



Наименование структурного подразделения:	Все структурные подразделения		
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 мониторингования 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, кюветы 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. Умиряющие, 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;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- « 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:

- a) механизма планирования лечения пациента;
- b) процедур, требующих специального информированного согласия; вида, периодичности и требований к оформлению специальной (дополнительной) медицинской документации (включая лечащих врачей);
- c) требований к уходу пациента группы высокого риска;
- d) 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 СОП 1 проводится 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	Ахмедова	МОН	07.08.24	[Signature]
2	Айдарбек А	М/С		[Signature]
3	Баймурза А	Френкисер		[Signature]
4	Хамроев И.И.	ВОП	04.08.2024	[Signature]
5	Мамалодов М	УЗ мер сестр	04.08.24	[Signature]
6	Хаммурза А	УЗ мер сестр	04.08.24	[Signature]
7	Самаргалев Т.Б	УЗ м/с	04.01.2024	[Signature]
8	Байжанов Б	Ф/П	04.01.2024	[Signature]
9	Аминов Д	МОН	04.01.24	[Signature]
10	Алиев А.К	М/С	04.01.24	[Signature]
11	Дурдыев Р.Ш	ВОП	04.01.24	[Signature]
12	Исаев М	МОН	04.01.24	[Signature]
13	Ахмедов И.А.	ВОП	04.01.24	[Signature]
14	Баймурза А	Ф/П	04.01.24	[Signature]
15	Тоймурзаев К.К	М/С	04.01.24	[Signature]
16	Алиев А	М/С	04.01.24	[Signature]
17	Ибрагим А	М/С	04.01.24	[Signature]
18	Набиевич А	М/С	04.01.24	[Signature]
19	Собирбеков	М/С	04.01.24	[Signature]
20	Хамроев Б	М/С	04.01.24	[Signature]
21	Филеядинов М.У	МОН	04.01.24	[Signature]
22	Мамалодов И.С	М/С	04.01.2024	[Signature]
23	Магомметов	М/С	04.01.2024	[Signature]
24	Умаркулова	М/С	04.01.24	[Signature]
25	Рашидмурзаев А	М/С	04.01.24	[Signature]
26	Умаркулова А	М/С	04.01.24	[Signature]
27	Косеева	М/С	04.01.2024	[Signature]
28	Дурдыев И.Б	ВОП	04.01.2024	[Signature]
29	Чемедесова О	М/С	04.01.24	[Signature]
30	Курамов И.И	М/С	04.01.24	[Signature]