|  |  |
| --- | --- |
| КГП на ПХВ «Областной центр скорой медицинской помощи» | **Стандартная операционная процедура А-1.1** |
| **Название СОП:** | Порядок оформления карты вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Разработчики:** | **Утверждено** | Байгулов М.Ш. |
| 1.Кашемирова С.А.- зам.гл. врача по мед.части | **Дата утверждения** | **15.01.2014** |
| 2.Вовк В.И.-  врач- эксперт | **Согласовано** | Подпись менеджера по качеству |
| 3.Самойленко С.А.- зав. подстанцией | **Дата согласования** | **15.01.2014** |
| 4. | **Ответственный за исполнение** | Подпись руководителя структурного подразделения |
| 5. | **Введен в действие** | **15.01.2014** |
| 6. | **Сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры** | **(должность)** |

1. **Определение**

Карта вызова бригады станции/ отделения скорой и неотложной медицинской помощи является юридическим документом, подтверждающим выезд бригады скорой медицинской помощи и оказание помощи больному или пострадавшему.

1. **Ресурсы**

1) 1.Форма № 110/у «Карта вызова бригады станции скорой медицинской помощи»

1. **Документирование**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации» № 1463 от 05 декабря 2011 года.

# 2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения».

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении форм первичной медицинской документации» №907 от 23 ноября 2010 года.

4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении стандартов организации оказания скорой медицинской помощи и медицинской помощи в форме санитарной авиации в Республике Казахстан» №365 от 26июня 2013года.

1. **Процедуры:**

Карта вызова разборчиво заполняется у постели больного врачом (фельдшером 1) и сдается старшему врачу смены (заведующему подстанции) в свободное от вызовов время.

На титульной стороне карты вызова в типичной карте вызова станции скорой помощи предусмотрено 4 окна:

На свободной части титульной стороны карты вызова заполняется автоматически или по рации прописью. Включает в себя номер вызова, адрес, фамилию, возраст больного или пострадавшего, повод к вызову, кто вызывает скорую помощь и номер телефона вызывающего. Врач (фельдшер) обязан четко отметить время приема вызова, передачи ему вызова диспетчером, выезда бригады и прибытия к больному или пострадавшему и окончание обслуживания вызова.

1. Окно:

* Четко записать данные больного или пострадавшего: фамилию, имя, отчество, домашний адрес, номер квартиры, подъезда, код входа; если приезжий -место постоянного проживания и адрес временного пребывания в данном населенном пункте; место работы, должность.
* Возраст – отмечается двузначной цифрой (например: 05лет, 54 года). Если ребенку нет 1 года, то возраст обозначается 00 и вписывается количество месяцев или дней со дня его рождения. Необходимо указать точно день, месяц, год рождения.

1. Окно:

* Заполнить в случае отказа больного от осмотра, оказания помощи,

предложенной госпитализации, заполняется графа с указанием ФИО

больного (пострадав) или опекуном (попечителем).

1. Окно:

* Округлением в зависимости от пола пациента отметить соответствующую букву.
* Округлением обозначения отметить нет - обозначается первичный вызов, обозначением да – повторно поступивший (означает, что за данные сутки вызов к этому больному поступает вторично).
* Вписать код результата вызова
* Вписать код диагноза 1:
* Вписать код диагноза 2: осложнения
* Вписать код - вид травмы
* Округлением обозначения да отметить – в состоянии алкогольного опьянения, обозначением нет - не находится в алкогольном опьянении.
* Вписать время доезда бригады СМП
* Вписать время освобождения от обслуживания вызова.
* Вписать после интервьюирования пациента (при необходимости) код 555 – несвойственный вызов.

4. Окно

* Вписать дату обслуживания вызова

1. Вписать № дежурной бригады
2. Вписать ФИО код врача (фельдшера 1) бригады
3. Вписать ФИО код фельдшера 2
4. Вписать ФИО водителя санитарной машины
5. В случае необходимости посещения больного бригадой СМП подчеркнуть актив, указать № бригады, время
6. В случае необходимости посещения больного участковым врачом подчеркнуть актив, указать организацию ПМСП.
7. В случае необходимости заполнить графу дополнительная информация к вызову.
8. В случае доставки больного в ЛПУ, указать аббревиатуру медицинской организации, время доставки больного (пострадавшего), время передачи больного дежурному врачу ЛПУ.
9. Отметка окна экспертной оценки производится старшим врачом дежурной смены ( заведующим отделения), заместителем главного врача по МЧ.
10. Своей подписью старший врач смены подтверждает свое согласие не только правильность заполнения всей карты, но и с диагностической и лечебной тактикой врача или фельдшера.

14.На оборотной стороне карты вызова описываются жалобы больного, **при этом выделить основные жалобы явившиеся причиной вызова бригады скорой медицинской помощи и общие. На основании предъявленных жалоб предположить, о поражении какой системы идет речь ( дыхания, кровообращения, пищеварения и.т.д..) и расспросить есть ли ещё жалобы, характеризующие патологию данной системы, но о которых больной не упоминал, и если есть, то записать эти жалобы.**

**Детализировать жалобы:**

**- в отношении болей необходимо выяснить: локализацию, связь с физической нагрузкой, нервно психическим перенапряжением, актом дыхания, приёмом пищи (острой, грубой, жирной), характер болей (острые, тупые, сжимающие, схваткообразные);**

**- в отношении кашля установить сухой или с мокротой, (характер мокроты, консистенция, цвет, запах, примесь крови);**

**- по поводу рвоты необходимо выяснить её частоту, характер рвотных масс (съеденной пищей, желчью), цвет (кофейной гущи, с примесью свежей крови), запах.**

**Отметить интенсивность симптомов, периодичность, время возникновения.**

**Расспросить о функции всех органов и систем и, если есть дополнительные жалобы, внести их в раздел жалоб согласно нижеследующей схему.**

**Опрос по системам и органам.**

**В карту вызова записываются только имеющиеся жалобы с их детализацией, Не следует повторно излагать жалобы уже повторно указанные выше.**

**Общее состояние:**

**- самочувствие, недомогание, утомляемость, снижение трудоспособности, зябкость, ознобы, потливость, чувство жара, повышение температуры, похудание, полнота (необходимо уточнить в какой степени и давно ли?)**

**Органы дыхания:**

**- дыхание через нос свободное, затруднённое, полное невозможность дыхания через нос, ощущение сухости, «насморк» - выделения из носа (количество, характер, запах); ощущение сухости и боли в гортани при разговоре, глотании; голос громкий, сиплый, отсутствие голоса.**

**- боли в грудной клетке их локализация, характер болей (острая, тупая, колющая, ноющая, стреляющая) интенсивность,**

**влияние на них движения, положения тела, дыхания и кашля, их иррадиация.**

**-одышка: постоянна или периодическая, появление или усиление одышки при быстрой ходьбе, при подъёмах на лестницу, сила и продолжительность одышки, появление и усиление в горизонтальном или вертикальном положении, затруднён вдох или выдох.**

**- удушье: время проявления, сила, продолжительность, сопутствующие явления.**

**- кашель и его особенности: постоянный или периодический, сухой или с мокротой и её характер. Мокрота отходит свободно или с трудом, равномерно или после особо сильных приступов, время отхождения. (утро, день, ночь), количество (за сутки и за один раз), консистенция, запах и цвет её, выделение в зависимости от положения больного.**

**- кровохарканье: время появления, интенсивность, чистая кровь или смешанная с мокротой, количество крови, характер (жидкая или сгустками) цвет (алый, чёрный, жёлтый).**

**Сердечно - сосудистая система:**

**Болевые ощущения в области сердца и за грудиной;**

**- характер –неприятные ощущения, чувство сжатия, стеснения, жжения, удушья, тяжести;**

**- локализация боли - наиболее типичная за грудиной, чаще в верхней части, симптом «сжатого кулака»;**

**- интенсивность (выраженность от умеренной до нестерпимой);**

**- продолжительность- (чаще 3-5мин);**

**- постоянные или приступообразные ( имеют начало и конец, нарастают постепенно, прекращаются быстро, не оставляя неприятных ощущений;**

**- иррадиация – в шею, плечи, руки, нижнюю челюсть чаще слева, эпигастрии или спину. Иногда может быть только иррадиирующая боль без загрудинной;**

**- условия возникновения - физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, на холоде при обильной еде или курении и при каких мероприятиях успокаиваются;**

**- однотипность;**

**- сопутствующие боли симптомы и поведение больного – одышка, слабость, сильная усталость, головокружение, тошнота, потливость, тревого, спутанность сознания или обмороки, м.б. положение больного застывшее или возбуждение;**

**- давность и характер течения заболевания, динамика симптомов.**

**Сердцебиение –постоянные или приступами «перебои» сердца, длительность, связь с физическим напряжением, движениями, волнениями, в покое, после приёма пищи, горизонтальном положении, при изменении внешней температуры,**

**Одышка в покое или при физическом напряжении, в каком положении уменьшается (в вертикальном, сидя, горизонтальнгом).**

**Отёки – их локализация, особенности появления (утром, вечером), постоянные или исчезающие, интенсивность их появления, связь с приёмом жидкости, тяжесть в области правого подреберья.**

**Система пищеварения.**

**Аппетит: хороший, посредственный, отсутствие аппетита, жадность к еде, извращение аппетита. Отвращение к пищи, (особенно к мясной), быстрая насыщаемость.**

**Вкус: неприятный вкус во рту, горький вкус, сладкий, металлический, отсутствие, извращение вкуса.**

**Сухость во рту: при волнении, жажде, лихорадочном состоянии.**

**Слюнотечение: умеренное, обильное.**

**Глотание: свободное, болезненное, невозможное, затруднительное глотание при спазмах пищевода, стойкость - при рубцовом сужении пищевода, нарастающее затруднённое глотание при растущей опухоли, затруднённое глотание сухой или жидкой пищи.**

**Отрыжка: пустая (воздухом), горькая, кислая, тухлым яйцом, пищей. Время появления, интенсивность, продолжительность. Чем облегчается? Срыгивание.**

**Изжога: частота появления, интенсивность, продолжительность. Зависит от приёма и рода пищи. Положения тела.**

**Тошнота: частое появление, продолжительность, зависимость от рода пищи, натощак, при головокружении, при изменении положения тела, нарушении равновесия.**

**Рвота: натощак или после еды, через какое время после еды, связь с характером пищи, приёмом лекарств. Количество удалённого рвотой желудочного содержимого. Характер рвотных масс – не переваренные куски пищи, съеденной задолго до рвоты, пенистые рвотные массы, желтовато-зелённого цвета их от примеси желчи, примесь крови к рвотным массам, в каком количестве и виде, рвота чистой кровью, в виде кофейной гущи, каловая рвота жёлтого или тёмно-бурового цвета с каловым запахом. Облегчение после рвоты.**

**Неприятные ощущения в подложечной области: появление их от характера пищи или в зависимости от качества и количества пищи.**

**Боли в животе: локализация и характер боли. Интенсивность боли- сильные, слабые, очень сильные.**

**Иррадиация болей: отдающая в позвоночник, под правую лопатку в правое плечо. Условия, при которых появляются боли: связь с характером, количеством и качеством принятой пищи.**

**Через сколько времени после приёма пищи появляется боль. Боль натощак или голодные боли. Ночные боли.**

**Продолжительность болей: проходит ли боль после приёма пищи или жидкости, после приёма каких либо лекарственных препаратов, после рвоты или отхождения газов. Влияние перемены положения тела и движений на усиление, ослабление и прекращения болей.**

**Периодичность болей: длительность светлых промежутков, связь с временами года.**

**Чем сопровождаются боли: тошнотой, рвотой, повышением температуры, головными болями, расстройством стула (запор, понос), задержкой газов, дегтеобразный стул.**

**Неприятные ощущения в животе: вздутие, ощущение переливания, урчания. Боли острые, режущие, тупые, ноющие, постоянные, схваткообразные.**

**Деятельность кишечника: число испражнений, если стул бывает не ежедневно, то через сколько дней. Действия кишечника самостоятельно, с клизмой или слабительными. Чувство не полного опорожнения. Понос с указанием частоты испражнений. Непроизвольные испражнения.**

**Стул: оформленный, кашицеобразный, жидкий, твердый, «овечий», примесь крови, слизи. Боли при акте дефекации. Тенезмы. Зуд в области ануса. Выпадения прямой кишки.**

**Отхождения газов: умеренное, обильное, без запаха, с гнилостным запахом.**

**Система женской половой сферы.**

**Первое знакомство врача с больной должно начаться с выяснения вопроса – что привело её к врачу? Описываются и детализируются все жалобы на момент первичного осмотра, касающейся как половой так и других органов. При наличии болевого синдрома обязательным является конкретизация характера и локализации болей, наличие либо отсутствие иррадиации, эффекта от применения лекарственных препаратов, наличие связи с менструальной и сексуальной функцией.**

**Жалобы больных с гинекологической патологией могут быть объедены в следующие группы: а) боли, их локализация, характер, продолжительность, иррадиация, предполагаемая причина, зависимость от различных условий (травм, физическая нагрузка, месячные, дефекация, простуда, половые связи, перемена погоды и т.д.); б) изменения месячных-кровотечения цикличные, связанные с менструацией (меноррагии) и ациклические, не связанные с менструацией (метроррагии); в) бели – количество (умеренные, обильные, скудные), цвет, консистенция,) жидкие, густые, сливкообразные, пенистые), запах, примеси – (кровь, гной), г)бесплодие, привычные выкидыши; д) чувство опущения или выпадения половых органов; е)расстройство половой функции;**

**ж) расстройство мочеиспускания и дефекации; з) прощупывание опухолей;.и) общее плохое самочувствие головные боли, приливы, колебания АД.**

**Система мочеиспускания**

**Боли в поясничной области справа, слева постоянные или приступообразные; характер болей – тупые, тянущие, ноющие, схваткообразные; при каких условиях возникают (длительная ходьба, переохлаждение, тряская езда). От чего боли успокаиваются. Иррадиация болей: по ходу мочеточников, к мочевому пузырю, в мочеиспускательный канал, в яички (у мужчин).**

**Мочеиспускание: свободное, затруднительное, болезненное, учащенное. Боли при мочеиспускании в мочевом пузыре, боль резь, жжение в мочеиспускательном канале во время и в конце мочеиспускания. Изменение струи мочи,**

**Моча: цвет мочи, прозрачность, примеси гноя, слизи, кровь.**

**Отёки: век, лица, общие.**

**Опорно-двигательный аппарат.**

**Боль в конечностях, суставах, мышцах. Как часто обостряются и с чем связано обострение. Сопровождаются ли боли с покраснением суставов, нет ли хруста в суставах; движения в суставах свободные, ограниченные. Мышечная сила.**

**Нервная система.**

**Самохарактеристика; спокойный, «нервный», вспыльчивый, раздражительный, общительный, замкнутый, мнительный.**

**Память: хорошая, снижена.**

**Сон: нормальный, нарушенный, тревожный, сонливость, беспокойство.**

**Головные боли: характер, частота, длительность, время появления болей в течении суток, локализация.**

**Головокружение: частота, интенсивность, обмороки,**

**Судороги: Характер судорог, нарушение восприятий, галлюцинации (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые).**

**Для диагностики инсульта проводят тест «Лицо, Рука, Речь». Этот тест состоит из 3-х заданий.**

**1. Больного просят улыбнуться, оскалить зубы. При инсульте отмечается ассиметрия лица.**

**2. Просят больного поднять и удержать в течении 5сек. обе руки на 90 градусов в положении сидя и на 45 градусов в положении лёжа. При инсульте одна из рук опускается.**

**3. Просят пациента произнести простую фразу. При инсульте больной не может четко и правильно выговорить эту фразу, Речь не разборчива.**

**Помимо этого теста выявляют другие симптомы:**

**- необъяснимое нарушение зрения;**

**- онемение (потеря чувствительности) в какой лтбо части тела, особенно на одной половине тела;**

**- остро возникшее выраженное головокружение, неустойчивость и шаткость, нарушение координации движений;**

**- нарушение глотания, поперхивание, гнусавость голоса;**

**- судорожный припадок или какое-либо другое нарушение сознания;**

**- необычно тяжёлая, внезапно развивающаяся головная боль, рвота.**

15.Вписывается анамнез основного заболевания необходимый для постановки диагноза. **Путём соответствующих вопросов выясняют следующее:**

**1. Начало болезни (когда, где и как появились первые признаки – внезапно или постепенно, каковы были первые её проявления). При этом весьма важно помнить, когда ошибочно за начало заболевания принимают обострение уже имевшего до этого хронического процесса, особенно когда последний протекает сравнительно доброкачественно с длительными ремиссиями.**

**2. Дальнейшее течение заболевания. Необходимо отразить динамику основных симптомов и по возможности выявить связь с какими либо факторами (нервное, физическое перенапряжение, переохлаждение, травмы, погрешности в диете, прекращение приёма или замена лекарственных препаратов). При хронических заболеваниях выяснить продолжительность обострений, ремиссий.**

**3. Обращался ли к врачу, что принимал и каков результат. Отразить динамику основных жалоб от момента появления первых признаков до обращения за СМП.**

**4.Проводились ли дополнительные методы обследования какие и их результаты.**

Заполняется графа анамнез жизни. Округлением , дополнительными необходимыми записями заполняется таблица объективных данных. Заполняется графа «Status localis».

1. В графе диагноз СМП, вписать прописью диагноз, выставленный в соответствие с МКБ – 10 и отметить шифр МКБ. Не допускаются произвольные сокращения диагноза и не разрешенные аббревиатуры.
2. Если в процессе оказания помощи больному или пострадавшему наступает осложнение течения заболевания, необходимо сделать соответствующую отметку.
3. В графе оказанная помощь указать лечебные мероприятия, лекарственные препараты, дозы, а также метод их введения. Конкретно отметить рекомендации, данные пациенту. Способ транспортировки.
4. Все записи должны быть разборчивы, недопустимы исправления, зачеркивания, произвольные сокращения слов ( кроме общепринятых аббревиатур).
5. **Примечание**

Клиническая информация

1.Отмечается повод вызова

2.Местоположение инцидента

3.Время инцидента, если известно

4.Локализация травмы или боли(передняя или задняя поверхность тела, части тела): перелом, разрыв, ссадина, припухлость, кровотечение, контузия, вывих, ожог.

5.При дорожно- транспортном происшествии: вид транспорта, позиция пациента, место удара, поврежденный участок, прижат(да/нет), ремень безопасности(пристегнут/нет), шлем надет/нет (если это велосипедист или мотоциклист), предполагаемая скорость в момент столкновения – высокая, средняя, низкая.

6. Основная жалоба

7.История- краткое описание анамнеза заболевания, относящееся к основной жалобе и анамнез перенесенных заболеваний в прошлом, включая:

-прием лекарств

-аллергический анамнез

8. Оценка боли по шкале (запись до и после лечения).

Вербальная шкала боли: 0- нет боли, 2- слабая боль, 4- умеренная боль, 6-сильная боль, 8- очень сильная боль, 10- нестерпимая боль.

9. Первичный осмотр:

А) осмотр дыхательных путей, оценка дыхания, кровообращения, состояния сознания: шкала AVPU- в сознании (alert), реагирует на голос (voice), реагирует на боль (pain), не реагирует на боль (unresponsive) или шкала Глазго: 15 баллов- сознание ясное, 14-13 баллов- умеренное оглушение, 12-11 баллов –глубокое оглушение, 10-8 баллов –сопор, 7-6 баллов –умеренная кома, 5-4 баллов –глубокая кома, 3 балла- запредельная кома, смерть мозга;

Б) показатели жизнедеятельности- число сердечных сокращений , артериальное давление, число дыхательных движений, сатурация кислорода, если требуется;

10. Физические показатели

11. Другие показатели, относящиеся к оценке клинического состояния пациента

12. Лечение, включая:

А) вмешательства; сердечно – легочная реанимация; поддержание проходимости дыхательных путей, сосудистый доступ; инфузионная терапия

Б) введенные медикаменты(включая кислород): время, доза, способ введения.

В) вид транспортировки

13. Реакция на лечение: повторное проведение предварительного осмотра и оценки показателей жизнедеятельности после лекарственной терапии или с регулярными интервалами во время лечения.

14. Ф.И.О. всех, кто оказывал помощь

15. Название организации, предоставляющей медицинскую помощь, дата, разборчивая подпись.

**Лист регистрации изменений**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | № раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение | Дата внесения изменения | ФИО лица, внесшего изменения |
| 1 | 3.документирование | 15.01.2014 | Кашемирова С.А. |
| 2 | 4.процедуры | 15.01.2014 | Кашемирова С.А. |
| 3 | 5.примечания | 15.01.2014 | Кашемирова С.А. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Лист ознакомления**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия И.О. | Должность | Дата | Подпись |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |