

Требования к организации работы приёмного отделения, в том числе по оказанию экстренной медицинской помощи.

Организация работы приемного отделения, в том числе по оказанию экстренной медицинской помощи, базируется на следующих принципах:

- своевременности медицинской помощи;
- эффективности помощи;
- безопасности помощи;
- рациональности (госпитализация по профилю в соответствии с приказами Минздрава _____ области по маршрутизации).

Для оказания экстренной помощи с соблюдением названных принципов необходимо обеспечение:

- слаженности в работе всего коллектива;
- бесперебойной работы оборудования;
- полным комплектом необходимых медицинских изделий, лекарственных препаратов.

Задачи приёмного отделения:

1. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении.
2. Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение.
3. Госпитализация пациентов в отделения стационара.
4. Вызов дежурного врача для осмотра больного в отделениях стационара, в том числе в приемном отделении.
5. Оформление отказа в госпитализации.
6. Организация транспортировки непрофильных пациентов, доставленных в приёмное отделение, в другие стационары города.
7. Оказание экстренной медицинской помощи, в том числе организация необходимого обследования пациентов с экстренной патологией.

1. Прием и регистрация пациентов в приемном отделении

1.1. В приемное отделение поступают пациенты с направлениями на очередную плановую госпитализацию, выданными в поликлиниках и других медицинских организациях г. N и N-ской области, а также пациенты, поступающие по экстренным показаниям (доставленные бригадами Скорой медицинской помощи, направленные из лечебных учреждений, в том числе и из других регионов, и обратившиеся самостоятельно).

1.2. Прием пациентов проводится с соблюдением принципов разделения пациентов на группы в зависимости от срочности (обратившиеся по экстренным показаниям и по плановым показаниям), в зависимости от тяжести состояния и в зависимости от профиля заболевания (хирургический, кардиологический, урологический и проч.). В отдельную группу выделяются пациенты, которые могут представлять угрозу здоровью окружающих в связи с наличием у этих пациентов инфекционного заболевания.

1.3. Сроки пребывания пациентов, обратившихся в плановом порядке, в приемном отделении не должны превышать 40 минут, так как эти пациенты обращаются в приёмное отделение уже с результатами обследований, выполненных амбулаторно. Вышеуказанное время необходимо для оформления истории болезни и для переодевания пациентов. Сроки пребывания пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи - не более 3 часов. Эти пациенты нуждаются в обследовании, на проведение которого и отводится вышеуказанный временной промежуток.

При наличии признаков нарушения витальных функций пациент немедленно госпитализируется в отделение реанимации, где одновременно с мероприятиями интенсивной терапии осуществляются диагностические мероприятия.

Профиль отделения, в которое госпитализируется пациент, определяется направительным диагнозом. При самообращении пациента, состояние которого расценивается как тяжёлое, медицинская помощь оказывается согласно п. 6.19 настоящих требований.

Диагностически неясные пациенты с экстренной патологией до выяснения диагноза должны находиться в приемном отделении не более 3 часов. При невозможности установить диагноз в указанный срок следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19.

Пациент считается госпитализированным в профильное отделение с момента принятия решения о госпитализации врачом отделения стационара, время указывается этим врачом в записи первичного осмотра. В случае, если пациент нуждается в выполнении дополнительных диагностических мероприятий в приёмном отделении, при удовлетворительном состоянии пациента или состоянии средней степени тяжести допустима задержка пациента в приёмном отделении на время, необходимое для выполнения диагностических мероприятий, при условии, что эта задержка не отразится негативно на состоянии пациента.

Пациенты, состояние которых расценивается как тяжёлое, обследуются в первую очередь, во вторую очередь — пациенты, состояние которых расценивается как среднетяжёлое, в третью очередь — пациенты в удовлетворительном состоянии. Оценивает тяжесть состояния врач отделения стационара или врач приёмного отделения и делает соответствующую пометку в Маршрутном листе (Приложение № 2).

При поступлении нескольких пациентов в одинаковом состоянии очередность определяется временем поступления.

Время ожидания обследования при тяжёлом состоянии пациента не должно превышать 15 минут, причём эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровом кабинете № под наблюдением врача реаниматолога. В случае, если время ожидания обследования может превысить 15 минут, пациент госпитализируется в отделение реанимации и все диагностические мероприятия выполняются там.

Время ожидания обследования при состоянии пациента средней степени тяжести не должно превышать 30 минут. Эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровых кабинетах под постоянным наблюдением врача отделения стационара. В случае, если время ожидания обследования может превысить 30 минут, и решение о госпитализации принято, пациент госпитализируется в отделение стационара, и все диагностические мероприятия выполняются там.

При неясном диагнозе допустима задержка в приёмном отделении на время, необходимое для дообследования, но не более 3 часов. Если в указанное время обследование выполнить не удастся, госпитализация осуществляется по принципу направительного диагноза с соблюдением принципов, изложенных в п. 6.19.

Время ожидания обследования при удовлетворительном состоянии не должно превышать 1 час. Эти пациенты в ожидании обследования находятся в смотровых кабинетах под динамическим наблюдением врача стационара (оценка состояния пациента не реже 1 раза в 30 минут — визуальная оценка, измерение артериального давления, подсчёт частоты дыхательных движений (ЧДД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) и медсестры

приёмного отделения (визуальная оценка состояния не реже 1 раза в 15 минут, по назначению дежурного врача — измерение АД, ЧСС и ЧДД).

1.4. При плановой госпитализации медсестра приёмного отделения сверяет дату госпитализации, написанную в направлении, с реальной датой, проверяет наличие всех необходимых для госпитализации документов: направления на госпитализацию, страхового полиса ОМС, паспорта.

Данные необходимого обследования, выполненного амбулаторно, изучает лечащий врач в отделении.

Отсутствие какого-либо результата обследования не является основанием для отказа в госпитализации. Необходимое обследование организует лечащий врач в отделении.

1.5. При переводе пациента из других стационаров города и области дежурная медсестра по телефону сообщает заведующему профильным отделением или врачу, дублирующему зав. отделением, о факте перевода. В случае, если перевод согласован и обоснован, а также пациент находится в удовлетворительном состоянии или в состоянии средней степени тяжести, пациент по распоряжению зав. профильным отделением госпитализируется в отделение стационара.

Если цель перевода и окончательный диагноз не ясен, зав. профильным отделением организует лично или поручает врачу-специалисту профильного отделения организовать необходимое обследование, включающее консультации смежных специалистов. После проведения необходимых диагностических мероприятий решение в выборе отделения, в которое госпитализируется пациент, принимается коллегиально (совместным осмотром или консилиумом). При невозможности верификации диагноза на уровне приёмного отделения пациент госпитализируется по профилю направительного диагноза. В случае, если пациент находится в тяжёлом состоянии, все диагностические мероприятия проводятся в отделении реанимации, следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19.

Время пребывания этой категории пациентов в приёмном отделении оговорено в п. 1.3.

1.6. В приемном отделении на каждого обратившегося пациента медицинской сестрой заполняется медицинская карта стационарного больного, форма 003/у, и проставляется канал госпитализации:

- госпитализация пациентов, доставленных бригадой скорой медицинской помощи, шифруется «СМП»;
- плановая госпитализация шифруется «планово»;
- госпитализация по экстренным показаниям пациентов, поступивших без направления в медицинскую организацию, шифруется «самообращение»;
- пациенты, переведенные для лечения из других стационаров по договоренности с заместителем главного врача по медицинской части и хирургической помощи, шифруются «прочие»;
- пациенты, госпитализируемые на коммерческой основе, шифруются «платно».

Госпитализация пациентов осуществляется по ОМС и добровольному медицинскому страхованию (ДМС) согласно страховым полисам.

1.7. К должностным обязанностям врачей приемного отделения относится следующее:

- медицинская сортировка пациентов, поступающих в приемное отделение;
- установление предварительного диагноза на основе опроса, осмотра, диагностических исследований и заключения врачей-специалистов;
- решение вопроса о необходимости стационарного или амбулаторного лечения пациента;

- контроль за обоснованностью направлений на стационарное лечение и правильностью оформления направительных документов;
- организация консультаций пациентов в отделениях другими специалистами;
- принятие оперативных решений по результатам консультаций в приёмном отделении (коррекция лечения, дополнительное обследование и, при необходимости, госпитализация в профильное отделение).
- контроль за консультациями в отделениях врачами-специалистами (внутренними совместителями) отделения и своевременностью выполнения консультаций.

2. Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение

Сортировка пациентов, доставленных в приёмное отделение, осуществляется по направлениям:

- по степени тяжести;
- по срочности проведения лечебно-диагностических мероприятий;
- по профилю заболевания (по нозологии);
- по виду необходимой помощи - стационарной или амбулаторной.

Алгоритм действий следующий:

2.1. Пациентов, доставленных в приёмное отделение, принимает дежурная медсестра приёмного отделения. На основании направительного диагноза медсестра, при удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести пациента, вызывает врача из отделения стационара и направляет пациента в свободный смотровой кабинет. При отсутствии свободного смотрового кабинета пациент может быть осмотрен в одном смотровом кабинете с другим пациентом при наличии в кабинете ширмы. В этой ситуации осматривающий пациента врач обязан помнить о соблюдении врачебной тайны и проводить беседу и опрос с учётом этого.

В случае, если состояние пациента тяжёлое, медицинская сестра приёмного отделения вызывает врача из отделения стационара, а также врача-реаниматолога. До их прибытия в приёмное отделение экстренную помощь оказывает врач приёмного отделения (терапевт, хирург). Осмотр и оказание помощи осуществляется в смотровом кабинете №, где имеется оснащение для выполнения реанимационных мероприятий.

При отсутствии направления и соответственно отсутствии направительного диагноза (при самообращении) осмотр осуществляет врач-терапевт или врач-хирург приёмного отделения (в зависимости от превалирования жалоб и клинических проявлений). После осмотра в данной ситуации врач приёмного отделения принимает решение или направить пациента на амбулаторное лечение, или направить пациента в дежурный профильный стационар, или привлекает на консультацию врача из отделений стационара для принятия совместного решения.

В случае, если имеется подозрение на наличие у пациента инфекционного заболевания, пациент помещается в отдельный смотровой кабинет. Диагностические мероприятия осуществляются с соблюдением мероприятий, исключающих контакт этого пациента с другими пациентами. При подтверждении диагноза инфекционного заболевания пациент, если его состояние расценивается как удовлетворительное, бригадой скорой помощи переправляется в инфекционный стационар. Если состояние пациента тяжёлое и транспортировка его может негативно повлиять на его состояние, пациент госпитализируется в отдельную палату отделения реанимации по профилю направительного диагноза. Если направительного диагноза нет (самообращение) — см. п. 6.19.

После того, как пациент с инфекционным заболеванием покидает приёмное отделение, все помещения, где он находился, подвергаются санитарной обработке в соответствии с регламентирующими документами.

2.2. В случае удовлетворительного состояния или состояния средней тяжести пациента осматривает врач-специалист профильного отделения. Осмотр осуществляется в смотровом кабинете. При подтверждении диагноза врач, осматривающий пациента, решает вопрос о необходимости госпитализации. О своём решении врач ставит в известность медицинскую сестру приёмного отделения, при необходимости назначает дополнительное обследование и консультации врачей других специальностей (по профилю сопутствующей патологии). Медсестра приёмного отделения заполняет необходимую документацию и после выполнения назначений организует транспортировку пациента в профильное отделение.

2.3. В случае тяжёлого состояния пациента осмотр осуществляется в смотровом кабинете № . В осмотре и транспортировке пациента в диагностические кабинеты и в дальнейшем — в отделение реанимации (при необходимости) принимает участие врач-реаниматолог.

2.4. В случае, если в процессе обследования достоверно устанавливается диагноз, отличающийся от направительного, врач, осуществлявший осмотр, передаёт пациента врачу соответствующего профиля, который несёт дальнейшую ответственность за обследование и ведение пациента. Если же выявленная патология требует перевода в другой стационар, организацией перевода занимается врач, осуществлявший первичный осмотр по профилю направительного диагноза. Также и при неясности диагноза все лечебно-диагностические мероприятия организует врач, осуществлявший первичный осмотр.

2.5. При невозможности в установленные сроки в условиях приёмного отделения верификации диагноза пациент при удовлетворительном состоянии госпитализируется на койки отделения Скорой медицинской помощи по профилю направительного диагноза. Если состояние пациента средней степени тяжести — госпитализируется в круглосуточный стационар по профилю направительного диагноза. При тяжёлом состоянии — в отделение реанимации по профилю направительного диагноза. При отсутствии направительного диагноза в случае самообращения, а также при неверном направительном диагнозе см. п. 6.19.

3. Вызов дежурного врача для осмотра больного в отделениях стационара

3.1. В рабочее время вызов врачей-специалистов осуществляется через оперативный отдел по телефону 00-00. Лечащий врач сообщает, а медсестра оперативного отдела фиксирует в журнале фамилию, имя, отчество пациента, возраст, отделение, номер палаты, диагноз, с которым пациент находится в отделении, причину консультации. Также медсестра оперативного отдела фиксирует фамилию лечащего врача, дату и время вызова, вид консультации (экстренная или плановая). Затем медсестра оперативного отдела вызывает врача-консультанта из профильного отделения по местному или мобильному телефону (список номеров телефонов находится в оперативном отделе и в приёмном отделении), сообщает информацию о пациенте. В журнале фиксируется время передачи информации и фамилия врача, который эту информацию принял.

3.2. В выходные и праздничные дни, в вечернее и ночное время вызов врачей-специалистов осуществляется через приёмное отделение по телефону 00-00 по схеме, приведенной в п. 3.1.

3.3. В случае отсутствия врача-консультанта на рабочем месте (в нерабочее время) информация о необходимости консультации сообщается по мобильному телефону. Доставка врача-консультанта из дома осуществляется санитарной авиацией или службой такси, с которой заключён контракт (тел. 33-33-33). Графики дежурств врачей-консультантов составляются заведующими профильных отделений ежемесячно, причём первый экземпляр предоставляется в оперативный отдел, второй — в приёмное отделение.

3.4. Врач-консультант несёт ответственность за своевременное осуществление консультации (экстренная консультация осуществляется не позднее 2 часов — при удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести, и незамедлительно при тяжёлом состоянии пациента; плановая консультация осуществляется в течение 3 суток). Информацию о выявленной патологии врач-консультант фиксирует в истории болезни, сообщает лечащему врачу, а в случае необходимости — заведующему отделением, в котором он работает. При необходимости дообследования и (или) динамического наблюдения в истории болезни делается соответствующая запись с соответствующими рекомендациями. За выполнение рекомендаций несёт ответственность лечащий врач, а при его отсутствии (в выходные, праздничные дни, в вечернее и ночное время) - дежурный врач. Отметки о выполнении консультации в журнале приёмного отделения делаются медсестрой оперативного отдела по мере сбора информации о выполнении консультации не позднее 5 суток от момента поступления заявки.

4. Отказ в госпитализации

4.1. При отсутствии медицинских показаний к госпитализации или при отказе пациента от госпитализации врач-специалист делает соответствующую запись в журнале регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у) с подробным описанием общего и местного статуса, с указанием результатов обследования и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению. Оригиналы результатов обследования вклеиваются в журнал регистрации амбулаторных больных. Выдача копий результатов обследования на руки пациенту, направляемому на амбулаторное лечение, не предусмотрена. Пациенту выдаётся справка - «Медицинское заключение», в которой кратко изложены результаты обследования и рекомендации.

4.2. В случае категорического отказа от госпитализации (стационарного лечения) пациента, поступившего в приемное отделение в ургентном порядке с абсолютными и относительными показаниями к госпитализации, врач приемного отделения обязан:

- вызвать в приемное отделение для осмотра пациента заведующего отделением (в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни - ответственного дежурного врача-специалиста); при непосредственной угрозе жизни - ответственного администратора;
- подробно записать в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) результаты осмотра дежурным врачом совместно с заведующим отделением или с ответственным врачом-специалистом данные обследования; при непосредственной угрозе жизни оформляется консилиум с дежурным администратором;
- разъяснить пациенту и сопровождающим его родственникам необходимость госпитализации;

- взять с пациента расписку об отказе от госпитализации с указанием точного времени (часы, минуты) проведения с пациентом беседы о необходимости стационарного лечения и возможных последствиях отказа. При отказе пациента выдать расписку об отказе от госпитализации оформляется консилиум с привлечением дежурного администратора, в котором отражается факт отказа пациента расписаться за отказ от госпитализации;
- выдать пациенту справку «Медицинское заключение о пребывании в приемном отделении» с указанием кратких результатов осмотров, консультаций, специальных и лабораторных методов исследования, диагноза, лечебных и трудовых рекомендаций. Выдача копий данных обследования на руки пациенту или его родственникам не предусмотрена;
- сообщить о пациенте по телефону в районную поликлинику по месту жительства для проведения ими «активного вызова». В амбулаторном журнале фиксируется время и дата передачи активного вызова, фамилия и должность медработника, вызов принявшего. Если место жительства пациента не известны, а также если пациент является жителем другого региона, информация о нём сообщается дежурному администратору, и в амбулаторном журнале делается запись о невозможности осуществить активный вызов. Запись скрепляется подписью врача, осуществлявшего осмотр дежурного администратора и заведующего профильным отделением (или зав. приёмным отделением).

4.3. Указанный выше порядок действий должен осуществляться только при отсутствии у пациентов хронических психических заболеваний, острых психических расстройств, особенно обусловленных экстренной патологией. В указанных ситуациях вопрос о госпитализации и последующем лечении, в том числе хирургическом, решается консилиумом врачей (не менее 3 специалистов), на консультацию экстренно вызывается врач-психиатр.

4.4. Отказ в госпитализации пациента врачом возможен в следующих случаях:

- наличие у доставленного пациента заболевания, подлежащего лечению в специализированном отделении другого стационара (инфекционном, онкологическом, наркологическом, психиатрическом).

При этом врач приемного отделения обязан:

- а) объяснить пациенту необходимость перевода в другой стационар;
 - б) вызвать для транспортировки пациента бригаду «скорой помощи»;
 - в) выдать пациенту справку о пребывании в приемном отделении, копии результатов осмотров, консультаций, исследований, диагноза, причины перевода в другой стационар, записать в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) точное время перевода пациента;
- отсутствие у доставленного пациента показаний к экстренной госпитализации.

Врач приемного отделения обязан объяснить пациенту отсутствие необходимости в экстренной госпитализации. Настойчивое требование пациента и его родственников о госпитализации при отсутствии медицинских показаний к стационарному лечению не может быть расценено как показания к стационарному лечению. В конфликтных ситуациях, при настойчивом требовании пациента госпитализировать его в стационар — немедленно докладывать ответственному дежурному специалисту, при сохраняющемся конфликте — дежурному администратору и принимать индивидуальное решение в каждом конкретном случае.

5. Транспортировка и перевод пациентов, доставленных в приёмное отделение ГБУЗ «МО», в другие стационары города.

5.1. В случае выявления у пациента патологии, требующей госпитализации и лечения в других стационарах города, врач-специалист, осматривавший пациента, делает соответствующую запись в журнале регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у) с подробным описанием общего и местного статуса, с интерпретацией результатов обследования и рекомендаций по дальнейшему обследованию и лечению.

Оригиналы данных обследования и консультаций смежных специалистов вклеиваются в амбулаторный журнал. Копии передаются бригаде скорой медицинской помощи для передачи в профильное лечебное заведение, куда переправляется пациент.

5.2. После получения согласия пациента на перевод в другой стационар медсестра приёмного отделения по распоряжению врача-специалиста вызывает бригаду Скорой медицинской помощи. Диспетчеру сообщается состояние пациента, вид бригады, диагноз, фамилия врача, принявшего решение на перевод.

5.3. Перевод в другие стационары пациентов с нарушением витальных функций и с клиникой кровотечения любой этиологии запрещается. Госпитализация осуществляется в профильное отделение или в отделение, наиболее близкое по профилю к выявленной патологии, в соответствии с требованиями, изложенными в п. 6.19.

5.4. Перевод в другие медицинские организации пациентов осуществляется в соответствии с «Порядком организации перевода пациентов между медицинскими организациями», утвержденным приказом главного врача «Об организации работы приёмного отделения и оказании экстренной помощи в ГБУЗ "МО».

6. Оказание экстренной медицинской помощи.

6.1. К сфере функциональных обязанностей врачей приемного отделения относится в том числе и оказание экстренной медицинской помощи.

6.2. Основным принципом работы приемного отделения является выбор максимально адекватной тактики ведения пациента в условиях приёмного отделения — обследование, оказание помощи, сортировка и госпитализация в профильное отделение в кратчайшие сроки с учётом состояния пациента. Недопустима задержка пациента для выполнения диагностических мероприятий, если промедление может негативно отразиться на состоянии пациента.

6.3. При поступлении пациентов в экстренном порядке первоочередной задачей врача-специалиста является оценка степени тяжести пациента в соответствии с алгоритмом оценки степени тяжести состояния пациента, а также выявление угрожающих жизни состояний (*алгоритмы разрабатываются отдельно*).

6.4. При поступлении пациента по экстренным и неотложным показаниям врач осуществляет:

— осмотр пациента с выраженными и угрожающими нарушениями жизненно-важных функций — незамедлительно, в течение 3—5 минут (время, необходимое для безотлагательного прибытия врача к пациенту). При состоянии с умеренно выраженным нарушением жизненно-важных функций, не представляющих опасности для жизни — в течение не более 20 мин.

При состоянии с незначительными и компенсированными функциональными расстройствами — в течение не более 40 мин. В случае, если пациент доставлен в критическом состоянии, к оказанию помощи привлекается врач-реаниматолог. До его прибытия помощь оказывает врач-специалист профильного отделения, при его отсутствии мероприятия по оказанию экстренной помощи осуществляет любой врач, находящийся в этот момент в приёмном отделении;

— назначение и контроль проведения необходимых лабораторных и специальных методов исследования (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови (БАК), группа крови, ЭКГ, рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброгастроскопия (ФГС), магниторезонансная томография (МРТ) (Приложения № 2—5);

— установление предварительного диагноза;

- запись осмотра врача приемного отделения в медицинской карте стационарного больного;

- врачи профильных отделений, осуществляющие оказание помощи в приёмном отделении, руководствуются п. 6.1, 6.2 и 6.4 настоящих требований.

6.5. Ни один пациент, обратившийся в приемное отделение за медицинской помощью, не должен быть отпущен домой или переведен в другую медицинскую организацию без осмотра дежурным врачом, специалистом или заведующим отделением в соответствии с записью в «Журнале учета амбулаторных больных» (форма 074/у) с подписью врача и выдачи на руки пациенту справки - «Медицинского заключения» с заключением врача и рекомендациями.

Оригиналы данных обследований (анализы, заключения инструментальных обследований) вклеиваются в журнал ф. 074/у.

6.6. Врачом приемного отделения должны быть исключены инфекционные заболевания (особо опасные инфекции). При малейших сомнениях пациент должен быть изолирован в смотровой комнате для проведения мероприятия по особо опасным инфекциям с обязательной консультацией врача-инфекциониста.

6.7. Основная задача врача, проводившего первичный осмотр пациента - не пропустить urgentную патологию и определить показания к госпитализации (абсолютные, относительные) или отсутствие таковых.

6.8. Абсолютными показаниями следует считать заболевания, травмы и неотложные состояния, лечение которых возможно только в условиях стационара.

6.9. Относительными показаниями к госпитализации являются:

- заболевания, которые требуют стационарного лечения на первоначальном этапе лечения с последующим долечиванием в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях;

- заболевания, требующие углубленного стационарного лечения с целью дифференциальной диагностики.

6.10. В случаях, когда пациент, находящийся в тяжелом состоянии, поступает сразу же в отделение реанимации, история болезни стационарного больного заполняется врачом той специальности, по профилю которой пациент направлен в стационар. Врач-реаниматолог записывает результаты своего осмотра отдельно. При отсутствии направительного диагноза (при факте самообращения) следует руководствоваться требованиями, изложенными в п. 6.19.

6.11. Прием пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, проводится дежурным врачом в экстренном порядке. Для уточнения направительного диагноза и установления предварительного диагноза дежурный врач принимает решение о дополнительном обследовании пациента.

6.12. Помимо осмотра пациенту могут быть выполнены функциональные, рентгенологические и другие методы обследования. При необходимости к обследованию пациента в приемном отделении привлекаются врачи-специалисты больницы или специалисты из других больниц.

6.13. Пациенты без сознания с шоком, коллапсом и прочими угрожающими жизни состояниями госпитализируются немедленно в реанимационное отделение по профилю и все диагностические и лечебные мероприятия проводятся в этом отделении.

6.14. В случае исключения диагноза острого хирургического заболевания органов брюшной полости дежурный врач приемного отделения обязан провести осмотр пациента совместно с заведующим хирургическим отделением или ответственным дежурным хирургом.

Пациенты, поступившие по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, могут быть отпущены из приемного отделения только в случае категорического отказа пациента от госпитализации, при оформлении информированного отказа от госпитализации, подписанного пациентом и тремя врачами, с последующей передачей активного вызова в поликлинику по месту жительства пациента.

6.15. Выполнение экстренных консультаций осуществляется врачами-специалистами отделений стационара и внутренними совместителями приемного отделения: хирургом, эндокринологом, неврологом, онкологом, оториноларингологом, урологом, ревматологом, кардиологом, нефрологом, гастроэнтерологом, пульмонологом с учётом сроков нахождения пациента в приёмном отделении, перечисленных в п. 6.4.

6.16. Выполнение экстренных и плановых консультаций в отделениях стационара также осуществляется врачами-специалистами отделений стационара и внутренними совместителями приемного отделения: хирургом, эндокринологом, неврологом, онкологом, оториноларингологом, урологом, ревматологом, кардиологом, нефрологом, гастроэнтерологом, пульмонологом с учётом сроков, оговоренных в п. 6.4.

При этом на выполнение плановой консультации отводится срок в 3 суток. При вынесении решения о переводе осмотренного пациента в другое отделение врач-консультант сообщает о своем решении о переводе пациента в другое отделение заведующему отделением, где лечился пациент, и заведующему отделением, куда переводится пациент, для обеспечения оказания ему оперативной помощи.

6.17. Дежурный врач приемного отделения обязан немедленно извещать родственников пациента в следующих случаях:

- при поступлении в больницу ребенка или подростка до 18 лет без сопровождения родственников;
- при доставке «скорой помощью» пациентов по поводу несчастных случаев;
- при поступлении пациентов в бессознательном состоянии (при наличии документов);
- в случае смерти пациента в приемном отделении.

В случае, если личность поступившего пациента не установлена и осуществить это в ближайшие сутки не представляется возможным, дежурная медсестра приёмного

отделения сообщает всю имеющуюся о поступившем информацию в отдел полиции **NNNN**.

При наличии признаков внешнего воздействия (травма, отравление) дежурный мед.персонал приёмного отделения обязан обеспечить сохранность потенциальных вещественных доказательств (одежды со следами биологических жидкостей, образцы биологических жидкостей). Процесс сбора, регистрации и консервации вышеуказанных предметов контролирует дежурный врач отделения, куда госпитализируется пациент или дежурный терапевт.

6.18. Для оперативной связи с родственниками на титульном листе медицинской карты стационарного больного указывается номер телефона пациента и его ближайших родственников.

6.19. В случае, если доставленный в приёмное отделение пациент нуждается в оказании помощи по экстренным показаниям, а по ряду объективных причин установить полный диагноз в установленные сроки не представляется возможным, госпитализация осуществляется по принципу «направительного диагноза» в отделение соответствующего профиля.

При аналогичной ситуации при факте самообращения, когда нет направительного диагноза, решение о госпитализации в профильное отделение принимается после проведения консилиума врачей дежурной бригады, который организует и проводит дежурный терапевт в приёмном отделении, а если тяжесть состояния пациента требует оказания немедленной помощи - в отделении реанимации.

При этом, учитывая специфику работы системы Промед, пациент может быть помещён в отделение реанимации без истории болезни для своевременного оказания помощи по жизненным показаниям. Все диагностические мероприятия врачи диагностических служб в этой ситуации обязаны выполнить в кратчайшие сроки, даже без наличия направления в системе Промед и в истории болезни (направление выписывается на импровизированном бланке с указанием паспортных данных пациента, предполагаемого диагноза, метода и анатомической области обследования). После того, как история болезни будет оформлена, в неё вносятся направления на все выполненные диагностические мероприятия с указанием реального времени их назначения и кратким обоснованием их проведения.

6.20. К функциональным обязанностям среднего медицинского персонала приемного отделения относятся:

- прием и регистрация пациентов, поступающих в приемное отделение;
- учет госпитализированных пациентов, а также пациентов, получивших в приемном отделении амбулаторную помощь;
- получение сведений о движении пациентов отделений согласно профилю;
- ведение «Журнала регистрации заявок на консультации и их исполнения»;
- передача телефонограмм в службу «02» в дежурную часть органов внутренних дел (ОВД) обо всех случаях повреждений насильственного характера, к которым относятся:
 - а) телесные повреждения, связанные с огнестрельными, колото-резанными, рублеными ранами, переломами, обморожениями, ушибами, сотрясениями мозга и т.д.;
 - б) телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство;
 - в) телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсическими веществами;
 - г) ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях;
 - д) травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с огнестрельным оружием и боеприпасами;

- е) травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий;
- ж) телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники безопасности на производстве;
- з) иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения;
- и) информация о трупах и лицах, доставленных в бессознательном состоянии, без сопровождения родственников или без документов, удостоверяющих личность.

6.21. Медицинские сестры приемного отделения в нерабочее время обеспечивают прием информации о пациентах, находящихся на стационарном лечении в **ГБУЗ МО**, которым необходима консультация узкого специалиста в форме телефонных звонков с регистрацией данных о пациенте в «Журнале регистрации заявок на консультации и их исполнения». В дневное время данная функция возложена на сотрудников оперативного отдела (тел. **00-00**).

6.22. После занесения в журнал данных о пациенте и срочности консультативной помощи медицинская сестра, принимающая заявку, связывается по телефону с врачом-консультантом приемного отделения или профильного отделения, которому сообщает о заявке на консультацию в отделение больницы и о сроках ее выполнения.

6.23. Дежурные медицинские сестры приемного отделения организуют прием пациентов и оформляют всю медицинскую документацию.

6.24. Из числа дежурного среднего медицинского персонала выделяется: медсестра приемного отделения, выделенная в графике дежурств первой в строке, на которую возлагаются функциональные обязанности ответственной дежурной медицинской сестры — при поступлении пациента она получает направление на госпитализацию и немедленно отмечает время поступления пациента в приемное отделение. Время доставки пациента бригадами станции скорой медицинской помощи проставляется на сопроводительном листе врачом или фельдшером «скорой помощи». Часы поступления пациента в приемное отделение, время его направления в отделение или часы отправки домой проставляются медицинскими сестрами в журнале (формы № 001/у и № 074/у). Достоверная отметка времени поступления пациента в приемное отделение необходима для анализа сроков пребывания в приемном отделении как экстренных, так и плановых пациентов.

6.25. На дежурную медицинскую сестру возлагаются следующие обязанности:

- прием и регистрация поступающих пациентов;
- оформление титульного листа медицинской карты стационарного пациента и статистической карты выбывшего из стационара;
- оформление журнала госпитализации и отказов — учетная форма № 001/у и № 074/у;
- запись и передача телефонограмм в Главное управление внутренних дел (ГУВД) г. Пензы.

6.26. Медицинская сестра, отметив в направлении на госпитализацию часы поступления в приемное отделение, направляет пациента в соответствующую смотровую и вызывает к нему дежурного врача и необходимых консультантов, выполняет термометрию, визуально оценивает состояние пациента, по назначению дежурного врача измеряет артериальное давление, ЧСС и ЧДД.

6.27. При поступлении от диспетчера службы скорой медицинской помощи информации о транспортировке в приёмное отделение ОКБ пациента в угрожающем для жизни состоянии дежурная медсестра заблаговременно (сразу после поступление этой информации) вызывает в приёмное отделение бригаду реаниматологов (врач-реаниматолог и медсестра-анестезистка) и врача профильного отделения (в зависимости от направительного диагноза).

6.28. Ответственная медсестра приемного отделения координирует работу дежурных медсестер приемного отделения, контролирует своевременность оказания пациенту медицинской помощи и направление его в соответствующее отделение больницы.

6.29. В случаях длительной (приближающейся к 3 часам) задержки пациентов в приемном отделении ответственная медсестра приемного отделения сообщает об этом заведующему приемным отделением; в вечернее, ночное время, выходные и праздничные дни — ответственному дежурному врачу- терапевту.

6.30. Для оказания экстренной помощи в процедурном кабинете и отделениях стационара должны быть наборы медикаментозных и инструментальных упаковок, укомплектованных в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными приказами Минздрава России, противошоковая укладка должна быть укомплектована в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 20.12.2012 № 1079н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке».

6.31. Пациенты, которым требуется экстренная операция, поднимаются в экстренную операционную незамедлительно в сопровождении медицинской сестры приёмного отделения. Все диагностические мероприятия в данном случае выполняются в операционной.