

**Первичная специализированная аккредитация
специалистов здравоохранения**

**Паспорт
экзаменационной станции**

Физиотерапия в педиатрии

Специальность:

Физиотерапия

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
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики.....	7
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	7
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	8
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	8
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции	9
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	10
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	10
12. Алгоритм выполнения практического навыка	11
13. Оценочный лист (чек-лист)	13
14. Медицинская документация.....	14
15. Сведения о разработчиках паспорта.....	17
Приложение 1.....	18
Приложение 2.....	19

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 (грудовые функции)

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации».

Трудовые функции:

В/02.8 Назначение физиотерапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями.

В/03.8 Проведение и контроль эффективности и безопасности применения физиотерапии при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

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 умения назначать метод физиотерапии в зависимости от возраста и состояния пациента, оформлять назначение в учетной форме 044/У и выполнять физиотерапевтические процедуры.

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	Кушетка для размещения манекена	1 шт.
2	Гумбочка (рабочая поверхность)	1 шт.
3	Раковина с однорычажным смесителем ²	1 шт.
4	Щиток физиотерапевтический (допускается имитация)	1 шт.
5	Пусковой рубильник (допускается имитация)	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

² В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала

6	Столик (стойка) для физиотерапевтических аппаратов	1 шт.
7	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
8	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1	Аппарат низкоинтенсивной лазерной терапии с импульсными излучателями	1 шт.
2	Аппарат для электротерапии с набором электродов и гидрофильных прокладок, лентами для фиксации электродов	1 шт.
3	Излучатель лазерный инфракрасного (красного) диапазона импульсный единичный или матричный	2 шт.
4	Аппарат низкочастотной магнитотерапии портативный	1 шт.
5	Набор электродов	1 шт.
6	Набор гидрофильных прокладок	1 шт.
7	Эластичные ленты для фиксации электродов	4 шт.
8	Лоток для гидрофильных прокладок	1 шт.
9	Контейнер для сбора отходов класса А	1 шт.

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	Антисептическая салфетка	1 шт.
2	Бумажное полотенце	1 шт.
3	Добровольное информированное согласие (предварительно заполненное)	1 шт.
4	Форма 044/У	1 шт.
5	Ручка шариковая	1 шт.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Таблица 6

Симуляционное оборудование станции и его характеристики

№ п/п	Симуляционное оборудование станции и его характеристики
1	Манекен ребенка старше 6 лет с возможностью имитации физиотерапевтических процедур. Манекен располагается на деревянной кушетке.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 7

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п.п.	Ситуация (сценарий)
1.	Болевой синдром. Ребенок 12 лет поступил в реабилитационное отделение с диагнозом: посттравматическая нейропатия малоберцового нерва справа. Жалобы на гипотрофию мышц по передне-боковой поверхности голени, болевые ощущения по боковой поверхности голени и стопы, усиливающиеся при приседании, нарушение разгибания стопы и ее пальцев, «петушиную» походку.
2.	Воспалительный процесс. У ребенка 7 лет обострение хронического гастродуоденита. Жалобы на изжогу, отрыжку, умеренные боли в области эпигастрия. Из сопутствующих заболеваний - выраженная вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу, синусовая брадикардия.
3.	Травма. У ребенка 8 лет перелом левой плечевой кости. 6-й день после наложения гипсовой повязки. Беспокоят боли в области перелома.

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

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы – врач-физиотерапевт. В реабилитационном отделении для консультации Вас ожидает ребенок. Ваша задача назначить из имеющегося на станции физиотерапевтического оборудования наиболее адекватный его возрасту и состоянию метод физиотерапии, оформить форму 044-У и провести имитацию физиотерапевтической процедуры в рамках своих умений.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала³ 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 симулятора к работе.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. 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».
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.
5. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 8).
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.

³ 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.

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 8

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

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При осмотре помещения станции	«Вы находитесь в физиотерапевтическом кабинете, в котором соблюдены все требования безопасности. Пусковой рубильник выключен»
2.	При ознакомлении с физиотерапевтическим оборудованием станции	«Выберите наиболее адекватный физиотерапевтический метод и оформите назначение в форме 044/У»
3.	При попытке получить добровольное информированное согласие на проведение процедуры	«Добровольное информированное согласие получено»
4.	При оформлении назначения в форме 044/У	«Проговорите локализацию воздействия, параметры процедуры и количество процедур на курс»
5.	В случае, если информация неполная	«Дополните информацию по параметрам выбранной методики»
6.	После оформления назначения	«Выполните имитацию выбранной Вами физиотерапевтической процедуры. Будем считать, что пусковой рубильник включен»
7.	При проведении электропроцедуры	«Будем считать, что гидрофильные прокладки смочены»
8.	По окончании выполнения практического навыка	Поблагодарить за работу и попросить перейти на следующую станцию

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. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 3.09.2018г. №572н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинской реабилитации»

4. Отраслевой стандарт ОСТ 42-21-16-86 ССБТ отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности.
5. Физиотерапия. Национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко, 2014. 864 с.
6. Техника и методики физиотерапевтических процедур (справочник). Под ред. В.М. Боголюбова, 2017, 464 с.
7. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии/ М.А. Хан, А.Н. Разумов, Н.Б. Корчажкина, И.В. Погонченкова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 408 с.

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

11. 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.

12. Алгоритм выполнения практического навыка

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

Ситуация 1 – «Болевой синдром»

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Ознакомиться с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У
2.	Ознакомиться с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой
3.	Оформить назначение в форме 044/У
4.	Проговорить выбранные параметры: вид тока, силу тока в мА, количество процедур на курс
5.	Проговорить необходимость включения пускового рубильника (включить пусковой рубильник)
6.	Выбрать аппарат для электротерапии
7.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
	✓ электроды
	✓ гидрофильные прокладки
	✓ эластичные ленты для фиксации электродов
	✓ раковина с водой
	✓ лоток медицинский
8.	Включить сетевой шнур аппарата в розетку щитка
9.	Смочить гидрофильные прокладки
10.	Вставить электроды в гидрофильные прокладки
11.	Расположить подготовленные электроды на теле манекена
12.	✓ на область правой голени по ходу малоберцового нерва
13.	Закрепить электроды эластичными лентами
14.	Включить на корпусе аппарата кнопку «Сеть»
15.	Проговорить выбранные параметры процедуры: вид импульсного тока, силу тока 10-17 мА, 8-10 процедур на курс
16.	Плавно включить ток
17.	Сообщить пациенту о том, что процедура продлится 6-8 минут
18.	Выключить ток
19.	Снять электроды с тела манекена
20.	Положить гидрофильные прокладки в лоток
21.	Поставить лоток в раковину под проточную воду
22.	Выключить аппарат из сети
23.	Аккуратно сложить электроды и эластичные ленты

Ситуация 2 – «Воспалительный процесс»

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Ознакомиться с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У
2.	Ознакомиться с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой
3.	Оформить назначение в форме 044/У
4.	Проговорить выбранные параметры: импульсную мощность, частоту следования импульсов, количество процедур на курс
5.	Проговорить необходимость включения пускового рубильника (включить пусковой рубильник)
6.	Выбрать аппарат низкоинтенсивной лазерной терапии
7.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
	✓ лазерные излучатели
	✓ дезинфицирующая салфетка
8.	Включить сетевой шнур аппарата в розетку щитка
9.	Предложить пациенту расположиться удобнее
10.	Сообщить пациенту, что излучатели будут размещены в области эпигастрия
11.	Включить на корпусе аппарата кнопку «Сеть»
12.	Проговорить выбранные параметры процедуры: импульсную мощность 2-4 Вт/имп., частоту 80-1500 Гц, на курс 8-10
13.	Поставить излучатели на кожу в области эпигастрия
14.	Провести имитацию лазерной процедуры по контактной стабильной или лабильной методике
15.	Сообщить пациенту о том, что процедура продлится 5 минут
16.	Выключить ручку интенсивности или нажать кнопку «Стоп»
17.	Обработать лазерный излучатель дезинфицирующей салфеткой
18.	Выключить сетевой шнур аппарата из розетки щитка
19.	Выключить пусковой рубильник

Ситуация 3 – «Травма»

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Ознакомиться с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У
2.	Ознакомиться с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой
3.	Оформить назначение в форме 044/У
4.	Проговорить выбранные параметры: магнитную индукцию, время процедуры, количество процедур на курс
5.	Включить пусковой рубильник
6.	Выбрать аппарат низкочастотной магнитотерапии
7.	Включить сетевой шнур аппарата в розетку щитка
8.	Сообщить пациенту, что воздействие будет проводиться на область левого плеча через гипс
9.	Предложить пациенту расположиться удобнее

10.	Включить на корпусе аппарата кнопку «Сеть»
11.	Проговорить выбранные параметры процедуры: магнитную индукцию 10-20 мТл, время 10-15 минут, на курс 8-10
12.	Поставить индуктор на зону воздействия
13.	Провести имитацию процедуры магнитотерапии
14.	Сообщить пациенту о том, что процедура продлится 10-15 минут
15.	Выключить аппарат из сети
16.	Обработать излучатель дезинфицирующей салфеткой
17.	Выключить сетевой шнур аппарата из розетки щитка
18.	Выключить пусковой рубильник

13. Оценочный лист (чек-лист)

Чек-лист используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№	Действие аккредитуемого	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Ознакомился с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Ознакомился с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оформил назначение в форме 044/У	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проговорил вид импульсного тока	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Проговорил силу тока в мА	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Проговорил импульсную мощность лазера в Вт/имп.	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Проговорил частоту следования импульсов в Гц	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проговорил магнитную индукцию в мТл	3	√ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Проговорил время процедуры в минутах	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Проговорил количество процедур на курс	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Включил пусковой рубильник	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Выбрал необходимый физиотерапевтический аппарат	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
Выбрал все необходимое для работы оборудование:			
13.	✓ электроды	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	✓ гидрофильные прокладки	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	✓ эластичные ленты для фиксации электродов	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	✓ раковина с водой	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	✓ лоток медицинский	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
18.	✓ дезинфицирующие салфетки	2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	✓ лазерные излучатели	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Включил сетевой шнур аппарата в розетку пускового щитка	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Предложил пациенту удобно расположиться	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Включил на корпусе аппарата кнопку «Сеть»	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил параметры процедуры:			
23.	✓ вид импульсного тока (диадинамический,	1	√ да <input type="checkbox"/> нет

	синусоидальный модулированный, интерференционный, ЧЭНС)		
24.	✓ сила тока 10-17 мА	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
25.	✓ импульсная мощность 2-4 Вт/имп.	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
26.	✓ частота 80-1500 Гц	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
27.	✓ магнитная индукция 10-20 мТл	3	√ да <input type="checkbox"/> нет
Провел имитацию физиотерапевтической процедуры:			
28.	✓ импульсной электротерапии	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
29.	✓ низкоинтенсивной лазерной терапии	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
30.	✓ низкочастотной манитотерапии	3	√ да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил рекомендуемое время процедуры:			
31.	✓ 6-8 мин	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
32.	✓ 5 мин	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
33.	✓ 10-15 мин	3	√ да <input type="checkbox"/> нет
34.	Выключил аппарат из сети	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
35.	Провел санитарную обработку и дезинфекцию использованного оборудования	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
36.	Выключил сетевой шнур аппарата из розетки щитка (имитация)	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет
37.	Выключил пусковой рубильник	1,2,3	√ да <input type="checkbox"/> нет

14. Медицинская документация

Для самостоятельного заполнения аккредитуемым предлагается форма 044/У.

В форме 044/У необходимо заранее заполнить информацию в соответствии с ситуацией (сценарием).

Ситуация (сценарий) 1. «Болевой синдром».

ФИО: Иванов Иван Иванович.

Возраст: 12 лет. *Пол:* мужской.

Диагноз: Посттравматическая нейропатия малоберцового нерва справа.

Жалобы больного: на гипотрофию мышц по передне-боковой поверхности голени, болевые ощущения по боковой поверхности голени и стопы, усиливающиеся при приседании, нарушение разгибания стопы и ее пальцев, «петушиную» походку.

Ситуация (сценарий) 2. «Воспалительный процесс».

ФИО: Иванов Иван Иванович.

Возраст: 7 лет. *Пол:* мужской.

Диагноз: Хронический гастродуоденит: обострение.

Сопутствующие заболевания – выраженная вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу, синусовая брадикардия.

Жалобы больного: на изжогу, отрыжку, умеренные боли в области эпигастрия.

Ситуация (сценарий) 3. «Травма».

ФИО: Иванов Иван Иванович.

Возраст: 8 лет. *Пол:* мужской.

Диагноз: Перелом левой плечевой кости. 6-й день после наложения гипсовой повязки

Жалобы больного: беспокоят боли в области перелома.

Форма для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом:

Код формы по ОКУД.....	
Код учреждения по ОКПО.....	
Минздрав РФ наименование учреждения	Медицинская документация Форма № 044/у Утвержд. Минздравом РФ 04.10.80 № 1030

КАРТА
больного, лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Карта стационарного (амб.) больного № _____ Лечащий врач _____
 Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ пол

М	
Ж	

 (подчеркнуть)

Из какого кабинета направлен больной _____
 Диагноз _____

_____ подчеркнуть заболевание, по поводу которого
 _____ больной направлен на физиотерапию

Жалобы больного _____

Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть)

Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные) _____

Эпикриз: _____

Врач-физиотерапевт _____

На станции аккредитуемому предоставляется заполненное информированное согласие:

Форма информированного согласия от родителей на проведение процедуры заполнена.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при проведении специализированной медицинской помощи

Я _____

Осведомлен врачом- физиотерапевтом _____

обо всех аспектах планируемой моему ребенку физиотерапевтической процедуры.

Я получил информацию о целях, задачах и механизмах действия назначенной физиотерапевтической процедуры, сведения о том, какие методы физиотерапевтического лечения будут использованы, ожидаемой эффективности и безопасности, о пользе и риске данного медицинского вмешательства, о своих правах и правах моего ребенка. Я предупрежден о возможном дискомфорте, нежелательных и побочных явлениях и о моих действиях в случае возникновения непредвиденных эффектов, связанных с лечением моего ребенка.

Я осознаю, что пользой от проведения физиотерапевтической процедуры для моего ребенка будет улучшение клинического состояния.

Я имел возможность обсудить с врачом-физиотерапевтом все интересующие меня вопросы и удовлетворен полученными ответами.

Я информирован, что моему ребенку будут проведены физиотерапевтические процедуры в соответствии с утвержденными методическими рекомендациями.

Я добровольно, осознанно соглашаюсь на проведение моему ребенку физиотерапевтических процедур, извещен, что имею право отказаться или в любой момент прекратить физиотерапевтическое лечение моего ребенка.

Я согласен выполнять инструкции, добросовестно сотрудничать с врачом-физиотерапевтом и немедленно сообщать ему о любом изменении в состоянии здоровья моего ребенка.

Я извещен, что если здоровью моего ребенка будет нанесен ущерб, связанный с непосредственным проведением физиотерапевтических процедур, моему ребенку будет оказана необходимая медицинская помощь

Я оповещен, что информация о моем ребенке и его медицинских данных является конфиденциальной и может быть раскрыта только официальным представителям при соблюдении анонимности.

Подписывая форму информированного согласия, я даю свое разрешение на доступ к медицинским данным моего ребенка официальным представителям Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Я получил подписанный и датированный экземпляр Информированного согласия.

Подпись законного представителя ребенка _____ (Ф.И.О)
Дата (пишется больным)

Подпись врача физиотерапевта _____
(Ф.И.О.)

Время _____ Число _____ месяц _____ 20 ____ год

15. Сведения о разработчиках паспорта

18.1. Организация-разработчик:

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России

Авторы-составители

Гущина Н.В. – к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

Кончугова Т.В. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой физической терапии и медицинской реабилитации ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

Кульчицкая Д.Б. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России

18.2. Организация – со-разработчик:

ФГБУ Федеральный центр цереброваскулярной патологии и инсульта Минздрава России

Приложение 1

Справочная информация

1. При выборе адекватной физиотерапевтической методики необходимо руководствоваться Национальным руководством по физиотерапии, согласно которому при лечении болевых синдромов и для целей электростимуляции мышц при их гипотонии обосновано применение импульсной электротерапии, при воздействии на процессы воспаления – лазерной терапии, при наличии гипсовых повязок в области предполагаемого воздействия – магнитотерапии.
2. При заполнении формы 044/У необходимо выбрать локализацию, силу воздействия (для электротерапии – силу тока в мА, для лазерной терапии – импульсную мощность в Вт/имп, частоту в Гц, для магнитотерапии – магнитную индукцию в мТл), экспозицию, количество процедур на курс и кратность проведения процедур.
3. При назначении физиотерапевтических процедур детям необходимо использовать низкие интенсивности и меньшие экспозиции с учетом более высокой чувствительности детей к физическим факторам, морфо-функциональной незрелости детского организма в раннем возрасте и повышенными энергетическими потребностями в период полового созревания, связанными с нейроэндокринной перестройкой организма.
4. Необходимо строгое соблюдение возрастных сроков назначения физических факторов и периода между курсами физиотерапии. Так, методы диадинамотерапии и амплипульстерапии можно назначать детям с 1 месяца, интерференционные токи – с 2 лет, электросон – с 3 лет, лазерную терапию – с 1 года, низкочастотную магнитотерапию – с 1-го месяца жизни.
5. Противопоказаниями к назначению импульсной электротерапии является наличие кардиальной аритмии по типу брадикардии, а противопоказанием к назначению магнитотерапии – выраженная гипотония.
6. Перед проведением процедуры необходимо включить пусковой рубильник.
7. При проведении процедуры электротерапии необходимо предварительно смочить гидрофильные прокладки и вставить электроды в подготовленные гидрофильные прокладки.
8. На области воздействия гидрофильные прокладки располагаются поперечно и фиксируются эластичными лентами.
9. После проведения электропроцедуры гидрофильные прокладки укладываются в лоток и промываются в раковине проточной водой.
10. Лазерные воздействия проводят контактно по стабильной или лабильной методике. После процедуры излучатель протирают дезинфицирующей салфеткой.
11. После проведения физиотерапевтических процедур необходимо выключить пусковой рубильник.

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 **1** _____

№	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Ознакомился с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Ознакомился с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оформил назначение в форме 044/У	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проговорил вид импульсного тока	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Проговорил силу тока в мА	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Проговорил время процедуры в минутах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Проговорил количество процедур на курс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Включил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Выбрал необходимый физиотерапевтический аппарат	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Выбрал все необходимое для работы оборудование:		
10.	✓ электроды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	✓ гидрофильные прокладки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	✓ эластичные ленты для фиксации электродов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	✓ раковина с водой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	✓ лоток медицинский	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Включил сетевой шнур аппарата в розетку пускового щитка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Предложил пациенту удобно расположиться	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Включил на корпусе аппарата кнопку «Сеть»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил параметры процедуры:		
18.	✓ вид импульсного тока (диадинамический, синусоидальный модулированный, интерференционный, ЧЭНС)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	✓ сила тока 10-17 мА	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Провел имитацию физиотерапевтической процедуры:		
20.	✓ импульсной электротерапии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил рекомендуемое время процедуры:		
21.	✓ 6-8 мин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Выключил аппарат из сети	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Провел санитарную обработку и дезинфекцию использованного оборудования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Выключил сетевой шнур аппарата из розетки щитка (имитация)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Выключил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК_____
подпись_____
Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность _____
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 2 _____

№	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Ознакомился с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Ознакомился с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оформил назначение в форме 044/У	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проговорил импульсную мощность лазера в Вт/имп.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Проговорил частоту следования импульсов в Гц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Проговорил время процедуры в минутах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Проговорил количество процедур на курс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Включил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Выбрал необходимый физиотерапевтический аппарат	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Выбрал все необходимое для работы оборудование:		
10.	✓ дезинфицирующие салфетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	✓ лазерные излучатели	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Включил сетевой шнур аппарата в розетку пускового щитка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Предложил пациенту удобно расположиться	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Включил на корпусе аппарата кнопку «Сеть»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил параметры процедуры:		
15.	✓ импульсная мощность 2-4 Вт/имп.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	✓ частота 80-1500 Гц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Провел имитацию физиотерапевтической процедуры:		
17.	✓ низкоинтенсивной лазерной терапии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил рекомендуемое время процедуры:		
18.	✓ 5 мин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Выключил аппарат из сети	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Провел санитарную обработку и дезинфекцию использованного оборудования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Выключил сетевой шнур аппарата из розетки щитка (имитация)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Выключил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность _____
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации **3**

№	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Ознакомился с диагнозом и жалобами пациента в форме 044/У	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Ознакомился с имеющейся физиотерапевтической аппаратурой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оформил назначение в форме 044/У –	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Проговорил магнитную индукцию в мТл	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Проговорил время процедуры в мин.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Проговорил количество процедур на курс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Включил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Выбрал необходимый физиотерапевтический аппарат	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Выбрал все необходимое для работы оборудование:		
9.	✓ дезинфицирующие салфетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Включил сетевой шнур аппарата в розетку пускового щитка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Предложил пациенту удобно расположиться	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Включил на корпусе аппарата кнопку «Сеть»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил параметры процедуры:		
13.	✓ магнитная индукция 10-20 мТл	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Провел имитацию физиотерапевтической процедуры:		
14.	✓ низкочастотной магнитотерапии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проговорил рекомендуемое время процедуры:		
15.	✓ 10-15 мин	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Выключил аппарат из сети	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Провел санитарную обработку и дезинфекцию использованного оборудования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Выключил сетевой шнур аппарата из розетки щитка (имитация)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Выключил пусковой рубильник	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)