УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

ГБУЗ ВО «Станция скорой

медицинской помощи г.Владимира»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.Е. Кулибаба

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014 г.

**Внутриучрежденческий стандарт**

**ГБУЗ ВО «Станция скорой медицинской помощи г.Владимира»**

1. **Тактика   выездных бригад скорой медицинской помощи**

**на догоспитальном этапе**

* 1. **Правила  личной  безопасности.**

При  оказании  медицинской  помощи   строго соблюдайте санэпидрежим, меры

профилактики  заражения ВИЧ-инфекцией, требования охраны труда и техники  безопасности, в том числе  при  работе  с аппаратурой.

При нахождении пациента в труднодоступном месте запрещается  опускаться в  колодцы,  подвалы, ямы, подниматься  на  высоты-чердаки и т.д.

В помещение, где  находится пациент, всегда входите  за  встречающим.

Запрещается  снимать  обувь  на  вызовах.

При проявлении агрессии со стороны пациента или  его  окружения и любой угрозе  нападения  на  бригаду  СМП (со стороны людей или животных), уйдите в безопасное место, сообщите об этом  старшему  врачу смены, действуйте по его указанию. Ожидание прибытия милиции вне зоны опасности.

В случае, если на бригаду оказывают давление с требованием ввести наркотический препарат, и отказ может спровоцировать агрессию в адрес медработников, выполните требование, после чего немедленно покиньте помещение и сообщите о случившемся старшему врачу смены и работникам ОВД.

При следовании бригады на срочный вызов старший  медработник бригады  обязан  обеспечить работу специальных сигналов (проблесковый маяк и  спец. звук) в течение всего маршрута следования.

Во  время  работы  на  ЧС  должен  работать  проблесковый маяк.

* 1. **Правила личной гигиены**

Бригады СМП оказывают помощь в самых различных условиях пациентам, страдающим

разнообразными заболеваниями. В интересах пациентов, собственного здоровья и здоровья ваших семей, вы должны выполнять ниже перечисленные правила:

Ежедневно принимайте душ или ванну.

Сохраняйте в абсолютной чистоте ваши руки. Ногти должны быть короткими. Длинные ногти для медработника СМП недопустимы.

До и после контакта с пациентом вымойте руки с мылом.

Перед каждым предполагаемым контактом с кровью или другими биологическими жидкостями больного наденьте перчатки.

Надевайте толстые перчатки в ситуациях, когда тонкие перчатки могут порваться.

Если имеется угроза запачкаться кровью или другими биологическими жидкостями больного, наденьте фартук, а слизистые оболочки рта и глаз защитите маской с очками.

В случае загрязнения кожи кровью следует немедленно вымыть поражённые участки водой с мылом, насухо вытереть и обработать тампоном, смоченным 70% спиртом.

При получении травмы инъекционной иглой или стеклом, дайте крови вытечь из раны, обмойте проточной водой, продезинфицируйте кожу вокруг раны 70% спиртом, края раны обработайте йодом, наложите повязку.

При попадании крови на слизистую глаз или носа – необходимо сразу же промыть их водой, а затем 30% р-ром сульфацил натрия.

При попадании крови в ротовую полость – рот прополаскивается 70% спиртом.

Храните материалы испачканные кровью в отдельном полиэтиленовом пакете. Использованные перчатки обрабатываются 6% раствором перекиси водорода.

Поверхности носилок, сумок и т.п. в случае загрязнения кровью обрабатываются 3% раствором хлорамина.

При транспортировке пациентов с открытой формой туберкулёза следует надевать на них марлевую маску.

* 1. **Тактика общения  с  пациентом  и  его  окружением**
* Все переговоры с пациентом и его окружением ведет руководитель бригады.
* При  контакте  с  пациентом и  окружающими  его  людьми будьте  всегда  спокойны,  доброжелательны,  внимательны. Избегайте конфликтов.
* По поведению встречающего определите,  что  Вас может ожидать на вызове. Определите перечень, необходимых для работы, укладок.
* Любое медицинское вмешательство  осуществляется только с согласия пациента:

- право на отказ от медицинского вмешательства (осмотра, оказания медицинской помощи,  госпитализации, транспортировки на носилках) необходимо правильно оформить в карте вызова с обязательным взятием подписи и указанием от чего отказывается больной, предупредив пациента в  доступной  для  него  форме о возможных последствиях отказа;

-        отказ  от  медицинского  вмешательства оформить  в  карте  вызова, заверить подписью  пациента, либо законного  представителя с указанием его фамилии; а также своей подписью;

-        при отказе пациента от подписи, зафиксируйте отказ в карте вызова, заверив  подписью двух работников бригады, родственников больного или его соседей.

* Общение с пациентом начинайте со слов: «Здравствуйте. Что Вас беспокоит?» (вопрос «Что случилось?» задайте только при выезде на травму или несчастный случай).
* Не проявляйте негативного отношения к полученной информации, какой бы абсурдной или лишней она вам не казалась.
* Поясняйте свои действия кратко, доступно, без лишних специальных деталей:

-        самому пациенту;

-        родителям в отношении детей до 15  лет;

-        опекунам, попечителям;

-        законным  представителям в отношении граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными.

* В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает  непосредственно врач (фельдшер) **с последующим уведомлением старшего врача.**
* Принудительное медицинское вмешательство (осмотр,  оказание медицинской помощи, госпитализация)  возможны  только   в  отношении  пациентов,  представляющих   социальную  опасность  для  себя  и   окружающих.
* При требовании  пациента выполнить необоснованные или  ненужные с вашей точки зрения действия - откажите, уверенно поясните свой отказ. Если пациент  неудовлетворен вашим пояснением, сообщите ему телефон   **старшего врача**.
  1. **Взаимоотношения медицинского персонала с внезапно заболевшим пациентом**

Особенности и характер взаимоотношений врача и больного определяются присягой врача, которую принимает каждый выпускник медицинского вуза. Однако в системе учреждений СМП эти взаимоотношения более сложные и обостренные и должны рассматриваться не только в рамках отношений «врач – больной», но и с позиций отношений с родственниками, общественностью. Необходимо учитывать взаимоотношения внутри бригады СМП на каждом этапе работы согласно той последовательности, в которой каждый работник службы здравоохранения включается в нее:

• диспетчера «03» с больными и родственниками;

• внутри бригады СМП;

• бригады СМП с больными и их родственниками, посторонними лицами в различных ситуациях рабочей обстановки;

• бригады СМП с медицинским персоналом больничных отделений при передаче пациента на дальнейшее лечение.

Перечисленные факторы взаимосвязаны между собой и косвенно влияют на процесс лечения.

Взаимоотношение «больной – скорая помощь» начинается с приема вызова диспетчером. Он первым включается в работу. Обращающийся за скорой помощью человек, как правило, взволнован происходящим, и это обстоятельство должно учитываться персоналом службы «03». Четкая постановка вопросов, участливый тон, тактичное повторение вопросов в случае получения неясного ответа создает фон для работы бригады СМП на дому.

Современный житель воспитан на лучших гуманистических началах, начитан, информирован о достижениях здравоохранения, требует к себе уважительного отношения и не терпит фамильярного обращения с собой.

В последние годы мы сталкиваемся с нарастающей тенденцией пренебрежительного, повелительного, а в отдельных случаях и откровенно хамского тона со стороны обращающихся в СМП, не говоря уже о хулиганствующих элементах, безнаказанно изощряющихся в грязной брани по «03». Безусловно, это требует от персонала диспетчерской железной выдержки, дабы не встать на путь огрубения и аналогичной ответной реакции.

В периодической печати уже неоднократно поднимался вопрос о воспитании чувства такта у людей, вызывающих «скорую помощь». Вместе с тем медицинские работники службы СМП, находящиеся на переднем крае здравоохранения, должны первыми находить противоядие против имеющих место негативных фактов.

* 1. **Работа персонала СМП на месте вызова (в домашних условиях)**

Вызов бригады СМП на дом имеет ряд особенностей. Бригаду ждут с нетерпением, ожидание порой кажется вечностью. Приход врача, его поведение, тактичность, выражение лица, слова, то, как выходит бригада из машины, как идет к больному – все важно.

Кажущаяся мелочь, пренебрежение медицинского работника может перечеркнуть тяжелый труд коллектива, не знающего покоя, ни днем ни ночью, отдающего по крупицам свое здоровье во имя здоровья других. В медицине нет мелочей. Непонятно произнесенное слово, невнятная речь, незаконченная фраза, недовольство в голосе всегда могут привести к возникновению неприятных эмоций, к непониманию и неправильному истолкованию слов медработника. Уже это само по себе вредно для больного.

Многие пациенты знают о своих болезнях, их неблагоприятном исходе и с нетерпением ждут слов ободрения от врача. Ведь не зря существует выражение: «Если больному не стало лучше от посещения врача – это плохой врач». А Наполеон в свое время сказал: «Я не верю в медицину, я верю в своего врача».

Хотелось бы обратить внимание на соблюдение медицинским персоналом санитарно-гигиенических норм. Всем ясно, что, прибыв от одного больного к другому, перед осмотром следует вымыть руки. Это естественно. Люди ждут приезда врача, готовят полотенце, мыло, поскольку знают, что врач уже имел дело пусть не с инфекционными, но больными. Люди желают видеть хорошего, чистого душой и телом врача.

И поэтому сама процедура подготовки к осмотру больного: приветствие, снятие верхней одежды, мытье рук и традиционный вопрос «Здравствуйте, что Вас беспокоит?» внушает доверие больному и предполагает серьезность намерений прибывшей бригады.

Большое психологическое значение имеет внешний вид врача и членов бригады, выезжающих на вызов. Крайне отрицательно сказывается на больном и его окружающих неряшливость медработников.

И как неприятно, когда врач прямиком в пальто шествует к постели больного. Тотчас начинается расспрос, измерение АД, пальпация живота.

Глядя на врача, не моет руки и фельдшер, затем вводит медикаменты. А это недопустимо. Врач должен быть примером, он должен учить фельдшера правильно входить на вызов, передавать умение общаться с больным, родственниками больного, сбором анамнеза, клиническому мышлению в постановке диагноза и умению оказывать помощь.

Важнейшим средством общения врача с больным является речь. Когда слово врача оказывает психологическое воздействие, успокаивает больного, улучшает общее состояние, оно служит целям общей терапии. Отсюда становится ясным, насколько продуманно и взвешенно должно быть слово врача. Ведь часто малокомпетентный врач, не найдя убедительных аргументов для больного, спасается тривиальной фразой: «Если Вы это знаете лучше, чем я, тогда зачем меня вызывали?» Врач должен помнить, что больной чутко реагирует на все. Это обязывает врача формулировать свои выражения так же осторожно и вдумчиво, как подбирать, например, те или иные лекарственные средства и дозы, составляя рецепт для оказания неотложной помощи. Оберегая спокойствие больного, врач должен в доступной форме изложить характер и степень серьезности заболевания. При этом он обязан фиксировать внимание на положительных тенденциях в болезненном процессе, стараться мобилизировать веру больного в возможность выздоровления, пусть даже если врач сам в чудесное исцеление не верит.

* 1. **Оказание СМП на улице**

При оказании скорой помощи на улице от бригады требуются более решительные

действия. Здесь врач должен быть объективно строгим и решительным. Его распоряжения помощникам должны быть авторитетными, их следует отдавать быстро и решительным тоном. Суете и нервозности места нет.

В толпе всегда найдутся люди, советующие дать подышать умирающему от тяжелой травмы больному «нашатырным спиртом», ввести сердечное средство «кордиамин». С лицами, любящими давать советы и наводить критику, лучше не вступать в пререкания. Необходимо помнить, что при виде крови часть людей ведет себя неадекватно.

Вопросы этики приобретают особую актуальность во время работы в экстремальных условиях вследствие катастроф и стихийных бедствий. На первый план выступает несоответствие между числом пострадавших и возможностью оказания скорой помощи, меняются задачи, тактика, возрастает жесткость условий, в том числе этических и деонтологических. У врача СМП возникают трудности морального выбора, риск граничит с нравственными предпочтениями. В стрессовой ситуации все команды врач отдает громким голосом, правильно расставляет по местам медперсонал, отдает команды на сортировку и оказание медицинской помощи, обеспечивает связь с диспетчером, регистрирует госпитализированных, умерших и т. д. Оказавшись в трагических и стрессовых ситуациях, вызванных гибелью родных и близких, окружающие нуждаются в психотерапевтической помощи, элементами которой являются человечность, доброта, чуткость.

**1.7. Общие требования к взаимодействию с пациентом (пострадавшим) и лицами, предоставляющими их интересы**

1. Организация, оказывающая услугу, должна обеспечить сохранение в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении обратившегося за медицинской помощью.

2. Организация, оказывающая услугу, должна использовать только разрешенные к применению лекарственные средства, входящие в формулярный перечень, утвержденный Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим бесплатной медицинской помощи.

3. Персонал скорой медицинской помощи ни при каких обстоятельствах, не должен кричать на пациента (пострадавшего), членов его семьи, за исключением случаев предупреждения о грозящей ему немедленной опасности.

4. Персонал скорой медицинской помощи ни при каких обстоятельствах не должен оскорблять пациента (пострадавшего), членов его семьи, в том числе на почве расовой и национальной неприязни, а также вне зависимости от нахождения в состоянии опьянения.

Выполнение указанных в настоящем разделе требований не освобождает оказывающую услугу организацию от установленной законодательством ответственности за соблюдение иных, утвержденных в установленном порядке, норм и правил.

* 1. **Правила работыс агрессивными пациентами**

Агрессия – это действие или жестикуляция, которые означают возможность насилия.   
Гнев – обычная эмоция, которая при определённых обстоятельствах может возникнуть у любого человека.

Агрессивность – это потеря эмоционального контроля, что может обернуться насилием, направленным против:

* других людей;
* неодушевлённых предметов;
* самих пациентов.

Агрессивность может вызываться рядом причин:

* психическими заболеваниями;
* передозировкой лекарств;
* алкоголем или наркотиками;
* абстиненцией;
* болью и стрессом.

НЕТ ЖЁСТКИХ ПРАВИЛ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ АГРЕССИВНЫМ ПАЦИЕНТАМ, НО ТРИ НАДО ПОМНИТЬ ВСЕГДА!!!

I. Не поддавайтесь чувству гнева.

II. Оценивайте ситуацию.

III. Оставайтесь всегда вежливым.

Помните! Профессионализм и спокойное уверенное поведение всегда внушают уважение и вызывают доверие пациента.

У вас нет ни прав, ни полномочий при отказе пациента от госпитализации насильно забирать его.

Вы не должны пытаться справиться с агрессивным пациентом. Информируйте диспетчера. Если необходимо, вам пришлют в помощь милицию или психиатрическую бригаду. 

* 1. **Тактика  диагностики**
* Обследование пациента начните  с  выявления  признаков  жизнеугрожающих  состояний:

-        отсутствие сознания;

-        отсутствие  или  нарушение дыхания  (брадипное, патологический тип дыхания);

-        отсутствие пульса на сонных артериях (АД ниже 30 мм рт.ст.), лучевых артериях (АД ниже 50 мм рт.ст.);

-        кровотечение.

* При  выявлении  угрожающих  жизни  симптомов **сначала  окажите   соответствующую** **помощь** и  лишь, затем  продолжите  обследование пациента.
* Изучите  анамнез:

-          заболевания, эпидемиологический,  аллергологический, гинекологический;

-          выясните анамнез  настоящего приступа, какие  препараты  пациент принял, в какой  дозе, сколько  времени прошло с  момента  приема  препаратов;

-          уточните, какие  лекарственные препараты  противопоказаны.

* Объективное  исследование проводите по  общей  схеме:

-          при травме дополнительно: выясните механизм  травмы, узнайте  время,  прошедшее  с  момента травмы, оцените  величину  и  положение  зрачков, их  реакцию  на свет, оцените ориентировочную  величину  кровопотери, осмотрите,  пропальпируйте  грудь, живот,  опорно-двигательный  аппарат.

* Локальный статус обязателен при: травмах,  термических  поражениях,   отморожениях,  гнойных  хирургических заболеваниях.
* При использовании электрокардиографии в медицинской карте должно быть описание электрокардиограммы, **при летальных  случаях ЭКГ  должна  быть  приложена  к  карте  вызова.**
* Сформулируйте диагноз:

-          в графе «Диагноз» первым  укажите заболевание пациента, ставшее  причиной  вызова скорой  медицинской  помощи;

-          в графе «Осложнения» укажите  осложнения  основного  заболевания  или  ведущий  синдром  этого  заболевания;

-          при  невозможности  поставить  полный  диагноз  на  догоспитальном этапе диагноз  выставляется  посиндромно (по  синдрому,  определяющему  тяжесть  состояния  пациента  и  тактику  бригады).

* Медицинская  помощь, оказанная  бригадой, должна  соответствовать  основному  диагнозу  и  указанному  осложнению (синдрому).
  1. **Тактика  лечения**
* Общие принципы оказания медицинской помощи:

a)      мониторинг жизненно-важных функций:

-          при нетяжелом состоянии  пациента контроль АД, ЧСС, ЧДД  **каждые 15 минут**;

-         при проведении реанимационных мероприятий – контроль эффективности **каждые 5 минут**;

b)       посиндромное оказание медицинской помощи;

c)      приоритетность купирования синдромов, представляющих наибольшую опасность для жизни пациента;

d)     управляемость терапии:

-          знание показаний, противопоказаний к применению  и фармакокинетики препаратов табельного оснащения;

-          выбор препаратов,  механизм  действия,  противопоказания и  побочные эффекты,  которых  вам  хорошо  известны из  практики;

-          оптимальный путь введения лекарственных препаратов;

-         постоянная готовность к купированию побочных эффектов лекарственных средств.

e)      Оптимальная организация лечебного процесса:

-          чёткое распределение обязанностей в бригаде при оказании медицинской помощи;

-          наличие минимально достаточного оснащения и порядок в укладках.

* При выявлении симптомов остановки  дыхания и кровообращения (отсутствие сознания, дыхания,  пульса на сонных артериях) и при отсутствии  признаков  биологической смерти  **немедленно** приступите  к  проведению сердечно-легочной реанимации.
* **Показания для проведения реанимационных мероприятий:**

-          остановка дыхания и кровообращения наступила в присутствии бригады СМП;

-          остановка дыхания и кровообращения наступила до прибытия бригады СМП  и нет достоверных признаков биологической смерти;

-          до прибытия бригады проводились реанимационные мероприятия (не зависимо от их длительности и эффективности);

-          смерть наступила до прибытия бригады СМП, есть достоверные признаки биологической смерти, но окружающие оказывают давление на бригаду, которое может вылиться в агрессию.

* Во время проведения реанимационных мероприятий убедитесь в их правильности, отметку об этом сделайте в реанимационной карте.
* Показания для прекращения реанимационных мероприятий:

-          восстановление самостоятельной сердечной деятельности, обеспечивающей достаточный уровень кровообращения  (прекращение массажа сердца);

-          восстановление спонтанного дыхания (прекращение ИВЛ);

-          неэффективность реанимационных мероприятий, проводимых бригадой СМП в течение 30минут (констатация смерти).

* В  «Карте сердечно-легочной реанимации» зафиксируйте все проводимые реанимационные мероприятия и результаты контроля  их эффективности.
* Реанимационные мероприятия не проводятся:

-          при наличии признаков биологической смерти (трупные пятна, трупное окоченение);

-          при наступлении состояния клинической смерти на фоне прогрессирования не излечимых заболеваний (при наличии медицинских документов, подтверждающих диагноз);

-          при наступлении состояния клинической смерти на фоне неизлечимых  последствий острой травмы, не совместимой  с жизнью.

* Отказ от проведения реанимационных мероприятий  или их прекращение должны быть обоснованы в карте вызова.
* Вопрос об оказании медицинской помощи лицам, находящимся в бессознательном состоянии, решает в **интересах гражданина** непосредственно руководитель бригады с последующим уведомлением   **старшего врача.**
* Медицинская помощь в случаях, когда состояние пациента  позволяет ему выразить свою волю,  оказывается только при наличии письменного  согласия  пациента на медицинское вмешательство.
* Согласие на медицинское  вмешательство  в  отношении  лиц,  не  достигших  возраста  15  лет (больных  наркоманией до 16 лет), дают  их  родители (опекуны), в отношении граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, -  их законные представители.
* Согласие на лечение и введение лекарственных препаратов оформляется письменно (в карте вызова).
* Пациентам, находящимся  в общественных  местах  или на  улице,  при отсутствии непосредственной угрозы  для  жизни,  медицинская  помощь  оказывается  после  помещения в  машину  скорой  помощи.
* После  оказания  необходимой  адекватной  помощи решите,  нуждается  ли  пациент  в  дальнейшем  наблюдении  и  лечении:

-          если  пациент  нуждается  в  **плановом  лечении** - дайте  рекомендации,  куда  обратиться  для  дальнейшего  лечения. Избегайте рекомендаций относительно  методов и  прогноза дальнейшего лечения  заболевания;

-          если пациент оставлен дома и ему **показан активный вызов** врача  из  поликлиники, сделайте отметку в карте вызова  для  последующей  передачи  в  поликлинику;

-          в  случаях, когда  больной  в  **жизнеугрожающем  состоянии  оставлен  дома**, сообщите  старшему  врачу  о  необходимости  активного вызова  бригады  скорой  медицинской  помощи;

-          если  больной  нуждается  в  **экстренном  лечении** -  решите  вопрос   о  необходимости  экстренной  госпитализации.

* **Общие показания для экстренной госпитализации:**

***Медицинские:***

-          жизнеугрожающие состояния;

-          травмы, отравления, несчастные случаи,  остро развившиеся заболевания с высоким риском развития жизнеугрожающих состояний;

-          роды;

-          инфекционные заболевания по клиническим или эпидемиологическим  показаниям.

***Тактические:***

-          заболевания, относящиеся к группе повышенного риска развития тяжелых осложнений (впервые развившиеся приступы и припадки, ухудшение в состоянии больных после оперативного лечения);

-          сомнительные случаи, если диагноз не ясен;

-          пациенты, находящиеся на улице, в общественном месте, на производстве (независимо от диагноза);

-          при повторных вызовах к пациенту при выявлении  ухудшения его  состояния;

-          заболевания у детей первого  года жизни.

***Социальные:***

-          больные, представляющие опасность для себя или окружающих;

-          пациенты после суицидальных попыток;

-          одинокие, прикованные к постели больные с угрозой развития жизнеопасных осложнений.

* Нецелесообразна экстренная  госпитализация:

-          пациентов с прогрессированием неизлечимого  заболевания при наличии медицинских документов, подтверждающих диагноз;

-          пострадавших с последствиями острой  травмы, несовместимой с жизнью.

* При  необходимости  экстренной  госпитализации оцените транспортабельность пациента.
* Если транспортировка пациента  линейной  бригадой невозможна из-за  угрозы развития  жизнеопасных  осложнений,  требующих  реанимационных  мероприятий,  вызовите  на  помощь  специализированную бригаду.
* При  наличии  относительных  противопоказаний  к  транспортировке  сообщите старшему врачу о необходимости активного посещения  пациента. При  активном  посещении  решите  вопрос  о  транспортировке  пациента в  стационар.
  1. **Требование к транспортировке пациента (пострадавшего) в лечебное учреждение**

Выполнение этих правил гарантирует безопасность пациента и предупреждает травмирование персонала.

1. Не поднимайте и не перемещайте пациента таким способом, который может потревожить место травмы.

2. При подъёме пациента не беритесь за больную часть тела, поднимайте взявшись за одежду или используйте «ковшовые» носилки.

3. Необходимо стоять как можно ближе к пациенту, захват по ширине плеч, колени разведены. Ваш центр тяжести должен быть возможно ближе к центру тяжести поднимаемого.

4. Поднимайте, сохраняя спину прямой, подбородок на себя, согнув колени, ступни прямо, одна нога впереди.

5. Пациент на носилках должен быть обязательно пристёгнут ремнями безопасности.

6. В автомашине медперсонал находится рядом с пациентом для осуществления контроля за его состоянием.

7. Положение пациента на носилках согласно указаниям в протоколах.

8. Спецсигналы включены постоянно.

9. При ухудшении состояния пациента во время транспортировки сообщите диспетчеру для предупреждения приемного покоя.

10. Не прекращайте оказание помощи по прибытию в больницу до передачи больного дежурному персоналу.

11. Заполните направление с указанием обстоятельств заболевания, механизма и места травмы, показателей жизненно важных функций, оказанной помощи, времени доставки.

12. Заполните карту вызова. Приём больного от бригады СМП удостоверяется росписью дежурного врача и печатью приёмного покоя в карте вызова.

13. Подготовьте салон автомашины к выполнению следующего вызова, если необходимо проведите санитарную обработку салона. Доложите диспетчеру, что «свободны» и отметьте это время в карте вызова.

1. **Тактикавзаимодействияс ЛПУ**
   1. **Поликлиники**

Обязательной передаче в амбулаторно-поликлинические учреждения для последующего посещения участковым врачом подлежат:

-          больные, осмотренные бригадой скорой медицинской помощи, нуждающиеся в экстренной госпитализации, но не госпитализированные;

-          больные инфекционными заболеваниями, оставленные  дома с диагнозом острая кишечная инфекция, ангина;

-          дети в возрасте до 1 года с любой патологией;

- дети из социально-неблагополучных семей с любой патологией;

- дети при постановке инфекционного заболевания, оставленные дома с диагнозом: острая кишечная инфекция, ангина и капельными инфекциями: ветряная оспа, эпидпаротит, скарлатина, коклюш.

* При вызове бригады для перевозки пациента из поликлиники в стационар         осмотрите пациента, определите способ транспортировки,  перед транспортировкой. Поинтересуйтесь какая помощь оказана до Вас. Требуйте, чтобы это было отражено в сопроводительных документах. Окажите необходимую помощь сами.

Помните когда Вы взяли больного в машину- Вы несете полную ответственность, вплоть до уголовной за жизнь больного. Окажите необходимую помощь.

* При вызове бригады для перевозки пациента из квартиры в стационар:

-          бригада вызвана лечащим врачом – осмотрите пациента, определите способ транспортировки, перед транспортировкой окажите необходимую помощь;

-          бригада вызвана не лечащим врачом – действуйте как при первичном вызове: осмотрите пациента, сформулируйте диагноз, оцените необходимость экстренной госпитализации, определите способ транспортировки, перед транспортировкой окажите необходимую помощь. Направление на госпитализацию лечащего врача передайте в приемное отделение.

* 1. **Стационары**
     1. **Передача пациента в приемном отделении**
* При транспортировке тяжелобольного предупредите  через  диспетчера стационар о поступлении пациента, указав диагноз.
* Пациент в зависимости от тяжести состояния передаётся:

-          в удовлетворительном состоянии – дежурной медицинской сестре  приемного отделения;

-          в тяжелом состоянии – только дежурному врачу;

-          нуждающийся в продолжении начатых реанимационных  мероприятий – каталкой бригады скорой медицинской помощи доставляется в отделение реанимации и передаётся врачу-реаниматологу.

* Отметьте в карте вызова время передачи пациента, заверьте передачу подписью медработника стационара с указанием его фамилии и диагноза приемного отделения.
* При отказе в приеме пациента –  доложите об этом старшему врачу смены, следуйте его указаниям. **Запрещается перетранспортировка пациента из приемного отделения в другие стационары без разрешения старшего врача смены.**
* При доставке в инфекционную больницу пациента с воздушно-капельной инфекцией передача пациента дежурной сестре (врачу) производится в отдельном, указанном медработником  приемного  отделения, боксе.
* Время нахождения бригады в приемном отделении не более 15 минут. В случае превышения этого времени сообщите об этом диспетчеру с указанием причины и ждите его указания.
  + 1. **Перевозка пациента из стационара в стационар**

Перед транспортировкой осмотрите пациента, оцените его транспортабельность, определите способ транспортировки, перед транспортировкой окажите необходимую помощь.

При наличии признаков нетранспортабельности откажитесь от транспортировки.

Сообщите об этом дежурному врачу стационара аргументированно изложив свои доводы. Помните Вы подчиняетесь только старшему врачу смены и обо всех конфликтных ситуациях докладывайте ему.

* + 1. **Тактика при летальном исходе**
* Констатация смерти человека наступает:

-          при наличии признаков **биологической**смерти – трупные пятна, трупное окоченение. В карте вызова должны быть описаны признаки биологической смерти;

-          при наличии признаков **клинической смерти**у пациентов, которым не показано проведение реанимационных мероприятий. В карте вызова должны быть описаны признаки клинической смерти и обоснован отказ от проведения реанимационных мероприятий. Прекращение сердечной деятельности должно быть подтверждено записью ЭКГ (не менее, чем в двух отведениях);

-          при **неэффективности**реанимационных мероприятий, проводимых бригадой СМП, в течение **30 минут**с момента их начала. В карте вызова должно быть обосновано прекращение реанимационных мероприятий.

Если больной доставлен приемное отделение стационара и там наступила клиническая смерть – бригада начинает проведение реанимационных мероприятий и вызывает дежурного реаниматолога. В случаи смерти этого больного в приемном отделении умерший числится за стационаром. Перевозка тела умершего бригадой скорой помощи в морг-запрещена.

* Бригада скорой медицинской помощи обязана  дождаться работников милиции в случаях:

-          при подозрении на насильственную смерть;

-          смерти на улице, в общественном месте, в учреждении;

-          смерти дома  – при отсутствии родственников на месте вызова.

* **Эвакуация трупа, если смерть наступила не в машине скорой помощи, машиной скорой медицинской помощи запрещается.**
* При констатации  смерти в машине СМП – сообщите  о смерти диспетчеру илистаршему врачу, получите согласие на доставку трупа в учреждение судебно-медицинской экспертизы.
  + 1. **Тактика взаимодействия с учреждениями  Министерства внутренних дел**
* Работники  бригады  обязаны  по телефону «02» передать  информацию дежурному ОВД об оказании медицинской помощи  гражданам:

-          с телесными повреждениями насильственного характера;

-          находящимся в бессознательном  состоянии, при  наличии  у них телесных  повреждений;

-          все случаи констатации смерть, не зависимо от места и времени где она произошла;

-          при доставке беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в ЛПУ без сопровождения сотрудников органов внутренних дел.

* К телесным повреждениям насильственного характера относятся:

-          телесные повреждения и отравления, при покушении на самоубийство;

-          огнестрельные, колото-резаные, рубленые  раны, переломы, обморожения, ушибы, ЧМТ и т.д.;

-          ожоги кислотами и различными токсическими веществами;

-          ранения и травмы, полученные при чрезвычайных происшествиях;

-         травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с оружием и боеприпасами;

-          травмы, полученные в результате дорожно-транспортного происшествия;

-          телесные повреждения и травмы, полученные  на  производстве;

-         иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их происхождения.

* При передаче информации медицинский  работник обязан сообщить:

-          Ф.И.О. пострадавшего (умершего);

-          адрес вызова;

-          домашний адрес пострадавшего (умершего);

-          предварительный диагноз СМП;

-          возможные причины травмы (смерти);

* При дорожно-транспортных происшествиях в дежурную часть ОВД по телефону 01 или 02 передается  сообщение о:

-          государственных № автомашин;

-          Ф.И.О. водителей, пострадавших, причастных к ДТП.

* Медицинский  работник  обязан  сообщить при  передаче свою  должность и фамилию.
* В карте вызова необходимо отметить:

-          в какое ОВД передано сообщение;

-          время передачи сообщения;

-          фамилию (код) дежурного ОВД, принявшего сообщение;

-          фамилию сотрудника ОСМП, передавшего сообщение.

* При вызове к лицам, находящимся в изоляторе  временного  содержания, осмотр больного (пострадавшего) производится в отдельном помещении в присутствии дежурного (помощника  дежурного) ОВД. После осмотра составляется справка произвольной формы с указанием результатов осмотра, диагноза, выполненных медицинских манипуляций, а так же рекомендаций для медицинских работников ИВС по ведению данного больного.

1. **Деонтология в практике службы cкорой медицинской помощи**
   1. **Правила  взаимодействия  между  сотрудниками  бригады**

Соблюдайте  субординацию: фельдшер  всегда подчиняется  врачу; в  фельдшерской  бригаде  старшим  по  бригаде  является  фельдшер,  назначенный в  данную  смену  администрацией    ССМП или ОСМП.

* При  вызове  бригады  «в  помощь»,  старшим  является  врач  прибывшей  бригады.
* Ответы  на  все  вопросы  пациента и  окружающих  дает  только  старший  бригады.
* Во время пребывания на  вызове следует обращаться друг к другу на ВЫ, по имени и отчеству, в присутствии больного и его окружающих не должны вестись беседы на посторонние темы.
  1. **Правила  взаимодействия  с диспетчерской  службой**

Старший  медработник  бригады  обязан  сообщить  диспетчеру о  неготовности  бригады  выехать  на  вызов (при  любых  причинах).

* При выезде на вызов старший медработник обязан сообщить диспетчеру:

-          о выезде  на  срочный  вызов;

-          о  прибытии на  вызов;

-          о  начале  транспортировки  пациента с указанием учреждения, куда производится транспортировка;

-          об  окончании  вызова и освобождении из ЛПУ;

-          обо  всех  ЧП, возникших у бригады на линии   (авария,  поломка, задержка с указанием причины) и  заправке.

* Старший  медработник  бригады  информирует  старшего врача:

-          об отказе  стационара  в  приеме  пациента;

-          о наличии  опасности  работникам  бригады;

-          о конфликте  на  вызове  или  в  лечебном  учреждении;

-          о необходимости  консультации пациента, прикованного  к  постели, специалистами узкого  профиля (хирургом, травматологом и т.д.);

-          об отказе  от  медицинского  вмешательства (госпитализации) пациента, если имеются жизненные  показания для госпитализации  или  медицинского  вмешательства;

- об отказе родителей или законных представителей от оказания медицинской  помощи (госпитализации) ребенку  до 15  лет (страдающим  наркоманией  до 16  лет)  или  недееспособному  лицу.

* Старший  медработник  бригады  имеет право получить консультацию старшего врача  по  вопросам  диагностики, тактики и порядка госпитализации  больного  или  пострадавшего.

1. **Правила оформления медицинской документации**

Карта  вызова  ССМП или ОСМП  является  юридическим  документом, поэтому все   
записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми.

В записях должно быть наличие  логической  связи  между  жалобами,  анамнезом,

объективным  статусом,  диагнозом и оказанной медицинской помощью.

Все  отклонения  от  принятых  в  ССМП  диагностических,  тактических  и  лечебных

установок должны быть обоснованы в карте вызова.

1. **Тактика выездных бригад в очаге чрезвычайной ситуации.**

* При следовании бригады к месту ЧС старший  медработник бригады  обязан  обеспечить работу специальных сигналов (проблесковый маяк и  спец. звук) в течение всего маршрута следования.
* Во  время  работы  на  ЧС  должен  работать  проблесковый маяк.
* Руководителем работы бригад СМП является  руководитель первой прибывшей бригады. Прибыв на место ЧС руководитель работ должен:

-        доложить  о  своем  прибытии руководителю  спасательных  работ,  уточнить  его  фамилию  имя,  отчество,  должность,  выяснить:

- масштаб,  характер  ЧС,  ориентировочное  число  пострадавших;

- определить  место  сбора  и  оказания  медицинской  помощи  пораженным  и  подъезды  к  нему;

-        принять решение об организации сортировочной и эвакуационной площадки;

-  определить  площадку  ожидания  санитарного  транспорта,  разместить (при  возможности)  на  площадке  сотрудника  с  рацией,  определяющего  очередность  подъезда  машин  для  эвакуации  пострадавших;

-        лично  позвонить старшему врачу, доложить точный  адрес  ЧС,  масштаб,  характер  ЧС,  ориентировочное  число  пострадавших  и  прогноз,  потребность в  силах  и  средствах,  о  дислокации  пункта  сбора  пораженных  и  площадки  ожидания  санитарного  транспорта,  должность,  ФИО  руководителя  спасательных  работ.

* Медицинская сортировка пострадавших  проводится:
* по  опасности  для  окружающих: пораженные из химического, радиоактивного очагов, больные с ООИ, больные с острым психозом;
* по  срокам  оказания  медицинской  помощи (сортировка  производится  путем  беглого осмотра  пораженных);
* по очередности и характеру эвакуации.

По степени нуждаемости в медицинской помощи выделяют 4 группы:

***I сортировочная группа: «Агонирующие».*** Пострадавшие с крайне тяжелыми не совместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии (агонирующие) которые нуждаются только в симптоматической терапии. Прогноз неблагоприятен для жизни. Эвакуации не подлежат. К этой же группе относят и умерших. Количество пострадавших, в зависимости от очага поражения, может достигать до 20%.

***II сортировочная группа: «Неотложная помощь***». Нуждающиеся в данном виде помощи в первую очередь по неотложным жизненным показаниям: тяжелые повреждения и отравления, представляющие угрозу для жизни, т.е. пострадавшие с быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных важных функций организма, для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия: наружное артериальное кровотечение, шок, острая сердечная и дыхательная недостаточность, асфиксия, судороги, коллапс, потеря сознания, обширные ожоги более 20% поверхности тела, ожоги лица и дыхательных путей, травматическая ампутация конечности, открытый перелом бедра; выпавшие петли кишечника; открытый пневмоторакс, резкие изменения цвета лица и кожи, сильная одышка и т.п. Временно не транспортабельные. Прогноз может быть благоприятен, если им будет оказана медицинская помощь. Эвакуация в 1 очередь, после оказания необходимой ЭМП. Транспорт медицинский. Положение лежа. Состав до 20%.

***III сортировочная группа: «Срочная помощь».*** Повреждения и отравления средней тяжести, т.е. не представляющие непосредственной угрозы для жизни: придальнейшем воздействии поражающего фактора, утяжеляющего поражение – тлеющая одежда, наличие СДЯВ на открытых частях тела, окиси углерода в окружающей атмосфере, нахождение частей тела под конструкцией разрушенного здания; с открытыми и закрытыми переломами костей, обширными повреждениями мягких тканей, ожогами менее 20% поверхности тела, травма черепа.Возможно развитие опасных для жизни осложнений. Прогноз относительно благоприятный для жизни. Помощь оказывается во 2-ю очередь, или может быть отсрочена до поступления на следующий этап медицинской эвакуации. Задержка в оказании им помощи может утяжелить состояние, но не создает непосредственную угрозу жизни.

Пострадавшие в удовлетворительном состоянии, которым показана медицинская помощь во 2-ю очередь. Прогноз благоприятный для жизни. Эвакуация во 2-ю очередь. Транспорт медицинский. Состав до 20%.

***IV сортировочная группа. «Несрочная помощь». Помощь может быть отсрочена, пока она оказывается пострадавшим других категорий.*** Легко пораженные, т.е. пострадавшие с легкими повреждениями, нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении. Прогноз благоприятный для жизни и трудоспособности. Эвакуируются самостоятельно или транспортом общего назначения. Состав около 40%.

* При прочих равных условиях **предпочтение в очередности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе отдается детям и беременным женщинам.**
* Оказание  медицинской  помощи  пострадавшим  проводится в полном или неполном объеме:

-        полный объем медицинской помощи – при малом количестве пострадавших;

-        неполный объем медицинской помощи – при большом количестве пострадавших (остановка кровотечения, обезболивание, иммобилизация, первая доза в/в вливания инфузионных растворов).

* Ориентировочное пребывание бригады  на месте ЧС не более 15 минут!
* Эвакуация  пострадавших:

-        в первую очередь эвакуируются машинами СМП в сопровождении медицинских работников пострадавшие с угрожающими жизни состояниями (шок, ОДН, значительная  кровопотеря, кома),

-        во вторую очередь – все остальные.

* Руководитель работы бригад СМП обязан каждые 30 мин, при изменении обстановки  немедленно, докладывать диспетчеру или старшему врачу об обстановке и потребности в силах и средствах.
* Руководитель работы  бригад СМП покидает  место ЧС последним с разрешения руководителя  спасательных работ.
* Покидает район ЧС только по распоряжению своего руководителя или начальника штаба по делам ГО и ЧС.
* По окончании  медицинских мероприятий в очаге руководитель работы бригад должен предоставить всю необходимую информацию старшему врачу смены.

1. **Работа в очаге особо опасной инфекции**

Если на вызове фельдшер СМП заподозрит особо опасную инфекцию (чума, холера, контагиозная вирусная геморрагическая лихорадка, туляремия, оспа обезьян) он обязан сделать следующее:

I. Запретить вход и выход из помещения, где выявлен подозрительный больной, вынос

вещей и различных предметов.

II. Закрыть окна, изолировать лиц, бывших в контакте с больным, запретить пользоваться канализацией.

III. Сообщить о выявленном больном старшему врачу и действовать по его указаниям.

IV. При отсутствии на месте вызова телефона можно выйти из помещения в машину, предварительно сняв халат и обработав руки 70% спиртом.

V. После доклада по рации взять из машины укладку с защитными средствами и вернуться в квартиру для оказания помощи больному до приезда врачебной бригады.

VI. Меры личной профилактики: использовать резиновые перчатки, очки, маску и защитный фартук:

* при чуме обработать слизистые раствором стрептомицина;
* при холере – то же раствором тетрациклина;
* при контакте с больным контагиозной вирусной геморрагической лихорадкой или оспой обезьян глаза промыть струёй воды, рот и горло прополоскать 70% спиртом.

1. **При дежурстве  на  массовых  мероприятиях**

* Определите удобное место стоянки (машина  СМП должна  быть  хорошо видна).
* Прибыв на дежурство, установите связь с руководителем мероприятия.
* Поддерживайте связь с оперативным отделом.
* О всех чрезвычайных ситуациях докладывайте старшему врачу.

Заместитель главного врача по медицинской части В.Н. Леоненок