




Наименование структурного подразделения:	Отделение участковой службы.		
Названия документа:	СОП «Правила по определению, особому обращению, уходу и лечению пациентов высокого риска»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	Должность	Ф.И.О.	Подпись
	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заведующий отделением	Садыков Г.Б.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по ОМД	Кабылбеков Г.К.	
	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 « 04 » « 01 » 2024г
Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 2 из 11
Система менеджмента качества			

Стандарт операционных процедур:

Правила по определению, особому обращению, уходу и лечению пациентов высокого риска

Правила лечения и ухода за пациентами группы высокого риска.

1. Цель:

Обеспечение адекватного лечения/ухода (согласно медицинским, социальным, психологическим потребностям) и оказания медицинской помощи пациентам, находящимся в группах риска и удовлетворение потребностей умирающих пациентов.

2. Область применения:

Выполнение правил обязательно для всех медицинских работников, привлекаемых консультантов.

3. Ответственность:

Все сотрудники поликлиники, привлекаемые консультанты. Персонал должен понимать свою ответственность в защите уязвимых пациентов или пациентов группы риска, так как они могут быть испуганными, смущенными или в коматозном состоянии, не способны адекватно оценить ситуацию, говорить от своего имени, не понимать процесс оказания медицинской помощи, не участвовать в принятии решений о своем лечении.

Информация о лечении, уходе, состоянии таких пациентов по возможности устно сообщается родственникам или ухаживающим лицам.

Уход и лечение осуществляется специально обученным персоналом в соответствии с дипломом и сертификатом.

Врач несет ответственность за определение дополнительных требований к уходу и наблюдению, необходимости специального оборудования и т.п.

4. Определение:

Пациенты группы высокого риска – пациенты, права которых могут быть ущемлены, так как они не могут самостоятельно принимать решения в силу их возраста, состояния здоровья, характера оказываемой медицинской помощи (услуги высокого риска) и требуют особого наблюдения и ухода персоналом в процессе оказания медицинской помощи, в том числе во время транспортировки.

Категории пациентов, относящихся к группам высокого риска:

- 1) экстренные и срочные пациенты, а также, пациенты с травмами;
- 2) **уязвимые группы пациентов**, в том числе:
 - ослабленные пожилые;
 - дети и подростки (до 18 лет);
 - жертвы насилия и плохого обращения;
 - пациенты с инвалидностью;
 - пациенты с эмоциональными и психическими заболеваниями;
 - пациенты с инфекционными заболеваниями и иммунодефицитом;
 - пациенты, находящиеся на диализе;



- пациенты, получающие химиотерапию;
- пациенты, получающие кровь и препараты крови;
- пациенты, требующие неотложной реанимации;
- коматозные пациенты;
- находящиеся на поддерживающей терапии и на аппаратах жизнеобеспечения;
- обездвиженные пациенты, пациенты с фиксацией (принудительно ограничены в движении);
- пациенты с подозрением на наркотическую и алкогольную зависимость;
- умирающие, терминальные больные
- другие группы на усмотрение больницы;

5. Ресурсы:

Определяются в зависимости от категории пациента, относящегося к группе высокого риска: специальное оборудование, скорость оказания помощи, дополнительный уход и т.п.

6. Документирование:


Запись об особенностях лечения или ухода документируется в медицинской карте стационарного больного в Плане лечения и ухода.

7. Описание Правил:

Правила и процедуры должны быть специально разработаны для конкретных пациентов групп высокого риска, чтобы эффективно снижать или предотвращать их риск.

Общие меры по снижению риска:

- 1) идентификация пациента (Ф.И.О., дата рождения полностью);
- 2) первичный, повторный осмотр;
- 3) назначение медикаментозного лечения при необходимости;
- 4) подключение специальной аппаратуры;
- 5) непрерывность мониторинга состояния пациента;
- 6) оповестить пациента о проводимом лечении и дальнейшем исходе и получить у него информированное согласие;
- 7) в случаях если пациент не в состоянии принять решение о лечении, обследовании, то решение принимается законным представителем – родителем, опекуном либо др. лицом;
- 8) в случае отсутствия родителей/законных представителей, возможно получение согласия по контактными телефонам, указанным в медицинской карте стационарного больного;
- 9) при отсутствии возможности связаться с законным представителем пациента, согласие на проведение манипуляции подписывает лечащий врач или ответственный врач по стационару.
- 10) Согласно Кодексу РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» оказание медицинской помощи без согласия граждан допускается в отношении пациентов,

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Версия: 1	Страница: 4 из 11

находящихся в состоянии, не позволяющем выразить свою волю (шоковое состояние, коматозное состояние).

Оценка пациентов группы риска:

- 1) Все пациенты высокого риска будут оценены и определены во время совместного первичного осмотра;
- 2) На основании выявленной степени риска, будет установлен индивидуальный план ухода и лечения;
- 3) Пациенты группы риска требуют постоянного непрерывного наблюдения и сопровождения медицинским персоналом в течение всего времени госпитализации;
- 4) Лечение должно быть начато немедленно, если после совместного осмотра выявлен высокий риск;
- 5) При обнаружении угрожающего жизни состояния, пациенту необходимо срочно провести неотложные мероприятия по оживлению (реанимации): дефибриляция сердца, ингаляция кислорода, непрямой массаж сердца, вводятся лекарственные средства. Одновременно проводятся мероприятия по борьбе с основной причиной, вызвавшей терминальное состояние: при кровотечении – временная его остановка, при травматическом или другом шоке – противошоковые мероприятия, при стенозе гортани – борьба с асфиксией и т.д.

Особенности лечения ухода пациентов в зависимости от группы риска.

1) Экстренные пациенты:

- при поступлении экстренного пациента в приемное отделение специально обученной медсестрой проводится триаж;
- «первичный врачебный осмотр», «план лечения и ухода» экстренного пациента проводится и документируется персоналом приемного отделения;
- до проведения операции документируется первичный осмотр врача и предварительный диагноз, план лечения, предоперационный эпикриз.

- 2) **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.

3) Дети и подростки:

Детям до трех лет, а также тяжелобольным детям старшего возраста, нуждающимся по заключению врачей в дополнительном уходе, матери (отцу) или иному лицу, осуществляющему уход, предоставляется возможность находиться в больнице с выдачей листа о временной нетрудоспособности.



План лечения и обследования обсуждается с законным представителем ребенка. Информированные согласия подписываются законным представителем (родителем, опекуном либо др.), при отсутствии таковых – коллегиальным решением врачей.

Первичный врачебный и сестринский осмотры проводятся по специально утвержденным для детей формам.

Измерение веса детям до 28 дня жизни (новорожденным) проводится ежедневно, с 29 дня – с частотой по указанию врача-педиатра.

Осмотр детей включает осмотр кожных покровов на предмет подозрения на плохое обращение/насилие.

Дети до года не подлежат оценке на риск падения.

Перевод детей между отделениями, прогулки (для обследования, консультации) осуществляется в сопровождении (медицинского персонала или родителя, опекуна).

В случае возникновения пожарной или другой чрезвычайной ситуации опеку над пациентами детского возраста осуществляет медицинский персонал отделения, по указанию медперсонала привлекается родитель или опекун.

Для детей по потребности используются предметы и оборудование (детские коляски, кюветы и т.д.).

4) Жертвы насилия и плохого обращения, пациенты с инвалидностью.

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

Осмотр инвалидов, ослабленных пожилых пациентов, с кем члены семьи или лица по уходу невнимательно или жестоко обращаются, включает осмотр кожных покровов на предмет подозрения на плохое обращение/насилие (синяки, гематомы и т.п.).

5) Агрессивные пациенты или пациенты с суицидальной направленностью, психическими заболеваниями:

Важно учитывать, что пациент может скрывать свои намерения. Пациента фиксируют таким образом, чтобы он не мог самостоятельно освободиться от фиксации, при необходимости вводят им седативные средства. Все острые предметы, медицинское оборудование, лекарственные препараты должны быть вне досягаемости пациента.

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

6) Пациенты с инфекционными заболеваниями:

По необходимости вызывается врач-инфекционист, эпидемиолог. При подозрении на инфекционное заболевание, назначаются необходимые методы исследования. На весь период до уточнения диагноза пациент содержится в изоляторе приемного покоя.

7) Пациенты, получающие химиотерапию/ иммуносупрессию/диализ:

Медицинский персонал, привлекаемые консультанты обязаны выполнять надлежащую защиту здоровья пациентов методами барьерной защиты (маски,



колпаки, перчатки, костюмы), в том числе при подозрении на инфекционные заболевания сотрудника (ангина, ОРВИ, простуда).

8) Пациенты, которым переливается кровь или препараты крови:

Уход согласно утвержденных в больнице «Правил использования и переливания крови» и «Процедуре переливания компонентов и препаратов крови».

9) Пациенты, требующие неотложной реанимации:

Уход и лечение согласно утвержденному в больнице «Руководству Код Синий».

10) Коматозные пациенты или пациенты, находящиеся на поддерживающей терапии.

Планирование лечения и ухода:

- для взрослых и детей в коматозном состоянии или на поддерживающей терапии планирование лечения и ухода определяется совместно лечащим врачом (из клинического отделения), врачом-реаниматологом и постовой медицинской сестрой;
- по решению врача, для пациента в коматозном состоянии или на поддерживающей терапии, назначается консультация врача диетолога для нутритивной поддержки;
- обеспечивается введение адекватного объема жидкости по потребности пациента;
- сестринский уход проводится согласно утвержденным СОП (смена нательного белья тяжелым пациентам, профилактика пролежней и т.п.);
- все коматозные или пациенты на поддерживающей терапии, требующие долгосрочного ухода по возможности, выписываются, т.к. больница не предназначена для длительного оказания помощи таким пациентам.

Документация (по необходимости «Лист оценки боли для невербальных больных»):

- информированные согласия: специальных согласий нет, применяются согласия согласно Правилам больницы (подпись в согласии ставит родственник или представитель пациента, можно на основании телефонного разрешения, если нет, то решением трех врачей);
- требования по наблюдению за пациентом: жизненно-важные показатели (Т тела, АД, пульс, ЧДД) наблюдаются каждые 10-15 минут в оперзале и палате пробуждения, каждый час в ОАРИТ, также каждый час в клиническом отделении;
- медицинское оборудование: специальных требований нет. Согласно потребностям подача кислорода, инфузomat, дозаторы шприцевые (перфузор), отсосы, дефибриллятор, ЭКГ-аппарат или монитор.

11) Обездвиженные пациенты, пациенты с фиксацией (принудительно ограничены в движении).

В некоторых обстоятельствах фиксация применяется при необходимости у пациентов, имеющих высокий риск. Фиксация пациента обеспечит максимальную безопасность пациента от причинения вреда самому/-ой себя.

При назначении фиксации персонал должен соблюдать честь и права пациента.



Решение о фиксации принимается медицинским персоналом письменно с указанием длительности предполагаемой фиксации в часах (время начала и конца фиксации), но не более чем на 24 часов подряд.

По возможности, врач объясняет родственникам (пациенту) преимущества и недостатки фиксации, и клинические показания к ней.

Врач всегда должен рассматривать решение о досрочном прекращении фиксации при отсутствии ее необходимости.

В медицинской карте стационарного больного врач записывает причину, дату и время (начало-конец) фиксации, фиксированную конечность, данные наблюдения, состояние до и после фиксации.

Если пациента фиксировали, медицинская сестра обязана наблюдать за состоянием пациента каждые 2 часа, включая:

- общее состояние пациента, комфорт;
- психоэмоциональное состояние;
- состояние голода, жажда;
- личная гигиена (стул, мочеиспускание, биологические жидкости);
- цвет кожи и кровообращение в фиксированной конечности;
- целостность кожи в фиксированной конечности;

Каждые 2 часа меняется положение пациента, ослабляется и заново фиксируется конечность.

12) Пациенты с подозрением на наркотическую и алкогольную зависимость.

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


13) Умиряющие, терминальные больные.

Уход осуществляется согласно Этическому кодексу больницы, 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.

Врач проводит беседу с пациентом или его членами семьи об особенностях лечения в конце жизни. При необходимости (детям до года и др.) информирует о требованиях законодательства Республики Казахстан относительно патологоанатомического вскрытия. В зависимости от потребностей пациента, врач беседует о следующем:

- чем обусловлена тяжесть состояния;
- динамика заболевания;
- состояние витальных функций;

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

- выбранная тактика и ответная реакция на лечение;
- если есть особые предпочтения из-за духовных взглядов пациента и семьи, приглашение представителей религиозных групп;
- 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 переводе в другое учреждение.

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

При необходимости для уединения умирающего пациента и его семьи персонал отделения способствует этому.

14) Порядок посещения пациентов членами семьи и официальными представителями:

Посещение пациентов, находящихся в Отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (далее – ОАРИТ):

- посещение умирающих терминальных больных осуществляется беспрепятственно, включая родственников, религиозных представителей и нотариуса (по желанию пациента). Врач реаниматолог заблаговременно сообщает родственникам о состоянии пациента и организывает посещение пациента в ОАРИТ;
- посещение пациента после операции, временно находящегося в ОАРИТ членами семьи и официальными представителями запрещено, если лечащим врачом и врачом реаниматологом не было принято иное решение;
- членам семьи и официальным представителям запрещается посещать пациента с инфекционным заболеванием до момента перевода пациента из изолятора и с разрешения врача эпидемиолога;
- членам семьи и официальным представителям жертв насилия или плохого обращения разрешено посещение только в присутствии социального работника/психолога или лечащего врача;
- членам семьи и официальным представителям пациентов в иммуносупрессивном состоянии разрешено посещение при использовании мер предосторожности (средства индивидуальной защиты) и с согласования с лечащим врачом;
- посещение других групп пациентов осуществляется на общих основаниях в установленные в медицинской организации часы посещения или по согласованию с лечащим врачом.

8. Ссылки:

- 1) Конституция РК (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.03.2017) (статья 29);
- 2) Кодекс РК от 18.09.2009 № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
- 3) Приказ и.о. МЗ РК от 05.11.2021 № ҚР ДСМ-111 «Об утверждении стандартов

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



аккредитации медицинских организаций»;

- 4) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 3: Права пациента и семьи, Глава 5: Оказание медицинской помощи, 2017г., США;
- 5) Ballantyne H. Developing nursing care plans. NursStand. 2016 Feb 24;30(26):51–57.
- 6) Agency for Healthcare Research and Quality. Care Coordination. Jul 2016. Accessed Nov 11, 2016;
- 7) Ulin K, et al. Person-centered Care — An approach that improves the discharge process. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016 Apr;15(3):e19–26;
- 8) Kuo DZ, et al. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. Matern Child Health J. 2012 Feb;16(2):297–305;
- 9) Bolster C, et al. Suicide assessment and nurses: What does the evidence show? Online J Issues Nurs. 2015 Jan 31;201(1):2;
- 10) Pai M, Douketis JD. Prevention of venous thromboembolic disease in acutely ill hospitalized medical adults. UpToDate. Epub 2016;
- 11) National Pressure Ulcer Advisory Panel. New 2014 Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. 2014 Accessed Nov 11, 2016;
- 12) Qaseem A, et al. Risk assessment and prevention of pressure ulcers: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015 Mar 3;162(5):359–369;
- 13) Springer G. When and how to use restraints. Am Nurs Today. 2015 Jan;10(1):26–27;
- 14) Bonnell S, Macauley K, Nolan S. Management and handoff of a deteriorating patient from primary to acute care settings: A nursing academic and acute care collaborative case. Simul Healthc. 2013 Jun;8(3):180–182;
- 15) Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). May 13, 2015. Accessed Nov 13, 2016;
- 16) Subbe CP, Welch JR. Failure to rescue: Using rapid response systems to improve care of the deteriorating patient in hospital. AVMA Medical & Legal Journal. 2013;19(1):6–11. Accessed Nov 13, 2016.

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

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	Художов И	ВОП	04.01.24	[Signature]
2	Мамнова А.И	инженер	04.01.24	[Signature]
3	Байсанов О.Б	ВОП	04.01.24	[Signature]
4	Самарбаева Д.Б	инженер	04.01.24	[Signature]
5	Баймуратов Б	инженер	04.01.24	[Signature]
6	Осан Д.И	инженер	04.01.24	[Signature]
7	Алиханов Д	инженер	04.01.24	[Signature]
8	Дусебаев Р.	ВОП	04.01.24	[Signature]
9	Ахмедов И.И.	ВОП	04.01.24	[Signature]
10	Исмаилов И	ВОП	04.01.24	[Signature]
11	Алижанов А	инженер	04.01.24	[Signature]
12	Баймуратов А	инженер	04.01.24	[Signature]
13	Таймурзаева К	инженер	04.01.24	[Signature]
14	Алижанов А	инженер	04.01.24	[Signature]
15	Собирова Р	инженер	04.01.24	[Signature]
16	Хайдарова Б	инженер	04.01.24	[Signature]
17	Хайдарова И.И	инженер	04.01.24	[Signature]
18	Мамедова И.С	инженер	04.01.24	[Signature]
19	Набилова А	инженер	04.01.24	[Signature]
20	Шарипова	инженер	04.01.24	[Signature]
21	Хайдарова А	инженер	04.01.24	[Signature]
22	Хайдарова Р	инженер	04.01.24	[Signature]
23	Хайдарова А	инженер	04.01.24	[Signature]
24	Хайдарова Р	инженер	04.01.24	[Signature]
25	Хайдарова А.Б	ВОП	04.01.24	[Signature]
26	Хайдарова С	инженер	04.01.24	[Signature]
27	Хайдарова И	инженер	04.01.24	[Signature]