

**Первичная специализированная аккредитация
специалистов здравоохранения**

**Паспорт
экзаменационной станции**

**Инъекционная коррекция келоидных и
гипертрофических рубцов**

Специальность:

Косметология

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.....	4
4.2.	Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1.	Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2.	Перечень медицинского оборудования	5
4.2.3.	Расходные материалы	6
4.2.4.	Симуляционное оборудование станции и его характеристики	6
5.	Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6.	Информация (брифинг) для аккредитуемого лица	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	8
10.	Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)	8
11.	Критерии оценки действий аккредитуемого	8
12.	Алгоритм выполнения навыка.....	9
13.	Оценочный лист	10
14.	Медицинская документация	13
15.	Сведения о разработчиках паспорта.....	16
	Приложение 1.....	17
	Приложение 2.....	18

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)

Проект профессионального стандарта «Врач-косметолог».

Трудовая функция: Диагностика и коррекция врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, преждевременного и естественного старения кожи и ее придатков, подкожной жировой клетчатки и мышечного аппарата.

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 навыков проведения инъекционной коррекции рубцовой ткани.

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	1 шт.

	автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	
4	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5	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	Тумбы (столы) для размещения симуляторов	1 шт.
2	Столик для инструментов	1 шт.
3	Раковина с однорычажным смесителем ²	1 шт.
4	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
5	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
6	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	Лоток из нержавеющей стали (в крафт пакете, условно стерильный)	1 шт.
2	Закрепленный пакет для сбора отходов класса А	1 шт.
3	Закрепленный пакет для сбора отходов класса Б	1 шт.
4	Непрокальываемый контейнер для сбора отходов класса Б	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи 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.

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	Смотровые перчатки разных размеров	1 пара
2	Марлевые (ватные) шарики в стерильной упаковке	2 шт.
3	Шприц инсулиновый одноразовый объемом 1мл/U-100, 0,33мм(29g) x 12,7мм	1 шт.
4	Шприц со съемной иглой одноразовый (2 мл)	1 шт.
5	Шапочка медицинская одноразовая	2 шт.
6	Флакон с ферментным препаратом (гиалуронидаза) 64 УЕ (имитация)	1 шт.
7	Флакон с пролонгированным кортикостероидным препаратом (триамцинолона ацетонид) 40 мг (имитация)	1 шт.
8	Ампула с раствором NaCl 0,9% (имитация)	1 шт.
9	Ампула с раствором анестетика (имитация)	1 шт.
10	Флакон с кожным антисептиком (имитация)	1 шт.
11	Бланк информированного добровольного согласия	1 шт.
12	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях	1 шт.
13	Маска медицинская одноразовая	1 шт.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Сменный силиконовый прямоугольный модуль, на котором есть имитация рубца.

Примечание: Членам АК, аккредитуемым и вспомогательному персоналу важно заранее сообщить всем участникам об особенностях используемой модели симулятора. Для продления срока использования силиконового симулятора, в качестве имитации инъекционного наполнителя целесообразно использовать инсулиновый шприц объёмом 1мл/U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм, заполненный воздухом.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 6

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Ситуация
1	Приготовление раствора лекарственного препарата перед процедурой, внутриочаговое введение ферментных препаратов
2	Приготовление раствора лекарственного препарата перед процедурой, внутриочаговое введение пролонгированных кортикостероидов

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

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого лица

Вы - врач-косметолог. В процедурном кабинете Вас ждёт пациентка 32 лет. Жалобы, анамнез, диагноз и план лечения указаны в медицинской документации. Добровольное информированное согласие на манипуляцию подписано заранее. Ознакомьтесь с медицинской документацией и проведите необходимую манипуляцию.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала 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 видеочамеры 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.
5. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7).
6. Соблюдение правил: не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать никаких требований.
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).

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

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	«Здравствуйте»
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента назвать ФИО и возраст)	«Иванова Мария Владимировна, 32 года»
3.	Уточнил самочувствие пациента	«Хорошо»
4.	Уточнил наличие у пациента вопросов	«Вопросов нет»
5.	При попытке обработать руки гигиеническим способом	«Будем считать, что руки обработаны гигиеническим способом»

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 здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 апреля 2012 г. № 381н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "косметология".
4. Проект профессионального стандарта «врач-косметолог» 14.11.2018г.

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

11. Критерии оценки 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 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 кушетку
3.	Представиться, обозначить свою роль
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
	• фамилию
	• имя
	• отчество
	• возраст
5.	Обратиться к пациенту по имени и отчеству
6.	Осведомиться о самочувствии пациента
7.	Информировать пациента о процедуре
8.	Уточнить, есть ли у пациента вопросы о предстоящей процедуре
8.	Обработать руки гигиеническим способом
9.	Убедиться заранее, что есть всё необходимое:
	• одноразовая медицинская шапочка
	• одноразовая лицевая маска
	• лоток
	• смотровые перчатки
	• флакон ферментного или кортикостероидного препарата
	• ампула 0,9% раствора NaCl или анестетика
	• шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм)
	• шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл)
• флакон с кожным антисептиком	
	• марлевые (ватные) шарики
10.	Убедиться в пригодности необходимых материалов (срок годности, целостность упаковки):
	• лоток
	• флакон ферментного или кортикостероидного препарата
	• ампула 0,9% раствора NaCl или анестетика
	• шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм)
	• шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл)
	• флакон с кожным антисептиком
11.	Надеть одноразовую лицевую маску
12.	Надеть одноразовую медицинскую шапочку
13.	Надеть смотровые перчатки
14.	Вскрыть упаковку стерильного лотка

15.	Утилизировать упаковку лотка в пакет для сбора отходов класса А
16.	Вскрыть ампулу 0,9% раствора NaCl или анестетика для разведения препарата
17.	Извлечь из упаковки шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл) или инсулиновый шприц одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)х12,7мм)
18.	Произвести разведение ферментного препарата раствором NaCl 0,9% или разведение кортикостероидного препарата раствором анестетика
19.	Смочить кожным антисептиком ватный (марлевый) шарик и обработать область инъекций
20.	Провести внутриочаговое введения ферментного препарата (подкожно под углом 45° на 2/3 длины иглы под рубцово-измененные ткани или внутримышечно под углом 90° на 3/4 длины иглы вблизи места поражения по 64 УЕ) или кортикостероидного препарата (в очаг поражения - в рубцово-измененные ткани под углом 15° на 1/3 длины иглы, равномерно распределяя дозу из расчета 1мг/см ² , не превышая дозы 30 мг в сутки)
21.	Обработать область инъекций ватным (марлевым) шариком, смоченным кожным антисептиком
22.	Утилизировать использованные инструменты (шприцы и иглы) в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б
23.	Снять перчатки и утилизировать их в пакет для сбора отходов класса Б
24.	Обработать руки гигиеническим способом
25.	Сделать отметку в медицинской документации о проведении процедуры

13. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложил пациенту сесть на кушетку	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представился, обозначил свою роль	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросил у пациента ФИО и возраст, сверяя с медицинской документацией	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обратился к пациенту по имени и отчеству	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Осведомился о самочувствии пациента	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Информировал пациента о процедуре и уточнил наличие вопросов	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
8.	Обработал руки гигиеническим способом	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Убедился заранее, что есть всё необходимое: одноразовая медицинская шапочка, одноразовая лицевая маска, лоток, смотровые перчатки, флакон ферментного препарата, ампула 0,9% раствора NaCl, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)х12,7мм), шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком, марлевые (ватные) шарики	1	√ да <input type="checkbox"/> нет

10.	Убедился заранее, что есть всё необходимое: одноразовая медицинская шапочка, одноразовая лицевая маска, лоток, смотровые перчатки, ампула кортикостероидного препарата, ампула анестетика, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), флакон с кожным антисептиком, марлевые (ватные) шарики	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Убедился в пригодности необходимых материалов (срок годности, целостность упаковки): лоток, флакон ферментного препарата, ампула 0,9% раствора NaCl, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Убедился в пригодности необходимых материалов (срок годности, целостность упаковки): лоток, ампула кортикостероидного препарата, ампула анестетика, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
13.	Надел одноразовую лицевую маску	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Надел одноразовую медицинскую шапочку	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Надел смотровые перчатки	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	Вскрыл упаковку стерильного лотка	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	Утилизировал упаковку лотка в пакет для сбора отходов класса А	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
18.	Вскрыл ампулу 0,9% раствора NaCl	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	Вскрыл ампулу анестетика	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Извлек из упаковки шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл)	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Извлек из упаковки инсулиновый шприц одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм)	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Произвел разведение ферментного препарата раствором NaCl 0,9%	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Произвел разведение кортикостероидного препарата раствором анестетика	2	√ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Смочил кожным антисептиком ватный (марлевый) шарик и обработал область инъекций	1,2	√ да <input type="checkbox"/> нет
25.	Провел внутриочаговое введение ферментного препарата (подкожно под углом 45° на 2/3 длины иглы под рубцово-измененные ткани или внутримышечно под углом 90° на 3/4 длины иглы вблизи места поражения по 64 УЕ)	1	√ да <input type="checkbox"/> нет
26.	Провел внутриочаговое введение кортикостероидного препарата (в очаг поражения - в рубцово-измененные	2	√ да <input type="checkbox"/> нет

	ткани под углом 15° на 1/3 длины иглы, равномерно распределяя дозу из расчета 1 мг/см ² , не превышая дозы 30 мг в сутки)		
27.	Обработал область инъекций ватным (марлевым) шариком, смоченным кожным антисептиком	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Утилизировал использованные инструменты (шприцы и иглы) в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Снял перчатки и утилизировал их в пакет для сбора отходов класса Б	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	1,2	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

14. Медицинская документация

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, _____ Иванова М.В. _____ ,
(фамилия, имя, отчество)

« _____ » _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - Перечни), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно медицинским работником

_____ XXX

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Мне разъяснены и понятны этапы, ход и протокол указанной манипуляции (процедуры), дана полная информация о применяемом препарате, дана возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию для принятия мною обдуманного решения. Врач получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья и принимаемых мной медикаментах, а также проведенных ранее процедурах в предполагаемых зонах введения препарата. Я ознакомлен(а) со списком противопоказаний для введения препарата. Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я предупрежден(а) о возможности возникновения побочных реакций, связанных с введением данного препарата, способных развиваться немедленно или спустя некоторое время после процедуры. Врач предупредил меня, что я должен(на) в кратчайшие сроки известить врача обо всех случаях побочных реакций. Я обязуюсь соблюдать все рекомендации моего лечащего врача до и после процедуры. Таким образом, я даю свое согласие на проведение данной процедуры моим лечащим врачом.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ XXX _____ XXX
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

_____ XXX _____ XXX
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _20____
2. Фамилия, имя, отчество _____ Иванова М.В. _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2. 4. Дата рождения: число __01__ месяц __01__ год __19____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
Район _____ Город _____ населенный пункт _____
Улица _____ Дом _____ Квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2
7. Полис ОМС:
серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы _____
11. Документ : серия _____ № _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач
-	-	-	-	-

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.
14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.
15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _отрицает_
24. Записи врачей-специалистов:
Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.
Врач (специальность) _____ косметолог _____

Жалобы пациента:

Анамнез заболевания, жизни:

Объективные данные:

Диагноз основного заболевания: _____

код по МКБ-10 __ L91.0 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Врач	

Ниже приведена информация для заполнения медицинской документации.
Жирным шрифтом указан пункт документации, в который необходимо вносить данные.

Сценарий 1

Жалобы пациента: на наличие рубца в правой подвздошной области, выступающего над поверхностью кожи

Анамнез заболевания, жизни: полгода назад пациентке проведена аппендэктомия.

Объективные данные: рубец линейной формы, мягкоэластической консистенции, розового цвета, выступает над поверхностью кожи, безболезненный при пальпации.

Диагноз основного заболевания: Гипертрофический рубец.

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
	Внутриочаговое введение ферментного препарата

Сценарий 2

Жалобы пациента: на наличие зуда и болезненности в области рубца, расположенного в надлобковой области.

Анамнез заболевания, жизни: два года назад пациентке проведено кесарево сечение.

Объективные данные: рубец линейной формы, с гладкой поверхностью, плотноэластической консистенции, розового цвета, выступающий над поверхностью кожи, болезненный при пальпации.

Диагноз основного заболевания: Келоидный рубец.

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
	Внутриочаговое введение кортикостероидного препарата

15. Сведения о разработчиках паспорта

15.1. Организация-разработчик:

ФГБУ «ГНЦ дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России.

15.2. Авторы-составители:

Алифанова И.С. – врач-косметолог отделения косметологии ФГБУ «Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кубанов А.А. – директор ФГБУ «Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Махакова Ю.Б. – заведующая образовательным отделом ФГБУ «Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 1

Техника введения гиалуронидазы

При лечении рубцовых поражений препарат вводится подкожно (под рубцово-измененные ткани) или внутримышечно (вблизи места поражения) по 64 УЕ.

Для приготовления раствора 64 УЕ гиалуронидазу растворяют в 1 мл 0,9% раствора NaCl. Препарат вводят подкожно (под рубцово-измененные ткани) или внутримышечно (вблизи поражения)

Техника введения триамцинолона ацетонида

При введении в область кожных поражений 1 мл препарата в концентрации 40 мг/мл его разбавляют анестетиком для местного применения (1% или 2% раствором прокаина гидрохлорида или лидокаина). Смешивание производят в шприце, набирая сначала требуемую дозу суспензии, а затем анестетик, и встряхивают в течение короткого периода времени.

Триамцинолона ацетонид вводят в очаг поражения (в рубцово-измененные ткани). Доза составляет 1 мг/см². Суточная доза препарата не должна превышать 30 мг. Очаг равномерно обкалывают, используя инсулиновый или туберкулиновый шприц. В одном делении инсулинового шприца объемом 1 мл/ U-100 содержится 0,8 мг триамцинолона ацетонида.

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 чек-листов.

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Косметология
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 1

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложил пациенту сесть на кушетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представился, обозначил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросил у пациента ФИО и возраст, сверяя с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обратился к пациенту по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Осведомился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Информировал пациента о процедуре и уточнил наличие вопросов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Убедился заранее, что есть всё необходимое: одноразовая медицинская шапочка, одноразовая лицевая маска, лоток, смотровые перчатки, флакон ферментного препарата, ампула 0,9% раствора NaCl, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), шприц со съёмной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком, марлевые (ватные) шарики	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Убедился в пригодности необходимых материалов (срок годности, целостность упаковки): лоток, флакон ферментного препарата, ампула 0,9% раствора NaCl, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), шприц со съёмной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Надел одноразовую лицевую маску	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Надел одноразовую медицинскую шапочку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Надел смотровые перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Вскрыл упаковку стерильного лотка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Утилизировал упаковку лотка в пакет для сбора отходов класса А	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Вскрыл ампулу 0,9% раствора NaCl	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Извлек из упаковки шприц со съёмной иглой одноразовый (объемом 2 мл)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Извлек из упаковки инсулиновый шприц одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

19.	Произвел разведение ферментного препарата раствором NaCl 0,9%	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Смочил кожным антисептиком ватный (марлевый) шарик и обработал область инъекций	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Провел внутриочаговое введение ферментного препарата (подкожно под углом 45° на 2/3 длины иглы под рубцово-измененные ткани или внутримышечно под углом 90° на 3/4 длины иглы вблизи места поражения по 64 УЕ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Обработал область инъекций ватным (марлевым) шариком, смоченным кожным антисептиком	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Утилизировал использованные инструменты (шприцы и иглы) в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Снял перчатки и утилизировал их в пакет для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	<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 Косметология
 Дата _____ Номер кандидата _____
 Номер ситуации 2

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложил пациенту сесть на кушетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представился, обозначил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросил у пациента ФИО и возраст, сверяя с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Обратился к пациенту по имени и отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Осведомился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Информировал пациента о процедуре и уточнил наличие вопросов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Убедился заранее, что есть всё необходимое: одноразовая медицинская шапочка, одноразовая лицевая маска, лоток, смотровые перчатки, ампула кортикостероидного препарата, ампула анестетика, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), флакон с кожным антисептиком, марлевые (ватные) шарики	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Убедился в пригодности необходимых материалов (срок годности, целостность упаковки): лоток, ампула кортикостероидного препарата, ампула анестетика, шприц инсулиновый одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм), шприц со съемной иглой одноразовый (объемом 2 мл), флакон с кожным антисептиком	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Надел одноразовую лицевую маску	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Надел одноразовую медицинскую шапочку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Надел смотровые перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Вскрыл упаковку стерильного лотка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Утилизировал упаковку лотка в пакет для сбора отходов класса А	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Вскрыл ампулу анестетика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Извлек из упаковки инсулиновый шприц одноразовый (объемом 1 мл/ U-100, 0,33мм(29g)x12,7мм)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Произвел разведение кортикостероидного препарата раствором анестетика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Смочил кожным антисептиком ватный (марлевый) шарик и обработал область инъекций	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Провел внутриочаговое введение кортикостероидного препарата (в очаг поражения- в рубцово-измененные ткани под углом 15° на 1/3 длины иглы, равномерно распределяя дозу из расчета 1 мг/см ² , не превышая дозы 30 мг в сутки)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

21.	Обработал область инъекций ватным (марлевым) шариком, смоченным кожным антисептиком	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Утилизировал использованные инструменты (шприцы и иглы) в непрокальваемый контейнер для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Снял перчатки и утилизировал их в пакет для сбора отходов класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК

подпись

Отметка о внесении в базу (ФИО)