

**Первичная специализированная аккредитация
специалистов здравоохранения**

**Паспорт
экзаменационной станции**

Предоперационный осмотр пациента

Специальность:

Анестезиология-реаниматология

2020

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции).....	4
2. Продолжительность работы станции	4
3. Задача станции.....	4
4. Информация по обеспечению работы станции	4
4.1. Рабочее место члена АПК.....	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования.....	6
4.2.3. Расходные материалы	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого.....	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	9
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	9
11. Информация для симулированного пациента	9
12. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	14
13. Алгоритм выполнения навыка	14
14. Оценочный лист.....	16
15. Медицинская документация.....	19
16. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом	21
17. Сведения о разработчиках паспорта.....	22
Приложение 1.....	24
Приложение 2.....	27

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее – чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением) и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее – АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка, иметь индивидуальные средства защиты).

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт «Врач – анестезиолог - реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.08.2018 г. № 554н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач – анестезиолог-реаниматолог».

Трудовые функции:

В/01.8 Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установления диагноза органной недостаточности.

В/03.8 Профилактика развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым лицом алгоритма осмотра пациента перед операцией с заполнением соответствующей документации.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
4.	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции.	1 шт.
5.	Оценочные чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	по количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Раковина с однорычажным смесителем (допускается имитация)	1 шт.
2.	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
3.	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
4.	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Стетофонендоскоп	1 шт.
2.	Тонометр для измерения АД	1 шт.
3.	Шкала прогноза трудной интубации и трудной масочной вентиляции	По 1 бланку каждой шкалы

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1.	Бумажные листы А4	1 шт.
2.	Ручка шариковая	2 шт.
3.	Форма заключение для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом	1 шт.
4.	Бланк добровольного информированного согласия	1 шт.
5.	Лист предоперационного осмотра пациента	1 шт.
6.	Антисептик в пульверизаторе	1 флакон

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Ситуация (сценарий)
1	Предоперационный осмотр пациента перед плановой лапароскопической холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита
2	Предоперационный осмотр пациентки перед плановой операцией экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки с кровотечением в анамнезе
3	Предоперационный осмотр пациента перед плановой операцией пневмонэктомии слева по поводу новообразования левого лёгкого

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы – врач анестезиолог-реаниматолог. Вам необходимо провести предоперационный осмотр пациента, не зная данных анамнеза, результатов исследований и дать письменное заключение (по специальной форме) о планируемом виде и методе анестезии.

Озвучивайте все, что считаете необходимым при общении с пациентом.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
5. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
6. Выбор ситуации согласно решению АПК.
7. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
4. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.

² для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

5. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7).

6. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать требования.

7. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 7

**Примерные тексты вводной информации
в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого**

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При запросе врача указать ФИО	Иванов Иван Иванович / Иванова Мария Ивановна
2.	При запросе врача указать возраст	45 (ситуация 1) / 65 (ситуация 2) / 65 (ситуация 3)
3.	<u>Проводит аускультацию легких</u>	<u>В зависимости от сценария охарактеризовать дыхательные шумы, наличие (отсутствие хрипов), соотношение фаз дыхательного цикла над всеми точками аускультации</u>
4.	<u>Проводит аускультацию сердца</u>	<u>В зависимости от сценария охарактеризовать звучность тонов, наличие акцентов и шумов в выслушиваемых точках</u>
5.	<u>Проводит осмотр нижних конечностей</u>	<u>В зависимости от сценария указать о наличии (отсутствии) отеков, варикозно расширенных вен</u>

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. №34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.)
3. Проект приказа Минтруда России от 21 марта 2017 г. №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог».
4. Анестезиология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
5. Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология [Электронный ресурс] / под ред. И.Б. Заболотских, Е.М. Шифмана – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440360.html>.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

11. Информация для симулированного пациента³

Вы - симулированный пациент.

Ваши ФИО и возраст должны совпадать с данными, занесенными в медицинскую документацию, лежащую на столе.

Вы играете роль пациента, которого осматривает аккредитуемый перед плановым оперативным вмешательством. Вы отвечаете на задаваемые вопросы согласно сценарию и выполняете то, что просит аккредитуемый. Если Вам задают вопрос, который не описан в сценарии, Вы отвечаете: «не знаю». Вы спокойно настроены по отношению к врачу, не конфликтны, готовы выполнять все его рекомендации, согласны на операцию, хотите поскорее выписаться. Самостоятельно ничего не рассказываете и не углубляетесь в детали (не тратите время аккредитуемого).

Сценарий 1. Вы Иванов Иван Иванович, вам 45 лет. Вам планируется выполнение лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) по поводу хронического калькулезного

³ Симулированный пациент – человек, который изображает реального пациента (Дж.М. Шамвей, Р.М. Харден Руководство АМЕЕ №25. Оценка результатов обучения компетентного и мыслящего практикующего врача // Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (23), 2016 г. с.223-53). Симулированный пациент не проходит специального обучения.

холецистита. Жалобы по поводу основного заболевания – отрыжка горьким, изжога, боли в правом подреберье.

Ваш рост 182 см, вес 98 кг. Не курите. Алкоголь употребляете умеренно. Ведете обычный образ жизни. Физическая активность представлена быстрой ходьбой на работу по 3 км в одну сторону, одышки и болей в груди не испытываете. Легко поднимаетесь на 4 этаж без одышки и остановок.

В жизни болели острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ), травм и операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде обезболивающих, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), местных анестетиков у стоматолога – без аллергии.

Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии. Искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит.

Физикальные данные – нос у Вас дышит справа. Во сне Вы храпите. Съёмных зубных протезов нет. Есть три импланта в верхней челюсти. Рот Вы открываете на 3 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперед в полном объёме.

Из лекарственных препаратов Вы периодически принимаете гипотензивные препараты при подъёме АД выше 165/100 и головной боли – эналаприл. В весенне-осенний период принимаете курсом омепразол, висмута трикалия дицитрат.

Сценарий 2. Вы Иванова Мария Ивановна, вам 65 лет. Вам планируется выполнение операции экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки с кровотечением в анамнезе. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кровянистые выделения из половых путей.

Ваш рост 156 см, вес 80 кг. Не курите. Алкоголь редко (по праздникам вино). Физическая активность минимальная, работа была сидячая, сейчас на пенсии, едите много, диету не соблюдаете. При быстрой ходьбе есть одышка, связанная с детренированностью. Болей в груди не испытываете. При попытке подняться на 4 этаж появляется одышка, которая требует остановиться. После отдыха можете подниматься дальше.

Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь (ГБ) 2 стадии, артериальная гипертензия (АГ) 2 степени, рабочее АД 140-150/85-95 мм рт. ст. Ожирение II степени. Бывает повышение уровня сахара в крови, но диагноз «Сахарный диабет» Вам не ставили. У эндокринолога не наблюдаетесь. Ни к каким специалистам не ходите.

В жизни болели ОРЗ, травм и операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде дротаверина и панкреатина, обезболивающих при болях в голове, НПВС; на местные анестетики у стоматолога – без аллергии.

Физикальные данные – нос у Вас дышит. Во сне Вы храпите (из-за избытка веса). Есть съёмные верхние и нижние зубные протезы. Имплантов нет. У Вас короткая шея. Рот

Вы открываете на 3 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперёд в полном объёме.

Из лекарственных препаратов Вы периодически принимаете гипотензивные препараты при подъёме АД выше 165/100 и головной боли – эналаприл. Иногда используете слабительные при запорах.

Сценарий № 3. Вы Иванов Иван Иванович, Вам 65 лет. Вам планируется выполнение пневмонэктомии слева по поводу злокачественного новообразования левого лёгкого. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кашель, одышка.

Ваш рост 180 см, вес 60 кг. Вы курите с 20 лет примерно по 1 пачке сигарет в день, употребляете алкоголь (водку примерно по 200 мл) 1-2 раза в неделю по выходным, когда не на смене. Вы работаете автослесарем на заводе. Физически много двигаетесь на работе, поднимаетесь на 4 этаж с одышкой, надо остановиться, потому что начинается кашель. Откашливаете вязкую мокроту. После курения мокрота отходит лучше. Бывает мокрота зеленоватого цвета, бывают прожилки крови, но редко. Болей в сердце нет.

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 1 стадии, АГ 1-2 степени, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Хроническая обструктивная болезнь лёгких.

В жизни болели ОРЗ, частые бронхиты, были мелкие травмы (ссадины, порезы, ожоги), операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде обезболивающих, НПВС, местных анестетиков у стоматолога – без аллергии. Иногда беспокоит желудок, принимаете дротаверин и алгелдрат + магния гидроксид, все проходит.

Физикальные данные – нос дышит с обеих сторон равномерно. Во сне Вы храпите. Съёмных зубных протезов нет, отсутствует 10 зубов, в том числе на верхней челюсти. Посередине один верхний резец, и он качается. Имплантов нет. Рот Вы открываете на 5 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперёд в полном объёме.

Из лекарственных препаратов Вы постоянно ничего не принимаете.

Таблица 10

Дополнительная информация о симулированном пациенте

№ п/п	Действие врача	Ситуация (сценарий)	Ответ пациента
1.	Просьба назвать: - фамилию - имя - отчество - возраст	№ 1	Иванов Иван Иванович, 45 лет
		№ 2	Иванова Мария Ивановна, 65 лет
		№ 3	Иванов Иван Иванович, 65 лет
2.	Осведомление о самочувствии	№ 1-3	Нормально
3.	Осведомление о	№ 1	Отрыжка горьким, изжога, боли в правом

	жалобах		подреберье
		№ 2	Слабость, кровянистые выделения из половых путей
		№ 3	Слабость, кашель, одышка
4.	Уточнение данных о росте	№ 1	182 см
		№ 2	156 см
		№ 3	180 см
5.	Уточнение данных о весе	№ 1	98 кг
		№ 2	80 кг
		№ 3	60 кг
6.	Осведомление о курении	№ 1	Не курю
		№ 2	Не курю
		№ 3	Курю с 20 лет примерно по 1 пачке сигарет в день
7.	Осведомление об употреблении алкоголя	№ 1	Алкоголь употребляю умеренно
		№ 2	Алкоголь употребляю редко (по праздникам вино)
		№ 3	Употребляю водку примерно по 200 мл 1-2 раза в неделю по выходным, когда не на смене
8.	Осведомление о физической активности	№ 1	Веду обычный образ жизни. Хожу в быстром темпе на работу по 3 км в одну сторону, одышки и болей в груди не испытываю. Легко поднимаюсь на 4 этаж без одышки и остановок.
		№ 2	Двигаюсь мало, работа была сидячая, сейчас на пенсии, диету не соблюдаю. При быстрой ходьбе есть одышка. Болей в груди не испытываю. При попытке подняться на 4 этаж появляется одышка, которая требует остановиться. После отдыха могу подниматься дальше.
		№ 3	Работаю автослесарем на заводе. Физически много двигаетесь на работе, поднимаюсь на 4 этаж с одышкой, надо остановиться, потому что начинается кашель. Откашливаю вязкую мокроту. После курения мокрота отходит лучше. Бывает мокрота зеленоватого цвета, бывают прожилки крови, но редко. Болей в сердце нет.
9.	Осведомление о хронических заболеваниях, инфаркте, ОНМК о	№ 1	В жизни болел ОРЗ. Из хронических заболеваний – гипертоническая болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки в стадии ремиссии, искривление носовой перегородки, хронический ринит. Других заболеваний нет.

	наличии инфекций (туберкулёз, сифилис, ВИЧ, другие)	№ 2	В жизни бола ОРЗ, из хронических заболеваний – гипертоническая болезнь. Бывает повышение уровня сахара в крови, но диагноз «Сахарный диабет» не ставили. У эндокринолога не наблюдаюсь. Ни к каким специалистам не хожу. Других заболеваний нет.
		№ 3	В жизни болел ОРЗ, частые бронхиты. Из хронических заболеваний – гипертоническая болезнь. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Других заболеваний нет.
10.	Уточнение рабочих цифр АД	№ 1	130-150/85-95 мм рт. ст
		№ 2	140-150/85-95 мм рт. ст.
		№ 3	130-150/85-95 мм рт. ст.
11.	Осведомление о травмах и операциях, гемотрансфузиях	№ 1-2	Травм, операций и гемотрансфузий раньше не было
		№ 3	Были мелкие травмы (ссадины, порезы, ожоги), операций и гемотрансфузий раньше не было
12.	Осведомление о принимаемых препаратах	№ 1	Из лекарственных препаратов периодически принимаю при подъёме АД выше 165/100 и головной боли энап. В весенне-осенний период принимаю курсом омега-3, де-нол.
		№ 2	Из лекарственных препаратов периодически принимаю при подъёме АД выше 165/100 и головной боли энап. Иногда использую слабительные при запорах
		№ 3	Из лекарственных препаратов постоянно ничего не принимаю. Иногда беспокоит желудок, принимаю но-шпу и альмагель, все проходит.
13.	Осведомление об аллергиях	№ 1-3	Аллергии не было (в том числе на местные анестетики у стоматолога)
14.	Осведомление об анестезиях в анамнезе, трудной ИТ (при наличии анестезии в анамнезе)	№ 1-3	Анестезий не было
15.	Осведомление о наличии храпа	№ 1-3	Во сне храплю
16.	Осведомление о	№ 1	Нос дышит справа

	нарушения носового дыхания	№ 2	Нос дышит с обеих сторон равномерно
		№ 3	Нос дышит с обеих сторон равномерно.
17.	Осведомление о наличии съёмных протезов	№ 1	Съёмных зубных протезов нет
		№ 2	Есть съёмные верхние и нижние зубные протезы.
		№ 3	Съёмных зубных протезов нет, отсутствует 10 зубов, в том числе на верхней челюсти. Посередине один верхний резец, и он качается.
18.	Получение согласия на анестезию Завершение осмотра	№ 1-3	Согласен / Согласна Спасибо!

12. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

13. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Поздороваться с пациентом
2.	Предложить пациенту сесть на стул
3.	Представиться, обозначить свою роль
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией
5.	• фамилию
6.	• имя
7.	• отчество
8.	• возраст
9.	Обратиться к пациенту по имени отчеству
10.	Информировать о предстоящем оперативном вмешательстве
11.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:

12.	<ul style="list-style-type: none"> • стетофонендоскоп
13.	<ul style="list-style-type: none"> • тонометр для измерения АД
14.	Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции
	Оценка текущего состояния здоровья:
15.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться, что беспокоит в настоящее время
16.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться, как переносит нагрузки
17.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться о курении и приеме алкоголя
18.	<ul style="list-style-type: none"> • Уточнить рост и вес
	Сбор анамнеза:
19.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться о хронических заболеваниях, инфаркте, ОНМК о наличии инфекций (туберкулёз, сифилис, ВИЧ, другие)
20.	<ul style="list-style-type: none"> • Уточнить рабочие цифры АД, максимальные значения
21.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться о травмах и операциях, гемотрансфузиях
22.	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомиться о принимаемых препаратах
23.	<ul style="list-style-type: none"> • Спросить об аллергиях
24.	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить, были ли анестезии в анамнезе
25.	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить, есть ли храп, нарушения носового дыхания, сонное апноэ, трудная ИТ (при наличии анестезии в анамнезе)
	Физикальный осмотр:
26.	<ul style="list-style-type: none"> • Попросить пациента раздеться до нательного белья по пояс
27.	<ul style="list-style-type: none"> • Измерить АД и пульс
28.	<ul style="list-style-type: none"> • Провести аускультацию лёгких в 8 точках (верхушки с двух сторон, по средней подмышечной линии нижние отделы, задние отделы в межлопаточном пространстве и на уровне VII межреберья по лопаточной линии)
29.	<ul style="list-style-type: none"> • Подсчитать ЧДД, провести пробу Штанге
30.	<ul style="list-style-type: none"> • Провести аускультацию сердца в 5 точках
31.	<ul style="list-style-type: none"> • Осмотреть нижние конечности на предмет наличия патологии вен, отёков
	Оценка дыхательных путей:
32.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить тест Маллампати
33.	<ul style="list-style-type: none"> • Проверить открывание рта
34.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить выдвигание нижней челюсти или провести тест с закусыванием верхней губы
35.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить тироментальную дистанцию
36.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить состояние зубов, спросить о съёмных протезах
37.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить диапазон движений головы
38.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить состояние поднижнечелюстного пространства
39.	<ul style="list-style-type: none"> • Оценить трудность масочной вентиляции по предложенной шкале OBESSE

40.	<ul style="list-style-type: none"> Оценить трудность интубации по предложенной шкале El-Ganzouri
	Инструктаж пациента:
41.	<ul style="list-style-type: none"> Поблагодарить пациента, сказать, что можно одеться, и сообщить, что Вы закончили осмотр
42.	<ul style="list-style-type: none"> Рассказать о планируемой анестезии, наличии/отсутствии альтернативных методов, осложнениях анестезии, интубации, манипуляциях до засыпания и времени и месте пробуждения, предупредить о возможных ощущениях в горле и дисфонии
43.	<ul style="list-style-type: none"> Дать указания о приёме своих лекарственных препаратов утром в день операции
44.	<u>Дать указания о надевании компрессионного трикотажа перед операцией:</u>
45.	<ul style="list-style-type: none"> Дать информацию о приёме пищи и воды накануне и в день операции
46.	<ul style="list-style-type: none"> Получить согласие пациента на бланке
	Завершение
47.	Поблагодарить пациента, сказать, что Вы закончили осмотр и сейчас подготовите письменное заключение по результатам предоперационного осмотра
48.	Обработать руки после манипуляции гигиеническим способом
49.	Оценить результаты лабораторных исследований
50.	Оценить риск анестезии
51.	Выбрать вид анестезии
52.	Оценить риск ВТЭО
53.	Назначить премедикацию
54.	Заполнить бланк предоперационного осмотра
55.	Сформулировать заключение

14. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Информировал о предстоящем оперативном вмешательстве	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросил, что беспокоит в настоящее время	√ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Спросил, как переносит нагрузки	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Спросил о курении и алкоголе	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Уточнил рост и вес	√ да <input type="checkbox"/> нет
<i>Собрал анамнез:</i>		
8.	Спросил о хронических заболеваниях, инфаркте, ОНМК о наличии инфекций (туберкулёз, сифилис, ВИЧ, другие)	√ да <input type="checkbox"/> нет

9.	Спросил о рабочих цифрах АД, максимальных значениях	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Спросил о травмах и операциях, гемотрансфузиях	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Спросил о принимаемых препаратах	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Спросил об аллергиях	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Выяснил, были ли анестезии в анамнезе	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Выяснил, есть ли храп, нарушения носового дыхания, сонное апноэ, трудная ИТ (при наличии анестезии в анамнезе)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Обработал руки гигиеническим способом перед началом процедуры	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел физикальный осмотр:</i>		
16.	Измерил АД и пульс	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Провел аускультацию лёгких в 8 точках (верхушки с двух сторон, по средней подмышечной линии нижние отделы, задние отделы в межлопаточном пространстве и на уровне VII межреберья по лопаточной линии)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Подсчитал ЧДД, провёл пробу Штанге	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Провел аускультацию сердца в 5 точках	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Осмотрел нижние конечности на предмет наличия патологии вен, отёков	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел оценку дыхательных путей</i>		
21.	Оценил тест Маллампати	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Проверил открывание рта	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Оценил выдвигание нижней челюсти или провести тест с закусыванием верхней губы	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Оценил тироментальную дистанцию	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Оценил состояние зубов, спросить о съёмных протезах	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Оценил диапазон движений головы	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Оценил состояние поднижнечелюстного пространства	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценил трудность масочной вентиляции по предложенной шкале OBESE	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Оценил трудность интубации по предложенной шкале El-Ganzouri	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел инструктаж пациента:</i>		
30.	Рассказал о планируемой анестезии, наличии/отсутствии альтернативных методов, осложнениях анестезии, интубации, манипуляциях до засыпания и времени и месте пробуждения, предупредить о возможных ощущениях в горле и дисфонии	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дал указания о приёме своих лекарственных препаратов утром в день операции (если необходимо)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Дал информацию о приёме пищи и воды накануне и в день операции (последний прием жидкости не позднее 2 часов до операции)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Получил согласие пациента на бланке	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Оценил риски и заполнил предоперационный осмотр</i>		
34.	Оценил результаты лабораторных и инструментальных исследований (необходимость проведения дополнительного обследования)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Оценил риск анестезии	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Выбрал вид и метод анестезии	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

37.	Оценил риск ВТЭО <u>и назначил профилактику в соответствии со сценарием</u>	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Назначил премедикацию	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Обработал руки после манипуляции гигиеническим способом	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Заполнил бланк предоперационного осмотра	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Сформулировал верное заключение	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
Гематологии

15. Медицинская документация

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение
медицинского вмешательства**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
 _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным;

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения

Находясь на лечении (обследовании) в отделении _____
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) _____

(название вида обезболивания, возможность применения анестезиологической техники)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно - сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях _____

(возможных осложнениях при выполнении анестезии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом – реаниматологом _____
(Ф.И.О. врача анестезиолога - реаниматолога)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
подпись пациента / законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, Ф.И.О.) _____
подпись

Примечание:

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц учреждения (главного врача или руководителя отделения учреждения), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

Дополнительная информация:

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
подпись пациента / законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(должность, Ф.И.О.) _____
подпись

16. Форма заключение для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом

Индивидуальный номер аккредитуемого лица

ФИО пациента: <input type="checkbox"/> Иванов Иван Иванович <input type="checkbox"/> Иванова Мария Ивановна <input type="checkbox"/> Иванов Иван Иванович	Возраст: <input type="checkbox"/> 45 лет <input type="checkbox"/> 65 лет	Рост: <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 180	Вес: <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 60
Предоперационный диагноз: <input type="checkbox"/> Хр. калькулезный холецистита <input type="checkbox"/> Миома матки <input type="checkbox"/> ЗНО левого лёгкого	Жалобы: <input type="checkbox"/> Активных жалоб не предъявляет <input type="checkbox"/> Связаны с основным заболеванием <input type="checkbox"/> Другое	Аллергологический анамнез: <input type="checkbox"/> не отягощен <input type="checkbox"/> отягощен	Сопутствующая патология: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть
Предшествовавшие анестезии <input type="checkbox"/> не было <input type="checkbox"/> были	Гемотрансфузии: <input type="checkbox"/> не проводили <input type="checkbox"/> проводили	Курение: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Прием алкоголя: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Прием медикаментов: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Прием наркотических (психотропных): <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Гепатит: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	ВИЧ: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
Общее состояние: <input type="checkbox"/> удовлетворительное <input type="checkbox"/> средней степени тяжести <input type="checkbox"/> тяжелое <input type="checkbox"/> крайне тяжелое	Сознание: <input type="checkbox"/> ясное <input type="checkbox"/> оглушение <input type="checkbox"/> сопор <input type="checkbox"/> кома	Телосложение: <input type="checkbox"/> гипостеник <input type="checkbox"/> нормостеник <input type="checkbox"/> гиперстеник	Кожа: <input type="checkbox"/> обычной окраски <input type="checkbox"/> желтушная <input type="checkbox"/> бледная <input type="checkbox"/> акроцианоз
Тургор кожи: <input type="checkbox"/> сохранен <input type="checkbox"/> снижен	Отеки: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> пастозность	Патология вен: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Слизистая полости рта, языка: <input type="checkbox"/> обычной окраски <input type="checkbox"/> бледная <input type="checkbox"/> синюшная <input type="checkbox"/> влажная <input type="checkbox"/> сухая
Храп <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Наличие бороды <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Аденития <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Ожирение <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть
Риск трудной масочной вентиляции по шкале OBESE <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Открывание рта, см <input type="checkbox"/> ≥ 4 см <input type="checkbox"/> < 4 см	Подвижность шеи, градусов <input type="checkbox"/> $> 90^\circ$ <input type="checkbox"/> 80-90° <input type="checkbox"/> $< 80^\circ$	Выдвижение нижней челюсти кпереди <input type="checkbox"/> норма <input type="checkbox"/> ограничено <input type="checkbox"/> невозможно

Маллампати тест, класс <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Тироментальная дистанция: <input type="checkbox"/> >6 <input type="checkbox"/> <6см	Трудная интубация в анамнезе <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неопределенно	Риск трудной интубации по шкале EL-GANZOURI в баллах: <input type="checkbox"/> 0-3 трудности не ожидаются <input type="checkbox"/> 4-7 - возможна трудная интубация <input type="checkbox"/> 8-12-высокая вероятность трудной интубации
Недостаточность кровообращения: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Носовое дыхание: <input type="checkbox"/> свободное <input type="checkbox"/> затруднено	Одышка: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Дыхательная недостаточность: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть
Почечная недостаточность: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Печеночная недостаточность: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть	Класс ASA: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	Риск– по объему вмешательства <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
Риск тромбоэмболических осложнений (ТЭО) <input type="checkbox"/> 0-нет <input type="checkbox"/> I низкий <input type="checkbox"/> 2 умеренный <input type="checkbox"/> 3 высокий <input type="checkbox"/> 4 особый случай	Планируемый вид и метод анестезии: <input type="checkbox"/> местная <input type="checkbox"/> инфильтрационная (ИА) <input type="checkbox"/> проводниковая, плексусная (ПА) <input type="checkbox"/> эпидуральная (ЭА) <input type="checkbox"/> спинальная (СА) <input type="checkbox"/> комбинированная (ПА+ЭА, ЭА+СА, пр.) <input type="checkbox"/> общая (ингаляционная) <input type="checkbox"/> общая (неингаляционная) <input type="checkbox"/> общая комбинированная (ингаляционная + неингаляционная) <input type="checkbox"/> сочетанная (местная + общая) <input type="checkbox"/> с ИВЛ	Премедикация <input type="checkbox"/> бензодиазепины <input type="checkbox"/> м-холинолитики <input type="checkbox"/> анальгетики <input type="checkbox"/> блокаторыH ₂ рецепторов <input type="checkbox"/> прокинетики	Профилактика ВТЭО: <input type="checkbox"/> не требуется <input type="checkbox"/> компрессионный трикотаж <input type="checkbox"/> НМГ <input type="checkbox"/> компрессионный трикотаж+НМГ

17. Сведения о разработчиках паспорта

17.1. Ответственная Организация-разработчик
 ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

Авторы-составители

Мазурок В.А. – д.м.н., профессор, начальник кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

Ржеутская Р.Е. – к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

Баутин А.Е. – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова

17.2 Организации-со-разработчики:

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова» Минздрава России

ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России

ФГБУ Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава России

17.3. Рецензенты

Лебединский К.М. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии имени В.Л. Ваневского ФГБОУ ВО "Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова" МЗ РФ, президент Общероссийской общественной организации "Федерация анестезиологов и реаниматологов"

Андреев А.А. - к.м.н., доцент, заместитель начальника кафедры военной анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО "Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова" МО РФ

Приложение 1

Справочная информация

Основные задачи врача-анестезиолога-реаниматолога при проведении предоперационного осмотра пациента:

- оценка анамнеза (медицинского, социального, анестезиологического, трансфизиологического, акушерского), медицинской документации пациента;
- физикальный осмотр больного (прогнозирование трудных дыхательных путей);
- анализ результатов обследования, выбор необходимых диагностических и лечебных мероприятий для уточнения состояния больного и его оптимизации (если требуется), определение необходимости и формулирование цели консультации смежными специалистами (если требуется);
- оценка функционального состояния пациента, риска предстоящей анестезии и операции;
- выбор метода анестезии, варианта венозного доступа и объема мониторинга;
- беседа с пациентом, получение его информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение операции, инструктирование пациента;
- назначение премедикации, антибиотикопрофилактики, профилактики ВТЭО;
- оформление предоперационного заключения анестезиолога в истории болезни.

1. Для прогнозирования ситуации трудных дыхательных путей используются различные шкалы.

1.1. Для прогнозирования трудной масочной вентиляции используется шкала OBESSE:

- **Obese** – ожирение
- **Bearded** – наличие бороды
- **Elderly** (>55) – пожилой возраст
- **Snorer** – наличие храпа
- **Edentulous** – отсутствие зубов

Дополнительно:

- Мужской пол + лучевая терапия + нарушение протрузии нижней челюсти.

Риск трудной масочной вентиляции прогнозируется при выявлении двух и более признаков.

1.2. Для прогнозирования риска трудной интубации используется классификация El-Ganzouri (1996).

Таблица 1

Классификация El-Ganzouri (1996) риска трудной ИТ (в норме менее 4 баллов)

Показатель	Значение	Баллы
Открытие рта	≥ 4 см	0
	< 4 см	1

Тироментальное расстояние	>6,5 см	0
	6,0-6,5 см	1
	<6 см	2
Шкала Mallampati	I	0
	II	1
	III	2
Подвижность шеи	> 90°	0
	80-90°	1
	< 80°	2
Способность к прогнати	Да	0
	Нет	1
Масса тела	< 90 кг	0
	90-110 кг	1
	> 110 кг	2
Трудная интубация в анамнезе	Нет	0
	Сомнительно	1
	Определённо	2

Интерпретация результатов шкалы EL-GANZOURI:

Рекомендуемый способ обеспечения проходимости дыхательных путей:

- 0–3 Интубация трахеи при обычной ларингоскопии
- 4–7 Интубация трахеи при видеоларингоскопии
- 8–12 Интубация трахеи в сознании при бронхоскопии

1.2.1. Степень открывания рта оценивают по расстоянию между верхними и нижними резцами. Нормальным считается расстояние, соответствующее ширине трех и более пальцев пациента (около 5 см).

1.2.2. Тироментальная дистанция (тест Патила) соответствует расстоянию между подбородком и щитовидным хрящом и должна быть не менее 6 см.

1.2.3. Техника выполнения теста Маллампатти: больной сидит напротив врача так, что рот больного расположен на уровне глаз врача. Пациент открывает рот как можно шире и при этом максимально высовывает язык. Структуры глотки, видимые при этом и составляют основу классификации.

Класс 1: видны мягкое небо, дужки миндалин и язычок.

Класс 2: видны мягкое небо, дужки миндалин, но язычок скрыт языком.

Класс 3: видно только мягкое небо.

Класс 4 : нельзя разглядеть и мягкого неба.

1.2.4. Способность к прогнати. В норме человек способен поставить зубы нижней челюсти впереди зубов верхней челюсти. При нарушении же выдвижения пациент может лишь сопоставить зубы обеих челюстей, либо не способен сделать и это.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
Гематологии

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность _____
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации _____

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, чтобы сверить с мед. документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Информировал о предстоящем оперативном вмешательстве	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросил, что беспокоит в настоящее время	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Спросил, как переносит нагрузки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Спросил о курении и алкоголе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Уточнил рост и вес	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Собрал анамнез:</i>		
8.	Спросил о хронических заболеваниях, инфаркте, ОНМК о наличии инфекций (туберкулёз, сифилис, ВИЧ, другие)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Спросил о рабочих цифрах АД, максимальных значениях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Спросил о травмах и операциях, гемотрансфузиях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Спросил о принимаемых препаратах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Спросил об аллергиях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Выяснил, были ли анестезии в анамнезе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Выяснил, есть ли храп, нарушения носового дыхания, сонное апноэ, трудная ИТ (при наличии анестезии в анамнезе)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Обработал руки гигиеническим способом перед началом процедуры	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел физикальный осмотр:</i>		
16.	Измерил АД и пульс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Провел аускультацию лёгких в 8 точках (верхушки с двух сторон, по средней подмышечной линии нижние отделы, задние отделы в межлопаточном пространстве и на уровне VII межреберья по лопаточной линии)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Подсчитал ЧДД, провёл пробу Штанге	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Провел аускультацию сердца в 5 точках	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Осмотрел нижние конечности на предмет наличия патологии вен, отёков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел оценку дыхательных путей</i>		
21.	Оценил тест Маллампати	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Проверил открывание рта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

23.	Оценил выдвижение нижней челюсти или провести тест с закусыванием верхней губы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Оценил тироментальную дистанцию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Оценил состояние зубов, спросить о съёмных протезах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Оценил диапазон движений головы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Оценил состояние поднижнечелюстного пространства	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценил трудность масочной вентиляции по предложенной шкале OBESE	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Оценил трудность интубации по предложенной шкале El-Ganzouri	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Провел инструктаж пациента:</i>		
30.	Рассказал о планируемой анестезии, наличии/отсутствии альтернативных методов, осложнениях анестезии, интубации, манипуляциях до засыпания и времени и месте пробуждения, предупредить о возможных ощущениях в горле и дисфонии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дал указания о приёме своих лекарственных препаратов утром в день операции (если необходимо)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Дал информацию о приёме пищи и воды накануне и в день операции (последний прием жидкости не позднее 2 часов до операции)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Получил согласие пациента на бланке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
<i>Оценил риски и заполнил предоперационный осмотр</i>		
34.	Оценил результаты лабораторных и инструментальных исследований (необходимость проведения дополнительного обследования)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Оценил риск анестезии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Выбрал вид и метод анестезии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Оценил риск ВТЭО и назначил профилактику в соответствии со сценарием	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Назначил премедикацию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Обработал руки после манипуляции гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Заполнил бланк предоперационного осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Сформулировал верное заключение	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

 ФИО члена АПК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)