоэлементов, используемых в термоконтейнерах. Непрерывный контроль температурного режима морозильных камер осуществляют с помощью термографов.
- 2.5. Морозильники использовать для замораживания хладоэлементов в соответствии с инструкцией по применению термоконтейнеров и хладоэлементов.
- 2.6. Бытовые холодильники использовать для хранения медицинских иммунобиологических препаратов и для замораживания хладоэлементов.
- 2.7. Термоконтейнеры, являющиеся изделиями медицинского назначения, применять для хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов после проведения государственной регистрации в установленном порядке. Термоконтейнеры емкостью свыше 10 дм<sup>3</sup> должны обеспечивать температурный режим хранения и транспортирования от 2 до 8°C не менее 48 ч при постоянном воздействии температуры окружающей среды 43°C и от 8 до 2°C не менее 10 ч при постоянном воздействии температуры окружающей среды -30°C. Термоконтейнеры емкостью менее 10 дм<sup>3</sup> должны обеспечивать температурный режим хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов от 2 до 8°C не менее 24 ч при постоянном воздействии температуры окружающей среды 43°C и от 8 до 2°C не менее 10 ч при постоянном воздействии температуры окружающей среды -20°C. Внутренние поверхности термоконтейнеров должны быть покрыты материалами, позволяющими перед повторным использованием производить дезинфекцию в соответствии с паспортом и инструкцией по применению термоконтейнеров. Термоконтейнеры должны быть укомплектованы паспортом, инструкцией по применению и необходимым количеством хладоэлементов.
- 2.8. Медицинская сумка-холодильник (малый термоконтейнер) должна обеспечивать температурный режим от 0 до 8°C при температуре окружающей среды 43°C не менее 24 ч. Внутренние поверхности сумки должны быть покрыты специальными

материалами, позволяющими проводить дезинфекцию.

2.9. Использование хладоэлементов осуществляют в соответствии с требованиями, изложенными в прилагаемом паспорте.

### **3. Требования к организации транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов на всех уровнях «Холодовой цепи»**

3.1. На всех уровнях «Холодовой цепи» проводить регистрацию поступления и отправления медицинских иммунобиологических препаратов с указанием наименования препарата, его количества и серии, контрольного номера, срока годности, даты поступления (отправления), показания термоиндикаторов (терморегистраторов), ф., и., о. ответственного работника, осуществляющего регистрацию. Возложить ответственность за регистрацию поступления и отправления медицинских иммунобиологических препаратов на заместителя директора по сестринской работе Шаклеину Г.А.

При регистрации поступления препарата указывать поставщика и условия транспортирования.

Ежедневно 2 раза в день в специальном журнале отмечать показания термоиндикаторов или терморегистраторов холодильных (морозильных) камер, в которых хранят медицинские иммунобиологические препараты.

3.2. Транспортировать медицинских иммунобиологических препаратов транспортом ООО «БС», осуществлять в медицинских термоконтейнерах, имеющих свидетельства о государственной регистрации установленного образца.

3.3. При документальном подтверждении нарушения температурного режима при транспортировании ответственный работник, осуществляющий прием и регистрацию соблюдения требований «Холодовой цепи» на всех уровнях, обязан доложить об этом руководителю и составить соответствующий акт. Решение об отказе получения медицинских иммунобиологических препаратов и направлении их на повторную проверку качества принимает руководитель организации.

3.4. Все виды медицинских иммунобиологических препаратов хранить в холодильных шкафах или в бытовых холодильниках при температуре от 0 до 8 °С. Термометр размещают на нижней полке холодильника.

В морозильном отделении холодильников должен быть запас замороженных хладоэлементов. Длительность хранения медицинских иммунобиологических препаратов не должна превышать 1 месяца. Совместное хранение медицинских иммунобиологических препаратов с другими препаратами не допускается.

3.5. Создать достаточный резерв холодильных сумок и хладоэлементов для доставки медицинских иммунобиологических препаратов к местам проведения вакцинации. Загрузку или разгрузку термоконтейнеров (холодильных сумок) осуществляют в срок до 10 мин.

3.6. Должностное лицо, ответственное за «Холодовую цепь» Шаклеина Г.А., ведет учет поступления и расхода медицинских иммунобиологических препаратов, фиксирует показания термоиндикаторов (терморегистраторов), используемых для контроля температурного режима.

Приложение № 4  
К Приказу 20-Д от 17.05.2013

### **Инструкция по применению компонентов крови в ООО «БС»**

#### **Действия трансфузиолога при заказе и переливании компонентов крови на РСПК**

Трансфузиологом является любой свободный врач клиники, кроме анестезиолога и хирурга, занятых на операции.

1. Определиться исходя из показателей крови пациента о необходимости заказа компонентов крови
2. Взять письменное согласие у пациента на переливание компонентов крови
3. Определить группу крови и Rh фактор пациента в лаборатории (получить документальный результат) и самостоятельно методом цоликлонов (проверить срок годности, при отсутствии набора заказать цоликлоны инти-А, анти-В, анти-АВ и анти-Д на РСПК), взять кровь из кубитальной вены на совместимость 10 мл, отцентрифугировать 1500 об/мин. 15 мин. **Контроль двух врачей обязателен.**
4. Сравнить результат со слов пациента о его группе крови и Rh факторе, посмотреть сопутствующую документацию пациента: паспорт, амбулаторную карту и др. Собрать аллергоanamnez и анамнез пациента о переливания крови
5. Позвонить в экспедицию РСПК по тел. 45-50-22, уточнить наличие необходимых компонентов крови
6. Составить заявку в 3 экз. на получение компонентов крови. Загрузить хладоэлементы в термосумку. Отправить транспорт клиники с тремя заявками на РСПК
7. Получить возврат сумки и зарегистрировать в журнале компонентов крови. Оценить внешне целостность упаковки, проверить срок годности, наличие осадка и др.
8. Провести биологическую пробу, пробу на совместимость. Подготовить термометр, тонометр, систему для переливания.
9. Провести переливание компонентов крови согласно **Инструкции по применению компонентов крови в ООО «БС»**
10. **Оформить протокол операции по переливанию компонентов крови**
11. **После переливания компонентов крови зарегистрировать в журналах регистрации компонентов крови, вклеить в карту согласие на переливание, протокол переливания, а также вклеить в карту этикетку с упаковки со штрих кодом**

#### **Критическими уровнями показателей крови считать:**

- гемоглобин – 65-70г/л,
- гематокрит-25-28%,
- объем кровопотери –30-40% ОЦК,
- возникновение циркуляторных нарушений (PS > 120, АД низкое),
- бледность кожи, слизистых,
- **запущение вен, одышка, тахикардия.**

#### **1. Общие положения**

Переливанием (трансфузией) компонентов крови (эритроцитсодержащие переносчики газов крови, тромбоцитсодержащие и плазменные корректоры гемостаза и фибринолиза, лейкоцитсодержащие и плазменные средства коррекции иммунитета) является лечебный метод, заключающийся во введении в кровеносное русло больного (реципиента) указанных компонентов, заготовленных от донора или самого реципиента (аутодонорство), а также крови и ее компонентов, излившейся в полости тела при травмах и операциях (реинфузия).

Операция переливания компонентов крови сопровождается для реципиента последствиями, как положительными (увеличение числа циркулирующих эритроцитов, повышение уровня гемоглобина при переливании эритроцитов, купирование острого диссеминированного внутрисосудистого свертывания при переливании плазмы свежезамороженной, прекращение спонтанной тромбоцитопенической кровотоочивости, прирост числа тромбоцитов при переливании тромбоцитного концентрата), так и отрицательными (отторжение клеточных и плазменных элементов крови донора, риск вирусного и бактериального инфицирования, развитие гемосидероза, угнетение кроветворения, усиление тромбогенности, аллосенсибилизация, иммунологические реакции). У больных с иммунодепрессией переливание клеточных компонентов крови может привести к развитию реакции "трансплантат против хозяина".

Компоненты крови должны переливаться только той группы системы АВ0 и той резус - принадлежности, которая имеется у реципиента.

По жизненным показаниям и при отсутствии одноклассных по системе АВ0 компонентов крови (за исключением детей) допускается переливание резус - отрицательных переносчиков газов крови 0(I) группы реципиенту с любой другой группой крови в количестве до 500 мл. Резус - отрицательная эритроцитная масса или взвесь от доноров группы А(II) или В(III) по витальным показаниям могут быть перелиты реципиенту с АВ(IV) группой, независимо от его резус - принадлежности. При отсутствии одноклассной плазмы реципиенту может быть перелита плазма группы АВ(IV).

Во всех без исключения случаях переливания эритроцитсодержащих компонентов крови абсолютно обязательным является проведение до начала переливания проб на индивидуальную совместимость и в начале трансфузии - биологической пробы.

**При поступлении больного в стационар ООО «БС» в плановом порядке группу крови АВ0 и резус-принадлежность определяется в лаборатории «СИТИЛАБ» или лаборатории клиники ООО «БС» специалистом, имеющий подготовку по иммуносерологии. Бланк с результатом исследования вклеивают в историю болезни. Лечащий врач переписывает данные результата исследования на лицевую сторону титульного листа истории болезни в правый верхний угол и скрепляет своей подписью. Запрещается переносить данные о группе крови и резус - принадлежности на титульный лист истории болезни с других документов.**

Больным, имеющим в анамнезе указание на посттрансфузионные осложнения, беременности, закончившиеся рождением детей с гемолитической болезнью новорожденного, а также больным, имеющим аллоиммунные антитела, производят индивидуальный подбор компонентов крови в специализированной лаборатории. При необходимости многократных трансфузий у больных с миелодепрессией или апластическим синдромом исследуют фенотип больного с целью подбора соответствующего донора.

**Переливание компонентов крови имеет право проводить лечащий или другой врач ООО «БС», имеющий специальную подготовку, во время операции - хирург или анестезиолог, непосредственно не участвующий в операции или наркозе, а также врач любого отделения или кабинета ООО «БС».**

Перед тем, как приступить к переливанию компонентов крови, необходимо убедиться в их пригодности для переливания, идентичности групповой принадлежности донора и реципиента по системам АВ0 и резус. Визуально, непосредственно врачом, переливающим трансфузионную среду, проверяется герметичность упаковки, правильность паспортизации, макроскопически оценивается качество гемотрансфузионной среды. Определять годность гемотрансфузионной среды необходимо при достаточном освещении непосредственно на месте хранения, не допуская взбалтывания. Критериями годности для переливания являются: для цельной крови - прозрачность плазмы, равномерность верхнего слоя эритроцитов, наличие четкой границы между эритроцитами и плазмой; для плазмы свежезамороженной - прозрачность при комнатной температуре. При возможном бактериальном загрязнении цельной крови цвет плазмы будет тусклым, с серо - бурым оттенком, она теряет прозрачность, в ней появляются взвешенные частицы в виде хлопьев или пленок. Такие гемотрансфузионные среды переливанию не подлежат.

**Запрещается переливание компонентов крови, предварительно не исследованных на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис.**

Транспортировка компонентов крови осуществляется только медицинским персоналом, несущим ответственность за соблюдение правил транспортировки. Компоненты крови во избежание гемолиза при транспортировке не должны подвергаться переохлаждению или перегреванию. При транспортировке менее 30 мин. она может производиться с использованием сумки - холодильника. Необходимо оберегать компоненты крови от встряхивания, ударов, перевертывания и перегрева, клеточные компоненты - от замораживания.

Врач, производящий трансфузию компонентов крови, обязан, независимо от произведенных ранее исследований и имеющихся записей, лично провести следующие контрольные исследования непосредственно у постели реципиента:

- 1.1. Перепроверить группу крови реципиента по системе АВ0, сверить полученный результат с данными в истории болезни.
- 1.2. Перепроверить группу крови по системе АВ0 донорского контейнера и сопоставить результат с данными на этикетке контейнера.
- 1.3. Сравнить группу крови и резус - принадлежность, обозначенные на контейнере, с результатами исследования, ранее внесенными в историю болезни и только что полученными.
- 1.4. Провести пробы на индивидуальную совместимость по системам АВ0 и резус эритроцитов донора и сыворотки реципиента.
- 1.5. Уточнить у реципиента фамилию, имя, отчество, год рождения и сверить их с указанными на титульном листе истории болезни. Данные должны совпадать, и реципиент должен их по возможности подтвердить (за исключением случаев, когда переливание проводится под наркозом или пациент находится в бессознательном состоянии).
- 1.6. Провести биологическую пробу.
- 1.7. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина в соответствии со статьей 32 "Основ законодательства Российской Федерации об охране граждан" от 22.07.93 N 5487-1.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно - профилактического учреждения.

Согласие пациента оформляется в соответствии с Приложением и подшивается к карте стационарного больного или карте амбулаторного больного.

Переливание гемотрансфузионных сред производится медицинским персоналом при соблюдении правил асептики и антисептики с использованием одноразовых устройств для внутривенного введения, имеющих фильтр.

С целью предупреждения иммунологических реакций у определенного контингента больных (дети, беременные, лица с иммунодепрессией) переливание эритроцитной массы и взвеси, тромбоцитного концентрата следует проводить с использованием специальных лейкоцитарных фильтров, разрешенных к клиническому применению Министерством здравоохранения Российской Федерации.

## 2. Порядок иммуносерологических исследований при переливании компонентов крови

### 2.1. Иммуносерологические исследования при переливании переносчиков газов крови

При переливании эритроцитов (плановом, экстренном) врач, выполняющий трансфузию, обязан:

2.1.1. Определить группу крови АВ0 и резус - принадлежность реципиента и донора (по эритроцитам в контейнере).

2.1.2. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора (см. ниже) одним из двух способов:

- первый способ: двухэтапная проба в пробирках с антиглобулином;

- второй способ: на плоскости при комнатной температуре и одна из трех проб (непрямая реакция Кумбса, реакция конглоутинации с 10%-ным желатином или реакция конглоутинации с 33%-ным полиглюкином).

### 2.2. Иммуносерологические исследования при переливании корректоров гемостаза и фибринолиза, средств коррекции иммунитета

При переливании корректоров гемостаза и фибринолиза, средств коррекции иммунитета врач, выполняющий трансфузию, обязан:

2.2.1. Определить группу крови АВ0 и резус - принадлежность реципиента.

Групповую и резус - принадлежность донора врач, выполняющий трансфузию, устанавливает по этикетке на контейнере с трансфузионной средой, пробу на индивидуальную совместимость не проводит.

### 3. Техника иммуносерологических исследований

Определение группы крови, резус - принадлежности, пробу на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента проводят в соответствии с инструкциями по иммуносерологии. Руководствуются также инструкциями - вложениями, которые прилагаются к набору реагентов предприятием - изготовителем. Используют эритроциты и сыворотку крови реципиента не более двухдневного срока хранения при температуре +2 - 8 град. С.

Для метода агглютинации на плоскости и метода конглоутинации в пробирках с 10%-ным желатином или 33%-ным полиглюкином берут осадок неотмытых эритроцитов.

Для двухступенчатой пробы в пробирках с иммуноглобулином и непрямой пробы Кумбса эритроциты трижды отмывают физиологическим раствором. Отмывание эритроцитов производят обычным образом.

#### 3.1. Определение группы крови АВ0

На пластинку в три точки под обозначениями анти-А, анти-В, анти-АВ помещают по 2 капли (0,1 мл) реагента и рядом по одной капле осадка эритроцитов (0,01 - 0,02 мл при использовании геагглютинирующих сывороток; 0,02 - 0,03 мл при использовании цоликлонов). Сыворотку и эритроциты перемешивают стеклянной палочкой. Пластинку периодически покачивают, наблюдая за ходом реакции в течение 3 мин. при использовании цоликлонов; 5 мин. при использовании геагглютинирующих сывороток. По истечении 5 мин. в реагирующую смесь можно добавить по 1 - 2 капли (0,05 - 0,1 мл) физиологического раствора для снятия возможной неспецифической агрегации эритроцитов.

Интерпретацию результатов производят по таблице 1:

Таблица 1

УЧЕТ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУППЫ КРОВИ АВ0

Агглютинация эритроцитов с реагентами			Кровь принадлежит к группе
Анти-А	Анти-В	Анти-АВ	
			0(I)
+		+	A(II)
	+	+	B(III)
+	+	+	AB(IV)

Примечание. Знаком (+) обозначена агглютинация, знаком (-) - отсутствие агглютинации.

При наличии агглютинации со всеми тремя реагентами необходимо исключить неспецифическую агглютинацию исследуемых эритроцитов. Для этого к капле эритроцитов вместо цоликлонов добавляют каплю физиологического раствора, а вместо геагглютинирующих сывороток сыворотку группы АВ(IV). Кровь можно отнести к группе АВ(IV) только при отсутствии агглютинации эритроцитов в физиологическом растворе или сыворотке АВ(IV).

#### 3.2. Определение резус - принадлежности

3.2.1. Реакция агглютинации на плоскости с помощью цоликлонов анти-D супер:

Наносят большую каплю (около 0,1 мл) реагента на пластинку или планшет. Наносят рядом маленькую каплю (0,02 - 0,03 мл) исследуемых эритроцитов. Тщательно смешивают реагент с эритроцитами стеклянной палочкой.

Через 10 - 20 с мягко покачивают пластинку. Несмотря на то что четкая агглютинация наступает в первые 30 с, результаты реакции учитывают через 3 мин. после смешивания.

При наличии агглютинации исследуемая кровь маркируется как резус положительная, при отсутствии - как резус отрицательная.

Для определения резус - принадлежности ускоренным методом на плоскости при комнатной температуре могут быть использованы поликлональные сыворотки анти-D с неполными антителами, приготовленные в комбинации с коллоидами (альбумином, полиглюкином).

#### 3.3. Проба на совместимость на плоскости при комнатной температуре

На пластинку наносят 2 - 3 капли сыворотки реципиента и добавляют небольшое количество эритроцитов с таким расчетом, чтобы соотношение эритроцитов и сыворотки было 1:10. Далее эритроциты перемешивают с сывороткой, пластинку слегка покачивают в течение 5 мин., наблюдая за ходом реакции. По истечении указанного времени в реагирующую смесь можно добавить 1 - 2 капли физиологического раствора для снятия возможной неспецифической агрегации эритроцитов.

Учет результатов. Наличие агглютинации эритроцитов означает, что кровь донора несовместима с кровью реципиента и не должна быть ему перелита. Если по истечении 5 мин. агглютинация эритроцитов отсутствует, то это означает, что кровь донора совместима с кровью реципиента по групповым агглютиногенам.

#### 3.4. Проба на совместимость с применением 33%-го полиглюкина

В пробирку вносят 2 капли (0,1 мл) сыворотки реципиента, 1 каплю (0,05 мл) эритроцитов донора и добавляют 1 каплю (0,1 мл) 33%-го полиглюкина. Пробирку наклоняют до горизонтального положения, слегка потряхивая, затем медленно вращают таким образом, чтобы содержимое ее растеклось по стенкам тонким слоем. Такое растекание содержимого пробирки по стенкам делает реакцию более выраженной. Контакт эритроцитов с сывороткой больного при вращении пробирки следует продолжать не менее 3 мин. Через 3 - 5 мин. в пробирку добавляют 2 - 3 мл физиологического раствора и перемешивают содержимое путем 2 - 3-кратного перевертывания пробирки, не взбалтывая.

Результат учитывают, просматривая пробирки на свет невооруженным глазом или через лупу. Агглютинация эритроцитов свидетельствует о том, что кровь реципиента и донора несовместимы, отсутствие агглютинации является показателем совместимости крови донора и реципиента.

#### 3.5. Биологическая проба

Перед переливанием контейнер с трансфузионной средой (эритроцитная масса или взвесь, плазма свежезамороженная, цельная кровь) извлекают из холодильника и выдерживают при комнатной температуре в течение 30 мин. Допустимо согревание трансфузионных сред в водяной бане при температуре 37 град. С под контролем термометра.

Техника проведения биологической пробы заключается в следующем: однократно переливается 10 мл гемотрансфузионной среды со скоростью 2 - 3 мл (40 - 60 капель) в мин., затем переливание прекращают и в течение 3 мин. наблюдают за реципиентом, контролируя у него пульс, дыхание, артериальное давление, общее состояние, цвет кожи, измеряют температуру тела. Такую процедуру повторяют еще дважды. Появление в этот период даже одного из таких клинических симптомов, как озноб, боли в пояснице, чувство жара и стеснения в груди, головной боли, тошноты или рвоты, требует немедленного прекращения трансфузии и отказа от переливания данной трансфузионной среды.

Запрещено введение в контейнер с компонентом крови каких-либо других медикаментов или растворов, кроме 0,9%-го стерильного изотонического раствора хлорида натрия.

После окончания переливания донорский контейнер с небольшим количеством оставшейся гемотрансфузионной среды и пробирка с кровью реципиента, использованная для проведения проб на индивидуальную совместимость, подлежат обязательному сохранению в течение 48 часов в холодильнике.

Врач, проводящий переливание компонентов крови, при каждой трансфузии обязан зарегистрировать в медицинскую карту больного:

- показания к переливанию компонента крови;
- до начала трансфузии - паспортные данные с этикетки донорского контейнера, содержащие сведения о коде донора, группе крови по системам АВ0 и резус, номере контейнера, дате заготовки, название учреждения службы крови (после окончания трансфузии этикетка открепляется от контейнера с компонентом крови и вклеивается в медицинскую карту больного);
- результат контрольной проверки групповой принадлежности крови реципиента по АВ0 и резус;
- результат контрольной проверки групповой принадлежности крови или эритроцитов, взятых из контейнера, по АВ0 и резус;
- результат проб на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента;
- результат биологической пробы.

Реципиент после переливания соблюдает в течение двух часов постельный режим и наблюдается лечащим или дежурным врачом. Ежечасо ему измеряют температуру тела, артериальное давление, фиксируя эти показатели в медицинской карте больного. Контролируется наличие и почасовой объем мочеотделения и сохранение нормального цвета мочи. Появление красной окраски мочи при сохранении прозрачности свидетельствует об остром гемолизе. На следующий день после переливания обязательно производят клинический анализ крови и мочи.

При амбулаторном проведении гемотрансфузии реципиент после окончания переливания должен находиться под наблюдением врача не менее трех часов. Только при отсутствии каких-либо реакций, наличии стабильных показателей артериального давления и пульса, нормальном мочеотделении он может быть отпущен из лечебного учреждения.

#### 4. Переливание корректоров плазменно - коагуляционного гемостаза

В лечебной практике используются плазма свежезамороженная, нативная, криопреципитат и препараты плазмы: альбумин, гамма - глобулины, факторы свертывания крови, физиологические антикоагулянты (антитромбин III, белок С и S), компоненты фибринолитической системы.

##### 4.1. Особенности переливания плазмы свежезамороженной

Переливание плазмы свежезамороженной осуществляется через стандартную систему для переливания крови с фильтром, в зависимости от клинических показаний - струйно или капельно, при остром ДВС-синдроме с выраженным геморрагическим синдромом - струйно. Запрещается переливание плазмы свежезамороженной нескольким больным из одного контейнера или бутылки.

При острой массивной кровопотере (более 30% объема циркулирующей крови, для взрослых - более 1500 мл), сопровождающейся развитием острого ДВС-синдрома, количество переливаемой плазмы свежезамороженной должно составлять не менее 25 - 30% всего объема трансфузионных сред, назначаемых для восполнения кровопотери, т.е. не менее 800 - 1000 мл.

При хроническом ДВС-синдроме, как правило, сочетают переливание плазмы свежезамороженной с назначением прямых антикоагулянтов и антиагрегантов (необходим коагулологический контроль, являющийся критерием адекватности проводимой терапии). В этой клинической ситуации объем однократно переливаемой плазмы свежезамороженной - не менее 600 мл.

При тяжелых заболеваниях печени, сопровождающихся резким снижением уровня плазменных факторов свертывания и развившейся кровоточивостью или угрозой кровотечения во время операции, показано переливание плазмы свежезамороженной из расчета 15 мл/кг массы тела с последующим, через 4 - 8 часов, повторным переливанием плазмы в меньшем объеме (5 - 10 мл/кг).

Непосредственно перед переливанием плазму свежезамороженную оттаивают в водяной бане при температуре 37 град. С. В оттаянной плазме возможно появление хлопьев фибрина, что не препятствует ее использованию с помощью стандартных устройств для внутривенного переливания с фильтром.

## Инструкция по организации мероприятий при возникновении постр transfузионных осложнений.

1. Организационные мероприятия при возникновении постр transfузионного осложнения проводятся одновременно с оказанием реципиенту всего комплекса экстренной медицинской помощи.
  - При возникновении постр transfузионного осложнения лечащий врач должен прекратить введение трансфузионной среды и поставить в известность зам. по мед работе Глухих А.П. и директора ООО «БС» Копосову Т.Л.
  - Комиссионно Зам. по мед работе Глухих А.П., зав. Опер. Блоком Окулов В.С., трансфузиолог выясняют причину возникновения осложнения, переопределяют группу крови по системе АВО и Rh-фактор реципиента из пробирки, взятой до гемотрансфузии и из пальца больного после гемотрансфузии.
  - Переопределяют группу крови по системе АВО и Rh-фактор из каждого контейнера донора
  - Проверяют пробы на совместимость между сывороткой реципиента и эритроцитами каждого гемоконтейнера с кровью донора по системе АВО и Rh-фактору
2. Директор ООО «БС» Копосова Т.Л. незамедлительно:
  - Сообщить об случившемся главному врачу РСПК.
  - Остатки трансфузионных сред, пробирки с кровью реципиента, взятой до гемотрансфузии, приведшей к осложнению, пробирку с кровью реципиента, взятой после осложнения, направляет в РСПК для иммунологического и бактериального исследования и решения вопроса о причинах осложнения и тактике дальнейшей трансфузионной терапии.
  - В случае смерти реципиента, наступившей после переливаний любой трансфузионной среды, обеспечивает патолого-анатомическое исследование трупа с обязательным гистологическим анализом тканей и органов.
  - Организует обсуждение на врачебной конференции имевший место случай постр transfузионного осложнения и принимает решение по устранению недостатков и привлечению виновных лиц к ответственности.
  - В срок до одного месяца направляет, совместно с РСПК, в центральную комиссию по рассмотрению случаев постр transfузионных осложнений: Москва, 125167, Нововыковский презд, 4А, ДНИИ Гематологии и Переливания Крови МЗ России:
    - акт расследования
    - копию истории болезни
    - протокол врачебной комиссии
    - копии приказов
    - результаты серологических и бактериологических исследований
    - копию протокола вскрытия (при летальном исходе) и материалы для гистологического исследования
  - В срок до одного месяца направить в МЗ УР акт расследования случая постр transfузионного осложнения и копии приказов.

---

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОПЕРАЦИЮ ПЕРЕЛИВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ

Я \_\_\_\_\_ получил разъяснения по поводу операции переливания крови. Мне объяснены лечащим врачом цель переливания, его необходимость, характер и особенности процедуры, ее возможные последствия, в случае развития которых я согласен на проведение всех нужных лечебных мероприятий. Я извещен о вероятном течении заболевания при отказе от операции переливания компонентов крови.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент согласился с предложенным планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента), или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной Приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.), или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача), \_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

Пациент не согласился (отказался) от предложенного лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ (подпись пациента), или расписался (согласно пункту 1.7 "Инструкции по применению компонентов крови", утвержденной Приказом Минздрава России от 25.11.2002 N 363) \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.), или что удостоверяют присутствовавшие при беседе \_\_\_\_\_ (подпись врача), \_\_\_\_\_ (подпись свидетеля).

**Требование на получение компонентов и препаратов крови**  
(заполняется в трёх экземплярах)

1. Наименование ЛПУ **ООО Больница для всей семьи»**
2. Отделение ЛПУ \_\_\_\_\_
3. Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_
4. Год рождения (для детей 1-го года жизни: число, месяц) \_\_\_\_\_
5. Место жительства (полностью) \_\_\_\_\_
6. Место работы \_\_\_\_\_
7. Основной диагноз \_\_\_\_\_
8. Показания к переливанию \_\_\_\_\_

Наименование компонента крови (препарата)	Группа крови	Rh-принадлежность	Требуется, мл	Выдано, мл

9. Лечащий врач (Ф.И.О., подпись) \_\_\_\_\_
10. Получил (Ф.И.О., подпись) \_\_\_\_\_
11. Выдал (Ф.И.О., подпись) \_\_\_\_\_

Печать ЛПУ

*Примечание:* показания к переливанию в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ N 363 25.10.2002 "Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови". Наименование компонента в соответствии с отраслевым классификатором "Консервированная кровь человека и ее компоненты", утвержденным приказом МЗ РФ N 25 от 31.01.2002 "О введении в действие отраслевого классификатора "Консервированная кровь человека и ее компоненты".

**Направление на анализ группы крови по системе АВ0, Rh -принадлежности**  
в сомнительных случаях и индивидуального подбора донорской крови

1. Наименование ЛПУ \_\_\_\_\_
2. Отделение \_\_\_\_\_
3. Телефон отделения \_\_\_\_\_
4. Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_
5. Возраст \_\_\_\_\_
6. Группа крови \_\_\_\_\_
7. Резус-принадлежность \_\_\_\_\_
8. Диагноз \_\_\_\_\_
9. Трансфузионный анамнез \_\_\_\_\_
10. Причина направления крови больного в лабораторию  
РСПК \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Фамилия врача, направившего кровь (разборчиво) \_\_\_\_\_

*Примечание:* на пробирке с кровью должна быть этикетка с данными: Ф.И.О. больного, отделение, ЛПУ. Объем крови в пробирке без консерванта должен быть не менее 6 мл, для детей до 1 года не менее 2 мл.

### Показания к индивидуальному подбору крови

Индивидуальный подбор проводится реципиентам, имеющим в анамнезе:

1. Посттрансфузионные осложнения и реакции;
2. Беременности, закончившиеся спонтанным выкидышем или рождением детей с гемолитической болезнью;
3. Многократные или массивные трансфузии эритроносодержащих сред;
4. Детям до 1 года (с указанием группы крови матери);
5. При выявлении у реципиента изоиммунных антител;
6. Реципиентам, имеющим с отрицательным фенотип (СС) по системе Резус.

### Журнал регистрации получения и выдачи компонентов крови

№п/п	Дата поступления	ФИО донора	№ этикетки	Дата заготовки	Объем упаковки	Группа крови и Rh-фактор донора		Название трансфузионной среды	Паспорт контейнера		Объем перелитой среды	Реакции, осложнения	Подпись врача
						Группа крови	Rh-фактор		Дата использования	№ этикетки			

### Журнал учета переливаний компонентов донорской крови

№ п/п	Дата переливания	ФИО больного	№ истории болезни	Диагноз	Показания к переливанию	Группа крови и Rh-фактор		Название трансфузионной среды	Паспорт контейнера		Объем перелитой среды	Реакции, осложнения	Подпись врача
						Больного	Донора		Дата заготовки	№ этикетки			
•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

### Журнал учета переливаний препаратов и кровезаменителей донорской крови

№ п/п	Дата переливания	ФИО больного	№ истории болезни	Диагноз	Показания к переливанию	Название препарата	Серия флакона	Завод-изготовитель	Срок годности	Объем перелитых препаратов	Реакции, осложнения	Подпись врача

### ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

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

(каждое переливание крови производится только после подтверждения групп крови донора и реципиента методом цоликлонов, пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы).

№ п/п	Дата	Показание к переливанию трансфузионной среды	Способ переливания	К-во мл	_____ трансфузионная среда	Паспорт трансфузионной среды					Пробы			Подпись врача (разборчиво)	
						групповая принадлежность	резус-принадлежность	№ этикетки, серия препарата, завод изготовитель	дата заготовки	фамилия донора	индивидуальной совместим.		Биологическая		Реакции T <sup>0</sup> , осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ

**ПРОТОКОЛ**  
**операции переливания компонентов крови**

(заполняется на каждое переливание)

Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_  
▲ Группа крови \_\_\_\_\_  
▲ N серии цоликлонов (анти-А; анти-В; анти-АВ и анти-D супер) \_\_\_\_\_  
▲ Резус-принадлежность (прописью) \_\_\_\_\_  
*(зафиксированные на лицевой истории болезни)*  
▲ Исходные: АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_

Показания к переливанию \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Наименование трансфузионной среды \_\_\_\_\_  
▲ Количество в мл \_\_\_\_\_  
▲ N этикетки флакона \_\_\_\_\_  
▲ Дата заготовки \_\_\_\_\_  
▲ Ф.И.О. донора \_\_\_\_\_  
▲ Группа крови донора \_\_\_\_\_  
▲ Резус-принадлежность донора *(прописью)* \_\_\_\_\_  
▲ Наименование учреждения-заготовителя \_\_\_\_\_  
▲ Макроскопическая оценка \_\_\_\_\_

Трансфузионный и акушерский анамнез \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(в случае отягощенного анамнеза изложить подробно)*

После повторного определения группы крови больного и донора двумя сериями цоликлонов (N \_\_\_\_\_),  
установлено:

▲ группа крови донора \_\_\_\_\_  
▲ группа крови больного \_\_\_\_\_

Результаты проведенных проб:

на совместимость по системе АВ0 \_\_\_\_\_  
 на совместимость по резус-фактору *(указать какой методикой)* \_\_\_\_\_

▲ 3-кратной биологической пробы \_\_\_\_\_

Трансфузия проводилась (внутривенно, внутриаrтериально, струйно, капельным методом, под наркозом или нет - *подчеркнуть*).

Время проведения трансфузии: начало \_\_\_\_\_  
окончание \_\_\_\_\_  
всего перелито \_\_\_\_\_ мл.

Посттрансфузионные реакции (да, нет - подчеркнуть).

Посттрансфузионные осложнения (да, нет - подчеркнуть)

*(в случае реакций или осложнений изложить подробно в истории болезни)*

Дата переливания \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Назначение: полный анализ крови \_\_\_\_\_  
полный анализ мочи \_\_\_\_\_

**НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ В ПОСТТРАНСФУЗИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Первая порция мочи *(получено самостоятельно или выведено катетером)*:

▲ Количество мочи \_\_\_\_\_  
▲ Цвет мочи \_\_\_\_\_

Суточный диурез \_\_\_\_\_

Через 1 час АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_  
Через 2 часа АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_  
Через 3 часа АД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_  
(для детей - ЧДД \_\_\_\_\_ пульс \_\_\_\_\_ температура \_\_\_\_\_)

Дата \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Примечание: при непрерывном переливании нескольких доз компонента одного типа возможно заполнение одного протокола.

## Протокол переливания препаратов крови и кровезаменителей

1. Название препарата (кровезаменителя) \_\_\_\_\_
2. Трансфузионный анамнез \_\_\_\_\_
3. Показания к переливанию \_\_\_\_\_
4. N серии и изготовитель \_\_\_\_\_
5. Срок годности \_\_\_\_\_
6. Количество \_\_\_\_\_
7. Исходные данные:
  - АД \_\_\_\_\_
  - Температура \_\_\_\_\_
  - Пульс \_\_\_\_\_
8. Данные после окончания инфузии \_\_\_\_\_
  - АД \_\_\_\_\_
  - Температура \_\_\_\_\_
  - Пульс \_\_\_\_\_
9. Наличие реакции на введение \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача, проводившего трансфузию \_\_\_\_\_  
(разборчиво)

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОСТТРАНСФУЗИОННОМ ОСЛОЖНЕНИИ N \_\_\_\_**

N строки	Наименование показателя	
1	Учреждение	1.1. Где применен компонент _____ 1.2. Где приготовлен компонент _____ 1.3. Производитель и серия гемоконтейнера _____ 1.4. Производитель и серия ресуспендирующего раствора _____ 1.5. Производитель и серия устройства для переливания, микро-, лейкофилтра _____
2	Переливание проводилось	2.1. Место: операционная 1 <input type="checkbox"/> , ОАРИТ 2 <input type="checkbox"/> , лечебное отделение 3 <input type="checkbox"/> , амбулаторно 4 <input type="checkbox"/> , другое 5 <input type="checkbox"/> _____ (указать). 2.2. Время (часы): 06.00-22.00 1 <input type="checkbox"/> , 22.00-06.00 2 <input type="checkbox"/> , выходной день 3 <input type="checkbox"/>
3	Пациент	3.1. Ф.И.О. _____ 3.2. Номер истории болезни _____; 3.3. Пол: м 1 <input type="checkbox"/> , ж 2 <input type="checkbox"/> ; 3.4. Дата рождения <input type="text"/> . <input type="text"/> ; 3.5. Дата трансфузии <input type="text"/> . <input type="text"/> ; 3.6.Время наступления реакции после трансфузии: ____ мин. 1, ____ час. 2, ____ дней 3, ____ лет 4.
4	Перелитые компоненты	4.1. Тип: кровь 1 <input type="checkbox"/> , эритроциты 2 <input type="checkbox"/> , тромбоциты 3 <input type="checkbox"/> , плазма 4 <input type="checkbox"/> , гранулоциты 5 <input type="checkbox"/> , аллогенные 6 <input type="checkbox"/> , аутологичные 7 <input type="checkbox"/> . 4.2. Заготовка: цельная кровь 1 <input type="checkbox"/> , аферез 2 <input type="checkbox"/> . 4.3. Характеристики: лейкофилтрация 1 <input type="checkbox"/> , отмывание 2 <input type="checkbox"/> , индивидуальный подбор 3 <input type="checkbox"/> , облучение 4 <input type="checkbox"/> , карантин 5 <input type="checkbox"/> , другое 6 _____ (указать).
5	Клинические признаки осложнения	5.1. До переливания: температура 1 _____, АД 2 _____, пульс 3 _____, гемоглинурия 4 _____, аритмия 5 _____, другое 6 _____ 5.2. После переливания: температура 1 _____, АД 2 _____, пульс 3 _____, гемоглинурия 4 _____, аритмия 5 _____, другое 6 _____ (указать). 5.3. Симптомы (I): дискомфорт 1 <input type="checkbox"/> , озноб 2 <input type="checkbox"/> , зуд 3 <input type="checkbox"/> , сыпь 4 <input type="checkbox"/> , краснота 5 <input type="checkbox"/> , желтуха 6 <input type="checkbox"/> , другое 7 _____ (указать). 5.4. Симптомы (II): боль в пояснице 1 <input type="checkbox"/> , боль в гр./жив. 2 <input type="checkbox"/> , тошнота/рвота 3 <input type="checkbox"/> , одышка 4 <input type="checkbox"/> , ОПН 5 <input type="checkbox"/> , шок 6 <input type="checkbox"/> , потеря сознания 7 <input type="checkbox"/> , другое 8 _____ (указать). 5.5. Симптомы (III): положительный ПАТ 1 <input type="checkbox"/> , гипербилирубинемия 2 <input type="checkbox"/> , повыш. АЛТ (> 2 норм) 3 <input type="checkbox"/> , рефрактерность к тромбоцитам 4 <input type="checkbox"/> ,



## Инструкция по правилам отбора проб и обращения с пробами для лаборатории в ООО «БС».

ВНИМАНИЕ: Пробы человеческого организма могут содержать вирус СПИД и другие патогены. Обращайтесь с пробами и оборудованием для сбора проб, как с биологически опасным материалом.

### Электролитный анализатор EasyLyte.

Пробы цельной крови должны отбираться осторожно, во избежание гемолиза. Взятия крови из пальца следует избегать.

Отбирайте пробы посредством венопункции в литиево-гепариновые (зеленая метка) пробирки для взятия крови.

- Перемешивайте пробу переворотом или вращением, НЕ ТРЯСИТЕ пробирки.
- Проведите измерение в течение 20 минут.

### Коагулометр Тромбостат 2.

Плазма отбирается в пробирки для исследования системы гемостаза VACUETTE PREMIUM (голубая метка) с натрия цитратом 3,8%.

- Отбирается проба посредством венопункции.
- Перемешивание пробы переворачиванием, не встряхивать
- Отцентрифугировать пробу 15 минут при 3000 об\мин, как можно скорее после взятия крови.
- Немедленно после центрифугирования отбирается плазма сверху пробы в пластиковую пробирку. Для этого используют пипетку Пастера, для анализа достаточно 1 мл плазмы.
- Время хранения при комнатной температуре - не более 4 часов, при 2-8 градусах - не более 8 часов.
- Допускается однократное заморозенные пробы. При размораживании требуется доведения до комнатной температуры и отцентрифугирование перед проведением анализа

### Гематологический анализатор Abacus junior 5

Для гематологических исследований цельной крови используются пробирки VACUETTE PREMIUM (фиолетовая метка) с КЗ ЭДТА. Анализатор может выполнить 30 тестов в час, определяет 22 гематологических параметра, включая дифференцировку лейкоцитов на пять частей. Анализатору в качестве пробы нужно 80 мкл цельной крови.

- Перед началом анализа переверните закрытую пробирку 11 раз.
- Не встряхивайте пробирку, так как это может вызвать повреждение клеток.

### Биохимический и иммуноферментный автоанализатор.

Используются пробирки VACUETTE PREMIUM (красная метка) с активатором свертывания.

- Отбирается проба посредством венопункции.
- Перемешивание пробы переворачиванием, не встряхивать
- Отцентрифугировать пробу 15 минут при 3000 об\мин, как можно скорее после взятия крови.
- Немедленно после центрифугирования отбирается плазма сверху пробы в пластиковую пробирку. Для этого используют пипетку Пастера, для анализа достаточно 1 мл плазмы.
- Время хранения при комнатной температуре - не более 4 часов, при 2-8 градусах - не более 8 часов.
- Допускается однократное заморозенные пробы. При размораживании требуется доведения до комнатной температуры и отцентрифугирование перед проведением анализа.

## Инструкция по забору и транспортировке биоматериалов

Правила взятия, хранения и транспортировки биологического материала

Содержание

1. Правила подготовки пациентов
2. Правила взятия, хранения и транспортировки крови
  - 2.1 взятие венозной крови
  - 2.2 гематологические исследования, группа крови, резус-фактор
  - 2.3 исследование гемостаза
  - 2.4 биохимические исследования, аллергологические исследования, исследования гормонов, аутоантител, онко-маркеров, маркеров остеопороза, серологических маркеров инфекционных заболеваний
3. Правила взятия, хранения и транспортировки материала для ПЦР
  - 3.1 кровь для ПЦР
  - 3.2 биоматериал (не кровь), для ПЦР
    - 3.2.1 соскоб эпителиальных клеток из урогенитального тракта женщины
    - 3.2.2 соскоб эпителиальных клеток из уретры мужчин
    - 3.2.3 сперма
    - 3.2.4 моча
    - 3.2.5 мокрота
    - 3.2.6 биопсийный материал
    - 3.2.7 спинномозговая жидкость (ликвор)
    - 3.2.8 слюна
4. [4. Правила сбора, хранения и транспортировки мочи](#)
  - 4.1 [методика сбора мочи и подготовка пациента для общего анализа мочи](#)

[4.2 методика сбора мочи и подготовка пациента для анализа мочи по Нечипоренко](#)

[4.3 сбор суточной мочи](#)

[4.4 биохимическое исследование мочи](#)

[4.5 проба Реберга](#)

5. [5. Правила взятия, хранения и транспортировки различных видов биологического материала](#)

[5.1 мужской мазок, соскоб из уретры для микроскопического исследования](#)

[5.2 женский мазок, урогенитальный соскоб для микроскопического исследования](#)

[5.3 материал для цитологического исследования](#)

[5.4 женский мазок на АК](#)

[5.5 материал для гистологического исследования](#)

[5.6 гормональная цитодиагностика по вагинальным мазкам](#)

[5.7 образцы сухой крови на фильтре или марле для определения родства](#)

[5.8 образцы букального эпителия для определения родства](#)

[5.9 биосубстраты для определения химических элементов \(волосы и ногти\)](#)

Правила взятия, хранения и транспортировки биологического материала

### 1. правила подготовки пациентов

При плановом обследовании рекомендуется производить взятие крови:

- утром натощак (кровь для определения параметров липидного профиля — холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды — следует сдавать строго после 12-часового голодания; для определения пролактина после сна должно пройти не менее 2 часов)
- до осуществления диагностических или терапевтических процедур,
- за 24 ч до исследования исключить прием алкоголя.

Следует помнить, что:

- утренний прием лекарств должен проводиться только после взятия крови,
- физическая и мышечная нагрузка, тренировки, упражнения должны быть исключены как минимум за 3 дня до взятия крови,
- психические нагрузки, стрессы значительно изменяют биохимические показатели, поэтому при взятии крови следует создать спокойную, доброжелательную обстановку.

### 2. правила взятия, хранения и транспортировки крови

#### 2.1. взятие венозной крови

**2.1.1. Выбрать пробирки** по цвету крышек, приготовить иглу, держатель, спиртовые салфетки, пластырь. Осуществлять забор крови только с использованием стерильных одноразовых систем. Работать только в одноразовых перчатках.

2.1.2. Наложить жгут на 7–10 см выше места прокола, обработать место прокола.

2.1.3. Взять иглу и снять защитный колпачок с нее (если используется двусторонняя игла — снять защитный колпачок серого цвета) со стороны, закрытой резиновой мембраной.

2.1.4. Вставить иглу в иглодержатель и завинтить до упора.

2.1.5. Снять защитный колпачок зеленого (черного) цвета со второй стороны иглы и ввести иглу в вену. **Черная точка на игле указывает место заточки иглы.**

2.1.6. Вставить заранее подготовленную пробирку в иглодержатель до упора и удерживать ее пока кровь не перестанет поступать в пробирку. При этом игла прокалывает резиновую мембрану и резиновую заглушку в крышке пробирки. Кровь проходит в пробирку, пока не компенсирует созданный в пробирке вакуум (если кровь не идет — это значит, что игла прошла вену насквозь или уперлась в стенку вены — в этом случае нужно немного вытянуть иглу (но не вынимать!) пока кровь не пойдет в пробирку). Для визуального контроля уровня заполнения на этикетке имеется метка черного цвета. Вакуумные пробирки при правильном взятии самопроизвольно заполняются до нужной метки.

2.1.7. Извлечь пробирку из держателя. Если это необходимо, в иглодержатель вставить ряд других пробирок для получения нужного объема крови для различных исследований. Повторно вводить иглу в вену для этого не нужно. Если необходимо взять кровь в несколько пробирок, повторить процедуры № 6–7. Строго соблюдать очередность взятия крови. Вынуть последнюю пробирку из иглодержателя. Снять жгут.

2.1.8. Наложить спиртовой шарик, извлечь иглу вместе с иглодержателем из вены и снять ее с иглодержателя.

2.1.9. Перемешать содержимое пробирки путем покачивания пробирки несколько раз (касается только голубых, фиолетовых и серых пробирок). **Не встряхивать пробирку: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!!!**

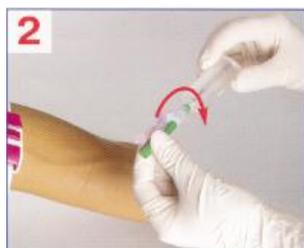
2.1.10. Поставить пробирку в штатив или перенести в холодильник (голубые и фиолетовые пробирки в холодильник не ставить, а хранить при комнатной температуре).

2.1.11. Вложить бланки в транспортную папку.

Процедура взятия венозной крови с помощью вакуумной системы (Vacurette):



Наложить жгут. Взять иглу левой рукой за цветной колпачок, правой рукой вывернуть и снять защитный колпачок.



Ввернуть в иглодержатель освободившийся конец иглы в резиновом чехле и завинтить до упора.



Снять цветной защитный колпачок и ввести иглу в вену.



Взять иглодержатель левой рукой, а в правую руку взять пробирку и вставить ее крышкой в иглодержатель. Удерживая выступы держателя указательным и средним пальцами правой руки, большим пальцем надеть пробирку на иглу до упора. Ослабить жгут.



После заполнения пробирки до необходимого объема извлечь ее из держателя.



Аккуратно перемешать содержимое заполненной пробирки, переворачивая ее необходимое число раз (см. таблицу ниже). Если у пациента требуется взять несколько проб крови, вставьте следующую пробирку в держатель и повторить все манипуляции, начиная с пункта № 4.

#### Последовательность заполнения пробирок:

- Пробирка с красной крышкой, либо коричневой крышкой.
- Пробирка с голубой крышкой
- Пробирка с фиолетовой крышкой
- Пробирка с серой крышкой

**Внимание!!!** Если есть необходимость забора крови *только* для исследования *гемостаза* (пробирка с голубой крышкой), кровь берется в *две пробирки с голубой крышкой*, причем *исследуется проба во второй пробирке*, а первая пробирка выбрасывается.

#### Строго соблюдайте правила хранения и транспортировки клинических проб!!!

#### 2.2. Гематологическое исследование, иммунный статус, гликозилированный гемоглобин. Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8–10 раз (воздушный пузырёк должен переместиться из одного конца пробирки в другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

**Хранение:** при комнатной t°.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

#### 2.3. Исследование гемостаза. Пробирка с цитратом (голубая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 3–4 раза (воздушный пузырёк должен переместиться из одного конца пробирки в другой). Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

**Хранение:** при комнатной t°.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

#### 2.4. Биохимические, аллергологические исследования, исследования гормонов, аутоантител, онкомаркеров, маркеров остеопороза, серологических маркеров инфекционных заболеваний (пробирка с красной крышкой)

Не встряхивайте пробирки: резкое смешивание может вызвать пенообразование и гемолиз!

**Хранение:** 30 мин. При комнатной температуре, затем поместить в холодильник при t° +4 +8 °С.

**Транспортировка:** в вертикальном положении в термоконтейнерах при t° +4 +8 °С.

АКТГ (замороженная пробирка — только на Бородинской)

Цветовой код	Число перемешиваний	Тип анализа	Область применения	Химические наполнители
 красный	-	Биохимические, гормональные, серологические исследования. Онкомаркеры. Аутоантитела.	Исследования сыворотки в клинической химии, серологии, иммунологии	Активатор образования сгустка

 голубой	3-4 раза	Гемостаз, Д-димер	Исследования Коагуляции, ВА, Д-димер	Цитрат натрия
 фиолетовый	8-10 раз	Гематология. Гликозилированный гемоглобин. АКГГ. ПЦР, иммунный статус, ретикулоциты, СОЭ, лекарственная переносимость	Исследования цельной крови	ЭДТА

**ВНИМАНИЕ!!!** Все пробирки с фиолетовой, голубой, желтой крышками, а также мазки на стеклах (на флору, АК, цитологию) с момента взятия до момента транспортировки хранятся при комнатной температуре. При хранении избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

Все пробирки с красной (коричневой) крышкой, а также пробирки для мазков ПЦР (типа «Эппендорф») с момента взятия до момента транспортировки хранятся при температуре 4–6 градусов (на дверце холодильника).

Транспортировка всех пробирок осуществляется в термоконтейнерах. В зимнее время года без хладагентов, летом в термоконтейнерах с одним хладагентом.

### 3. Правила взятия, хранения и транспортировки материала для ПЦР

#### 3.1. Кровь для ПЦР-диагностики. Пробирка с ЭДТА (фиолетовая крышка)

Сразу после взятия осторожно переверните пробирку 8–10 раз, чтобы кровь в пробирке тщательно перемешалась с антикоагулянтом (иначе кровь свернется и выделение ДНК станет невозможным). После плавного перемешивания пробирку помещают в штатив.

**Хранение:** при комнатной t°.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

#### 3.2. Биоматериал (моча, мокрота, слюна, сперма, СМЖ, биоптаты, соскобы, синовиальная жидкость, отделяемое зева, носоглотки, миндалин, конъюнктивы, грудное молоко) для ПЦР-диагностики

##### 3.2.1. Соскоб эпителиальных клеток из урогенитального тракта женщины.

**Взятие материала.** Соскобы производят из трех точек тремя разными зондами: цервикальный канал, задний свод влагалища, уретра — **в одну пробирку, поочередно ополаскивая каждый зонд.** При необходимости берут материал из эрозивно-язвенных поражений. Отделяемое забирают в небольшом количестве. Присутствие примесей (слизь, кровь, гной) недопустимо, т. К. приводит к деградации исследуемых микроорганизмов.

**ВНИМАНИЕ!** Никогда не смачивайте в пробирках типа «Эппендорф» зонды перед забором отделяемого, т. К. они заполнены или содержат транспортную среду (может вызвать зуд, раздражение, ожог)!

**Цервикальный канал:** удаляют слизь с поверхности шейки матки шпателем гинекологическим, либо зондом (после чего зонд либо шпатель выбрасывают). Вводят зонд в цервикальный канал на 1–1,5 см и вращают его в течение 3–5 сек. Извлекают зонд, избегая касания стенок влагалища, и помещают его в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10–15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

**Задний свод влагалища.** В случае избытка слизи и обильных выделений удаляют их шпателем гинекологическим, либо зондом (после чего их выбрасывают). Проводят зондом по поверхности слизистой в области заднего свода влагалища и экзоцервикса и переносят зонд в пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10–15 сек. Избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

**Уретра:** перед взятием соскоба из уретры обрабатывают ее наружное отверстие сухим стерильным зондом. Вводят зонд в уретру на глубину 1–1,5 см и аккуратно, не поранив слизистую, несколькими вращательными движениями производят соскоб эпителиальных клеток. Переносят зонд в пробирку типа «Эппендорф» с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10–15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

**В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи. Шпатель гинекологический входит в гинекологический набор.**

**Хранение:** при комнатной температуре — не более 6 час., при t° +2 +8 °С не более 7 дней.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

##### 3.2.2. Соскоб эпителиальных клеток из уретры мужчин.

**Взятие материала.** Перед взятием соскоба из уретры необходимо воздержаться от мочеиспускания в течение не менее двух часов. При наличии свободно стекающих из уретры выделений удаляют их сухим зондом (после чего его выкидывают). Вводят зонд в уретру на глубину 3–4 см. несколькими вращательными движениями производят соскоб эпителиальных клеток и переносят зонд в пробирку типа «Эппендорф» с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10–15 сек., избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки. Отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку. Присутствие примесей (слизь, кровь, гной) недопустимо, т. К. приводит к деградации исследуемых микроорганизмов.

**В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи. Шпатель гинекологический входит в гинекологический набор.**

**Хранение:** при комнатной температуре — не более 6 часов, при t° +2 +8 °C — не более 7 дней.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

### **3.2.3. Сперма.**

**Взятие материала.** Взятие спермы осуществляют в стерильный одноразовый флакон.

**Хранение:** при комнатной температуре — не более 6 часов, при t° +2 +8 °C — не более 3 дней.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

### **3.2.4. Моча.**

**Взятие материала.** После гигиены наружных половых органов для анализа отбирают всю порцию утренней мочи в специальный контейнер для мочи. Мочу оставить на 1 час для оседания эпителиальных клеток. Через час, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

**Хранение:** при комнатной t°.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

### **3.2.5. Мокрота.**

**Взятие материала** осуществляют утром натощак до выполнения гигиенических процедур при глубоком откашливании в количестве не менее 0,5 мл в стерильный одноразовый флакон с широким горлом, завинчивающейся крышкой, объемом не менее 50 мл.

**Хранение:** не более 3 суток.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

### **3.2.6. Биопсийный материал.**

**Взятие материала** осуществляют из зоны предполагаемого местонахождения возбудителя инфекции, из поврежденной ткани или из пограничного с повреждением участка. Материал помещают в одноразовые стерильные пробирки типа «Эппендорф» объемом 1,5 мл, содержащие 0,5 мл транспортной среды.

**Хранение:** при t° +2 +8 °C — не более 3 суток.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

### **3.2.7. Спинномозговая жидкость (ликвор). Забор только в условиях стационара (врачом).**

**Взятие материала.** Ликвор получают путем прокола поясничной, субокципитальной области или мозговых желудочков одноразовыми пункционными иглами. Переносят 1,0 мл ликвора в одноразовые пластиковые стерильные пробирки типа «Эппендорф» объемом 1,5 мл.

**Хранение:** при t° +2 +8 °C — не более суток.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

### **3.2.8. Слюна.**

**Взятие материала.** Провести тщательную гигиену полости рта (почистить зубы, прополоскать рот водой до полного растворения зубной пасты) ч/з 30 минут можно начинать сбор слюны в стерильную емкость (желательно в пробирку с красной крышкой). Забор слюны можно производить в течении дня.

**Хранение:** при t° +2 +8 °C — не более 6 час.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

## **4. Правила сбора, хранения и транспортировки мочи**

### **4.1. Методика сбора мочи и подготовка пациента для общего анализа мочи**

Для сдачи общего анализа мочи необходимо после гигиены наружных половых органов собрать всю мочу в стерильную банку или контейнер. При наличии менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. После сбора по возможности быстро доставить мочу в лабораторию в той же посуде куда осуществлялся забор, либо отстоять мочу в течении часа после чего, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой. На этикетке указать весь объем выделенной мочи.

В процедурных кабинетах мочу принимают на анализ в стерильных банках или контейнерах отстаивать в течении часа, после чего, касаясь дна, отбирать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

**Хранение:** и пробирки, и контейнеры при комнатной t°, избегать воздействия солнечного света, источников тепла и холода.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

### **4.2. Методика сбора мочи и подготовка пациента для анализа мочи по Нечипоренко**

Для анализа по Нечипоренко мочу собирают утром, после сна (желательно, чтобы предыдущее мочеиспускание было не позднее 2 ч ночи). Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первая порция мочи — в унитаз, среднюю порцию собирают в стерильный контейнер для мочи. При наличии менструации необходимо влагалище закрыть тампоном. Отстоять мочу 1 час, после чего, касаясь дна, отобрать мочу через переходник в пробирку с желтой крышкой.

**Хранение:** при комнатной t°.

**Транспортировка:** зимой в термоконтейнерах без хладагентов. Летом в термоконтейнере с 1 хладагентом.

### **4.3. Сбор суточной мочи**

Пациент собирает мочу в течение 24 часов на обычном питьевом режиме. Моча собирается в чистый широкогорлый сосуд с плотно закрывающейся крышкой, емкостью не менее 2-х литров. До начала сбора мочи емкость должна быть проградирована. Утренняя моча выливается, затем вся моча за сутки собирается в одну емкость. Утренняя моча следующего дня тоже собирается в эту емкость. **Измеряется и записывается весь объем мочи за сутки (обратите внимание, очень важно указать точно объем мочи)!!!** Если по ошибке хотя бы одна из порций мочи не была собрана в контейнер, вся моча, собранная до этого должна быть вылита и сбор мочи начинают снова.

▲ Измерить объем мочи, объем мочи должен быть измерен по возможности точно

- ▲ Мочу тщательно перемешать и отобрать через переходник в пробирку с желтой крышкой.
- ▲ Указать объем мочи и время, за которое она была собрана.

Для **микроальбуминурии** собирается только утренняя порция мочи или спонтанная моча.

**ВНИМАНИЕ!** Накануне и в день сбора мочи исключить диуретики (мочегонные всех видов)!

**Хранение:** все время сбора суточной мочи контейнер должен храниться при комнатной  $t^{\circ}$ . Доставка в лабораторию сразу по окончании сбора.

#### **4.4. Сбор мочи для биохимических исследований**

Для биохимического исследования мочу собирают утром, после сна (желательно, чтобы предыдущее мочеиспускание было не позднее 2 ч ночи). Перед сбором мочи проводят тщательный туалет наружных половых органов. Первую порцию мочи выливают, всю мочу собирают в широкогорлый сосуд с крышкой.

**Особенности сбора и подготовки мочи для исследования некоторых анализов.**

##### **Общий кальций, Неорганический фосфор, Магний**

Собрать мочу за сутки. Доставить в лабораторию.

Моча на катехоламины принимается только в контейнерах не менее 25 мл с точным указанием объема суточной мочи.

**Хранение:** при  $t^{\circ} +2 +8^{\circ}\text{C}$ . Доставка в лабораторию сразу по окончании сбора.

**Транспортировка:** в термоконтейнерах с охлаждающими элементами.

#### **4.5. Проба Реберга.**

Для исследования используется суточная моча или моча, собранная за 2 часа. Первая порция мочи всегда сливается в унитаз. Мочу перемешивают, измеряют количество мочи и время, за которое она была собрана, отбирают через переходник в пробирку с желтой крышкой и доставляют в лабораторию с указанием объема. Если по ошибке хотя бы одна из порций мочи не была собрана в контейнер, вся моча, собранная до этого должна быть вылита и сбор мочи начинают снова.

**Хранение:** все время сбора суточной мочи контейнер хранится при комнатной  $t^{\circ}$ .

**Транспортировка:** в термоконтейнерах.

**Кровь для определения клиренса эндогенного креатинина берется в сухую чистую пробирку (вакуумную систему с активатором формирования сгустка, с красной крышкой) в конце периода сбора суточной мочи.**

**ВНИМАНИЕ!!! В НАПРАВЛЕНИИ УКАЗАТЬ РОСТ, ВЕС, ВОЗРАСТ ОБСЛЕДУЕМОГО И КОЛ-ВО МОЧИ В МЛ И ВРЕМЯ, ЗА КОТОРОЕ ОНА БЫЛА СОБРАНА!**

### **5. Правила взятия, хранения и транспортировки различных видов биологического материала**

#### **5.1. Мужской мазок, соскоб из уретры для микроскопического исследования.**

**Взятие материала.** Перед взятием соскоба из уретры необходимо не менее 2 часов воздержаться от мочеиспускания. Свободно отделяемое (слизь, кровь, гной) удаляют сухим стерильным зондом, зонд выбросить. Другой зонд ввести в уретру на глубину 3–4 см, вращательными движениями по часовой стрелке (3–4 раза) производят соскоб. Вынув зонд из уретры, наносят мазок такими же вращательными движениями в обратном направлении (против часовой стрелки) на всю поверхность предметного стекла тонким слоем.

**ВНИМАНИЕ!** Полученный материал в стекло не втирать, не растирать, не наносить точечными движениями!

Приготовленный мазок высушивают на воздухе, избегая попадания прямых солнечных лучей, вдали от обогревательных приборов.

**Высушенный мазок помещают в индивидуальный полиэтиленовый пакет с замком (гриппер), заполненное направление на АК прикрепляют степлером к данному пакету и отправляют в лабораторию.**

**Хранение:** одни сутки. Допускается хранение стекол с фиксированными и высушенными мазками в герметичной упаковке при  $t^{\circ} +2 +8^{\circ}\text{C}$  в течение 10 суток.

**Транспортировка:** в специальных контейнерах.

**В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи.**

#### **5.2. Женский мазок, урогенитальный соскоб для микроскопического исследования.**

**Взятие материала.** Соскобы производят из трех различных точек: цервикальный канал, задний свод влагалища, уретра.

**Цервикальный канал:** удаляют слизь с поверхности шейки матки сухим стерильным зондом, вводят другой зонд в цервикальный канал на 1–1,5 см и вращают в течение 3–5 секунд по часовой стрелке. Извлекают зонд, избегая касания стенок влагалища, и сразу наносят мазок такими же вращательными движениями в обратном направлении (против часовой стрелки).

**Задний свод влагалища.** При избытке слизи, обильных и свободных выделениях удаляют их стерильным сухим зондом. Другим стерильным зондом проводят в области верхнего свода влагалища (или другое название — передний свод влагалища стоя) ... Полученный материал сразу нанести на предметное стекло, развернув зонд против часовой стрелки.

**Уретра:** Вводят зонд в уретру на глубину 1–1,5 см и аккуратно, не поранив слизистую, несколькими вращательными движениями по часовой стрелке производят соскоб в течение 3–5 с. Полученный материал сразу нанести на предметное стекло, развернув зонд против часовой стрелки.

**Мазок высушивают при комнатной температуре, после полного высыхания мазок помещают в индивидуальный полиэтиленовый пакет с замком (гриппер), заполненное направление на АК (заполнять необходимо все графы без прочерков, диагноз «Обследование» не принимается!) прикрепляют степлером к данному пакету и отправляют в лабораторию.**

**Хранение:** не более суток. Допускается хранение стекол с фиксированными и высушенными мазками в герметичной упаковке при  $t^{\circ} +2 +8^{\circ}\text{C}$  до 10 суток.

**Транспортировка:** в специальных контейнерах.

**В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи.**

### 5.3. Материал для цитологического исследования

Материал нанести на предметное стекло (тонкое стекло со шлифованным краем) ровным слоем и распределить в центральной части стекла, не смещая к краям (при направлении гинекологического материала на одно предметное стекло наносится материал только одной локализации), высушить при комнатной температуре. Заполнить все графы направления на АК.

### 5.4. Женский мазок на АК

С диагностической целью материал получают отдельно из экто- и эндоцервикса с помощью шпателя (из влажной порции шейки матки) и из цервикального канала.

Перед получением материала шейку матки обнажают в «зеркала», никаких манипуляций с шейкой матки не производят: шейку ничем не смазывают, слизь удаляют сухим зондом, зонд выкидывают. Другой зонд или щетку вводят в наружный зев шейки матки, осторожно направляя центральную часть зонда по оси цервикального канала. Далее поворачивают на 360° (желательно до 3–4 раз по часовой стрелке), достигая тем самым взятия достаточного количества клеток с эктоцервикса и с зоны трансформации. Введение инструмента должно выполняться очень бережно; необходимо стараться не повредить шейку матки. Затем зонд выводят, и материал распределяют на стекле (против часовой стрелки). Перенос образца на предметное стекло должен происходить быстро, без подсушивания и потери прилипших к инструменту слизи и клеток.

Важно, чтобы в мазок попадал материал из зоны трансформации, т.к. около 90% неопластических состояний исходят из зоны стыка плоского и цилиндрического эпителия и зоны трансформации и только 10% — из цилиндрического эпителия цервикального канала.

**Приготовление мазков.** Материал необходимо распределить по мазку тонким слоем, важно, чтобы он весь оказался на стекле.

**В процедурном кабинете должен быть запас стерильных зондов (либо тампонов) для удаления слизи.**

### 5.5. Материал для гистологического исследования

Материал для гистологического исследования поместить во флакон с 10% раствором формалина, хранить при t° +2, +8°C. На флаконе необходимо указать ФИО пациента, дату взятия материала, откуда взят материал. Обязательно заполнение специального направления с подробным указанием данных о пациенте и материале (заполнение всех граф обязательно)

### 5.6. Гормональная цитодиагностика по вагинальным мазкам.

Мазок берется в любой день цикла. Забор мазка проводится из пителии-боковой (пители-боковой) поверхности влагалища. Материал берут легким соскабливанием (без нажима на стенку влагалища) с помощью зонда.

**ВНИМАНИЕ!** Мазки из шейки матки использовать для гормонального статуса нельзя!

Указать день менструального цикла.

### 5.7. Образцы сухой крови на фильтре или марле для определения родства.

Стерильную марлю, сложенную в несколько слоев (4 и больше), или фильтровальную бумагу пропитывают кровью из пальца насквозь, чтобы получилось пятно диаметром не менее 2 см. Для увеличения достоверности исследования лучше получать 2–3 пятна крови. Затем образец должен быть высушен на воздухе. Недопустимо никому, кроме исследуемого пациента, прикасаться к пятну крови или предмету носителя в том месте, где будет пятно крови до его получения во избежание получения неверных результатов. После высыхания образец должен быть упакован в индивидуальный бумажный конверт и может храниться при комнатной температуре в течение нескольких лет, будучи пригодным для выделения ДНК. Образец сухой крови на фильтре подписывают прямо на предмете носителя, в области, где не будет пятна крови; образец сухой крови на марле подписывают на конверте, в котором этот образец будет храниться, либо на листе бумаги, который прикрепляют к марле.

### 5.8. Образцы букального эпителия для определения родства.

При взятии данных образцов при помощи специального одноразового инструмента (палочки) проводится соскоб пителиальных клеток с внутренней поверхности щеки. При самостоятельном заборе образцов букального эпителия нужно действовать следующим образом:

5.8.1. Взять стандартные гигиенические ватные палочки. **Внимание! Использовать только новую, не вскрывавшуюся ранее упаковку!**

5.8.2. Клиент, у которого будет производиться забор образцов, должен прополоскать рот чистой кипяченой водой.

5.8.3. Взять ватную палочку за один конец и провести несколько раз другим концом палочки по внутренней поверхности щеки с легким нажимом.

5.8.4. Отрезать и выбросить конец палочки, за который держались рукой.



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

5.8.5. Оставшуюся половину палочки высушить на чистом листе бумаги при комнатной температуре. От каждого клиента необходимо предоставить не менее трех ватных палочек с образцами букального эпителия. Хранить и транспортировать образцы в бумажных конвертах при комнатной температуре. **Образцы от разных кли-**

ентов должны быть в отдельных конвертах для исключения взаимного переноса биологического материала. Хранить и транспортировать образцы в бумажных конвертах при комнатной температуре.

#### **5.9. Биосубстраты для определения химических элементов (волосы и ногти)**

- Волосы должны быть чистыми и тщательно просушенными.
- Не допускается перед анализом нанесение на волосы средств по уходу и укладке (лак, гели, средства для укладки).
- Химическая завивка, окраска и обесцвечивание не являются затруднением для анализа, однако об этом необходимо сообщить в прилагаемой анкете, указав также естественный цвет волос.
- Рекомендуется прекратить использование лечебных шампуней, средств против перхоти, муссов, лечебных бальзамов и гелей (особенно содержащих селен или цинк) за 2 недели до сдачи волос на анализ.
- Перед процедурой срезания волос тщательно вымыть руки. Не рекомендуется использовать перчатки из латекса. Если при заборе проб используют перчатки, то они должны быть не опудренные и не содержать латекса (например нитриловые).
- Инструмент для срезания волос (ножницы или бритва) должен иметь очищенные режущие поверхности.
- Волосы необходимо аккуратно отстричь (не выдергивать!) в непосредственной близости от корней в 4–5 местах на затылке ближе к области шеи.
- Желательно оставить длину отстриженных волос 3–5 см от корней, а лишнее обрезать.
- Срезанные волосы собрать в пучок толщиной 2–3 мм и поместить в бумажный конверт. В зоне конверта, где расположен корневой конец пряди сделать надпись «корень». Не использовать алюминиевую фольгу и полиэтиленовые пакеты.
- Если волосы очень короткие, то их необходимо состричь в количестве, способном заполнить чайную ложку.
- При необходимости (отсутствии волос на голове), возможен отбор с любой другой части тела, сделав соответствующую пометку в бланке заказа.
- Для проведения анализа «Алопеция» волосы состригаются с затылочной зоны (см. п. 8) и с теменной зоны. Для среза волос с теменной зоны проводится условная линия, соединяющая левый и правый виски по кратчайшему расстоянию, проведенному через теменную зону. Посередине этой линии состригают пучок волос толщиной 2–3 мм. Коротких волос необходимо количество, способное заполнить ½ чайной ложки.
- Для проведения анализа ногтей необходимо срезать ногти со всех пальцев обеих рук или ног. Длина срезаемых ногтей должна быть не менее 2-х мм. Необходимо указать, откуда (с рук или ног) взяты ногти.
- Важно! Ногти принимаются на анализ только при отсутствии волос.



**ООО «Больница для всей семьи»**  
**426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»**  
**Тел. 65-51-53, e-mail: mediceya.ru**

---

**ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ**  
**СТАРШИЙ МЕНЕДЖЕР**

**УТВЕРЖДАЮ**  
 Директор \_\_\_\_\_ Копосова Т.Л.  
 “\_\_” \_\_\_\_\_ 2016 Г

---

Настоящая должностная инструкция разработана и утверждена на основании трудового договора и в соответствии с положениями Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность медицинских работников.

### **I. Общая часть.**

На должность старшего менеджера назначается лицо, имеющее стаж работы в ООО «БС» не менее года, знающий всю логистику движения пациентов для получения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, имеющий навыки организатора и продавца.

Назначается и увольняется директором в соответствии с действующим законодательством.

В своей работе руководствуется настоящей инструкцией, Правилами внутреннего трудового распорядка, Правилами и нормами охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты, Законом о защите прав потребителей, приказами и распоряжениями директора, приказами, распоряжениями, алгоритмами и бизнес-процессами по оказанию пациентам медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Непосредственно подчиняется директору ООО «Больница для всей семьи».

### **II. Обязанности.**

- Отвечает за организацию всего лечебно-диагностического процесса у пациентов, которым назначен хирургический вариант лечения выявленной патологии вне зависимости от специализации.
- Отвечает за организацию госпитализации пациентов в терапевтический стационар.
- Осуществляет Продажу медицинских программ в соответствии с прейскурантом медицинских услуг:
  - информирует пациентов о программах в соответствии с их потребностями при обращении пациента в регистратуру или Call центр;
  - инициирует продажу программ при получении пациентом медицинских услуг.
- Проводит опрос пациентов (анкетирование) о качестве обслуживания в нашей Клинике.
- Предупреждает, а в случае возникновения - разрешает конфликтные ситуации с пациентами.
- Разрабатывает и тиражирует весь необходимый информационный материал для реализации процесса оказания хирургической помощи, госпитализации в терапевтический стационар, продажи программ прикрепления для пациентов, сотрудников клиники и внешних совместителей.
- Контролирует работу менеджера и администратора.
- Составляет график работы старшего менеджера и менеджера.

- Ежедневно анализирует свою работу и докладывает о ее результатах директору.

### **III. Права.**

Старший менеджер имеет право:

Отдавать распоряжения работникам Регистратуры и контролировать их выполнение.

- Получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей.
- Принимать решения в пределах своей компетенции.
- Вносить предложения директору по улучшению организации и условий труда и обслуживания пациентов.

### **IV. Взаимоотношения (связи по должности).**

Непосредственно подчиняется директору.

Взаимодействует с заместителями директора по направлениям деятельности.

Распоряжения старшего менеджера являются обязательными для сотрудников Регистратуры.

### **V. Ответственность.**

Несет личную ответственность за нечеткое или несвоевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей инструкцией и Правилами внутреннего трудового распорядка.

<p><u>Примечание.</u> Директор предприятия оставляет за собой право расширения функциональных обязанностей при изменении и расширении форм работы предприятия.</p>
--

С инструкцией ознакомлена, один экземпляр на руки получила

: \_\_\_\_\_  
(подпись)                      (расшифровка подписи)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**ООО « Больница для всей семьи»**  
**426000 г.Ижевск, ул. Шумайлова 20 «а»**  
**Тел. 65-51-51**

---

**О менеджменте качества медицинской помощи в ООО «БС»**

Во исполнении Конституции РФ, ФЗ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Приказа МЗ РФ от 5 мая 2012 г. N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», Приказа МЗ РФ № 154 от 21.05.02 «О введении формы учета клинико-экспертной работы в лечебно-профилактических учреждениях» и других нормативно-правовых документов

**Приказываю:**

1. Утвердить

- Положение о менеджменте качества медицинской помощи в ООО «БС» (приложение № 1)
- Положение о врачебной комиссии по управлению качеством медицинской помощи в ООО «БС» (приложение № 2)
- Состав врачебной комиссии по управлению качеством медицинской помощи в ООО «БС» в составе:

**Состав врачебной комиссии**

**Председатель комиссии**

Глухих А.П. – заместитель директора по медицинской работе, врач-онколог

**Заместители председателя комиссии**

Копосова Т.Л. – директор медицинского учреждения, врач-онколог

Короткова М.Н. – заведующая гинекологическим отделением, врач-акушер-гинеколог

**Члены комиссии:**

Баканова Н.В.. – старший терапевт, врач-терапевт

Козлова Т.Л. – врач-терапевт

Савельева Т.П. – заведующая педиатрическим отделением, врач-педиатр

Неустроева В.В. – заведующая отделением отоларингологии, врач-отоларинголог

**Секретарь комиссии**

Сурайкина И.П. – старший медицинский статистик

2. Заместителю директора по медицинской работе, заведующим отделениям, лечащим врачам, среднему медицинскому персоналу принять приказ к исполнению и обеспечить управление качеством медицинской помощи в соответствии с настоящим приказом.

3. Использовать методику определения уровня качества оказания медицинской помощи и показатели оценки качества и эффективности оказания медицинской помощи населению по уровням, изложенным в «Положении о ведомственном контроле качества медицинской помощи в ЛПУ г. Ижевск»

4. Врачам-экспертам для изучения удовлетворённости пациентов качеством оказываемой медицинской помощи проводить анкетирование 2 раза в год.

5. Контроль над исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по медицинской работе Глухих А.П.

Директор \_\_\_\_\_ Т.Л. Копосова

## **ПОЛОЖЕНИЕ О МЕНЕДЖМЕНТЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ООО «Больница для всей семьи»**

### **1. Общие положения**

**1.1** Настоящее положение разработано в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»; ФЗ № 165 от 16.07.99 «Об основах обязательного социального страхования» и другими нормативно-правовыми законодательными актами.

**1.2** Принципы менеджмента качества:

- Ориентация на потребителя.
- Лидерство руководителя.
  - Вовлечение сотрудников в управление качеством на идейном и материальном уровне.
  - Процессный подход (порядок взаимодействия внутри ЛПУ должен быть так отработан, чтобы приказы руководителя были необходимы только в исключительных случаях)
- Системный подход.
- Принцип постоянного улучшения.
- Принятие решения на основе анализа фактов.
- Взаимовыгодные отношения с поставщиками (аутсорсинг).

**1.3** Составляющие менеджмента качества:

- Планирование качества.
- Обеспечение качества.
- Управление качеством.
- Улучшение качества

**1.4** Цели и задачи менеджмента качества медицинской помощи:

- обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объёма и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов и применения современных медицинских технологий
- реализация прав пациентов на охрану здоровья, гарантированного Конституцией РФ

**1.5.** Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определённой технологии с целью достижения конкретных результатов.

**1.6.** Система контроля состоит из следующих элементов:

- оценки состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов ООО «БС»
- экспертизы процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам по результатам оценки амбулаторных карт и другой медицинской документации
- изучение удовлетворённости пациентов от их взаимодействия с системой медицинского обслуживания (по результатам анкетирования)
- расчёта и анализа показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи
- выявления и обоснования дефектов, врачебных ошибок и других факторов, повлёкших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи
- выбора наиболее рациональных управленческих решений и проведение оперативных корректирующих воздействий
- контроля над реализацией решений.

## **2. Организация и порядок проведения управления качеством медицинской помощи в ООО «БС»**

**2.1.** Установить три ступени управления качеством:

Самоконтроль врача.

Самоконтроль врача включает в себя:

- контроль за соблюдением МЭС

- контроль за соблюдением требований по ведению первичной медицинской документации
- контроль за выполнением назначений лечащего врача пациентом

I – ступень член ВК, врач (по профилю нозологической формы)

II ступень зам директора по медицинской работе

III ступень - врачебная комиссия по управлению качеством

Комиссии и советы работают в составе врачебной комиссии (далее по тексту ВК) по управлению качеством по утверждённым планам:

- амбулаторно-поликлинический совет
- совет медицинских сестёр
- комиссия по профилактике ВБИ

**2.2** Экспертиза проводится по отдельным законченным случаям или оказанной медицинской услуге, при необходимости проводится очная экспертиза.

**2.3** Экспертному контролю подлежат в обязательном порядке:

**ответственный за экспертизу санитарно-эпидемиологического режима заместитель директора по сестринскому делу;**

- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений

**ответственный за экспертизу – заместитель директора по медицинской работе**

- все случаи лечения по листкам нетрудоспособности;
- случаи расхождения диагноза поликлиники и стационара;
- случаи повторной госпитализации, необоснованной госпитализации;
- случаи осложнений лечения;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов и их родственников;
- случаи заболеваний с удлинёнными и укороченными сроками лечения;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста
- все прочие случаи оказания медицинской помощи подвергаются экспертной оценке, методом случайной выборки

**2.4 I ступень контроля качества.** Член ВК, врач (по профилю нозологической формы) оценивает качество медицинской помощи отдельного врача, анализируя не менее 5 амбулаторных карт еженедельно на каждого врача; проводит экспертизу по утверждённой схеме всех случаев осложнений лечения, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, отклонений от протоколов ведения пациентов и ориентировочных сроков ВН при заболеваниях и травмах. По законченным случаям лечения определяет коэффициент «уровень качества лечения». Уровень качества лечения I ступени определяется по каждому врачу и отделению в целом и регистрируется в электронном журнале. В амбулаторной карте ставится дата проверки и подпись проверяющего.

**2.4.1.** Состав и зоны ответственности экспертной группы:

**Старший терапевт** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделам: кардиология, гастроэнтерология, эндокринология, неврология, аллергология-иммунология, инфекционные болезни, дерматовенерология, терапевтический стационар (сплошной 100,0% контроль)

**Заведующий отоларингологическим кабинетом** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделу отоларингология

**Заведующий педиатрическим отделением** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделу педиатрия, детская эндокринология, детская, хирургия, детская андрология-урология, детская кардиология, аллергология-иммунология детская, неврология детская

**Заведующий гинекологическим отделением** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделу гинекология, онкогинекология, гинекология эндокринологическая, детская гинекология, оперативная гинекология (сплошной контроль амбулаторных и стационарных операций).

Наряду с еженедельным контролем 5-и амбулаторных карт на каждого врача осуществляет сплошную экспертную оценку индивидуальных карт беременных (100,0%) на сроках: 11-12 нед., 21-22 нед., 28-30 нед., 35-36 нед.

**Заместитель директора по медицинской работе** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделу хирургия (в том числе сердечно-сосудистая, общая, онкология, косметология хирургическая, эндоскопическая хирургия), офтальмология, эндоскопия. Проводит сплошной контроль над документацией со случаями ЭВН.

**Директор предприятия** осуществляет контроль над врачами-специалистами по разделу андрология-урология, проктология

**2.4.2.** Член ВК, врач (по профилю нозологической формы) ежемесячно отчитывается перед заместителем директора по медицинской работе разделу об итогах проделанной работы.

**2.5 II ступень контроля качества** медицинской помощи - заместитель директора по медицинской работе проводит сплошной контроль случаев ЭВН с разбором итогов на оперативных совещаниях. При проведении проверок оценивается качество и эффективность проведённых лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, своевременность назначения консультаций специалистов, организации консилиумов, обоснованность госпитализации, адекватность затраченных средств, достигнутому результату.

Заместитель директора по медицинской работе проводит выборочно текущий контроль качества медицинской помощи и контроль по законченным случаям

**На II ступени** контроля оценивается качество работы отдельных врачей целом. В случае выявления завышения УКЛ на первом уровне контроля - ранее выставленная оценка аннулируется.

**2.6 III ступень** - врачебная комиссия по управлению качеством медицинской помощи. Источником информации для III уровня могут быть материалы I и II уровней. Результаты III уровня контроля оформляются протоколом.

### **2.7 Оформление результатов экспертизы**

При проведении контроля КМП по «законченным» случаям:

- оформляется реестр экспертных случаев в электронном журнале «Контроль качества медицинской помощи»
- в результате статистической обработки результатов зафиксированных в журнале рассчитываются показатели, характеризующие качество и эффективность медицинской помощи. В обязательном порядке фиксируется причина, по которой снижен тот или иной показатель (ОД, ОДМ, ОЛМ, ОК)
- результаты проверки должны быть проанализированы, сделаны выводы. По результатам составляется аналитическая справка, отражающая выявленные недостатки и конкретные рекомендации. Результаты проверок доводятся до сведения проверяемых и администрации. Необходимо оценить влияние допущенных дефектов на конечный результат. Персонально (в зависимости от уровня контроля) оценивается работа зав отделением, зам директора по организации и проведению контроля КМП и оценки её эффективности.
- по результатам проверки накладываются штрафные санкции. Сумма штрафа составляет 100 рублей при отклонениях от 1,0 УКЛ на каждые 0,01

При проведении контроля на этапах лечения (промежуточный контроль)

- оформляется реестр экспертных случаев в электронном журнале текущих проверок.
- Результаты контроля оформляются аналитической справкой, обобщаются, суммируются, указывается абсолютное количество выявленных дефектов и их процент.

## **ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ООО «БС»**

### **1 .Общие положения**

- 1.1 Врачебная комиссия (далее по тексту ВК) по контролю качества создаётся в соответствии с приказом директора.
- 1.2 ВК организуется для коллегиального обсуждения и принятия решений по созданию системы обеспечения и управлению качеством медицинской помощи в поликлинике, а также для решения конфликтных ситуаций и претензий больных и заинтересованных организаций, возникающих в процессе оказания медицинской помощи.
- 1.3 Комиссия по контролю качества возглавляется заместителем директора по ЭВН
- 1.4 В состав комиссии входят ведущие специалисты от 3 до 10 человек. При необходимости могут быть включены работники кафедр и специалисты города по гражданско-правовому договору. Председатель комиссии для каждого случая, требующего экспертного контроля, определяет состав комиссии по основному профилю данного случая, устанавливает сроки подготовки материалов и дату проведения ВК
- 1.5 При комиссионном рассмотрении и проведении экспертной оценки работы специалистов или подразделений, присутствие проверяемых лиц обязательно.
- 1.6 Решение комиссии принимается большинством голосов и вносится в журнал протоколов ВК
- 1.7 Копии заключений ВК, заверенные печатью, выдаются по требованию пациента, либо в другие организации и учреждения в установленном законом порядке.

### **2. Функции врачебной комиссии**

- 2.1 Проводит экспертную оценку качества и эффективности лечебно-диагностического процесса.
- 2.2 Оценивает конечные результаты деятельности специалистов и структурных подразделений.
- 2.3 Готовит рекомендации главному врачу по повышению качества и эффективности лечебно-диагностического процесса.
- 2.4 Принимает решение при поступлении исковых заявлений и претензий пациентов и СМО по вопросам качества и эффективности лечебно-диагностического процесса, оценки состояния здоровья пациента
- 2.5 Рассматривает представление судебных и правоохранительных органов по качеству предоставления медицинской помощи и готовит квалифицированный ответ, предоставляя на подпись главному врачу

### **3. Права врачебной комиссии**

- 3.1 Вносить предложение по улучшению организации деятельности поликлиники, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи.
- 3.2 Представлять по результатам экспертизы главному врачу заключения о соответствии специалистов занимаемой должности, о наложении дисциплинарных взысканий
- 3.3 Обращаться в иные учреждения и ведомства по вопросам входящим в компетенцию ВК.

### **4. Ответственность**

- 4.1 ВК несёт ответственность за достоверность, обоснованность, объективность результатов проведённой экспертизы в порядке установленном действующим законодательством РФ.