



<b>Наименование структурного подразделения:</b>	Отделение специализированная отделения		
<b>Названия документа:</b>	СОП «Осмотр отоларинголога»		
<b>Утвержден:</b>	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
<b>Дата утверждения:</b>			
<b>Разработчик:</b>	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
	ЛОР врачи	Крабаев К.А. Ганиева Г.Б.	
<b>Согласовано:</b>	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
<b>Дата согласования:</b>	04.01.2024г.		
<b>Дата введения в действие</b>	04.01.2024г.		
<b>Версия №</b>	<b>Копия №</b> _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01 » 2024г  
 Дата следующего пересмотра « \_\_\_\_\_ » « \_\_\_\_\_ » 2027г



## Осмотр отоларинголога (первичный)

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы \_\_\_\_\_

An.Morbi \_\_\_\_\_

An.Vitae: Аллергоанамнез: спокоен, отягощен \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Операции, травмы: нет, да \_\_\_\_\_

**Status praesens:**

Полость носа: без изменений; содержит \_\_\_\_\_ отделяемое

слизистая \_\_\_\_\_ цвета, отечна (нет), гиперемирована, атрофирована;

\_\_\_\_\_ полипы: имеются, отсутствуют,

носовые раковины \_\_\_\_\_ носовая перегородка: без изменений,

искривлена \_\_\_\_\_ (умеренно, \_\_\_\_\_ резко), \_\_\_\_\_ вправо,  
влево \_\_\_\_\_

Носоглотка: без изменений \_\_\_\_\_ аденоиды

1, 2, 3ст.; другие образования \_\_\_\_\_ Глотка: без изменений,

слизистая \_\_\_\_\_

Миндалины (Д, С) \_\_\_\_\_ Лимфатические узлы \_\_\_\_\_ Гортань:

без изменений \_\_\_\_\_

Уши: без изменений; наружное ухо (Д, С) \_\_\_\_\_

слуховой проход (Д, С) \_\_\_\_\_

барабанная перепонка: без изменений (Д, С) \_\_\_\_\_

слух: ш.р. Д \_\_\_\_\_ м, С \_\_\_\_\_ м; р.р. Д \_\_\_\_\_ м, С \_\_\_\_\_ м

Дополнительные данные \_\_\_\_\_

Проводимые манипуляции \_\_\_\_\_

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

\_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

## ПЛАН ВЕДЕНИЯ:

РЕЖИМ \_\_\_\_\_ СТОЛ № \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Явка к врачу \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_



**1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.**

**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» № ҚР ДСМ-175/2020;
2. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций» № ҚР ДСМ – 111;
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № «Об утверждении «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» ҚР ДСМ-90;

**Лист регистрации изменений**

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

