Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

«Курганский базовый медицинский колледж»

Методические указания для студентов по выполнению практических работ

**ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

4 курс специальность 31.02.01 Лечебное дело

Автор-составитель: Ю.А. Половникова

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Курган 2018

Оглавление

|  |  |
| --- | --- |
| Список сокращений | |
| Введение | |
| Тематический план и содержание учебного материала по разделу «Основы профессиональной деятельности» профессионального модуля «Организационно-аналитическая деятельность» | |
| **Практическое занятие №1.**  Основы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению |  |
| **Практическое занятие №2.**  Организация лечебно-профилактической помощи женщинам и детям |  |
| **Практическое занятие №3.**  Организация лечебно-профилактической помощи работающим промышленных предприятий, образовательных учреждений |  |
| Вопросы для итогового контроля по выполнению практических занятий |  |
| Список используемых источников |  |
| *Приложение 1.* Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф.№030/у) | |
| *Приложение 2.* Типовая форма информированного добровольного согласия на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных | |

**Список сокращений**

|  |  |
| --- | --- |
| АЭС | а́томная электроста́нция |
| ВОв | Великая отечественная война |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ВУТ | временная утрата трудоспособности |
| КДП | кабинет доврачебного приема |
| ЛПМО | лечебно-профилактические медицинские организации |
| ЛПП | лечебно-профилактическая помощь |
| МСЧ | медико-санитарная часть |
| ОМС | обязательное медицинское страхование |
| ПМСП | первичная медико-санитарная помощь |
| ФАП | фельдшерско-акушерский пункт |

**Введение**

Данные методические указания разработаны в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта к минимуму содержания и уровня подготовки выпускника среднего специального учебного заведения по специальности 31.02.01 Лечебное дело с учётом целей и задач системы непрерывного образования медицинских работников на всех этапах обучения.

Учебное пособие составлено для раздела «Основы профессиональной деятельности» ПМ. Организационно-аналитическая деятельность в объеме 12 часов: 3 практических занятий, каждое из которых - 4 аудиторных академических часа. Курс изучается будущими фельдшерами в течение седьмого семестра на четвертом курсе, его изучение тесно связано с разделами «Основы документоведения», «Общественное здоровье», «Страховая медицина» и другими науками.

Цель методических указаний - помощь обучающимся в освоении содержания раздела «Основы профессиональной деятельности» и формирование общих и профессиональных компетенций в соответствии с требованиями ФГОС к минимуму уровня подготовки выпускников по специальности «Лечебное дело»:

|  |  |
| --- | --- |
| Код | Наименование результата обучения |
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество. |
| ОК 3. | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а так же для своего профессионального и личностного развития. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7 | Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий. |
| ОК 8 | Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации. |
| ОК 9 | Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности. |
| ОК 10. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия. |
| ОК 11. | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку. |
| ОК 12. | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности. |
| ОК 13. | Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей. |
| ОК 14. | Исполнять воинскую обязанность. В том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей). |
| ПК 6.1 | Рационально организовывать деятельность персонала с соблюдением психологических и этических аспектов работы в команде. |
| ПК 6.2. | Планировать свою деятельность на ФАПе, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах общей врачебной (семейной) практики и анализировать ее эффективность. |
| ПК 6.3. | Вести медицинскую документацию. |
| ПК 6.4. | Организовывать и контролировать выполнение требований противопожарной безопасности, техники безопасности и охраны труда на ФАПе, в здравпункте промышленных предприятий, детских дошкольных учреждениях, центрах общей врачебной (семейной) практики. |
| ПК 6.5. | Повышать профессиональную квалификацию и внедрять новые современные формы работы. |

Идентичная структура методических указаний ко всем темам: объем аудиторных часов на изучение темы, содержание учебного материала, задания по выполнению практического занятия, текстовая часть, способствуют легкому и логичному восприятию информации. Тесты, задачи, контрольные вопросы позволяют эффективно закрепить изученный материал.

**Тематический план и содержание учебного материала по разделу «Основы профессиональной деятельности»**

**профессионального модуля «Организационно-аналитическая деятельность»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Коды | Тема | Обязательная аудиторная  учебная нагрузка | | |
| всего | лекции | практические занятия |
| ОК 1-14  ПК 6.1-6.5 | **Тема 2.1**  Здравоохранение как система. Роль государства в охране здоровья населения. Принципы организации здравоохранения в России. ПМСП. Место и роль фельдшера в системе здравоохранения  *Содержание*  Определение здравоохранения, здравоохранение как система Ресурсы здравоохранения: материальные, финансовые, кадровые. Организация здравоохранения в России, основные принципы. Системы здравоохранения (бюджетная. государственная, страховая. частная). Направления модернизации и реорганизации здравоохранения, формирование различных форм собственности. Укрепление ПМСП, развитие профилактической направленности. Место и роль фельдшера в системе здравоохранения. | 2 | 2 | 0 |
| ОК 1-14  ПК 6.1-6.5 | **Тема 2.2.**  Основы организации лечебно-профилактической помощи городскому населению  *Содержание*  Номенклатура учреждений здравоохранения. Современные организационные структуры: диагностические центры, дневные стационары, стационары на дому, ночные и выходного дня, хосписы, больницы сестринского ухода, геронтологические отделения, центры высоких медицинских технологий. ПМСП как приоритетное направление развития здравоохранения, содержание ПМСП.  Поликлиника как основной тип организации, предоставляющей населению ПМСП, структура, функции, участковый принцип работы, диспансерный метод, экспертиза трудоспособности.  Оказание медицинской помощи по принципу «семейного врача», врачи общей практики в системе страховой медицины. Роль средних медицинских работников в оказании ПМСП. Показатели деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения. | 6 | 2 | 4 |
| ОК 1-14  ПК 6.1-6.5 | **Тема 2.3.**  Организация лечебно-профилактической помощи женщинам и детям  *Содержание*  Государственная система охраны материнства и детства, цели, задачи, направления деятельности. Целевые программы.  Организация лечебно-профилактической помощи детям. Основные типы ЛПМО. Детская поликлиника, структура, Функции, особенности организации работы. Участковый принцип, диспансерный метод, профилактическая работа со здоровыми детьми. Специализированная помощь детям.  Оказание медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, основные направления деятельности.  Основные типы акушерско-гинекологических учреждений. Женская консультация: структура, штаты, функции. Участковый принцип, диспансерный метод. Содержание работы среднего медицинского персонала.  Родильный стационар, особенности структуры, штаты, профилактика внутрибольничных инфекций. Содержание работы среднего медицинского персонала. Показатели деятельности учреждений охраны материнства и детства. | 6 | 2 | 4 |
| ОК 1-14  ПК 6.1-6.5 | **Тема 2.4**  Организация лечебно-профилактической помощи работающим промышленных предприятий, образовательных учреждений  *Содержание*  Организация лечебно-профилактической помощи работающим промышленных предприятий, основные типы ЛПМО (здравпункт, поликлиника, МСЧ), принцип работы (цеховость, организация предварительных и периодических медицинских осмотров), профилактика профессиональных заболеваний. | 6 | 2 | 4 |
| ОК 1-14  ПК 6.1-6.5 | **Тема 2.5**  Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению  *Содержание*  Особенности сельского здравоохранения в связи со спецификой сельскохозяйственного производства и расселения населения.  Этапность оказания медицинской помощи сельскому населению. Сельский врачебный участок, участковая больница, структура и функции, участковый принцип работы, диспансеризация. Амбулаторная и стационарная помощь в участковой больнице.  Организация охраны материнства и детства на селе.  Фельдшерско-акушерские пункты, структура, функции, штаты. Содержание работы фельдшера в условиях ФАП: амбулаторный прием, обслуживание на дому, оказание неотложной помощи, санитарно-профилактические мероприятия, профилактика инфекционных заболеваний, диспансеризация, медикаментозное обеспечение населения, гигиеническое воспитание.  Функции и содержание работы фельдшера в условиях здравпунктов промышленных предприятий, в образовательных учреждениях. Обеспечение фельдшером временной нетрудоспособности и медико-социальной помощи. | 2 | 2 | 0 |

**Практическое занятие № 1**

**Основы организации лечебно-профилактической помощи**

**городскому населению**

*Объем аудиторных часов на изучение темы:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| аудиторная учебная нагрузка, из них: | лекции | практические занятия |
| 6 часов | 2 часа | 4 часа |

*Содержание учебного материала:*

1. Номенклатура учреждений здравоохранения.
2. Современные организационные структуры: диагностические центры, дневные стационары, стационары на дому, ночные и выходного дня, хосписы, больницы сестринского ухода, геронтологические отделения, центры высоких медицинских технологий.
3. ПМСП как приоритетное направление развития здравоохранения, содержание ПМСП.
4. Поликлиникакак основной тип организации, предоставляющей населению ПМСП, структура, функции, участковый принцип работы, диспансерный метод, экспертиза трудоспособности.
5. Оказание медицинской помощи по принципу «семейного врача», врачи общей практики в системе страховой медицины.
6. Роль средних медицинских работников в оказании ПМСП.
7. Показатели деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения.
8. Стационарная помощь населению, многопрофильные и специализированные стационары, порядок поступления и выписки больных, организация лечебно-диагностического процесса.
9. Показатели деятельности стационара.
10. Организация скорой и неотложной помощи городскому населению.
11. Функции и содержание работы фельдшера на скорой помощи.
12. Организация специализированной медицинской помощи населению.

12.1 Специализированные центры, диспансеры, виды, формы и методы работы.

12.2 Федеральные и республиканские центры высоких медицинских технологий.

1. Диспансеризация, определение, основные этапы диспансеризации (активное выявление больных, постановка на диспансерный учет, оздоровление и социально-трудовая реабилитация больных).
2. Профилактические осмотры – важнейшая форма диспансеризации здоровых, виды осмотров.

*Задания по выполнению практического занятия:*

1. Изучите текстовую часть.
2. Письменно ответьте на вопросы:
3. Что такое «лечебно-профилактическая помощь», «поликлиника», «профилактика», «амбулатория», «диспансеризация»?
4. Перечислите виды ЛПП.
5. Как вы понимаете термины «врачебная ЛПП», «доврачебная ЛПП», «медико-санитарная часть»?
6. По каким принципам оказывается ЛПП?
7. Какова структура МСЧ?
8. Охарактеризуйте принципы работы поликлиники и амбулатории.
9. Перечислите основные задачи работы поликлиники.
10. Каковы основные структурные подразделения городской поликлиники?
11. Каковы задачи регистратуры?
12. Опишите работу КПД.
13. Как организована работа участкового терапевта городской поликлиники?
14. Прочитайте дополнительные источники:

А) статья «Возложение функций лечащего врача на средний медицинский персонал», автор доктор юридических наук А.А. Мохов;

# Б) [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.03.2012г.N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»](http://ivo.garant.ru/document?id=70070588&sub=0)**,**

и письменно ответьте на вопрос: «Допускается ли возложение врачебных функций на средний медперсонал при организации оказания медицинской помощи?». Подтвердите текстом свой ответ.

1. Оформите в тетради конспект «Формулы для расчета показателей деятельности поликлиники».
2. Решите задачи (см. блок «Задачи для контроля освоения нового материала»).
3. Заполните документы «Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф.№030/у) (Приложение 1) и «Типовая форма информированного добровольного согласия на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных» (Приложение 2), данные – произвольные. Умейте аргументировать свой ответ.
4. Решите контрольные тесты к теме «Показатели работы поликлиники».
5. Ответьте на уточняющие вопросы преподавателя по изученному на практическом занятии материалу.

**Текстовая часть**

*Лечебно-профилактическая помощь* в РФ — общегосударственная система обеспечения населения всеми видами медицинской помощи с проведением лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Лечебно-профилактическая помощь представляет собой сложную систему, включающую разные виды оказываемой медпомощи и различные типы учреждений.

Лечебно-профилактическая помощь подразделяется на:

1. внебольничную:

а) амбулаторно-поликлиническая;

б) скорая медицинская помощь;

1. стационарную (больничную);
2. санаторно-курортную.

Лечебно-профилактическая помощь может быть:

1. врачебная (осуществляется лицами с законченным высшим медицинским образованием)
2. доврачебная (оказывается лицами со средним медицинским образованием — фельдшером, медсестрой, акушеркой).

Лечебно-профилактическая помощь оказывается в лечебно - профилактическом учреждении и на дому как по месту жительства (территориальный принцип), так и по месту работы (производственный принцип).

Лечебно-профилактическая помощь различается также по особенностям организации помощи отдельным социальным группам населения — городским и сельским жителям, рабочим промышленных предприятий, детям, беременным женщинам.

Принципы организации ЛПП едины как для городского, так и для сельского населения. Однако многообразие условий жизни (географических, экономических, градостроительных, транспортных и др.) обусловливает специфику организации медпомощи различным группам населения.

Основными среди медицинских учреждений, оказывающих внебольничную медицинскую помощь городскому населению, являются поликлиники. С развитием внебольничной специализированной помощи в крупных городах страны появился новый тип поликлиники — городская поликлиника консультативно-диагностической помощи, которая организуется в городах с численностью населения свыше 460 тыс. человек в составе крупных многопрофильных больниц, клиник медицинских вузов, научно-исследовательских институтов.

Основным учреждением в системе организации медпомощи рабочим промышленных предприятий, строительства и транспорта является медико-санитарная часть — больнично-поликлинический комплекс, в котором функционируют:

1. поликлиника;
2. стационар (не во всех МСЧ);
3. врачебные и фельдшерские здравпункты, расположенные непосредственно в цехах предприятия;
4. санатории-профилактории;
5. другие лечебно-оздоровительные структурные подразделения (ингалятории, физиотерапевтические кабинеты).

Несмотря на развитие сети учреждений, оказывающих ЛПП работающим на промышленных предприятиях, строительстве и на транспорте по производственному принципу, большая роль в охране здоровья этих контингентов населения принадлежит и лечебно-профилактическим учреждениям общей территориальной сети: больницам, поликлиникам, диспансерам. В частности, медпомощь на дому оказывается, как правило, участковыми терапевтами городских поликлиник по месту жительства. Некоторые виды узкоспециализированной помощи, не представленные в МСЧ в основном из-за отсутствия достаточных контингентов больных, также осуществляются учреждениями общей городской сети, что требует особого внимания к вопросам взаимосвязи и преемственности в лечении больных между различными лечебно-профилактическими учреждениями.

*Организация работы поликлиник и амбулаторий*

Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом лечебно-профилактической помощи.

*Поликлиника* (от греческого полис- город, клинике - врачевание) - многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания медицинской, в том числе специализированной, помощи больным, а при необходимости - для обследования и лечения больных в домашних условиях. В поликлинике ведут прием врачи различного профиля, а также функционируют диагностические кабинеты.

*Основной принцип работы поликлиники -* территориально-участковый, когда за участковым врачом-терапевтом и медицинской сестрой закреплен участок с определённым числом жителей. Участковый врач и медицинская сестра несут ответственность за проведение всех лечебно-профилактических мероприятий на территории данного участка.

Территориально-участковый принцип соблюдается и в отношении «узких» специалистов при выполнении ими вызовов на дому (по назначению участкового терапевта).

*Амбулатория -* это лечебно-профилактическое учреждение, которое, как и поликлиника, предназначено осуществлять медицинскую помощь приходящим в амбулаторию и больным в домашних условиях. Принцип работы также территориально-участковый, но амбулатория отличается от поликлиники меньшим объёмом работы и возможностями специализированной медицинской помощи. В амбулаториях, располагающихся, как правило, в сельской местности, ведется прием лишь по небольшому числу специальностей (не более пяти). Работа медицинской сестры амбулатории напоминает работу участковой медицинской сестры, но медсестра амбулатории более самостоятельна.

*Основными задачами поликлиники являются:*

- оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;

- организация и проведение диспансеризации населения;

- организация и проведение профилактических мероприятий среди населения с целью снижения заболеваемости, инвалидности, смертности;

- экспертиза временной нетрудоспособности;

- организация и проведение работы по санитарно- гигиеническому воспитанию населения,

- пропаганда здорового образа жизни.

В самостоятельных городских поликлиниках и сельских врачебных амбулаториях, диспансерах, специализированных поликлиниках, женских консультациях, здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах и т. д. начинают и заканчивают лечение примерно 80 % всех больных и лишь 20 *%* бальных подлежат госпитализации. Таким образом, амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом лечебно-профилактической помощи населению. Типы учреждений внебольничной помощи утверждены в 1978 г. Министерством здравоохранения страны. Ведущими среди них являются поликлиники и амбулатории.

Поликлиники могут быть самостоятельными или объединенными со стационаром, общими или специализированными, например, стоматологическими, курортными и т. д. Мощность поликлиники определяется числом посещений в смену.

*Основные структурные подразделения городской поликлиники*

в состав поликлиники входят следующие подразделения:

* регистратура;
* отделение профилактики;
* лечебные отделения;
* диагностическое отделение (лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет УЗИ, эндоскопический и т. д.);
* статистический кабинет;
* административные подразделения (главный врач, заместитель главного врача по экспертизе трудоспособности).

*Регистратура обеспечивает:*

- оформление записи больных на прием к врачу и регистрацию вызовов врача на дом;

- своевременный подбор и доставку документации в кабинеты врачей;

- информацию населения о времени приема врачей и о правилах вызова врача на дом;

- оформление листков и справок о временной нетрудоспособности.

Запись на прием к врачу производится при обращении больных в регистратуру: больному дается талон с указанием даты и времени приема, номера кабинета, ФИО врача. Здесь же заполняется амбулаторная карта на впервые обратившихся за медицинской помощью. Карта передается в кабинет. Вся документация хранится в регистратуре.

*Выделяют регистраторов:*

* для оформления больничных листов;
* - для записи вызовов на дом;
* в столе справок.

Работают в регистратуре регистраторы, ими могут быть лица со средним общим образованием, а зав. регистратурой – со средним медицинским образованием.

Талоны выдаются исходя из нормы нагрузки врача (в час):

*Норма нагрузки в час для:*

- терапевта – 5 чел.

- хирурга – 9-10 чел.

- травматолога – 7 чел.

- уролога – 5 чел.

- онколога – 5 чел.

- невропатолога – 5 чел.

- педиатра – 5 чел.

- фтизиатра – 5 чел

- акушера-гинеколога – 5 чел.

- стоматолога – 3 чел.

- психиатра – 4 чел.

- окулиста, ЛОРа, дерматолога – 8. чел.

Одной из функций регистратуры является обеспечение сохранности медицинской документации; амбулаторные карты хранятся по участкам, адресам, алфавиту.

В самостоятельных поликлиниках врачи ведут прием больных и оказывают помощь на дому. Прием больных терапевтом ведется по скользящему графику, который предусматривает разные часы приема по дням недели.

Функции врача-терапевта:

- прием и лечение больных;

- профилактическая работа;

- экспертиза трудоспособности;

- направление больных на мсэ;

- диспансеризация населения.

*Больничные листы выдаются (Приложение 2.):*

* при ВУТ при болезни или травме;
* по уходу за больным членом семьи, в том числе ребенком до 14 лет;
* по карантину;
* для санаторно-курортного лечения (пояснить);
* при беременности и родах.

Больничный лист выдается в день обращения и установления диагноза на 6 дней, если больше – нужна подпись второго врача (зав.отделением)

*Отделение профилактики включает:*

- кабинет доврачебного приема;

- смотровой женский кабинет и т. д.

В отделение профилактики направляются больные из регистратуры, впервые пришедшие на прием к врачу. В кабинете доврачебного контроля систематизируют больных, выдают различные справки, проводят предварительные осмотры.

Кабинет доврачебного приема (КДП) возглавляет опытный фельдшер или медсестра, 25% больных должны проходить через КДП, это облегчает работу врача, экономит его время.

*Назначение КДП*

-выявить жалобы, правильно определить вид медицинской помощи;

- определить срочность направления к врачу;

- подготовить больного к приему (температура, АД, вес).

- участие в организации и проведении профосмотров.

В состав лечебных отделений входят участковые терапевты и врачи «узких» специальностей.

Возглавляет каждое отделение заведующий отделением. Руководителем поликлиники является главный врач поликлиники (поликлиника является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением) или заместитель главного врача по поликлинике (когда поликлиника объединена со стационаром).

В статистическом кабинете поликлиники осуществляют обработку и учет документации, анализ показателей работы структурных подразделений поликлиники.

*Организация работы участкового терапевта городской поликлиники*

Участковый терапевт играет ведущую роль в системе охраны здоровья населения (в дальнейшем это будет семейный врач). В сложной работе участкового врача соединены медицинская и организационная деятельность (организация профилактики, лечения, диспансеризации, реабилитации, санитарно-просветительной работы). Участковый врач, по сути, является организатором здравоохранения передового звена.

Деятельность участкового врача-терапевта и участковой медицинской сестры наиболее близко соприкасается с работой органов социальной защиты и во многом является медико-социальной. Участковый врач и участковая медсестра оказывают важное влияние на решение медико-социальных проблем клиента в профессиональной деятельности социального работника, Именно к участковому врачу должен в случае необходимости обращаться специалист по социальной работе при трудностях медико-социального характера клиента.

Работа участкового врача-терапевта обычно организована таким образом, что каждый день он принимает больных в поликлинике (примерно 4 часа) и выполняет вызовы к больным на дому (примерно 3 часа). Врач не только выполняет те вызовы, которые сделаны самим больным или его близкими, но и сам, при необходимости (без вызова), навещает больного на дому. Такие вызовы называются активными. Больных-хроников, одиноких престарелых, инвалидов участковый врач должен посещать не реже одного раза в месяц независимо от того, вызывал врача больной или нет. Выполняя вызов, врач не только лечит больного, но и выполняет элементы социальной работы: выясняет социально-бытовые условия больного, контактирует в случае необходимости с органами социальной защиты, отделением РОКК, аптечными учреждениями и т. д.

Медицинская сестра также принимает непосредственное участие в приеме больных (подготавливает необходимую на приеме документацию, выписывает по указанию врача рецепты на лекарственные средства, заполняет бланки направлений на обследование, измеряет артериальное давление, температуру тела и т. д.) и выполняет назначения врача на участке (делает инъекции, ставит горчичники, клизмы, проверяет выполнение больными назначенного режима и т.д.). В случае необходимости деятельность врача и медицинской сестры на участке может быть организована по типу стационара на дому, когда врач посещает больного на дому ежедневно, а медицинская сестра выполняет на дому врачебные назначения.

*Диспансеризация* является основным средством профилактики в отечественной системе здравоохранения.

Диспансеризация — эти активное, динамическое наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, периодического наблюдения и комплексного лечения заболевших, оздоровления труда и быта, для предупреждения развития болезни, восстановления трудоспособности и продления периода активной жизнедеятельности.

Диспансеризация предполагает обследование и лечение больных вне обострения заболевания.

Диспансеризация (или диспансерный метод) состоит из нескольких этапов. На регистрирующем этапе выявляют больных (по результатам медицинских осмотров или по обращаемости, причем предпочтительнее первое). На следующем этапе обследуют больного, оценивают состояние его здоровья, изучают условия труда и быта. На третьем этапе составляют план профилактических и лечебных мероприятий, оформляют документацию. Затем активно и систематически наблюдают за больным, проводят индивидуальное профилактическое лечение, оздоровительные мероприятия на этапе исполнения. Санитарно-просветительную работу, формирование здорового образа жизни, государственные и общественные мероприятия по борьбе с факторами риска для здоровья осуществляют на заключительном этапе (профилактические мероприятия).

*Диспансеризации подлежат:*

1.Группы здорового населения:

* дети, подростки;
* беременные,
* работающие во вредных условиях труда;
* спортсмены;
* участники ВОв, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС. Участники малых войн и конфликтов.

2. Лица, страдающие хроническими заболеваниями:

гипертоническая болезнь,

стенокардия, ИБС;

ревматизм;

язвенная болезнь желудка и 12-ти п.к.

сахарный диабет;

ахилический гастрит и др.

На каждого диспансерного больного оформляется карта диспансерного наблюдения (ф.№30) (Приложение 1), составляется индивидуальный план наблюдения и оздоровления.

Медицинская помощь на дому – оказывается круглосуточно, должна быть безотказной, вызов выполняется в тот же день, на каждый вызов – 30 минут.

В часы работы поликлиники – участковым врачом, в остальное время в неотложных ситуациях - врачами скорой и неотложной помощи.

*Показатели деятельности поликлиники оценивают следующим образом:*

1. Участковость в поликлинике (%):

=

Средний уровень: 80 – 85%

1. Участковость на дому (%):

=

Норма: 80 – 85%

1. Охват диспансерным наблюдением больных по профилю (%):

=

Норма: 100%

1. Выполнение планов профилактических осмотров (%)

=

Норма: 100%.

*Задачи для контроля освоения нового материала:*

*Оценить работу поликлиники и сделать соответствующие выводы:*

1. Врач-педиатр принял в поликлинике 22 больных за 3 часа.

*Задание:*Оценить нагрузку врача, если известно, что нормативная нагрузка для врача - педиатра 5 больных.

2. К участковому терапевту всего сделано посещений в поликлинике 45800, из них со своего участка 25500; на дому врач обслужил 16000 больных, в том числе со своего участка 12200.

*Задание:*Рассчитать и оценить показатель участковости в поликлинике и на дому

3. Поликлиникой зарегистрировано больных бронхиальной астмой 214, из них состоит на диспансерном учете 190; больных сахарным диабетом 146, из них на диспансерном учете 108; больных инфарктом миокарда зарегистрировано 12, состоит на учете - 12.

*Задание:*Определить процент охвата диспансерным наблюдением указанных групп больных и оценить

4. Оценить работу поликлиники по проведению профосмотров, если подлежало осмотру по плану работников ЛПУ 600 человек, осмотрено фактически – 340 чел.; работников образовательных учреждений подлежало осмотру 2300 чел., осмотрено – 2140 чел.; работников предприятий общественного питания подлежало осмотру 1723 человека, осмотрено – 1520 человек.

*Контрольные тесты к теме «Показатели работы поликлиники»*

*Инструкция: выбери правильный ответ*

**Вариант I**

*1. Поликлиника оказывает населению помощь:*

а. социальную

б. первичную лечебно-профилактическую

в. санитарно-противоэпидемическую

г. консультативную

*2. Мощность поликлиники определяется:*

а. укомплектованностью медкадрами

б. наличием диагностических кабинетов

в. наличием «узких» специалистов

г. числом посещений в смену

*3. Обязательным структурным подразделением поликлиники является:*

а. лаборатория

б. R-кабинет

в. физ.кабинет

г. регистратура

*4. В основе работы поликлиники лежит:*

а. обслуживание больных на дому

б. оказание неотложной помощи

в. диспансеризация отдельных контингентов населения

г. участковый принцип

5.*Численность населения, получающего медпомощь в поликлинике составляет:*

а. 30-35%

б. 50-55%

в. 80-85%

г. 100%

*6. Заболеваемость населения рассчитывается:*

а. по статталонам со знаком «+»

б. по статталонам со знаком «- »

в. по данным медосмотров

г. по больничным листам

7. *Профилактическая работа поликлиники включает:*

а. диспансеризацию населения

б. проведение профилактических медосмотров

в. пропаганду ЗОЖ

г. все

*8. К показателям профилактической работы поликлиники относятся:*

а. количество диспансерных больных

б. количество «Д» больных, обследованных лабораторно

в. % охвата «Д» больных наблюдением по профилю

г. количество «Д» больных, осмотренных «узкими» специалистами

*9. В профилактике заболеваний ведущее место занимает:*

а. повышение культуры населения

б. повышение зарплаты

в. улучшение жилищных условий

г. формирование ЗОЖ

*10. .Показатель участковости в поликлинике должен быть на уровне:*

а. 35%

б. 60%

в. 80-85%

г. 90-95%

**Вариант II**

*1. Основой организации работы поликлиники является:*

а. участковый принцип

б. возрастная структура населения

в. профессиональная структура

г. показатели заболеваемости

*2. Особенности амбулаторно-поликлинической помощи:*

а. ограниченность врача временем на приеме

б. меняющийся состав больных

в. необходимость быстрой диагностики

г. все

*3. Диспансеризация - это:*

а. раннее выявление хр. больных

б. обслуживание больных на дому

в. профилактическое лечение больных

г. активное динамическое наблюдение за состоянием определенных контингентов населения

*4. Поликлиника отличается от амбулатории:*

а. количеством посещений в смену

б. наличием диагностических кабинетов

в. укомплектованностью кадров

г. уровнем специализации

*5. Основная функция регистратуры:*

а. запись больных на прием

6. заполнение амбулаторной карты

в. оформление больничных листов

г. все

*6. Численность населения на терапевтическом участке:*

а. 1000 чел.

б. 1200 чел.

в. 1500 чел.

г. 1700 чел.

7. *Поликлиника оказывает помощь больным:*

а. на приеме

б на дому

в на приеме и на дому

г. правильного ответа нет

*8. Нагрузка врача определяется:*

а. числом больных, принятых за месяц

б. числом больных, принятых за неделю

в. числом больных, принятых в день

г. числом больных, принятых в смену

*9.Патологическая пораженность рассчитывается:*

а. по стат.талонам со знаком «плюс»

б. по стат.талонам со знаком «плюс» и «минус»

в. по больничным листам

г. по данным медосмотров

*10.В профилактике заболеваний ведущее место занимает:*

а. увеличение медкадров

б. увеличение коечного фонда

в. улучшение социальных условий

г. формирование ЗОЖ населения

**Вариант III**

*1. Поликлиника оказывает населению помощь:*

а. социальную

б. первичную лечебно-профилактическую

в. санитарно-противоэпидемическую

г. консультативную

*2. Мощность поликлиники определяется:*

а. укомплектованностью медкадрами

б. наличием диагностических кабинетов

в. наличием «узких» специалистов

г. числом посещений в смену

*3. Обязательным структурным подразделением поликлиники является:*

а. лаборатория

б. R-кабинет

в. физ.кабинет

г. регистратура

*4. Поликлиника отличается от амбулатории:*

а. количеством посещений в смену

б. наличием диагностических кабинетов

в. укомплектованностью кадров

г. уровнем специализации

*5. Основная функция регистратуры:*

а. запись больных на прием

6. заполнение амбулаторной карты

в. оформление больничных листов

г. все.

*6. Численность населения на терапевтическом участке:*

а. 1000 чел.

б. 1200 чел.

в. 1500 чел.

г. 1700 чел.

7. *Профилактическая работа поликлиники включает:*

а. диспансеризацию населения

б. проведение профилактических медосмотров

в. пропаганду ЗОЖ

г. все

7. *Профилактическая работа поликлиники включает:*

а. диспансеризацию населения

б. проведение профилактических медосмотров

в. пропаганду ЗОЖ

г. все

*8.**К показателям профилактической работы поликлиники относятся:*

а. количество диспансерных больных

б. количество «Д» больных, обследованных лабораторно

в. % охвата «Д» больных наблюдением по профилю

г. количество «Д» больных, осмотренных «узкими» специалистами

д. все

*9. В профилактике заболеваний ведущее место занимает:*

а. повышение культуры населения

б. повышение зарплаты

в. улучшение жилищных условий

г. формирование ЗОЖ

**Вариант IV**

*1. В основе работы поликлиники лежит:*

*а.* обслуживание больных на дому

б. оказание неотложной помощи

в. диспансеризация отдельных контингентов населения

г. участковый принцип

*2. Численность населения, получающего медпомощь в поликлинике составляет:*

а. 30-35%

б. 50-55%

в. 80-85%

г. 100%

*3. Заболеваемость населения рассчитывается:*

а. по стат.талонам со знаком «+»

б. по стат.талонам со знаком «- »

в. по данным медосмотров

г. по больничным листам

*4. Основой организации работы поликлиники является:*

а. участковый принцип

б. возрастная структура населения

в. профессиональная структура

г. показатели заболеваемости

*5. Особенности амбулаторно-поликлинической помощи:*

а. ограниченность врача временем на приеме

6. меняющийся состав больных

в. необходимость быстрой диагностики

г. все

*6. Диспансеризация - это:*

а. раннее выявление хронических больных

б. обслуживание больных на дому

в. профилактическое лечение больных

г. активное динамическое наблюдение за состоянием определенных  
контингентов населения

7. *Показатель участковости в поликлинике должен быть на уровне:*

а. 35%

б. 60%

в. 80-85%

г. 90-95%

*8. Поликлиника оказывает помощь больным:*

а. на приеме

б на дому

в на приеме и на дому

г. правильного ответа нет

*9. Нагрузка врача определяется:*

а. числом больных, принятых за месяц

б. числом больных, принятых за неделю

в. оформление больных, принятых за день

г. числом больных, принятых за час

*10. Патологическая пораженность рассчитывается:*

а. по статталонам со знаком «плюс»

б. по статталонам со знаком «плюс» и «минус»

в. по больничным листам

г. по данным медосмотров

**Практическое занятие № 2.**

**Организация лечебно-профилактической помощи женщинам и детям**

*Объем аудиторных часов на изучение темы:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| аудиторная учебная нагрузка, из них: | лекции | практические занятия |
| 6 часов | 2 часа | 4 часа |

*Содержание учебного материала:*

1. Государственная система охраны материнства и детства, цели, задачи, направления деятельности. Целевые программы.
2. Организация лечебно-профилактической помощи детям. Основные типы ЛПМО. Детская поликлиника, структура, Функции, особенности организации работы. Участковый принцип, диспансерный метод, профилактическая работа со здоровыми детьми. Специализированная помощь детям.
3. Оказание медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, основные направления деятельности.
4. Основные типы акушерско-гинекологических учреждений. Женская консультация: структура, штаты, функции. Участковый принцип, диспансерный метод. Содержание работы среднего медицинского персонала.
5. Родильный стационар, особенности структуры, штаты, профилактика внутрибольничных инфекций. Содержание работы среднего медицинского персонала.
6. Показатели деятельности учреждений охраны материнства и детства.

*Задания по выполнению практического занятия:*

1. Изучите текстовую часть.
2. Письменно ответьте на следующие вопросы:
3. Что такое «охрана материнства и детства», «медико-социальная помощь детям»?
4. Каковы этапы медико-социальной помощи в системе охраны материнства и детства?
5. Перечислите основные задачи женских консультаций.
6. Поясните особенности диспансерного метода и участкового принципа в условиях женской консультации.
7. Какой главный принцип диспансеризации беременных?
8. Какое значение имеют профосмотры?
9. В чем заключается социальная защита женщин в период беременности и после родов?
10. Каковы сроки предоставления декретных отпусков?
11. Охарактеризуйте периоды медико-социального патронажа в системе охраны материнства и детства.
12. Охарактеризуйте группы здоровья детей.
13. Каковы особенности организации медицинской помощи детям в детских дошкольных учреждениях?
14. Какова особенность ор­ганизации работы детских стационаров?
15. Оформите в тетради конспект «Формулы для расчета показателей работы женской консультации, родильного дома, деятельности детской поликлиники».
16. Решите задачи (см. блок «Задачи для контроля освоения нового материала»).
17. Ответьте на уточняющие вопросы преподавателя по изученному на практическом занятии материалу.

**Текстовая часть**

*Охрана материнства и детства —* система государственных и общественных мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка. Медико-социальное значение системы охраны материнства и детства заключается в сохранении здоровья женщины, снижении материнской и детской смертности, в воспитании здорового молодого поколения.

В системе охраны материнства и детства различают следующие этапы оказания медико-социальной помощи:

1. оказание помощи женщине вне беременности, подготовка ее к материнству. На этом этапе большую роль играют женские консультации, центры планирования семьи, медико-генетические консультации;
2. лечебно-профилактическая помощь беременным в целях сохранения здоровья плода и беременной женщины. На этом этапе важна роль женских консультаций, отделений патологии беременности акушерских стационаров, санаториев для беременных;
3. лечебно-профилактическая помощь при родах в целях охраны здоровья плода и женщины. Весь объем этой помощи оказывается в акушерских отделениях родильных домов;
4. охрана здоровья новорожденного (контроль за правильным вскармливанием, наблюдение за физиологическим развитием, уход за новорожденным, оказание лечебной помощи в отделениях новорожденных родильных домов и патологии новорожденных детских больниц);
5. охрана здоровья ребенка в дошкольный период (контроль за физическим развитием, рациональным питанием, иммунологическим статусом ребенка);
6. охрана здоровья ребенка в период школьного возраста (контроль за физическим развитием, коррекция отклонений в состоянии здоровья детей).

Охрана материнства и детства предусматривает акушерско-гинекологическую помощь и лечебно-профилактическую помощь детям.

*Организация акушерско-гинекологической помощи.* Акушерско-гинекологическая помощь оказывается в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет средств целевых фондов.

Основными учреждениями амбулаторной помощи женщинам являются женские консультации (самостоятельные или вхо­дящие в состав родильных домов, поликлиник, медико-санитарных частей). В сельской местности этот вид помощи оказывается ФАПами, гинекологическими кабинетами или женскими консультациями районных, центральных районных и областных больниц.

*Основными задачами женских консультаций* являются:

1. профилактика осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний;
2. формирование у женщин здорового образа жизни;
3. оказание лечебной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
4. профилактика абортов;
5. диагностика и лечение патологии беременности, заболеваний рожениц и гинекологических болезней;
6. проведение санитарно-просветительной работы.

Женская консультация работает с использованием диспансерного метода по участковому принципу. Кроме лечебно-профилактической помощи в консультации осуществляются также медико-социальный патронаж и лечебная помощь на дому. Назначенные на приеме лечебные процедуры, диагностические исследования могут быть проведены в самой консультации или территориальной поликлинике. При необходимости средний медицинский персонал выполняет назначения на дому.

Наиболее важной в работе женской консультации является профилактика осложнений беременности и перинатальной патологии, заключающаяся в диспансерном наблюдении за беременной. Эффективность проводимых мероприятий связана со сро­ками взятия беременной под диспансерное наблюдение: чем раньше взята под наблюдение беременная, тем эффективнее диспансеризация. Своевременное обращение беременной в женскую консультацию позволяет женщине в полном объеме провести обязательные исследования. Установлена прямая зависимость между регулярностью посещений беременной консультации и уровнем перинатальной смертности. Постановка на диспансерный учет до 3 мес. беременности (12 недель) считается ранней.

*Главным принципом диспансеризации беременных* является их дифференцированное обслуживание, включающее медицинское наблюдение за состоянием здоровья, течением беременности, развитием плода и оказание профилактической и лечебной помощи матери и плоду. За время нормально протекающей беременности женщина должна посетить консультацию 14—15 раз (при патологии частота осмотров возрастает), пройти лабораторное обследование; она должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом (по показаниям и другими специалистами). Необходимо выявить факторы риска перинатальной патологии у плода, т.е. неблагоприятные факторы со стороны матери, или заболеваний самого плода, или аномалий его развития. В случае выявления этих факторов беременная направляется на обследование и консультации специалистов для решения вопроса о возможности сохранения беременности. При положительном решении вопроса о сохранении беременности необходимо наблюдать не только за здоровьем женщины, но и за состоянием плода. В подобных случаях возможна дородовая госпитализация беременных в терапевтические стационары (срок беременности до 20 недель) или в отделение патологии беременности родильного дома. Своевременная госпитализация беременных позволяет значительно уменьшить риск перинатальной смертности.

В женской консультации продолжается наблюдение за женщинами и после родов. Женщине рекомендуется посетить женскую консультацию после выписки из родильного дома на 10—12-й день, о чем женщину следует предупредить до родов и при выписке из родильного дома. Если женщина не явилась в срок в консультацию, то она подлежит патронажу акушеркой. Повторно женщина посещает врача перед окончанием декретного отпуска.

*Организация гинекологической помощи.* Гинекологические заболевания выявляются при обращении женщин в консультацию, проведении профилактических осмотров, осмотров женщин на дому, осмотров женщин другими специалистами. Основная группа гинекологических больных лечится в амбулаторных условиях, значительная их часть нуждается в диспансерном наблюдении. В случае необходимости женщина направляется в стационар.

Важное значение для выявления гинекологических заболеванийимеют профилактические осмотры, особенно для женщин, доживающих в сельской местности. В результате осмотра может быть сделано одно из следующих заключений: здорова (отсутствуют жалобы и гинекологические заболевания); практически здорова (в анамнезе имеются гинекологические заболевания, нарушения менструальной функции или аборты, жалоб нет, могут быть выявлены анатомические изменения без нарушения репродуктивной функции женщины и без нарушения трудоспособности); больна (гинекологические заболевания в анамнезе, жалобы могут быть или отсутствовать, при объективном обследовании выявлено гинекологическое заболевание).

*Социальная защита женщин в период беременности и после родов.* Кроме бесплатного предоставления необходимой помощи женщины в период беременности и после родов социально защищены. Запрещается применение труда всех женщин на тяжелых работах, перенос и передвижение женщинами тяжестей; не допускается привлечение к работам в ночное время, к работам в выходные дни и направление в командировку беременных и женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Беременным женщинам снижаются нормы выработки. Существуют и другие льготы в системе социального страхования и социального обеспечения. Эти льготы разнообразны и специфичны для отдельных производств. Важно, что применение этих льгот не должно сопровождаться снижением оплаты труда.

Декретный отпуск предоставляется беременным при сроке беременности 30 недель. Законом установлена продолжительность отпуска 70 календарных дней до родов (в случае многоплодной беременности — 84 дня) и 70 дней после родов, причем листок нетрудоспособности беременная получает сразу на все 140 дней. В случае осложненных родов послеродовой отпуск увеличивается на 16 дней, при рождении двух и более детей послеродовый отпуск увеличивается на 40 дней.

Если женщина обратится в женскую консультацию в ранние сроки беременности (до 12 недель) и будет взята своевременно на диспансерный учет, она может получить единовременное пособие в размере минимальной зарплаты (дополнительно к пособию по беременности и родам). При прохождении обязательного диспансерного обследования беременной сохраняется средний заработок. Предприятие с вредными условиями труда может создавать отдельные цехи и участки для предоставления женщинам более легкой и безвредной работы. Ответственность за здоровье беременных и матерей несут органы государственного здравоохранения (для них профилактические и лечебные мероприятия бесплатны). Однако средства на проведение обязательных и пе­риодических осмотров работников в случаях и порядке, предусмотренных законом, должны выделять работодатели.

В заключении (тюрьме, лагере) беременные, рожающие и родившие женщины имеют право на специализированную по­мощь специалиста-акушера, в том числе и в родильных домах. В лагерях предусматриваются ясли с квалифицированным персоналом, поскольку существуют лагеря, где дети содержатся вместе с матерями.

*Показатели работы женской консультации:*

1. Среднее число посещений к акушеру-гинекологу на 1 женщину в год:



норматив – 11,7 раз

1. % беременных, взятых на учет в ранние сроки беременности (до 3 месяцев):



 практически - 70%

1. % беременных, взятых в поздние сроки (свыше 7 мес.):



не более 6 – 7 %

1. Среднее число посещений в ж/к на 1 родившую женщину в году:



(нужно 10-12 раз)

1. % женщин, у которых допущена ошибка в определении срока дородового отпуска:



(не должно превышать 8 - 10 %)

1. % беременных, осмотренных терапевтом:



7. % беременных, обследованных на «Rh»фактор:



Задачи для контроля освоения нового материала:

*Вычисление и анализ показателей деятельности женской консультации*

1. В районе обслуживания родильного дома зарегистрировано 3500 беременных. Из них родили в этом году 2800, все они получили больничный лист по декретному отпуску. У 280 из них была допущена ошибка при определении дородового отпуска.

Из 3500 беременных 2400 взято под наблюдение со сроком беременности до 3-х месяцев; 170 - со сроком беременности в 7 месяцев.

Из всех беременных осмотрено терапевтом 2100 женщин, обследовано на резус-фактор 3300 женщин, на "RW" обследовано 3100 женщин.

Вычислить:

1. % ранней и поздней явки беременных на учет;
2. % ошибок, допущенных при выдаче дородового отпуска;
3. % беременных, осмотренных терапевтом, обследованных на резус-фактор и сифилис.

Дать оценку полученных показателей.

1. 2800 родивших посетили женскую консультацию за год 23044 раза. Вычислить и оценить среднее число посещений в консультацию на одну родившую женщину в год.
2. В районе обслуживания проживает 13570 женщин, за год они сделали 130000 посещений. *Вычислить и оценить* среднее число посещений к акушеру-гинекологу на 1 женщину в год.
3. Беременная 20 лет, работает на вредном производстве. Встала на учет по беременности в сроке 8 недель. В анамнезе - 1 год назад самопроизвольный аборт в 10 недель. Беременность вторая. Какие льготы имеет беременная в данном случае?

*Показатели работы родильного стационара*

1. Рожениц, охваченных стационарным родовспоможением:



2. Частота осложнений в родах:



3. Материнская смертность:

****

4. % случаев мертворождаемости:



Уровень 11 – 17%

5. % случаев недоношенности



Уровень 4 – 6 %

1. Смертность новорожденных (отдельно доношенных и недоношенных)



Уровни – смертности доношенных – 3 – 6 промиле,

недоношенных – 80 -150 промиле

Задачи для контроля освоения нового материала:

*Вычисление и анализ показателей деятельности родильного стационара*

1. Из общего количества родов - 3800, в стационаре были проведены 3500, роженицы после родов провели 1140 койко-дней. Вычислить охват рожениц стационарным родовспоможением, а также среднюю продолжительность пребывания роженицы на койке.

2. Вычислить среднее пребывание роженицы в обсервационном отделении по способу моментов, если:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V (дн.) | 18 | 20 | 21 | 24 | 25 | 30 |
| Р | 3 | 8 | 4 | 10 | 15 | 3 |

3. Роженицами и родильницами в стационаре род. дома проведено 8400 койко-дней, в отделении развернутых коек – 28. Определить и оценить среднегодовую занятость больничной койки.

1. За отчетный период в стационаре родильного дома родилось 2000 детей живыми и мертвыми, из них 300 были мертворожденные, а недоношенных живых родилось 140; из доношенных детей умерло 3; из недоношенных – 10; число умерших матерей – 3, осложнения при родах были у 7 женщин.

Вычислить показатели:

- материнскую смертность на 10 000;

- частоту осложнений в родах на 10 000;

- частоту случаев мертворождений на 100;

- частоту случаев недоношенности на 100;

- смертность доношенных на 1000;

- смертность недоношенных на 1000.

*Организация медико-социальной помощи детям.* Медико-социальная помощь детям в системе отечественного здравоохранения — это государственная система непрерывного квалифицированного медицинского наблюдения за ребенком начиная с момента его рождения и до окончания школы.

Основой в системе охраны здоровья детей является амбулаторно-поликлиническая служба. Детская поликлиника обеспечивает медицинскую помощь детям до 18 лет. Предусмотрено оказание помощи не только в поликлинике и на дому, но и в дошкольных учреждениях и школах. Главное направление в деятельности поликлиники — обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка путем прове­дения профилактики заболеваний, оказания лечебной помощи детям, проведения лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии. Принцип работы детской поликлиники — участковый, метод работы — диспансерный.

*Показатели работы детской поликлиники:*

1. Охват беременных дородовым патронажем

=

(нужно 100%)

1. Охват новорожденных наблюдением врача (медсестры) в первые 3 дня после выписки из роддома:

= 

(нужно: врач – 85 – 95%

медсестра – 100%)

3. Систематичность наблюдения детей в возрасте до 1 года врачом (медсестрой):

= 

(нужно: врач – 85 – 95%

медсестра – 95 - 98%)

4. Частота детей, находящихся на грудном вскармливании:

=

*Вычисление и анализ показателей деятельности детской поликлиники*

*Задачи для контроля освоения нового материала*:

1. Вычислить и оценить охват дородовым патронажем, если общее число беременных, имевших роды в данном году составило 1823, из них 1780 посещены медсестрой детской поликлиники.
2. В отчетном году поступило под наблюдение детской поликлиники детей до 1 месяца - 1000, из них посещены в первые 3 дня после выписки из родильного дома врачом - 840 и медицинской сестрой - 920 детей. Вычислить и оценить % охвата новорожденных наблюдением врача и медицинской сестры в первые 3 дня после выписки.
3. Число детей, достигших в отчетном году 1 года жизни - 640 из них находились под наблюдением врача в течение года жизни систематически - 520, посещались медицинской сестрой - 590. Из всех детей находились на грудном вскармливании до 4-х месяцев - 400.

Вычислить и оценить:

1. % охвата детей, систематическим патронажем врачом и медсестрой;
2. % детей находящихся на грудном вскармливании.
3. Оценить качество патронажа ребенка 1 года жизни:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяцы | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **VI** | **VII** | **VIII** | **IX** | **X** | **XI** | **XII** |
| патронажная  медсестра  посетила на  дому | **+**  **+**  **+** | **+**  **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+**  **+**  **+** | **+**  **+**  **+** |
| врач посе-  тил ребенка  на дому | **+**  **+**  **+** | **+** | **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+**  **+** | **+** |
| мать прино-  сила ребен-  ка в детскую  поликлинику |  |  |  |  | **+**  **+** |  |  |  | **+** |  | **+**  **+** |  |

*Задачи для контроля освоения нового материала:*

1. Вычислить и оценить охват дородовым патронажем, если общее число беременных, имевших роды в данном году составило 680, из них 675 посещены медcестрой детской поликлиники.
2. В отчетном году поступило под наблюдение детской поликлиники детей до 1 месяца - 1300, из них посещены врачом в первые 3 дня после выписки из роддома - 900 и медсестрой - 1020 детей. Вычислить и оценить % охвата новорожденных наблюдением врача и медсестры в первые 3 дня после выписки.
3. Число детей, достигших в отчетном году 1 года жизни - 850 из них находились под наблюдением врача в течении года жизни систематически - 450, посещались медсестрой - 800. Из всех детей находились на грудном вскармливании до 4-х месяцев - 600.

Вычислить и оценить:

1. % охвата детей, систематическим патронажем врачом и медсестрой;
2. % детей находящихся на вскармливании.

4. Оценить качество патронажа ребенка 1 года жизни:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Месяцы | **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **VI** | **VII** | **VIII** | **IX** | **X** | **XI** | **XII** |
| патронажная  медсестра  посетила на  дому | **+**  **+**  **+** | **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |
| врач посе-  тил ребенка  на дому | **+**  **+**  **+**  **+** | **+** |  |  | **+** |  | **+** |  | **+** | **+** |  | **+** |
| мать прино-  сила ребен-  ка в детскую  поликлинику | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+**  **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+**  **+** |

*Медико-социальный патронаж в системе охраны материнства и детства* подразделяется на несколько периодов:

1. антенатальный, т.е. дородовой, когда с целью сохранения преемственности и в целях профилактики применяют помимо школы молодой матери дородовой патронаж в 28, 32 и 36 недель беременности. Патронаж, как правило, выполняет участковая медицинская сестра женской консультации (акушерка). При патронаже будущая мать должна получить необходимые сведения по уходу за ребенком. Сразу после выписки из родильного дома акушерка женской консультации также должна выполнить послеродовый патронаж;
2. динамическое наблюдение за новорожденным, которое проводит участковый педиатр совместно с медицинской сестрой на 1—2-е сутки после выписки ребенка из родильного дома; главное при этом — выявить факторы риска у ребенка;
3. ежемесячное динамическое наблюдение за ребенком на протяжении первого года жизни. Физическое и нервно-психическое развитие ребенка к концу первого года жизни позволяет участковому педиатру сделать заключение о состоянии здоровья ребенка;
4. динамическое наблюдение за ребенком в возрасте от 1 года до 7 лет. Особенно важно проведение осмотра детей в возрасте 3 и 5 лет и перед поступлением в школу.

*Группы здоровья детей.* Особенно важно оценить состояние здоровья ребенка именно перед поступлением в школу. По результатам комплексной оценки здоровья дети разделяются на пять групп. К 1-й группе относят здоровых детей; ко 2-й группе — здоровых, но с наличием риска возникновения патологии; к 3, 4 и 5-й группам — больных детей.

Дети 1-й группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Для детей этой группы проводят профилактические и общеоздоровительные мероприятия. Дети 2-й группы здоровья нуждаются в особом внимании педиатра, который устанавливает за ними диспансерное наблюдение, поскольку профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия дают наибольший эффект по предупреждению хронических заболеваний. Дети 3, 4 и 5-й групп находятся под диспансерным наблюдением педиатра и других специалистов, получая необходимое лечение.

*Организация медицинской помощи детям в детских дошкольных учреждениях.* Воспитание детей в дошкольных учреждениях предусматривает и укрепление здоровья ребенка. Врачи дошкольных учреждений и медицинские сестры, работающие в дошкольных учреждениях, относятся к детским поликлиникам. Задачами медицинского персонала детских дошкольных учреждений являются обследование детей, поступающих в детское дошкольное убеждение; медицинский контроль за санитарно-гигиеническими условиями, соблюдением режима дня, особенно за питанием, физическим воспитанием и закаливанием.

*Организация работы детских стационаров.* Особенностью ор­ганизации работы детских стационаров является необходимость проведения мероприятий по предупреждению распространения инфекций: разделение каждого отделения на секции, которые при необходимости могут функционировать самостоятельно; боксирование палат (боксы должны быть строго профилизированы); своевременное выявление бактерионосителей и их санирование (предметы ухода также должны быть индивидуальными) и др.

Организатором и руководителем всей работы в стационаре является заведующий отделением. Именно он ведет основную работу с родителями больных детей.

**Практическое занятие № 3**

**Организация лечебно-профилактической помощи работающим**

**промышленных предприятий, образовательных учреждений**

*Объем аудиторных часов на изучение темы:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| аудиторная учебная нагрузка, из них: | лекции | практические занятия |
| 6 часов | 2 часа | 4 часа |

*Содержание учебного материала:*

1. Организация лечебно-профилактической помощи работающим промышленных предприятий.
2. Основные типы ЛПМО (здравпункт, поликлиника, МСЧ).
3. Принцип работы (цеховость, организация предварительных и периодических медицинских осмотров).
4. Профилактика профессиональных заболеваний.

*Задания по выполнению практического занятия:*

1. Изучите текстовую часть.
2. Письменно ответьте на следующие вопросы:
3. Каковы отличия МСЧ и территориальной поликлиники?
4. Какие нормативные акты регламентируют деятельность МСЧ?
5. Какие типы МСЧ существуют, поясните ответ.
6. Каковы задачи МСЧ?
7. Охарактеризуйте особенности здравпункта, работу его персонала.
8. Что означает термин «цеховость»?
9. Как устроена организация предварительных и периодических медицинских осмотров?
10. Какое принципиальное отличие цехового врача от врача-терапевта территориального участка?
11. Каковы задачи цехового врача при посещении цеха?
12. Перечислите функции цехового врача.
13. В чем заключается профилактика профессиональных заболеваний?
14. Что такое «профилактика профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний»?
15. Какие виды профилактики Вам известны? Поясните ответ, приведите примеры.
16. Какова цель предварительных и периодических осмотров?

**Текстовая часть**

Медико-социальная помощь рабочим промышленных предприятий оказывается лечебно-профилактическими учреждениями в районе проживания специальными учреждениями — медико-санитарными частями и здравпунктами (врачебными и фельдшерскими), расположенными или на территории самих предпри­ятий, или в непосредственной близости от них.

*Основные типы ЛПМО (здравпункт, поликлиника, МСЧ)*

Отличия МСЧ и территориальной поликлиники:

* отсутствие территориально закрепленного населения;
* организованность контингентов;
* отсутствие вызовов на дом;
* нет патронажей, сестринского ухода на дому;
* нет выхода на дом специалистов к тяжелобольным и инвалидам.

Регламентация деятельности МСЧ осуществляется в соответствии со следующими нормативными документами:

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 03.01.1978 N 12 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению медицинской помощи трудящимся промышленности, строительства и транспорта»
2. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 11.10.1982 N 999 «О штатных нормативах медицинского персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 26 тысяч человек»

*Медико-санитарная часть* организуется на крупных предприятиях, это комплексное лечебно-профилактическое учреждение, в состав которого входят поликлиника, стационар, цеховые здравпункты.

Медико-санитарные части предназначены для медицинского обслуживания рабочих и служащих промышленных предприятий и других организаций. Структура медико-санитарных частей может быть различной. Во многих из них имеются ночные профилактории. Медико-санитарная часть может быть представлена поликлиникой без стационара.

Медико-санитарные части могут быть открытого (обслуживают рабочих предприятия, членов их семей и часть населения, проживающего в районе расположения данной медсанчасти) и закрытого (обслуживают только рабочих данного предприятия) типов.

*Медико-санитарная часть осуществляет*:

1. квалифицированную и специализированную лечебно-профилактическую помощь в поликлинике и стационаре;
2. диспансерное наблюдение за определенными группами работающих;
3. проведение предварительных осмотров при поступлении на работу;
4. экспертизу временной нетрудоспособности;
5. анализ причин заболеваемости, травматизма, случаев профзаболеваний; проведение реабилитации больных (совместно с администрацией);
6. медицинский отбор нуждающихся в санаторно-курортном лечении;
7. разработку комплексного плана санитарно-оздоровительных мероприятий (совместно с администрацией и профкомом);
8. подготовку санитарного актива.

*Особое внимание уделяется диспансеризации*:

1. систематически проводятся профилактические осмотры работников предприятия для выявления лиц, страдающих теми или иными хроническими заболеваниями;
2. изучаются условия труда непосредственно па рабочем месте для выявления вредных производственных факторов.

Здравпункт обычно входит в состав поликлиники или медико-санитарной части предприятия и не является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением. Здравпункты организуются непосредственно в крупных цехах, вблизи рабочего пни строительного участка и т. д.

Здравпункты бывают врачебные и фельдшерские.

*Медицинский персонал здравпункта*:

1. оказывает доврачебную и первую врачебную помощь при травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях;
2. проводит необходимые процедуры, назначенные врачом поликлиники или медико-санитарной части (инъекции, перевязки и т.д.),
3. измеряет температуру тела и артериальное давление;
4. обеспечивает явку рабочих и служащих предприятия на диспансерный осмотр;
5. осуществляет прививки;
6. проводит санитарно-просветительную работу.

Медицинское обслуживание рабочих и служащих в медико-санитарных частях осуществляется по цеховому (участковому) принципу: к цеху прикрепляется врач-терапевт (цеховом врач), обслуживающий рабочих данного цеха.

Медико-социальная помощь рабочим промышленных предприятиях предусматривает также широкое использование профилакториев (в том числе и ночных), санаториев-профилакториев, домов отдыха и т. д.

*Принцип работы (цеховость, организация предварительных и периодических медицинских осмотров)*

Центральное место в системе промышленного здравоохранения занимает цеховой врач — терапевт, обслуживающий рабочих закрепленного за ним цехового врачебного участка. Цеховой врач должен знать особенности технологических процессов производства в обслуживаемом цехе. В зависимости от характера производства и особенностей заболеваемости цеховой врач определенное число часов в неделю проводит в цехе, где знакомится с условиями труда рабочих. Проводит диспансерное наблюдение, медицинские осмотры, отбор на лечение в профилакторий, ведет санитарно-просветительную работу и т.д. Цеховые врачи принимают участие в разработке комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение условий труда и быта работников предприятия.

Участок организуется при определенной численности работающих; средний норматив для обычных отраслей машиностроительной и легкой промышленности составляет 2000 чел. на один участок, а в тяжелых отраслях промышленности (угольной, горнорудной, металлургической, химической) — 1500 чел. При формировании участка необходимо учитывать три особенности. Во-первых, учитывается однородность технологического процесса, чтобы врачу было легче добиваться оздоровления условий труда. Во-вторых, учитывается тяжесть 'условий труда и вредность профессиональных факторов на отдельных производственных участках, т.е. цеха и подразделения распределяются по участкам так, чтобы нагрузка на цеховых врачей была равномерной. И, наконец, рационально формировать участки из близко расположенных цехов, чтобы они были компактными и не растянутыми по территории предприятия. В настоящее время состав участка и численность рабочих на нем определяются условиями контракта.

Цеховой врач осуществляет свою работу в соответствии с условиями контракта, заключенного с администрацией промышленного предприятия и территориальными органами здравоохранения. Главной задачей его является оказание медицинской помощи в условиях лечебно-профилактического учреждения совместно со специалистами этого учреждения, а также на месте работы пациентов. По согласованию с органами управления здравоохранением и по договору с территориальным фондом ОМС врач может оказывать первичную медико-санитарную помощь и на дому, т.е. работать по территориально-цеховому принципу. Содержание деятельности врача определяется законодательными нормативными актами (о длительности рабочего времени, режиме труда и др.) по вопросам охраны здоровья населения, уставом предприятия (учреждения), положением о МСЧ и городской поликлинике, а также положением о враче-терапевте цехового врачебного участка (приложение №2 к приказу Минздравмедпрома РФ № 130 от 26.06.94). В своей работе врач подчиняется руководителю (главному  врачу) лечебно-профилактического учреждения, в котором он работает, и администрации предприятия. В подчинении у него находится средний и младший медицинский персонал, закрепленный за участком и кабинетом для амбулаторного приема.

Цеховой врач в отличие от врача-терапевта территориального участка должен знать:

- особенности технологического процесса в обслуживаемых им цехах;

- неблагоприятные факторы, связанные с ним;

- вопросы профессиональной патологии.

Во время посещения цеха врач обращает внимание:

* на его санитарно-гигиеническое состояние;
* на соблюдение рабочими питьевого режима (особенно в горячих цехах);
* на состояние вентиляции в цехе;
* интересуется организацией питания рабочих, использованием обеденного перерыва;
* врач посещает фельдшерский здравпункт, где может провести профилактический осмотр;
* во время посещения цеха врач беседует с рабочими об условиях и образе их жизни, проводит санитарно-просветительскую работу.

Исходя из задач и в соответствии с полученным сертификатом *цеховой врач* должен выполнять следующие *функции*:

— оказывать первую медицинскую помощь при острых заболеваниях, производственных травмах и отравлениях, организовывать транспортировку больных в ЛПМО;

— осуществлять амбулаторный прием, лечение и реабилитацию больных и инвалидов;

— обеспечивать организацию своевременной консультации врачей-специалистов, госпитализацию пациентов, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении;

— проводить экспертизу временной нетрудоспособности и своевременно направлять больных на медико-социальную экспертизу;

— осуществлять координацию и проведение предварительных и периодических медицинских профилактических осмотров;

— проводить диспансеризацию хронических больных, в том числе часто и длительно болеющих, с осуществлением всего комплекса мер общественной профилактики: трудоустройство нуждающихся, отбор на санаторно-курортное лечение, диетическое питание и др.; картотека диспансерных больных должна включать данные на 100—150 пациентов. Диспансерные осмотры проводятся до 3—4 раз в год, осмотры часто и длительно болеющих — 2 раза в год; — осуществлять динамическое наблюдение за состоянием здоровья рабочих своего участка на основе своевременного выявления общих и профессиональных заболеваний, полицевого учета случаев нетрудоспособности и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

— проводить организационно-методические мероприятия по оздоровлению условий труда на рабочих местах, контролировать выполнение мероприятий коллективного договора и комплексного плана;

— проводить работу по подготовке санитарного актива на участке, санитарному просвещению и гигиеническому воспитанию работников предприятия, формированию здорового образа жизни.

Врач составляет комплексный план работы на год и поквартально на основе действующих текущих и перспективных планов работы медсанчасти. Рабочий день врача планируется следующим образом: 5 часов ежедневно отводится на амбулаторный прием и 2,5 часа — на организационно-профилактические мероприятия.

Если медико-санитарная часть имеет в своем составе поликлинику и стационар, то в работе врачей действует система чередования: год-полтора врач работает в поликлинике, затем несколько месяцев — в стационаре.

Врач имеет право не реже одного раза в 5 лет повышать квалификацию с отрывом от места работы за счет средств предприятия и личных средств; проходить аттестацию на врачебную категорию в установленные сроки; заключать в установленном порядке договоры добровольного медицинского страхования и получать плату за оказание дополнительных медицинских услуг; разрабатывать и вносить предложения администрации цехов по вопросам охраны здоровья работающих; в спорных и конфликтных случаях обращаться в органы управления здравоохранением, лицензионно-аккредитационную комиссию, независимую экспертную комиссию, арбитраж и правоохранительные органы.

*Профилактика профессиональных заболеваний*

В процессе трудовой деятельности на работающего воздействуют факторы производственной среды и трудового процесса, которые могут оказать негативное влияние на здоровье. Не представляет сомнений и тот факт, что полное исключение из производственной среды неблагоприятных факторов невозможно. Это практически невозможно даже в тех производствах, где внедрены передовая технология процесса, современное оборудование и для которых высокая культура производства, отличное медицинское обслуживание. И тем более это недостижимо на отечественных предприятиях в условиях экономического кризиса, отсталой технологии и устаревшего оборудования. В связи с этим остро встаёт вопрос по профилактике профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний.

*Профилактика профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний* — система мер медицинского (санитарно-эпидемиологического, санитарно-гигиенического, лечебно-профилактического и т. д.) и немедицинского (государственного, общественного, экономического, правового, экологического и др.) характера, направленных на предупреждение несчастных случаев на производстве, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья работников, предотвращение или замедление прогрессирования заболеваний, уменьшение неблагоприятных последствий. Развитие многих профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных заболеваний зависит от комплексного взаимодействия повреждающих факторов и от качества трудовой жизни. Все работники должны приобретать гигиенические знания и навыки, выполнять нормы и требования, обеспечивающие безопасность труда.

*Общественная профилактика* — создание здоровых и безопасных условий труда и быта на производстве, на рабочем месте. Медицинская профилактика — комплекс мер, реализуемых через систему здравоохранения, в т. ч.:

- разработка и реализация государственной политики по охране труда и здоровья работников;

- соблюдение гигиенических нормативов и регламентов, обеспечивающих безопасность производственных процессов;

- предварительные (при поступлении на работу) и профилактические (периодические) медицинские осмотры с учетом общих противопоказаний, индивидуальной чувствительности, прогностических рисков развития заболеваний;

- нормализация санитарно-гигиенических и психофизиологических условий труда;

- рациональное использование средств коллективной защиты и средств индивидуальной защиты;

- проведение диспансерного наблюдения и оздоровления;

- внедрение принципа защиты временем (контрактная система);

- совершенствование лечебно-профилактической, экспертной и реабилитационной медицинской помощи пострадавшим на производстве;

- обучение администрации и работников организаций (предприятий) основам медицинских знаний, способам сохранения здоровья на рабочем месте;

Всемирная организация здравоохранения выделяет 3 вида профилактики заболеваний: первичную, вторичную и третичную. Термин «первичная профилактика» обозначает профилактику факторов риска среди здорового населения, «вторичная профилактика» — профилактика развития заболеваний при наличии факторов риска, «третичная профилактика» — профилактика прогрессирования заболеваний во избежание инвалидности и преждевременной смерти. В здравоохранении РФ принято выделять только 2 вида профилактики — первичную и вторичную.

*Первичная профилактика* направлена на изучение и снижение влияния факторов риска, предупреждение развития заболеваний — общих для всего населения, отдельных профессиональных, стажевых и возрастных групп и индивидуумов.

*Профилактические меры*:

- экологический и социально-гигиенический мониторинг условий труда и состояния здоровья работников;

- снижение влияния общих и профессиональных повреждающих факторов на организм работника (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, условий быта и отдыха и др.);

- формирование здорового образа жизни, в т. ч.: создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий работников о влиянии негативных факторов на здоровье и возможностях уменьшения этого влияния (развитие системы школ общественного здравоохранения и других форм образования);

- санитарно-гигиеническое воспитание;

- снижение потребления табачных изделий и алкоголя, профилактика наркомании;

- привлечение работников к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления;

- предупреждение развития соматических и психических заболеваний, травматизма;

- медицинские обследования с целью снижения влияния вредных факторов риска, раннего выявления и предупреждения развития заболеваний;

- иммунопрофилактика различных групп работников;

*Вторичная профилактика* направлена на предупреждение обострений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности и работоспособности, снижения общей и профессиональной трудоспособности, что может привести к инвалидности и преждевременной смерти.

*Профилактические меры:*

- целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в т. ч. индивидуальное и групповое консультирование работников, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

- диспансерные медицинские осмотры с целью оценки состояния здоровья, определения оздоровительных и лечебных мероприятий;

- курсы профилактического лечения и целевого оздоровления, в т. ч. лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа, санаторно-курортного лечения;

- медико-психологическая адаптация к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия изменившихся возможностей и потребностей организма;

- уменьшение влияния факторов экологического и профессионального риска;

- сохранение остаточной трудоспособности и возможности адаптации в профессиональной и социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности пострадавших от несчастных случаев и заболеваний на производстве.

По данным ВОЗ, свыше 100000 химических веществ и 200 биологических факторов, около 50 физических и почти 20 эргономических условий, видов физических нагрузок, множество психологических и социальных проблем могут быть вредными факторами и повышать риск несчастных случаев, болезней или стресс-реакций, вызывать неудовлетворенность трудом и нарушать благополучие, а, следовательно, отражаться на здоровье. Нарушение здоровья и снижение работоспособности рабочих могут обусловить экономические потери до 10 - 20% ВНП. Большинство этих проблем могут и должны быть решены как в интересах здоровья и благополучия работающих, так и в интересах экономики и производительности труда.

Приказ № 130 ввел в номенклатуру специальность и должность врача-профпатолога и создал нормативную базу, позволяющую развить в каждом субъекте Федерации сеть центров профпатологии. С момента издания приказа в стране создано и функционирует свыше 80 территориальных центров профпатологии. Начата подготовка врачей по специальности «Профпатология» в интернатуре и клинической ординатуре согласно утвержденным образовательно-профессиональным программам первичной специализации.

Предварительные осмотры проводятся только по направлению нанимателя, с указанием производств, профессий и профессиональных вредностей согласно перечню вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов при работе с которыми обязательны предварительные, при поступлении на работу, и периодические медицинские осмотры в целях предупреждения профессиональных заболеваний врачей-специалистов, участвующих в проведении этих медицинских осмотров и необходимых лабораторных и функциональных исследований по определенным этиологическим факторам в процессе труда, медицинских противопоказаний к допуску на работу, связанную с опасными, вредными веществами и неблагоприятными производственными факторами.

*Предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры осуществляются с целью*:

1. определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, обеспечения безопасности труда и предотвращения распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
2. выявление лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание;
3. распознавания общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профессиональной вредностью может ухудшить их течение;
4. назначения индивидуальных лечебно-оздоровительных мероприятий лицам с выявленными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание (диспансерное наблюдение, обследование в клинике, лечение амбулаторное, в стационаре, оздоровление в профилактории, санатории, доме отдыха, рациональное трудоустройство и другие);
5. оценки условий труда и разработки санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профессиональное заболевание;
6. обеспечения преемственности в оказании лечебно-профилактической помощи работающим путем организации инженерно-врачебных бригад.

Периодические медицинские осмотры проводятся в целях предупреждения профессиональных заболеваний в соответствии с перечнем вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, перечнем работ и перечнем подлежащих контингентов.

**Вопросы для итогового контроля**

**по выполнению практических занятий**

1. В чем отличие ответственности фельдшера от медсестры здравпункта?
2. Что предусматривает квалификационная характеристика фельдшера?
3. Дайте определение «здравоохранение».
4. Дайте определение «медицинское учреждение».
5. Дайте определение «система здравоохранения РФ».
6. Дайте определение «фармацевтическая организация».
7. Дайте определение термину «диспансеризация».
8. Дайте определение термину «медицинский осмотр».
9. Какова основная цель частной системы здравоохранения?
10. В чем отличие частной системы от других систем здравоохранения?
11. Каково преимущество бюджетной системы по сравнению со страховой системой здравоохранения?
12. Каково содержание ПМСП?
13. Каковы особенности функционала фельдшера в условиях сельской местности?
14. Перечислите обязанности персонала ФАПов.
15. Охарактеризуйте современные организационные структуры: больница сестринского ухода.
16. Охарактеризуйте современные организационные структуры: дневные стационары, геронтологический центр, стационары на дому
17. Перечислите компетенции фельдшера, распространяющиеся на область врачебных знаний и умений.
18. Перечислите органы управления здравоохранением и подчиненные им учреждения и элементы муниципальной системы здравоохранения.
19. Перечислите основные задачи поликлиники.
20. Перечислите характерные черты страховой медицины.
21. Перечислите элементы государственной системы здравоохранения.
22. Расшифруйте аббревиатуру: «ЛПМО», «РАМН», «ОМС», «СМП», «ПМСП».
23. Что означает «центр высоких медицинских технологий»?
24. Что означает термин «периодический медицинский осмотр»?
25. Что означает термин «послесменный, послерейсовый медицинский осмотр»?
26. Что означает термин «предварительный медицинский осмотр»?
27. Что означает термин «предсменный, предрейсовый медицинский осмотр»?

*Приложение 1.*

**Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф.№030/у)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | | Код формы по ОКУД |  | |
|  | | Код организации по ОКПО | |  |
|  | | Медицинская документация | | |
| Адрес |  | Учетная форма № 030/у | | |

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ №** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | код по МКБ-10 |  | |
| 2. Дата заполнения карты: число | | |  | месяц |  | год |  | |
| 3. Специальность врача |  | | | | 4. ФИО врача | | |  | | | | |
| 5. Дата установления диагноза | |  | | | 6.Диагноз установлен:  впервые — 1, повторно — 2. | | | | | | | |

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением — 1, профилактическом осмотре — 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8. Дата начала диспансерного  наблюдения |  | 9. Дата прекращения диспансерного  наблюдения |  |

1. Причины прекращения диспансерного наблюдения:

выздоровление — 1, выбытие из района обслуживания — 2, смерть — 3.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. Фамилия, имя, отчество пациента | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Пол: муж. — 1, жен. — 2  13. Дата рождения: число | | | | | | | | | |  | месяц | |  | | | | год | |  |
| 14. Место регистрации: субъект РФ | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| район |  | | город |  | | | | | | | | населенный пункт | | | |  | | | | |
| улица | |  | | | | | дом | |  | | квартира | | |  | тел. | | |  | | |
| 15. Код категории льготы | | |  | | |

16. Контроль посещений:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

*оборотная сторона ф. № 030/у Контрольной карты диспансерного наблюдения*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Даты посещений | | | | | | | |
| Назначено явиться |  |  |  |  |  |  |  |
| Явился(лась) |  |  |  |  |  |  |  |

17. Сведения об изменении диагноза

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Формулировка диагноза | Код по МКБ-10 | ФИО врача |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 18. Сопутствующие заболевания |  |
|  | |

19. Лечебно-профилактические мероприятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Мероприятия | Дата  начала | Дата  окончания | Отметка  о выполнении | ФИО врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Приложение 2.*

**Типовая форма информированного добровольного согласия**

**на формирование листка нетрудоспособности**

**в форме электронного документа и обработку персональных данных**

Медицинская организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и адрес)

Я,

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган)

(адрес места жительства законного представителя, паспортные данные: серия, номер, дата выдачи, выдавший его орган, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 29 декабря 2006 г.  
№ 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и Федерального закона от  
27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях осуществления обязательного социального страхованияподтверждаю свое согласиена формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа,

а также на обработку

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| моих |  | , лица, законным представителем которого являюсь |  | , |

персональных данных, необходимых для оформления листка нетрудоспособности в формеэлектронного документа, в том числе СНИЛС, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, передачу, распространение, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Медицинская организация вправе обрабатывать и передавать для обработки другим участникам информационного взаимодействия – страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| мои |  | , лица, законным представителем которого являюсь |  | , |

персональные данные,необходимые для оформления листка нетрудоспособности в формеэлектронного документа, в том числе СНИЛС, посредством внесения их в электронную базу данных с использованием машинных носителей информации, по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю медицинской организации.

В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных медицинская организация обязана:

а) прекратить их обработку;

б) по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные избаз данных автоматизированной информационной системы медицинской организации, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись гражданина, его законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактный телефон (телефоны)

**Список используемых источников**

1. Федеральный закон от 21.11.2011г. №323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020г.
3. Государственная программа «Развитие здравоохранения», подпрограмма «Охрана материнства и детства» Паспорт подпрограммы 4 «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»
4. Государственная программа Курганской области «Развитие здравоохранения до 2020 года»

# Приказ Минздрава от 31.07.1963 №395 (ред. от 26.02.1982, с изм. от 04.05.1990) «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания населения»

1. Приказ Минздрава России от 28.07.1999 №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации»
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ №81 от 15.03.2002г. «Об организации и проведении всероссийской диспансеризации детского населения»
3. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 г. №621  
   «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2011 N 347н  
   «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»  
   (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.06.2011 №21026)
5. [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.03.2012г.N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»](http://ivo.garant.ru/document?id=70070588&sub=0)
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11. 2012г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2013 г.  №529н  
   «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»
8. Приказ Министерство здравоохранения РФ от 05.11.2013г. №822 «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним», в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях
9. [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»](garantF1://70914388.0)
10. [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2015 г.№193н  
    «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»](garantF1://70922908.0)
11. Приложение № 1 к [Порядку](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70252632/#1000) оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утв. [приказом](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70252632/#0) Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572н Правила организации деятельности женской консультации
12. Приложение № 2 к [Порядку](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70252632/#1000) оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утв. [приказом](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70252632/#0) Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 г. № 572н Правила организации деятельности женской консультации
13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.01.2007 г. №56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 09.02.2007 г. № 102 «О Паспорте врачебного участка (педиатрического)»

# Приказ Министерство здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012г.№366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.04.2007 г. №307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»
2. [Приказ](http://base.garant.ru/12168285/) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 07.07.2009 г. №415н
3. [Приказ](http://base.garant.ru/12178397/) Министерства здравоохранения и соцразвития РФ от 23.07.2010 г. №541н «[Квалификационные характеристики](http://base.garant.ru/12178397/#block_1100) должностей работников в сфере здравоохранения»
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования)»
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №543н от 15.05.2012г. «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»
6. Приказ Минздравмедпрома РФ от 23.06. 1994г. №130 «Об организации медицинской помощи работающим на предприятиях промышленности»
7. Приложение 1 к приказу Минздравмедпрома России   
   от 23.06. 1994г. №130 [Положение о медико-санитарной части](http://www.zakonprost.ru/content/base/part/159598)
8. Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ  
   от 23 марта 2011 г. № 233н

# [Приложение к приказу Министерства здравоохранения РФ от 06.08.2013 г.№529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»](garantF1://70353400.0)

1. Приложение № 1 к Порядку оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ  
   от 23.03. 2011г. № 233н
2. Порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Приложение №1 Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования)
3. Постановление Правительства РФ от 20.03.2006г. №139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий»
4. **Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Курганской области бесплатной медицинской помощи (в т.ч. медпомощь детям)**

1. [Методические указания](garantF1://4075675.0) «Организация наблюдения и оздоровления детей групп риска в дошкольных учреждениях и в детских поликлиниках», утв. Главным управлением лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава СССР 30.12.1983 г.» 11-14/27-6
2. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 21 апреля 2010 г. №15-4/10/2-3204 «О направлении методического письма Минздравсоцразвития РФ «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»
3. Организационно-аналитическая деятельность: учебник/ С.И. Двойников [и др.]; под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480с.
4. Мохов, А.А. Возложение функций лечащего врача на средний медицинский персонал/ А.А. Мохов // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2014. - №9 (сентябрь) С. 102-111