



РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНТР
АККРЕДИТАЦИИ



МЕЖДУНАРОДНЫЕ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Руководитель центра аккредитации
Каупбаева Ботагоз



КАЗАХСТАН: ПРОФИЛЬ СТРАНЫ

- 9 крупнейшее по площади государство,
- 2 самая холодная столица в мире – Астана
- 100+ разных национальностей, 2 официальных языка (каз., русс.)
- 18 млн. населения
- 72,4 года средняя продолжительность жизни (2017)

Здравоохранение:

- 3.4% ВВП
- 265 USD на душу населения в год
- 59% частные; 41% государственные расходы
- 10% государственного бюджета направлено на здравоохранение
- 40 врачей на 10 000 населения, 97 медицинских сестер на 10 000 населения
- 48.7 коек на 10 000 населения,
- Средняя продолжительность пребывания: 11.4 дней



ПРОЕКТ ВСЕМИРНОГО БАНКА 2009-2015 ГГ.

Повышение качества
медицинских услуг

Модернизация
финансирования и
управления
здравоохранением

Безопасность пищевой
продукции и подготовка к
вступлению в ВТО

Проект «Передача
технологий и проведение
институциональной
реформы в секторе
здравоохранения

Модернизация
медицинского образования
и управления медицинской
наукой

Реформа фармацевтической
политики

Развитие информационной
системы здравоохранения

КОМПОНЕНТ В: ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Подкомпонент В1. Партнерское взаимодействие по совершенствованию аккредитации организаций здравоохранения.

МИССИЯ: Повышение качества услуг здравоохранения, модернизация системы аккредитации

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ:

А. Создание системы аккредитации для медицинских организаций в соответствии международными стандартами, обеспечивающих повышение качества медицинских услуг.

В. Создание национального кадрового потенциала

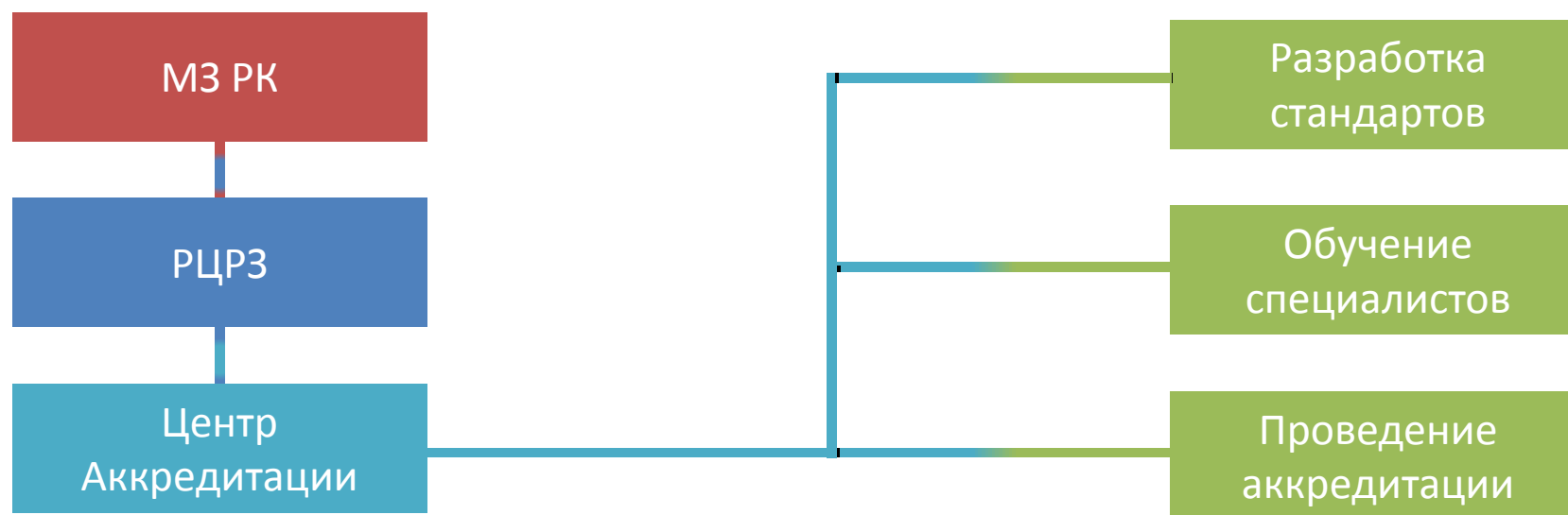
С. Обеспечение институциональной устойчивости системы аккредитации

Миссия

Совершенствование системы аккредитации в здравоохранении через внедрение международных норм безопасности и качества для обеспечения высокой степени доверия у населения и повышения конкурентоспособности медицинских организаций

Видение

Создание системы аккредитации обеспечивающее качественное и безопасное здравоохранение в Казахстане



Планы на 2016-2019 годы:

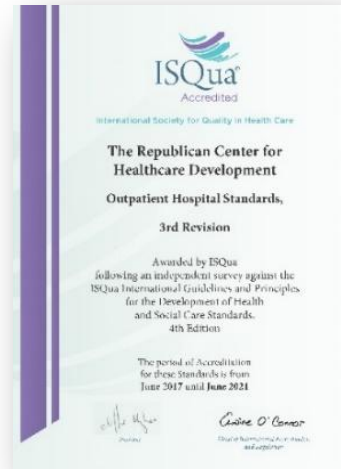
- Сертификация в ISQua Органа по аккредитации РК (2016-2017 годы)
- Передача функций по аккредитации от госоргана в Орган по аккредитации (2017 год)
- Проведение аккредитации медицинских организаций аккредитующим органом (2018 год)
- Создание независимого органа по аккредитации (2019 год)

International Society for Quality in Healthcare ISQua®



Международное Общество по Качеству в Здравоохранении (ISQua) авторитетная организация аккредитующая:

- Аккредитующие органы
- Стандарты аккредитации
- Учебные программы по подготовке экспертов

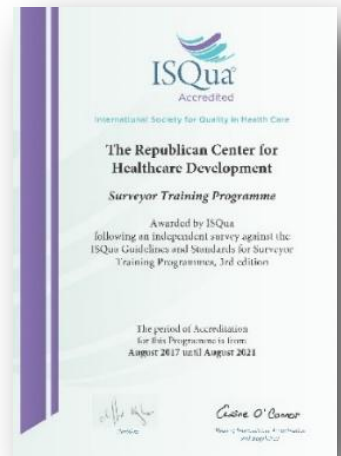


В мире:

- Международная Объединенная Комиссия JCI, США
- Британский блок по аккредитации качества в здравоохранении, CHKS
- Аккредитация Канады, Accreditation Canada
- Австралийский совет по стандартам в здравоохранении, ACHS

Республика Казахстан:

- Центр аккредитации РЦРЗ (январь 2017)
- Стандарты аккредитации: Стационар и АПО (Июнь, август 2017)
- Учебная программа для экспертов (Август 2017)



Центр аккредитации РЦРЗ стал единственной организацией на территории СНГ и Восточной Европы, получивший аккредитацию по всем программам ISQua. Таким образом, Центр аккредитации РЦРЗ получил возможность выйти на международный уровень, как в лице аккредитующего органа, так и в виде консалтинговой компании.

ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ АККРЕДИТАЦИИ

АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:



САМООЦЕНКА

1

Самооценка - проводится медицинской организацией самостоятельно или с привлечением консультантов, имеющих опыт и навыки по внедрению стандартов аккредитации.



Внешняя комплексная оценка

2

Проводится экспертной группой на основе:

- 1) обзора документов;
- 2) опроса персонала;
- 3) трейсеров (индивидуальный, системный, профильный);
- 4) наблюдения.



Постаккредитационный мониторинг

3

ИЗ ПРАВИЛ ПРОВЕДЕНИЯ АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Высшая категория аккредитации присваивается при соответствии стандартам 1 ранга не менее 90 %, стандартам 2 ранга не менее 80 %, стандартам 3 ранга не менее 70 %

Первая категория аккредитации присваивается при соответствии стандартам 1 ранга не менее 70 %, стандартам 2 ранга не менее 65 %, стандартам 3 ранга не менее 60 %

Вторая категория аккредитации присваивается при соответствии стандартам 1 ранга не менее 60 %, стандартам 2 ранга не менее 55 %, стандартам 3 ранга не менее 50 %

Преаккредитация при соответствии стандартам менее 60 %, стандартам 2 ранга менее 55 %, стандартам 3 ранга менее 50 %



Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2017 года № 309 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 10 марта 2015 года № 127 «Об утверждении Правил аккредитации в области здравоохранения»

Статус преаккредитации

Всего в Республике Казахстан **1376** медицинских организации, имеющих государственный заказ от Фонда социального медицинского страхования (**ФСМС**).

615 (44,6%)

**ИМЕЮТ СТАТУС
АККРЕДИТАЦИИ**

764 (55,4%)

**НЕ ИМЕЮТ СТАТУС
АККРЕДИТАЦИИ**

По состоянию на 10.10.2018

ПЕРЕСМОТР 2012-2016 ГОДОВ

1	АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	21 стандарт
2	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	23 стандарта
3	СКОРАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ	21 стандарт
4	ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	21 стандарт
5	ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И СЕСТРИНСКИЙ УХОД	21 стандарт
6	СЛУЖБА КРОВИ	18 стандартов

ПЕРЕСМОТР 2018 ГОДА

1	АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	98 стандартов
2	СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ	174 стандарта
3	СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И САНИТАРНАЯ АВИАЦИЯ	78 стандартов
4	ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ	86 стандартов
5	ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ И СЕСТРИНСКИЙ УХОД	75 стандартов
6	СЛУЖБА КРОВИ	57 стандартов



В настоящее время проводится совершенствование функциональных обязанностей участковых врачей и медсестер: делегирование части функций от врачей специалистов участковым врачам и от участковых врачей медицинским сестрам.

Делегированы от врача к медицинской сестре ПМСП следующие функции:

- патронаж дородовый и послеродовый;
- патронаж здоровых детей до 1 года на дому;
- наблюдение за очагами инфекционных заболеваний;
- планирование прививок, допуск и поствакцинальный патронаж (при наличии сертификата по иммунопрофилактике);
- активное посещение пациентов после выписки из стационара;
- обслуживание активов со скорой помощью;
- прием и активный патронаж диспансерных больных с хроническими формами заболеваний на дому;
- самостоятельный прием пациентов, самостоятельное обслуживание вызовов на дому, за исключением детей до 5-ти лет;
- информационно-образовательная работа с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни;
- обучение пациентов в школах здоровья;
- выписка бесплатных рецептов больным с хроническими формами заболеваний для продолжения лечения.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ЦЕЛИ ПО БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА



ПРАВИЛЬНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ
ПАЦИЕНТА

ВЕРИФИКАЦИЯ



УЛУЧШЕНИЕ ТОЧНОСТИ
СООБЩЕНИЙ

ГИГИЕНА РУК



БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОВ
ВЫСОКОГО РИСКА

РИСК ПАДЕНИЙ



Идентификация пациента

- 1) Руководством медицинской организации утверждаются стандарты операционной процедуры (далее – СОП) идентификации пациента, описывающие процесс идентификации пациента с применением не менее двух идентификаторов пациента *
- 2) Пациент идентифицируется в соответствии с СОП перед каждой процедурой, операцией, инъекцией, приемом лекарственного средства, взятием биоматериала и других ситуациях
- 3) Идентификация пациента облегчается путем использования идентификационного браслета с двумя идентификаторами, либо через другие альтернативные способы идентификации пациента утвержденные руководством медицинской организации
- 4) Идентификаторы пациента присутствуют во всех формах медицинских карт и на всех контейнерах с биоматериалом пациента
- 5) Процесс идентификации пациента контролируется через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента. Индикаторы выбираются в зависимости от используемых способов идентификации пациента **

Правильно идентифицировать пациентов ДО



**Переливания крови
/ введения растворов**



Взятия анализов, биоматериала



Лечения и процедур



Хирургических вмешательств



Применения лекарственных средств



Идентификация пациентов

1. Номер палаты или место нахождения пациента не могут быть использованы в качестве идентификации пациента.
2. Пациент идентифицируется на основании следующих двух идентификаторов:
 - **фамилия, имя, отчество (полностью),**
 - **число, месяц и год рождения.**
3. Идентификация пациентов в особых обстоятельствах, например, в коматозном или бредовом/дезориентированном состоянии без документов удостоверяющих личность, определяются на основании следующих идентификаторов:
 - **неизвестный/ая,**
 - **пол (муж/жен),**
 - **номер медицинской карты стационарного больного**



**56.
Эффективная
передача
информации**

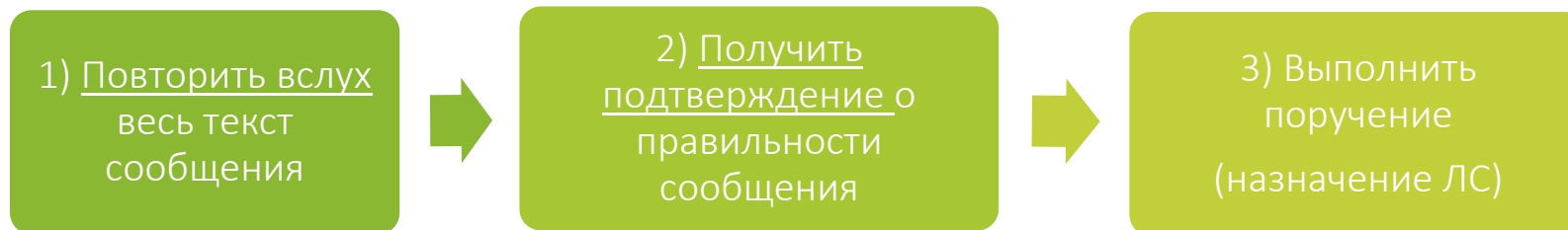
56. Эффективная передача информации. Безопасность пациентов повышается через стандартизированный процесс передачи устной и (или) телефонной информации		
1)	Разрабатываются и внедряются СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону, где прописано, что получатель информации записывает и прочитывает сообщение вслух, сообщающее лицо подтверждает правильность сообщения	I
2)	Сообщения о критических результатах лабораторных и диагностических исследований, устные назначения лекарственных средств пациенту передаются согласно СОП приема и передачи информации устно и (или) по телефону *	I
3)	Медицинская организация устанавливает список критических значений для всех лабораторных и диагностических исследований (оказываемых медицинской организацией или переданных в аутсорсинг)	I
4)	Разрабатываются и внедряются СОП по передаче информации между медицинскими работниками при передаче ухода за пациентом, пациентами, лицами, осуществляющими уход за пациентом	I
5)	Процесс передачи устной и (или) телефонной информации при сообщении критических результатов лабораторных и диагностических исследований и процесс передачи пациента между организациями и службами контролируется через индикатор (-ы), которые применяются для повышения безопасности пациента *	I

МЦБП.2 Передача информации устно или по телефону между персоналом

- При получении информации устно или по телефону, получатель информации должен действовать по схеме:

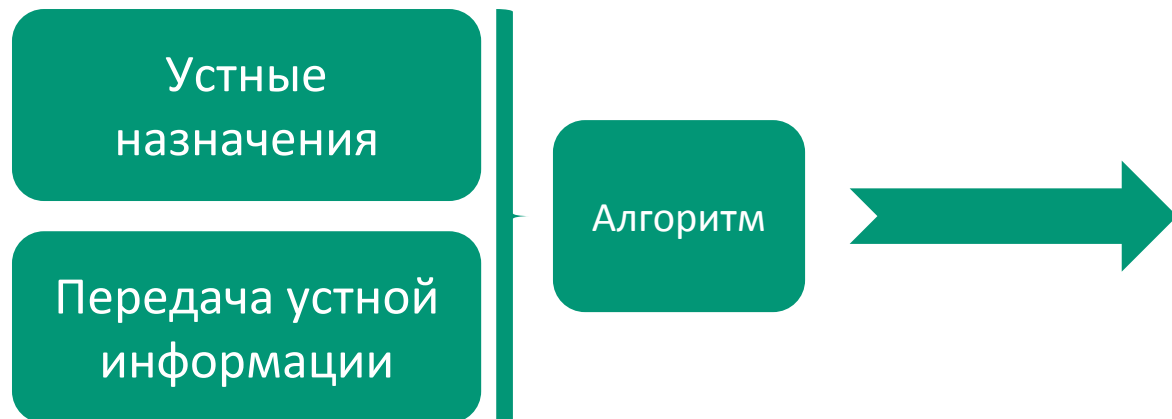


- В неотложных/экстренных ситуациях, при отсутствии возможности записать сообщение (например, экстренное назначение ЛС при Коде Голубой или в операционной, или в реанимационном зале), получатель информации должен полностью повторить сообщение или назначение ЛС вслух:



Стандартизация – инструмент улучшения

Установление стандартизированного алгоритма по приему устной или письменной информации является главным элементом улучшения



Услышал

Записал

Прочитал
вслух

Услышал
подтверждение

Подшить в
мед. карту

- 1) ФИО передавшего информацию
- 2) ФИО и подпись принявшего
- 3) Время и дата сообщения
- 4) Данные передаваемой информации
- 5) Если назначение ЛС:
 - Название ЛС
 - Дозировка
 - Путь введения
 - Скорость введения
 - Подпись врача (в течение 12 часов)

57.Безопасность лекарственных средств высокого риска

1) Разрабатывается СОП, описывающий обращение с лекарственными средствами высокого риска *

Процедура включает:

- маркировку лекарственных средств высокого риска;
- хранение лекарственных средств высокого риска;
- назначение и применение – если есть особенности;
- список лекарственных средств высокого риска;
- обучение персонала

2) Разрабатывается СОП, описывающий обращение с концентрированными электролитами *

Процедура включает:

- маркировку концентрированных электролитов;
- хранение концентрированных электролитов – запрет на хранение в местах редкого использования, хранение только в местах клинической необходимости;
- назначение и применение – если есть особенности;
- список концентрированных электролитов;
- обучение персонала

Продолжение

3) Разрабатывается СОП, описывающий обращение с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой.

Процедура включает:

- маркировку лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;
- запрет на хранение лекарственных средств на одной полке или рядом, если у них созвучны названия или схожий внешний вид;
- назначение и применение – если есть особенности;
- список лекарственных средств со схожим названием и схожей упаковкой;
- обучение персонала *

4) СОП, описывающие обращение с лекарственными средствами высокого риска, с концентрированными электролитами, с лекарственными средствами со схожим названием и схожей упаковкой выполняются во всей организации

5) Обращение с концентрированными электролитами, лекарственными средствами высокого риска и лекарственными средствами со схожим названием, и схожей упаковкой контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **



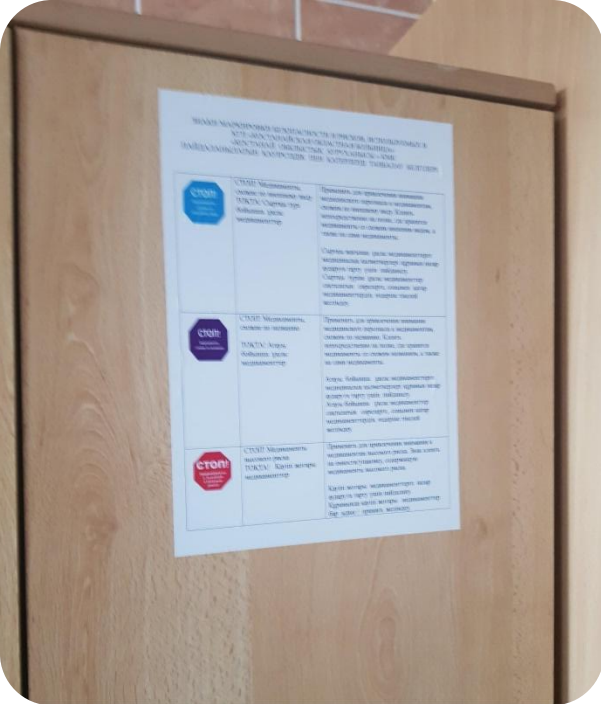
Использование лекарств высокого риска

- **Медикаменты высокого риска** – медикаменты, при работе с которыми имеется повышенный риск причинения вреда пациенту, требующие осторожности и внимательности при обращении. В понятие медикаментов высокого риска также входят медикаменты схожие по внешнему виду и схожие по названию (звучанию).
- **Например: Наркотические средства, Психотропные вещества, Сердечные гликозиды, Гепарин, Концентрированные электролиты, Адреномиметики, Средства для наркоза, Парентеральное питание, Контрастные вещества и др.**

Использование лекарств высокого риска

Запрещается хранение медикаментов высокого риска (концентрированных электролитов) в отделении, где такие медикаменты не используются или используются редко.

Отделение (старшая медицинская сестра отделения) обеспечивает **отдельное хранение** медикаментов с высокой степенью риска от других ЛС на полке, обозначенной красной наклейкой «**СТОП! Медикаменты с высокой степенью риска**». Каждая упаковка медикамента высокого риска обклеивается такой же красной наклейкой.



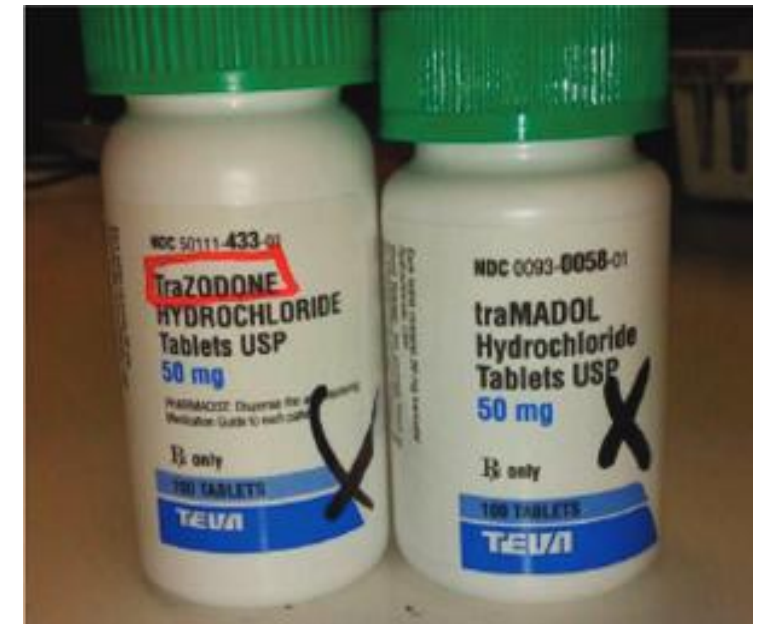
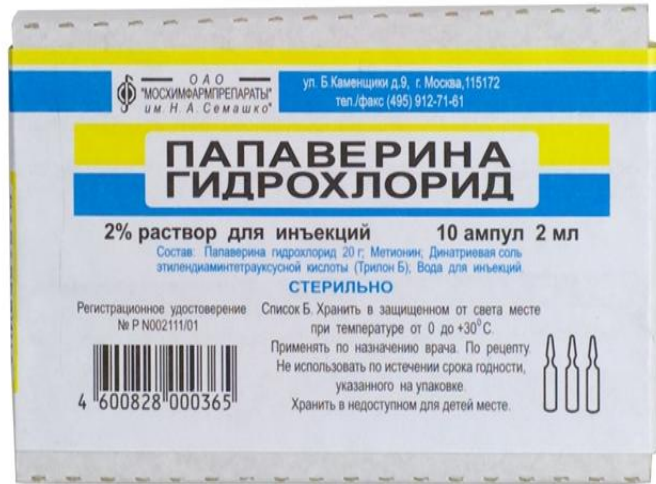
КАК ВЫПОЛНЯТЬ СТАНДАРТ МЦБП 3

- **Выдача медикамента или проведение процедуры** - идентификация пациента на основе не менее двух критериев - Ф.И.О. и даты рождения пациента.
- **Отдельное хранение**
- **Выделение знаком СТОП**

- **Сверка 5 пунктов (тот ли?):**
- **Пациент** (идентификация пациента и лист назначений);
- **Медикамент** (проверка листа назначений и упаковки);
- **Доза** (проверка листа назначений и упаковки);
- **Время и кратность** (проверка листа назначений);
- **Путь введения** (проверка листа назначений).



Пример препаратов, схожих по внешнему виду и звучанию





58. Хирургическая безопасность: правильный участок тела, правильная процедура и правильный пациент

- 1) В медицинской организации разрабатываются СОПы, описывающие процесс маркировки места операции и (или) инвазивной процедуры высокого риска, а также процедуры предоперационной верификации и тайм-аута для обеспечения правильного участка тела, правильной процедуры и операции и идентификации пациента *
- 2) Участок тела маркируется перед операцией и инвазивной процедурой высокого риска в виде единого знака, утвержденного в медицинской организации, врачом, который будет выполнять операцию (процедуру)
- 3) В соответствии с процедурами и формой, утвержденными руководством медицинской организации осуществляется предоперационная верификация, включающая проверку процессов:
 - подтверждение пациентом своих идентификаторов (полное имя, дата рождения)
 - подтверждение пациентом информированного согласия на осуществление оперативного вмешательства или процедуру высокого риска
 - подтверждение пациентом участка оперативного вмешательства (сторона и участок тела и/или орган)
 - маркировка места операции
 - наличие или отсутствие аллергии у пациента
 - проблемы дыхательных путей у пациента

Продолжение

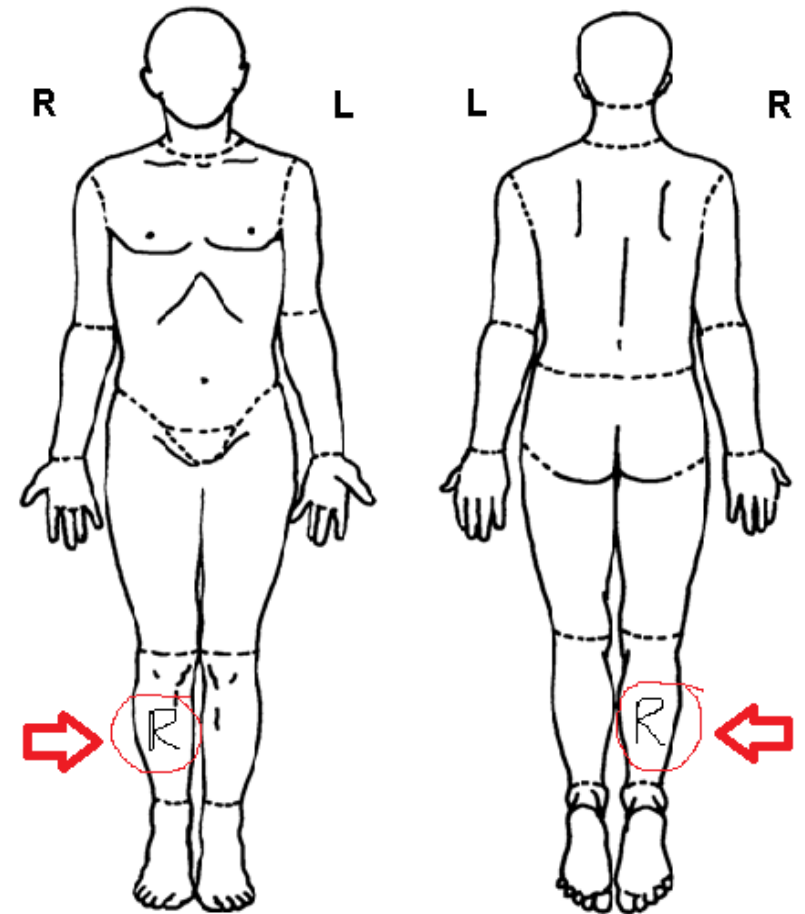
4) Вся хирургическая команда участвует в процедуре тайм-аута, включающего следующие этапы:

- идентификация пациента;
- подтверждение названия оперативного вмешательства или инвазивной процедуры;
- подтверждение участка и стороны оперативного вмешательства или инвазивной процедуры;
- готовность хирургической бригады к операции.
- Тайм-аут документируется в медицинской карте

5) Выполнение предоперационной верификации и процедуры тайм-аута контролируются через индикаторы, которые применяются для повышения безопасности пациента **

Хирургическое вмешательство

1. Предоперационная верификация
2. Маркировка операционного участка
3. Тайм-аут непосредственно перед началом операции
4. Послеоперационная сверка
 - Применяется легко **узнаваемый (единый) знак** для маркировки опер.поля и **пациент вовлекается** в процесс маркировки
 - Применяется чек-лист или иной процесс для верификации перед операцией правильности **места, процедуры и пациента**, и что все **документы и оборудование** готовы под рукой, исправны и в рабочем состоянии



Обеспечить правильность места операции, пациента и процедуры



- Тайм-аут проводится непосредственно перед началом процедуры в присутствии всех членов команды. Во время тайм-аута команда договаривается о следующих:
 - а) правильное определение пациента;
 - б) правильное определение процедуры;
 - в) правильное определение участка тела.

Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности



Всемирная
организация здравоохранения

Безопасность пациентов

Всемирный альянс за более безопасную медицинскую помощь

До начала анестезии

(в присутствии, как минимум, медсестры и анестезиолога)

Подтвердил ли пациент свое имя, место операции, процедуру и согласие?

- Да

Маркировано ли место операции?

- Да
 Не применимо

Проведена ли проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии?

- Да

Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует?

- Да

Имеется ли у пациента:

Известная аллергия?

- Нет
 Да

Проблемы дыхательных путей или риск аспирации?

- Нет
 Да, и имеется оборудование/необходимая помощь

Риск кровопотери >500мл (7мл/кг у детей)?

- Нет
 Да, предусмотрены два устройства для ВВ / центрального доступа и жидкости для вливания

До рассечения кожи

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Подтвердите, что все члены бригады представились по имени и назвали свою роль.

Подтвердите имя пациента, процедуру и место, где будет проведено рассечение.

Проводилась ли антибиотикопрофилактика за последние 60 минут?

- Да
 Не применимо

Ожидаемые критические события

С точки зрения хирурга:

- Критические или неожиданные меры?
 Длительность операции?
 Ожидаемая кровопотеря?

С точки зрения анестезиолога:

- Специфичные для данного пациента проблемы?

С точки зрения операционных сестер:

- Стерильность (включая показания приборов) подтверждена?
 Проблемы с оборудованием или иные вопросы?

Визуализация необходимых изображений обеспечена?

- Да
 Не применимо

До того, как пациент покинет операционную

(в присутствии медсестры, анестезиолога и хирурга)

Медсестра устно подтверждает:

- Наименование процедуры
 Подсчет количества инструментов, тампонов и игл завершен
 Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента)
 Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения

Хирург, анестезиолог и медсестра:

- Каковы основные проблемы, касающиеся реабилитации и ведения данного пациента?

НЕПРАВИЛЬНЫЙ СПОСОБ СДЕЛАТЬ ТАЙМ-АУТ



УСПЕШНЫЙ ПРОЦЕСС





59. Снизить риск инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи через обработку рук

- 1) Разрабатываются основанные на доказательной базе (литературе) процедуры, описывающие виды и этапы мытья рук (обработки рук), а также показания для обработки рук *
- 2) Процедуры по обработке рук выполняются по всей медицинской организации
- 3) Ресурсы для выполнения процедур обработки рук представлены в необходимом объеме
- 4) Медицинский персонал обучаются видам, этапам и показаниям обработки рук **
- 5) Практика обработки рук контролируются через индикатор (ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **



Профилактика внутрибольничных инфекций.

Надлежащая гигиена рук.

Пять моментов гигиены рук



60. Снизить риск вреда вследствие падений пациента



1) Разрабатываются СОП профилактики падений, которые направлены на предотвращение падений и травм от падений. Персонал медицинской организации обучается данным СОП *

2) Процедуры по профилактике падений имеют четкие требования к оценке риска падения

3) Оценка и переоценка риска падения выполняется, когда это требуется и своевременно документируется в медицинской карте **

4) Выполняются действия по профилактике падений, включая сопровождение пациентов с высоким риском падения и другие действия, определенные в правилах медицинской организации

5) Профилактика падений и число падений мониторируются через индикатор (ы), которые применяются для повышения безопасности пациента **

Предотвращение падений и травм вследствие падения

- Проведение оценки риска падения всем стационарным и амбулаторным пациентам при поступлении
- Проведение повторной оценки риска падения в случае выявления высокого риска падения/при изменении состояния пациента (после операции, анестезии, седации, инвазивной процедуры, приёме медикаментов, повышающих риск падения и др.)


ТРИАЖ
(МЕДИЦИНСКАЯ
СОРТИРОВКА
ПАЦИЕНТОВ)



Медицинская сортировка или триаж (франц.triage, сортировка) — распределение пациентов на группы с целью обеспечения своевременного оказания медицинской помощи в оптимальном объёме. Организации системы триаж является требованиям приказа МЗ РК от 3 июля 2017 года «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи в Республики Казахстан», национальных и международных стандартов аккредитации.

ТРИАЖ

Қабылдау бөлімшесінде келіп түскен науқастарды бірінші кезектегі шұғыл медициналық көмек көрсетуіне сүйене отырып таптарға бөлу



Бірінші топ (ЖАСЫЛ АЙМАҚ)

- Емделушінің жағдайы, науқастың денсаулығы мен өміріне тікелей және потенциалды қауіп-қатер төндіретін.


КҮТУ УАҚЫТЫ
60 минутқа дейін



Екінші топ (САРЫ АЙМАҚ)

- Емделушінің жағдайы, медициналық көмексіз денсаулығына потенциалды қауіп-қатер төндіретін.

КҮТУ УАҚЫТЫ
30 минутқа дейін.



Үшінші топ (ҚЫЗЫЛ АЙМАҚ)

- Емделушінің жағдайы, өміріне тікелей қауіп-қатер төндіретін, шұғыл медициналық көмекті қажет ететін.

КҮТУ УАҚЫТЫ
- күтусіз
- 5 минутқа дейін.



ТРИАЖ

Распределение в приемном отделении поступающих больных на группы, исходя из первоочередности оказания экстренной медицинской помощи



Первая группа (ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА)

- Состояния пациента, не представляющие непосредственную и потенциальную угрозу жизни и здоровью больного.

ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ
до 60 мин.



Вторая группа (ЖЁЛТАЯ ЗОНА)

- Состояния пациента, представляющие потенциальную угрозу для здоровья без медицинской помощи

ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ
до 30 мин.



Третья группа (КРАСНАЯ ЗОНА)

- Состояния пациента, представляющие непосредственную угрозу жизни, требующие немедленной медицинской помощи

ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ
- без ожидания
- до 5 мин.



74. Приемный покой. Проводится медицинская сортировка пациентов и первичный осмотр. Первичный осмотр является информативным для определения потребностей пациента и составления первоначального плана лечения *

1)	Руководством медицинской организации утверждена процедура медицинской сортировки пациентов *	I
2)	Проводится оценка потребности в дополнительных методах диагностики или привлечении узких специалистов, а также для перевода пациента в соответствующую организацию здравоохранения	II
3)	Первичный осмотр осуществляется ответственными лицами в соответствии с законодательством Республики Казахстан и включает оценку психо-эмоционального статуса пациента	III
4)	Запись первичного осмотра ответственным лицом вносится в медицинскую карту пациента, и являются доступными персоналу, задействованному в лечении и уходе за пациентом	II
5)	Квалифицированные специалисты проводят осмотры на основе их образования, квалификации и навыков, подтвержденных документами	III

Спасибо за внимание!

Вопросы?!