**В целях повышения качества диагностики, лечения и оформления медицинской документации, а также приведения ее к единому стандарту использовать указанные рекомендации по заполнению карты вызова**

Объем диагностических и лечебных мероприятий определяется стандартами скорой медицинской помощи.

**В графе «жалобы» указываются** болезненные ощущения пациента на момент обследования.

Первые указанные жалобы – основные, далее указываются ощущения в порядке уменьшения их выраженности.

Например: боль, с указанием характеристик боли, одышка с указанием затруднения вдоха или выдоха, слабость с указанием нарушения способности к самообслуживанию, головокружение с указанием положения (покое лежа или при ходьбе) и т.д.

В графе «жалобы» не писать:

- повышение АД, повышение температуры тела и т.д. - это интерпретация ощущений

- длительность болезненных ощущений, рвоту, кроме случаев рвоты на момент осмотра

 – это данные анамнеза

Формулировка: жалобы на головную боль, слабость, головокружение, является не полной без описания характеристик и фиксируется в карте дефектов.

**В графе «анамнез» указываются:**

При заболевании:

1. С чьих слов получены сведения (пациент, родственник, знакомый, сосед).
2. Время начала заболевания или обострения.
3. Симптомы, с которых началось заболевание или обострение.
4. Вероятную причину заболевания или обострения. Если пациент затрудняется указать возможную причину, следует активно уточнить возможные причины в соответствии с нозологией.
5. Динамику развития заболевания. Последовательно описываются симптомы и их характеристики в хронологическом порядке.
6. Наличие подобных состояний в прошлом с указанием даты их возникновения, длительности и обстоятельств их разрешения. Указываются сведения о лечении, в том числе в лечебном учреждении.
7. Лекарственные препараты, которые принимал пациент для купирования заболевания или обострения с указанием названия, дозы, времени приема, эффекте.
8. Если приступ купировался до приезда СМП указать время и обстоятельства купирования (эффект от лечения, самостоятельно, в покое и т.д.)
9. Сопутствующие заболевания. Если указывается ИБС, гипертоническая болезнь дополнительно обязательна ЭКГ, сахарный диабет – глюкозометрия, ОНМК, ЧМТ – неврологический статус.
10. Лекарственные препараты, которые пациент принимает постоянно с указанием названия, дозы, кем было назначено лечение, мнение пациента относительно его эффективности.
11. Всем женщинам старше 10 лет указывается гинекологический анамнез. Пример:

*«последние mens 10.04.2016, умеренные в срок, беременность отрицает»; «постменопауза более 10 лет»; «менархе не наступило». Менархе с 13 лет, установились сразу ( в течение года), регулярные (не регулярные) 28 дней по 5 дней, безболезненные (болезненные), умеренные, последняя менструация 12.05.2016 ( в срок), хроническую гинекологическую патологию и беременность отрицает.*

При травме:

1. С чьих слов получены данные
2. Время получения травмы.
3. Обстоятельства травмы: упал на улице, сбит автомобилем, избит неизвестными и т.д.
4. Механизм травмы: удар по голове, упал на вытянутую руку, в результате лобового столкновения (опрокидывания) автомобиля и т.д.
5. При травмах конечностей, особенно на фоне алкогольного опьянения, указать «травмы головы, грудной клетки, живота отрицает, потерю сознания отрицает»
6. Динамику состояния с момента травмы до момента обследования с указанием нарастания выраженности симптомов, появления дополнительных симптомов (тошноты, рвоты)
7. Факт употребления алкоголя, наркотиков, лекарственных средств с указанием вида, количества, времени.

При наличии данных, подозрительных на эпидемически опасное заболевание (ОРВИ, ГЭК, сыпи и др.) в анамнезе указать:

1. Когда и при каких условиях был контакт и инфекционным больным по возможности с указанием ведущего синдрома.
2. Сведения о подобных заболеваниях у родственников или знакомых
3. Сведения о приеме недоброкачественных продуктах с указанием вида продукта, места приобретения продукта, употребленном количестве, употреблении продукта другими людьми (родственники, знакомые), негативные последствия.

В случае отсутствия отягощающих данных в графе «анамнез» или «примечания» указать: *«контакт с инфекционными больными в течение недели, употребление недоброкачественных пищевых продуктов в течение суток отрицает»*

**В графе «эпиданамнез».**

При отсутствии данных за эпидемически опасное заболевание у пациента после уточнения факта посещения эпид. неблагополучных регионов за 3 года делается отметка в графе «нет».

При отсутствии данных за эпидемически опасное заболевание у пациента при посещении эпид. неблагополучных регионов за 3 года делается отметка в графе «да» В графе «примечания» или на отдельном листе (приложение) указываются подробные сведения о регионе пребывания, времени возвращения, профилактических прививках, получаемом противомикробном лечении. Пример*: «с 20.03.2016 по 30.03.2016 турпоездка в Буркина Фасо, в РК вернулся 02.04.2016, 10.03.2016 привит от желтой лихорадки, инф. заболевания, противомикробное лечение отрицает»*

**В графе «Инфекционные заболевания в анамнезе»** указываются заболевания, с контактным механизмом передачи.

При отсутствии в результате активного выяснения информации о заболеваниях делается отметка в квадрате «нет»

При наличии у пациента сведений о таких заболеваниях делается отметка в квадрате рядом с соответствующим заболеванием. Дополнительно указываются сведения о течении заболевания (ремиссии, рецидивах), получаемом лечении, диспансерном учете. Пример: *«со слов пациента с 1990 года состоит на Д-учете по поводу туберкулеза легких, последний рецидив в 1998, консервативное лечение в РПД №1 в 1998 г. в настоящее время данных за обострение заболевания не выявлено, спец. лечение отрицает»*

При наличии такой записи графе «лечение» следует указать принятые меры по обеспечению личной безопасности и проведенных профилактических мероприятиях.

пример описания профилактических мероприятий: *«проведены профилактические мероприятия по протоколу «туберкулез»*

**В графе «Обследования до лечения/после лечения»** обязательно слева указать время проведения исследования!

При глюкозометрии следует убедиться, что этот метод есть в стандарте диагностики при заболевании, которое Вы выставляете в диагнозе. Необоснованное проведение (равно как и отказ от проведения) будет считаться дефектом, и страховая компания может применить штрафные санкции. Если глюкозометрия проведена для исключения гипо или гипергликемии, следует указать: *глюкозометрия проведена для исключения гипо или гипергликемии.* В этом случае необходимо указать в жалобах *«слабость»* или в анамнезе СД

**В графе «ЭКГ»** слева следует указать время исследования!

При проведении ЭКГ исследования нужно помнить не только, что оно показано при данном заболевании, но и сколько раз нужно провести.

ЭКГ обязательно проводится при множественной травме грудной клетки, бронхиальной астме и других заболеваниях, где указана частота предоставления «1».

**Помните!** Любому пациенту с любым повышением АД показано ЭКГ! В стандарте диагностики острого аппендицита ЭКГ нет!

Описание ЭКГ должно включать:

1. ЧСС (переписать с ЭКГ ленты)
2. Источник ритма (синусовый, предсердный, атриовентрикулярный, желудочковый)
3. При отсутствии аритмии указать: «правильный»
4. Вид нарушения электической активности: трепетание (фибрилляция) предсердий, фибрилляция (трепетание) желудочков

Примечание: амплитуда более 5 мм – крупноволновая фибрилляция желудочков; менее 5 мм – мелковолновая фибрилляция. Экстрасистолия – более одной экстрасистолы любого происхождения на 20 нормальных комплексов.

Внимание: «мерцательная аритмия» не писать!

Пример 1 *«Нормальная ЭКГ»: ЧСС 76 в 1 мин, ритм синусовый, правильный, электрическая ось - нормальное положение, острой очаговой (коронарной) патологии не выявлено».*

Пример 2 «Фибрилляция предсердий» : ЧСС 90 в 1 мин, фибрилляция предсердий, электрическая ось отклонена влево, угол альфа-30 градусов, острой очаговой (коронарной) патологии не выявлено.

При ИМ или ОКС с подъемом ST при тромболизисе проводить ЭКГ минимум 3 раза:

1. Перед тромболизисом, (в графе «ЭКГ»)
2. Через 20 мин после начала тромболизиса (в графе St/localis)
3. При передаче дежурному врачу. (в графе St/localis)

Во всех случаях делать копии ЭКГ

Во всех случаях подробно описывать динамику ЭКГ!!! НЕОБХОДИМО ДЛЯ НАУЧНОГО АНАЛИЗА ТЛТ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**В графе «примечания»** указываются любые дополнительные важные данные о пациенте. Дополнительно следует регистрировать сведения организационного и правового характера:

1. Отсутствие названий улиц и нумерации домов
2. Отсутствие освещения
3. Обледенение
4. Заблокированные пути подъезда
5. Агрессивное поведение людей (собаки не на привязи)
6. Антисанитарное состояние квартиры (особенно при вызове к ребенку)

**В графе «Ф.И.О. подпись медработника»** в верхней графе подпись, в нижней графе Фамилия Имя Отчество руководителя бригады ПОЛНОСТЬЮ И РАЗБОРЧИВО!

**В графе «общее состояние»** указывать общее состояние в соответствии с критериями общего состояния (приложение «Критерии общего состояния») Общее состояние определяется в результате полного обследования.

Если у пациента АД 200/100 отметку в квадрате **«удовлетворительно»** не ставить!

**В графе «поведение»** - следует указать степень и характер психоэмоциональной и двигательной активности. Если пациент в без сознания в квадрате «спокойное» отметку не ставить. Рядом с «Поведение» указать «не определено». Отметку в графе «возбужденное» выставлять если пациент кричит, мечется в постели, громко стонет. Отметка в любой графе, кроме «спокойное» требует подробного описания признаков нарушения поведения графе «Дополнительные данные»

В графе «Сознание» следует указать по шкале Глазго (приложение «Определение сознания по шкале комы Глазго»

«Ясное» – шкала 15 баллов

Угнетено 14-8 баллов (оглушение 14-11 баллов; сопор 10-8 баллов)

Отсутствует 7-3 балла (умеренная кома 7-6 баллов; глубокая кома 5-4 балла; запредельная кома 3 балла)

Внимание! Меньше трех баллов не писать!

Если у пациента с АО речь, как у пьяного V-4, отметку делать в «Угнетено»

Обязательно! при нарушении сознания всегда описывать неврологический статус и исключать травмы головы в анамнезе и при осмотре

*На одной из станций СМП РК был случай, когда пациент с АО через 10 часов умер от субдуральной гематомы!*

**В графе «запах алкоголя»** Указывается наличие запаха алкоголя в выдыхаемом пациентом воздухе. Следует избегать прямого воздушного потока при выдохе пациента. Определять следует сбоку, можно расположить ладонь, направив выдыхаемый воздух в свою сторону. Данное исследование исключается при сомнениях относительно риска инфекций с воздушным механизмом передачи, то есть всегда. Возможна диагностическая ошибка с отметкой в графе «есть» при определении запаха алкоголя, в результате испарения с поверхностей (одежда, предметы).

Если в анамнезе указано употребление алкоголя, но явного запаха нет, указать «не определено», но не ставить отметку в квадрате «нет».

Во всех случаях отметки «есть» описывать неврологический статус и исключать ЧМТ.

**В графе «кожные покровы»**

У европеоидов нормальная кожа определяется как «бледно-розового цвета».

При отметке в любой клетке кроме **«нормальные»** рядом с определением цвета следует указать «общая». Если такого указания нет, в дополнительных данных указывается локализация изменений цвета коже по анатомическим ориентирам. Например: *«выраженный цианоз лица, шеи, надключичных областей»* или *«мраморный цвет нижней трети бедра, голени и стопы слева»* В этом случае обязательно указывать, что остальные кожные покровы бледно-розового цвета. Допустимо отмечать **«Кожные покровы»** в квадрате «нормальные», а в **«St/localis»** описывать местные изменения.

**В графе «Т тела»** указывается температура тела в подмышечной впадине. Если указывается «36,6» то дополнительно следует проводить обработку термометра или писать, что *термометрия проведена термометром пациента.*

Если Вы считаете, у пациента нормальная температура, то это не основание писать «36.6»

**Важно!** Термометрия при многих заболеваниях и травмах не входит в стандарт диагностики, ее проведение может быть интерпретировано как не показанное исследование**.**

**В графе «зрачки»**

При исключении заболеваний, отравлений, травм при которых характерно изменение зрачков. Отмечать «нормальные»

Двусторонне расширение зрачков возможно при поражении центральной нервной системы: повышение внутричерепного давления (сотрясение головного мозга, мигрени), эпиприступ, отравление алкоголем и др.

Двусторонне сужение зрачков возможно при отравлении опиатами, в начальных стадиях менингита, уремии и др.

**В графе «реакция на свет»**

В норме отмечаем **«есть»**

Реакция зрачков не определяется при генерализованном эпиприступе, клинической смерти, тяжелых поражениях мозга при отравлениях, травмах – указываем **«нет».**

**Важно!** У пациентов с искусственными хрусталиками при реанимации зрачки могут оставаться узкими при биологической смерти.

**В графе «нистагм»** (непроизвольные колебательные движения глаз с высокой частотой) при отсутствии поражений мозга, отравлений указывать **«нет».** При указании **«да»** в местном статусе описывать вид нистагма: по направлению, симметричности, характеру, интенсивности. *Пример: нистагм горизонтальный, ассоциированный, мятникообразный, среднекалиберный.*

**В графе «мышечный тонус»**

Определяется мышечный тонус путем пассивных движений в суставах верхних и нижних конечностей с обеих сторон. Если пациент во время пассивных движений удерживает конечность, но сопротивления не оказывает, указываем **«нормальный».** Если конечность «безжизненно» падает – **«сниженный».** Если определяется мышечное сопротивление – **«повышенный».** Если тонус ассиметричен, подробно описывается неврологический статус.

**В графе «очаговые неврологические симптомы»**

Если в стандарте есть деятельность - «исследования чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы» указать **«нет»** допустимо только после описания неврологического статуса. Если определяются очаговые неврологические симптомы, то указать **«да»** и описать неврологический статус.

**В графе «менингеальные знаки»**

Менингеальные знаки – это очаговые проявления менингеального синдрома (головная боль, рвота, общая гиперэстезия). По показаниям определяются: ригидность затылочных мышц, Симптомы Кернига, Брудзинского, Гийена, Мейтуса, Фанкони, Ляйхтенштейрна, «треножника», Лесажа, напряжение большого родничка и др. (приложение «Определение менингеальных симптомов»). При отсутствии очаговых менингеальных симптомов указывать **«нет».** При указании **«да»** в местном статусе описывать выявленные менингеальные знаки.

**В графе «одышка»**

Одышка при объективном обследовании определяется, как видимое затруднение дыхания. Оценивается шумность дыхания, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры, увеличение ЧДД более 20 в 1 мин (у взрослых). Если пациент жалуется на одышку, то это не означает, что обязательно будут объективные признаки одышки и наоборот, жалоб на одышку может не быть, но объективные признаки определяются. Если есть объективные признаки одышки, указываем **«да».** Если нет объективных признаков одышки, указываем **«нет»**.

**В графе «ЧДД»** указывается частота дыхательных движений в одну минуту. Подсчет ЧДД следует проводить без предупреждения пациента, что бы исключить произвольное искажение. При ритмичном дыхании длительность определения ЧДД не менее 30 сек с указанием удвоенного результата. При нарушении ритма дыхания подсчет ЧДД не менее 1 мин. Пример: *18 в 1 мин*

**В графе «Дыхание»**

Если дыхательные циклы (вдох+выдох) по времени одинаковы то указываем **«ритмичное**». Если определяется патологический тип дыхания: Чейн-Стокса, Биота, гаспинг, апнейзис, атактическое дыхание указывать **«аритмичное»** с расшифровкой типа патологического дыхания. Отсутствие дыхания в течение 1 минуты отмечается **«нет».**

В графе «аускультация»

У пациента с отсутствием патологии дыхательной или сердечнососудистой системы обычно дыхание **«везикулярное»** **«Жесткое»** дыхание определяется у пациентов с бронхообструктивным синдромом (хронический бронхит, бронхиальная астма, левожелудочковая недостаточность). **«Ослабленное»** дыхание с двух сторон определяется при пневмонии, отеке легких и др. Односторонне ослабление дыхания возможно при плеврите, опухоли легкого, пневмотораксе, ателектазе, односторонней пневмонии и др.

**«Бронхиальное»** дыхание определяется в первой стадии пневмонии, компрессионном ателектазе и др. «**Пуэрильное»** дыхание у детей до 7 лет – усиленное везикулярное. При одностороннем ослаблении дыхания указывается зона ослабления. *Пример: при сравнительной аускультации жесткое, ослабленное дыхание в левом легком на уровне 7-11 ребер.*

**В графе «хрипы»**

Хрипы – звук, возникающий при движении воздуха через бронхи содержащим секрет различной вязкости. Вязкий секрет – сухие (бронхит, астма), жидкий – влажные (бронхопневмония, бронхоэктазы). Если указываются **«есть»** в местном статусе описывать вид, локализацию, изменение при покашливании, отсутствие зависимости от надавливания на грудную стенку. *Пример: над симметричными поверхностями обоих легких ниже 3 ребра определяются влажные хрипы, ослабевающие после покашливания, не связанные с надавливанием на грудную стенку.* Крепитация – звук, напоминающий хруст на вдохе при 1-3 стадии крупозной пневмонии, застойной сердечной недостаточности, пневмосклерозе. При покашливании не меняется. Если определяется крепитация указывается «есть». Пример: *в нижних отделах обоих легких при вдохе крепитация, при кашле и надавливании на грудную стенку без изменений.*

**В графе «границы сердца»**

Границы сердца часто расширены при гипертонической болезни, ИБС, за счет гипертрофии левого желудочка. При перикардите расширение за счет скопления жидкости в сердечной сумке. Смещение границ сердца определяется при пневмотораксе.

Пример описания неврологического статуса

1. Употребление алкоголя: резкий запах алкоголя изо рта, походка шаткая, речь смазанная.

Если рука не действует. В связи с тяжестью состояния расписаться не может, разрешение на осмотр получено устно. Подпись.

Если в коме. В связи с тяжестью состояния решение об осмотре принято самостоятельно. Подпись.

Если ребенок. Осмотр в присутствии родителей в графе жалобы.

Жалобы

1. Детям до года во всех случаях Лесажа после года Мейтуса

ОРВИ – носовое дыхание умеренно затруднено, скудное отделяемое слизистое скудное.

ВСД (Ж90.9) отмечается выраженный смешанный демографизм, гипергиидроз обоих лодоней, пациент эмоционально лабилен, тревожно мнителен. Наблюдается у невролога по месту жительства по поводу ВСД.

На основании сатурации

Детский анамнез: ребенок от первой беременности первых родов, привит по возрасту (до трех лет) либо по индивидуальному графику, масса при родах, масса на момент осмотра (со слов либо по справочнику).

Исключить непоказанное назначение димедрола, дротаверина, папаверина, магнезии и др.