Наименование структурного подразделения:	**Отделение специалицированная отделения**		
Названия документа:	**СОП «Осмотр хирурга»**		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б		
Дата утверждения:			
Разработчик:	*Должность*	*Ф.И.О.*	*Подпись*
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
	Хирург	Арыстанбаев Р.Т. Тенлибаев Е.А.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	**Копия №_____**	04___/01_____/ 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра «09» «01.» 2024г
Дата следующего пересмотра «_____» «_____» 2027г

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Осмотр хирурга (первичный)

Дата_____

Жалобы_____

_____

An.Morbi_____

_____

An.Vitae: Туберкулез нет, да_____г. Вирусный гепатит нет, да_____г.

Аллергоанамнез: спокоен, отягощен_____

Перенесенные заболевания_____

Операции, травмы: нет, да_____,

_____

Status praesens:

Общее состояние: относительно удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое_____

Кожные покровы: чистые, высыпания_____

физиологической окраски, бледные, серые, желтушные, землистые, гиперемированы_____

влажность: сухая, нормальная, повышенная, гипергидроз.

Отеки: нет, да, генерализованные, локальные_____

Перифер. л/узлы увеличены: нет, да_____Т_____*С

Костно-суставная система без патологии, с патологией: верхние конечности _____нижние конечности _____ (цвет, перемежающая хромота, температура, кожных покровов, пульсация, сосудистая система)_____Суставы: (не) изменены_____деформация_____

_____

Язык: влажный, суховат сухой. Чистый, обложен_____налетом

Глотание нарушено нет, да_____

Живот: правильной формы да, нет_____

Грыжевые выпячивания: нет, да_____

_____

Живот: впалый, нормальный, увеличен за счет - ожирения, асцита, пневматоза кишечника, образования

_____

_____Пальпаторно: мягкий, мышечный дефанс, напряжен. Болезненный нет, да (разлитая, локальная) в_____

_____

Флюктуация свободной жидкости в брюшной.полости:нет,да_____

Аускультативно: перистальтика кишечника: активная, вялая, отсутствует.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Печень: увеличена нет, да на____см ниже реберной дуги, сморщена, уменьшена, болезненна да, нет.

Консистенция: пл-эласт, мягкая, твердая. Край: острый, закруглен. Чувствителен: нет, да_____

Желчный пузырь: пальпируется – нет, да_____, болезненный: нет, да.

Селезенка: пальпируется нет, да. Увеличена: нет, да, плотная, мягкая.

Стул: регулярен, запоры, частый. Консистенция: водянистая, слизеобразная, жидкая, кашицеобразная, нормально-оформленная, твердая. Цвет: обычный, желтый, зеленый, ахоличный, черный. Примеси: нет, слизь, гной, кровь.

Прямая кишка: (выделения, геморроидальные узлы, инфильтрация, пальцевое обследование, пальпация обл. копчика)

_____

Дополнительные данные

_____

Status localis_____

_____

Проводимые манипуляции_____

_____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1

2

ПЛАН ВЕДЕНИЯ:

РЕЖИМ____СТОЛ №____

1

2

Явка к врачу_____Подпись врача, печать

1. Указание условии пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводиться 1 раз в 3 года или при появлении новых требовании.

2. Нормативные ссылки:

1. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» № КР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № КР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» КР ДСМ-90;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
	Аросманбаев РТ	хирург	04.01.2024	
	Тлемесбаев БА	хирург	04.01.2024	

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа