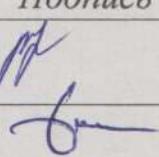
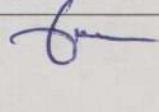
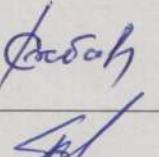
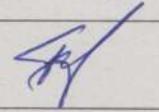




Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделение		
Названия документа:	СОП «Правила оказания медицинской помощи пациентам группы риска»		
Утвержден:	  Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков 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 «04 » « 01 » 2024г
 Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г



Правила оказания медицинской помощи пациентам группы риска

1. Цель.

Обеспечение адекватного (согласно медицинским, социальным и психологическим потребностям) оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в группах высокого риска, либо пациентам, получающим лечение/услуги с высоким уровнем риска в ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области (далее - Поликлиника).

2. Область применения.

Выполнение правил обязательно врачами, вовлеченными в процессе консультирования и ведения пациентов группы риска.

3. Термины, определения и сокращения.

1. *Пациенты группы риска* - пациенты, которые в силу их возраста, состояния здоровья, характера оказываемой медицинской помощи (услуги высокого риска) требуют дополнительного внимания или особого ухода (например, инвалиды, пожилые люди и т.д.).
2. *Услуга высокого риска* - услуга сложной медицинской технологии, при оказании которой имеется риск возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений.
3. *Пациенты с риском применения к ним насилия и/или халатного обращения* — пациенты с повышенной вероятностью применения к ним насилия и/или халатного обращения со стороны других лиц, обусловленное их возрастом, физическим и психическим состоянием, неспособностью выразить свою волю.
4. *Пациенты с риском падения* - если возраст пациента старше 65 лет, если визуально ослабленный пациент, с низким уровнем подвижности, с нарушением когнитивных функций и зрения; если пациент только что перенес процедуру, после которой может быть головокружение или слабость.

4. Ответственность.

- 1) Персонал должен понимать свою ответственность в защите пациентов группы риска, так как они могут быть испуганными, смущенными, не способны адекватно оценить ситуацию, говорить от своего имени, не понимать процесс оказания медицинских услуг.
- 2) Процесс осмотра пациента модифицируется согласно особенностей пациентов группы риска согласно законодательству РК и профессиональным стандартам (протоколам лечения, руководствам).
- 3) Все сотрудники, работающие с пациентами группы риска должны быть обучены требованиям оценке состояния указанных групп пациентов.



- 4) В карте пациента необходимо документировать особенности проведения диагностических услуг, если таковые требуются.

5. Общие положения

1. Некоторые пациенты считаются в группе высокого риска из-за их возраста, состояния, или критического характера их потребностей. Престарелых обычно относят в эту группу, так как они часто не могут говорить от своего имени, не понимают процесс лечения и не могут участвовать в принятии решений о лечении.
2. К группе пациентов высокого риска относятся:
 - 1) пациенты с ограниченными физическими возможностями (инвалидность);
 - 2) жертвы насилия и плохого обращения (в том числе дети);
 - 3) престарелые/пожилые люди;
 - 4) пациенты с инфекционными заболеваниями и иммунодефицитом;
 - 5) дети и подростки (до 18 лет);
 - 6) пациенты с эмоциональными и психическими заболеваниями;
 - 7) пациенты с высоким риском падения;
 - 8) умирающие, терминальные больные.

6. Общие меры по снижению риска

- 1) идентификация пациента (ФИО, дата рождения полностью);
- 2) первичный и повторный осмотр;
- 3) назначение медикаментозного лечения при необходимости;
- 4) непрерывность мониторирования состояния пациента;
- 5) оповестить пациента о проводимом лечении и дальнейшем исходе и получить у него информированное согласие;
- 6) в случаях если пациент не в состоянии принять решение о лечении, обследовании, то решение принимается законным представителем - родителем, опекуном либо др. лицом;
- 7) при отсутствии возможности связаться с законным представителем пациента, согласие на проведение манипуляции подписывает лечащий врач или ответственный врач по стационару.

7. Оценка пациентов группы риска

Все пациенты высокого риска будут оценены и определены во время совместного первичного осмотра;

- 1) На основании выявленной степени риска, будет установлен индивидуальный план ухода и лечения;
- 2) Пациенты группы риска требуют постоянного непрерывного наблюдения и сопровождения медицинским персоналом (по мере необходимости) в течение пребывания в Поликлинике;



8. Ослабленные пожилые пациенты - пациенты, которые в силу их возраста, состояния здоровья, характера оказываемой медицинской помощи (услуги высокого риска) требуют особого ухода.

Для минимизации рисков, связанных с предоставлением услуг высокого риска выявленные уязвимые пациенты будут находиться под тщательным наблюдением в течение всего времени их госпитализации. Особое внимание будет уделено предотвращению тромбоза глубоких вен, пролежням, диабетическим язвам.

9. Дети и подростки

- 1) План лечения и обследования обсуждается с законным представителем ребенка. Информированные согласия подписываются законным представителем (родителем, опекуном либо др.), при отсутствии таковых - коллегиальным решением врачей.
- 2) Первичный врачебный и сестринский осмотры проводятся по специально утвержденным формам.
- 3) Осмотр детей включает осмотр кожных покровов на предмет подозрения на плохое обращение/насилие.
- 4) Дети до года не подлежат оценке на риск падения.
- 5) В случае возникновения пожарной или другой чрезвычайной ситуации опеку над пациентами детского возраста осуществляет медицинский персонал отделения, по указанию медперсонала привлекается родитель или опекун.
- 6) Для детей по потребности используются предметы и оборудование (детские коляски, кувезы и т.д.).

10. Пациенты с ограниченными физическими возможностями

- 1) при необходимости применяются коляски, кресла и каталки:
 - а) в Поликлинике применяются кресла, доступные у центрального входа. При виде пациентов с ограниченными возможностями сотрудники регистратуры предлагают пациенту кресло коляску, обеспечивают сопровождение.

11. Жертвы насилия и плохого обращения.

- 1) При проведении первичного осмотра врач должен обратить внимание на такие факторы как возраст пациента, его физическое и психическое состояние, возможность выразить свою волю, Осмотреть тело пациента на наличие ссадин и синяков, как один из признаков применения к ним насилия со стороны других лиц (синяки, гематомы и т.п.).
- 2) При подтверждении факта насилия, невнимательного или жестокого обращения, сотрудник обязан информировать своего непосредственного руководителя и правоохранительные органы. Записать свои действия в медицинской карте пациента.



12. Агрессивные пациенты или пациенты с суицидальной направленностью, психическими заболеваниями.

Важно учитывать, что пациент может скрывать свои намерения.

Назначается консультация психолога (необходимость консультантов документируется в Плане лечения и ухода).

13. Пациенты с инфекционными заболеваниями

По необходимости вызывается врач-инфекционист, эпидемиолог. При подозрении на инфекционное заболевание, назначаются необходимые методы исследования. До уточнения диагноза пациент находится в Фильтре.

14. Пациенты с риском падения.

- 1) В Поликлинике разработаны и утверждены Правила профилактики падений, где описана процедура проведения оценки риска падения амбулаторных пациентов.
- 2) В форме первичного осмотра врач указывает результат оценки на риск падения. Оценка риска падения проводится путем заполнения адаптированной шкалы Морзе.
- 3) Пациенты с высоким риском падения сопровождаются персоналом Поликлиники, также им предлагаются инвалидные кресла, и туалет, приспособленный для пациентов с ограниченными физическими возможностями.

15. Умирающие, терминальные больные

1) Уход осуществляется согласно Этическому кодексу Поликлиники, согласно которому медицинский персонал должен:

- с уважением относиться к праву умирающего, на гуманное отношение и достойную смерть;
- обладать необходимыми знаниями и навыками паллиативного ухода для максимального физического, эмоционального и духовного комфорта;
- предотвращать и облегчать страдания, связанные с процессом умирания;
- оказывать умирающим и его семье психологическую поддержку;
- при обработке тела учитывать религиозные и культурные традиции.

2) Врач проводит беседу с пациентом или его членами семьи об особенностях лечения в конце жизни. В зависимости от потребностей пациента, врач беседует о следующем:

- чем обусловлена тяжесть состояния;
- динамика заболевания;
- состояние витальных функций;
- выбранная тактика и ответная реакция на лечение;



- « если есть проблемы пациента по взаимоотношениям в семье, обстановке дома, по реакции членов семьи на болезнь;
- если есть потребность в успокоении;
- если есть потребность в госпитализации в медицинское учреждение.

3) Беседа врача может документироваться в виде краткой записи в дневнике врача о том, что проведена беседа с умирающим пациентом, либо в Листе обучения пациента.

11. Планирование лечения и выписки.

1) Лечащий врач, где находится пациент группы высокого риска, несет ответственность за определение:

- а) механизма планирования лечения пациента;
- б) процедур, требующих специального информированного согласия; вида, периодичности и требований к оформлению специальной (дополнительной) медицинской документации (включая лечащих врачей);
- в) требований к уходу пациента группы высокого риска;
- г) требований к навыкам и образованию персонала подразделения; потребности в ИМН, ЛС, оборудовании.

2) План лечения определяется лечащим врачом с учетом рисков ухода.

12. Уход и обращение

1) Пациенты группы риска требуют, по возможности, постоянного наблюдения и сопровождения медицинским персоналом.

13. Указание условий пересмотра СОП:

Пересмотр СОГ1 проводиться 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

14. Нормативные ссылки

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
- 2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № КР ДСМ-230/2020 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года Jsfel 11 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»;
- 4) Руководство по интерпретации обновленных стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь (6 пересмотр), 2021 год.



Лист регистрации изменений

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



Лист ознакомления

№	Фамилия И.О.	Должность	Дата	Подпись
1	Артыкова	РОН	09.08.2014	
2	Айдарбек Ж	и.с		
3	Байшурза А	фельдшер		
4	Хасимов и.и	ВОЛ	09.08.2014	
5	Исаколова М	уч. мед сестр	04.08.2014	А.
6	Жашкешук А	уч. мед сестр	04.08.2014	Хас
7	Сапархалиев Г.Б	уч. лабс	04.01.2014	Г.
8	Бакирова Б	Ф.р	04.01.2014	Б.
9	Амихан Р	Род/р	04.01.24	Х
10	Ораз А.Х	и.у.с	04.01.24	А.Х.
11	Дүйсебай Р.Ш	ВОЛ	04.01.24	Р.Ш.
12	Инзим	врач	04.01.24	И.
13	Ахмедов и.и.	ВОЛ	04.01.24	И.
14	Байшурза Р	Ф.р	04.01.24	Р.
15	Жойшорбаева К.К	и.с	04.01.24	К.К.
16	Аманжанова А	и.с	04.01.24	А.
17	Дорданиев Т	и.с	04.01.24	Т.
18	Жабысбеков А	и.у.с	04.01.24	А.
19	Собакинов	и.у.с	04.01.24	С.
20	Кандыбай б.	и.у.с	04.01.24	Б.
21	Рынгебаева А.Ч.У	ВОЛ	04.01.24	А.Ч.У.
22	Мөлдөрбеке Н.С	и.с	04.01.2014	Н.С.
23	Маджитшембетова	и.у.с	04.01.2014	М.С.
24	Кударкурова	и.у.с	04.01.24	К.
25	Расимаудаевы	и.у.с	04.01.24	Р.А.
26	Чинчекова Г	и.с	04.01.24	Г.
27	Калесова	и.у.с	04.01.2014	К.
28	Дарханова А.Б	ВОЛ	04.01.2014	А.Б.
29	Чечебесова С	и.е/с	04.01.24	С.
30	Нурдалиев и	и.у.с	04.01.24	И.