

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Москва
2012**

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

**ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ**

Методические указания

Утверждены

начальником Главного военно-медицинского управления

Министерства обороны Российской Федерации

**Москва
2012**

Настоящие методические указания предназначены для руководителей и сотрудников медицинских частей и учреждений Вооруженных сил Российской Федерации, а также могут быть использованы при подготовке по специальности в интернатуре и клинической ординатуре.

Авторский коллектив: полковник медицинской службы доктор медицинских наук **Щеголев А.В.**, доктор медицинских наук, профессор **Левшанков А.И.**, доктор медицинских наук, профессор **Богомолов Б.Н.**, подполковник медицинской службы кандидат медицинских наук **Суховецкий А.В.**

Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны Российской Федерации в мирное время: Методические указания. – М., 2012. – 174 с.

В ходе проводимых реформ в ВС МО РФ в целом и медицинской службе в частности необходимо провести корректировку положений по организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в мирное время, исходя из новых требований к формируемому облику ВС. Основанием для переиздания действующих указаний послужили принципиально новые подходы к содержанию и оказанию данного вида помощи. В настоящее время анестезиологическую и реаниматологическую помощь вне чрезвычайных ситуаций (боевых условий) следует считать специализированным видом помощи. Это обуславливает необходимость приведения условий функционирования, организационно-штатной структуры, материально-технического обеспечения, уровня подготовки кадров объему и содержанию задач, решаемых медицинскими частями и учреждениями, на современном этапе развития медицинской службы.

В подготовке издания участвовали ведущие специалисты Военно-медицинской академии. В методических указаниях изложены принципы организации анестезиологической и реаниматологической помощи в военно-медицинских учреждениях МО РФ в современных условиях в мирное время с учетом требований регламентирующих документов МО РФ и МЗСР РФ.

Издание *****

№ ***** от *.*.*.2012

Подписано в печать *.*.*.2012

Формат **х**/**. Объем ** п.л.

Тираж **** экз. Заказ № ****/*

Отпечатано с готовых диапозитивов

в *****

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Раздел 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ</i>	3
<i>Раздел 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</i>	5
<i>Раздел 3. ГРУППА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ</i>	10
<i>Раздел 4. ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ</i>	11
<i>Раздел 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</i>	15
<i>Раздел 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ</i>	20
<i>Раздел 7. УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ</i>	28
П Р И Л О Ж Е Н И Я	29
<i>Приложение 1 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА МО РФ</i>	29
<i>Приложение 2 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ЦЕНТРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ – ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА (главного и центрального госпиталя)</i>	31
<i>Приложение 3 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ЦЕНТРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ – ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА (округа)</i>	33
<i>Приложение 4 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ (центра анестезиологии-реанимации)</i>	35
<i>Приложение 5 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ (военного госпиталя)</i>	37
<i>Приложение 6 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕГО ОРДИНАТОРА (ОРДИНАТОРА), СТАРШЕГО ВРАЧА (ВРАЧА)-СПЕЦИАЛИСТА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА</i>	40
<i>Приложение 7 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ</i>	42
<i>Приложение 8 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА</i>	44
<i>Приложение 9 КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОДГОТОВКЕ МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ</i>	47
<i>Приложение 10 КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ И МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ТЕРМИНОЛОГИЯ</i>	50
<i>Приложение 11 НУМЕРАЦИЯ ВИДОВ И МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИЙ (для ведения учетно-отчетной документации)</i>	53
<i>Приложение 12 ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ</i>	54
<i>Приложение 13 ОЦЕНКА РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ</i>	56
<i>Приложение 14 СТАНДАРТ МИНИМАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ (директива начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г.)</i>	58

Приложение 15 СТАНДАРТ МИНИМАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (директива начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г.)	59
Приложение 16 КАРТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	60
Приложение 17 КАРТА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	62
Приложение 18 СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР	64
Приложение 19 АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	66
Приложение 20 РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	67
Приложение 21 КНИГА УЧЕТА АНЕСТЕЗИЙ	68
Приложение 22 КНИГА УЧЕТА БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ	69
Приложение 23 МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ТАБЕЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ГРУППЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РОТЫ БРИГАДЫ (приказ НГВМУ №77 от 12 июля 2011 года)	70
Приложение 24 ТРЕБОВАНИЯ СНИП 2.08.02-89 ПО СНАБЖЕНИЮ МЕДИЦИНСКИМИ ГАЗАМИ ОТДЕЛЕНИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ	78
Приложение 25 ПРАВИЛА ЭКСПЛУАТАЦИИ, ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ И ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ САНИТАРИИ (РТМ 42-2-4-80) (выдержки)	79
Приложение 26 САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	85
Приложение 27 КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	112
Приложение 28 ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (выдержки)	113
Приложение 29 ПРИКАЗ от 13 апреля 2011 г. № 315Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ»	144

Раздел 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.1. Настоящие указания определяют порядок организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в военно-медицинских учреждениях (ВМУ) МО РФ и согласуются с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 315н от 13 апреля 2011 года «Об утверждении порядка оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению».

1.2. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь в ВС РФ является единым, специализированным видом медицинской помощи и оказывается только бригадами анестезиологии-реанимации с привлечением при необходимости других специалистов (служб).

1.3. В последнее десятилетие (до начала реформирования ВС РФ), по объективным причинам были предусмотрены квалифицированный и специализированный уровни, а также объемы анестезиологической и реаниматологической помощи. В настоящее время (в ходе проведения реформы медицинской службы МО РФ) организационно-методические, военно-научные мероприятия должны быть направлены на то, чтобы на всех этапах оказания медицинской помощи в мирное время анестезиологическая и реаниматологическая помощь была только **специализированной**.

1.4. Организационно-штатная структура центра (отделения) анестезиологии-реанимации, его материально-техническое обеспечение, уровень профессиональной подготовки врачей-анестезиологов-реаниматологов должны соответствовать действующим нормативно-правовым актам и обеспечивать современный уровень оказания помощи в соответствии с принятыми рекомендательными протоколами (стандартами).

1.5. При истребовании медицинских технических средств следует исходить из необходимости их обоснованного наличия:

- 1) на каждом рабочем месте бригады анестезиологии-реанимации в операционной, перевязочной, родильном зале и «реанимобиле»;
- 2) у каждой койки интенсивной терапии;
- 3) в каждой операционной и перевязочной;
- 4) в каждом отделении анестезиологии-реанимации;
- 5) в пред-, постнаркозной палате.

1.6. Лекарственное снабжение, обеспечение расходным медицинским имуществом должны соответствовать объему и специфике оказы-

ваемой анестезиологической и реаниматологической помощи, обеспечивать современные подходы при оказании данного вида помощи.

1.7. При отсутствии у лечебного учреждения лицензии на работу с наркотическими и сильнодействующими препаратами анестезиологическая и реаниматологическая помощь оказана быть не может.

1.8. При отсутствии у лечебного учреждения лицензии на работу «реанимобиля», анестезиологическая и реаниматологическая помощь во время транспортировки пациента оказана быть не может.

1.9. Квалификация (аккредитация) врачей-анестезиологов-реаниматологов всех уровней должна соответствовать требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения. Данные требования регламентированы Приказами Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 415н от 7 июля 2009 г. по специальности «анестезиология и реаниматология» и № 541н от 23 июля 2010 г. «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»).

1.10. Подготовка кадров с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием для службы анестезиологии и реаниматологии ВС РФ должна только по вопросам специальности «анестезиология и реаниматология» составлять не менее трех лет, с дальнейшим постоянным поддержанием и периодическим повышением уровня квалификации (аккредитации). В последующем целесообразно увеличить время обучения в клинической ординатуре, как единственного вида подготовки по специальности «анестезиология и реаниматология», до 5 лет.

1.11. С целью расширения объема и содержания, улучшения качества оказания анестезиологической и реаниматологической помощи необходимо обеспечить модернизацию материально-технической базы службы анестезиологии-реаниматологии, внедрять и использовать современные международные лечебно-диагностические протоколы (стандарты).

Раздел 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Общее руководство организацией оказания анестезиологической и реаниматологической помощи, определение ее содержания в ВМУ МО РФ осуществляет главный анестезиолог-реаниматолог МО РФ.

2.2. Вертикальная структура прямого подчинения в ВС РФ по специальности «анестезиология и реаниматология» представлена в виде:

1) главный анестезиолог-реаниматолог МО РФ;
2) главный анестезиолог-реаниматолог главного, центрального военного госпиталя (ВГ) – начальник центра анестезиологии-реанимации, главный анестезиолог-реаниматолог округа – начальник центра анестезиологии-реанимации:

- начальник отделения анестезиологии-реанимации,
- старший ординатор,
- ординатор;

3) начальник отделения анестезиологии-реанимации (начальник нештатного центра анестезиологии-реанимации, ведущий нештатный анестезиолог-реаниматолог зоны ответственности):

- начальник отделения анестезиологии-реанимации,
- старший ординатор,
- ординатор;

4) начальник группы анестезиологии-реанимации:

- старший врач-специалист,
- врач-специалист.

2.3. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь является единым и специализированным видом помощи в рамках специальности «анестезиология и реаниматология» и оказывается бригадами анестезиологии-реанимации, специалисты которой (врач и медицинская сестра) прошли профессиональную подготовку и имеют сертификат (аккредитацию) по специальности «анестезиология и реаниматология». В виду специфики работы врача-анестезиолога-реаниматолога и с целью лучшего понимания данных указаний здесь целесообразно искусственно выделять понятия «анестезиологическая помощь» и «реаниматологическая помощь».

2.4. Анестезиологическая помощь включает в себя:

1) комплекс лечебных мероприятий по защите и управлению жизненно важными функциями пациента при хирургических вмешательствах, перевязках, родах, манипуляциях и сложных методах исследований – анестезиологическое обеспечение.

2) устранение болевого синдрома, обусловленного различными причинами, в том числе при неизлечимых заболеваниях с помощью специальных методов.

2.5. Для проведения анестезии в операционных, перевязочных, родильных залах и в диагностических кабинетах оборудуются рабочие места врачей-анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов (бригад анестезиологии-реанимации), которые оснащаются медицинским оборудованием в соответствии с требованиями руководящих документов ГВМУ МО и Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

2.6. Реаниматологическая помощь, оказываемая врачом-анестезиологом-реаниматологом совместно с медицинской сестрой-анестезистом, включает в себя:

- 1) неотложную помощь при развитии критического состояния;
- 2) сердечно-легочную реанимацию;
- 3) интенсивное наблюдение (мониторинг);
- 4) интенсивную терапию.

2.7. Медицинская помощь при критическом состоянии, сердечно-легочная реанимация, осуществляемые в и вне ВМУ другими медицинскими специалистами, кроме как врачами-анестезиологами-реаниматологами (врачи различных специальностей, медицинские сестры, фельдшера, сотрудники других силовых структур, простые граждане и т.п.) не является анестезиологической и реаниматологической помощью. Ее следует считать неотложной помощью в рамках первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи (первой, доврачебной и первой медицинской в приложении к порядку оказания медицинской помощи в ВС РФ).

2.8. Объем и содержание анестезиологической и реаниматологической помощи находятся в прямой зависимости от задач, решаемых ВМУ, их коечной емкости, организационно-штатной структуры, материально-технического обеспечения, уровня подготовки и квалификации специалистов.

2.9. В медицинской роте анестезиологическую и реаниматологическую помощь проводят до стабилизации функций жизненно важных органов и систем с целью обеспечения дальнейшей безопасной транспортировки пациента.

2.10. В ВГ анестезиологическая и реаниматологическая помощь всегда проводится до полной стабилизации состояния пациента и с этих позиций является исчерпывающей.

2.11. Организационно-штатная структура, материально-техническое и кадровое обеспечение отделений анестезиологии-реанимации ВГ должно соответствовать интенсивности (входящему потоку) и установленному объему работы. Несоответствие между объемом работы и возможностями отделения является основанием для снижения объема и содержания анестезиологической и реаниматологической помощи (до объема и содержания помощи в медицинской роте).

2.12. В таких случаях для отдельно взятого ВМУ начальником медицинской службы округа по письменному представлению главного анестезиолога-реаниматолога округа могут быть приняты частные решения по переводу (транспортировке) пациентов в другие ВГ, а также в лечебные учреждения других министерств и ведомств.

2.13. При отсутствии у ВМУ лицензии на оборот наркотиков и сильнодействующих препаратов и фактической укомплектованности квалифицированным по специальности «анестезиология и реаниматология» кадровым составом, оказание анестезиологической и реаниматологической помощи следует считать невозможным, о чем необходимо незамедлительно доложить начальнику ВМУ и главному анестезиологу-реаниматологу округа.

2.14. В специальности обеспечивается единый подход к организации работы бригад анестезиологии-реанимации в различных условиях, сохранение преемственности и взаимосвязи функционирования всех звеньев системы оказания помощи при переходе от повседневной деятельности к работе в чрезвычайных ситуациях (боевых условиях).

2.15. Расширение объема и содержания анестезиологической и реаниматологической помощи возможно только при соответствующих изменениях организационно-штатной структуры отделений, их материально-технического обеспечения либо при временном усилении учреждений специальными группами, оснащенными необходимой аппаратурой.

2.16. Обеспечение техническими, лекарственными и другими средствами отделений, решающих различные задачи, должно осуществляться с учетом объема и содержания реаниматологической и анестезиологической помощи. Применительно к оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи в войсковом звене (медицинская рота) с целью обеспечения быстрой и безопасной эвакуации пациента следует приме-

нять принцип унифицированности, предполагающий использование одной и той же номенклатуры медикаментов и технических устройств как в мирное, так и в военное время. Центры (отделения) анестезиологии-реанимации в ВГ должны быть оснащены современной аппаратурой, требующей специального инженерно-технического и метрологического обеспечения, а также всеми современными медикаментозными средствами.

2.17. Подготовка анестезиологов-реаниматологов для ВМУ на данном этапе реформирования ВС РФ осуществляется с учетом существовавшей дифференциации анестезиологической и реаниматологической помощи в войсковом звене и ВГ. Первичная специализация по анестезиологии и реаниматологии в рамках интернатуры (1 год), временно, дает право только на работу в учреждениях войскового звена (медицинская рота бригады). К обеспечению помощи в ВГ допускаются врачи, прошедшие обучение в клинической ординатуре (не менее 3 лет) на кафедре анестезиологии и реаниматологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

2.18. Для оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в медицинской роте врач-анестезиолог-реаниматолог должен владеть следующими манипуляциями и навыками:

- 1) пункция (катетеризация) периферических и центральных вен;
- 2) интубация трахеи;
- 3) установка ларингеальной маски;
- 4) коникотомия;
- 5) катетеризация мочевого пузыря;
- 6) определение групповой и резус принадлежности, совместимости препаратов крови донора и реципиента;
- 7) проведение анестезии при неотложных хирургических вмешательствах по жизненным показаниям с использованием стандартных методик и технических средств среднего класса;
- 8) проведение реанимационных мероприятий, неотложной помощи, интенсивного наблюдения и терапии с использованием стандартных методик и технических средств среднего класса для стабилизации состояния пациента (подготовки) к максимально быстрой и безопасной транспортировке пациента в лечебное учреждение, обладающее возможностью оказания круглосуточной специализированной помощи.

2.19. Для оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в ВГ врач-анестезиолог-реаниматолог кроме выше перечисленного должен владеть следующими манипуляциями и навыками:

-
- 1) пункция (катетеризация) артерий;
 - 2) установка катетера для инвазивного мониторинга гемодинамики;
 - 3) установка кардиостимулятора;
 - 4) блокада крупных нервных стволов и сплетений местными анестетиками (в том числе, под контролем ультразвукового диагностического устройства и нейростимулятора);
 - 5) пункция субарахноидального пространства;
 - 6) пункция (катетеризация) эпидурального пространства;
 - 7) анестезиологическое обеспечение плановых и неотложных хирургических вмешательств, родов, сложных диагностических исследований с использованием всех видов и методов анестезиологического обеспечения и технических средств высокого класса;
 - 8) проведение мероприятий интенсивной терапии до полной стабилизации функции органов и систем.

Раздел 3. ГРУППА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

3.1. В медицинских ротах бригад (вне круглосуточного графика работы) служба представлена группой анестезиологии-реанимации в составе операционно-перевязочного взвода.

3.2. Группа анестезиологии-реанимации состоит из 2 врачей-анестезиологов-реаниматологов, старшей медицинской сестры и 2 медицинских сестер-анестезистов. В случае необходимости к работе могут привлекаться и 2 медицинские сестры-анестезиста госпитального взвода.

3.3. Группа анестезиологии-реанимации развертывает рабочие места в операционной и в противошоковой палате для раненых с формированием двух бригад анестезиологии-реанимации.

3.4. Противошоковая палата (не более 3 коек) организуется на базе госпитального взвода для оказания неотложной помощи, кратковременного (в рамках рабочего дня) интенсивного наблюдения и лечения раненых и больных, подготовки их к операции или к дальнейшей эвакуации.

3.5. Группа анестезиологии-реанимации выполняет следующие функции:

1) осуществление комплекса мероприятий по выведению раненого (больного) из критического состояния и (или) проведение предэвакуационной подготовки посредством синдромальной стандартизированной терапии, защите пациента от хирургической агрессии стандартизированными методами анестезии;

2) проведение наблюдения за состоянием пациента после окончания анестезии до эвакуации с продолжением поддерживающей терапии в процессе транспортировки;

3) оказание помощи в проведении реанимации пациентам в других подразделениях медицинской роты;

4) консультирование врачей других отделений по вопросам анестезиологии и реаниматологии;

3.6. Для выполнения возложенных обязанностей группа анестезиологии-реанимации обеспечивается:

1) специальным табельным оборудованием, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и инвентарем;

2) помещениями для дезинфекции оборудования, а также хранения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и инвентаря;

3) помещениями для персонала.

Раздел 4. ОТДЕЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

4.1. В ВГ независимо от их коечной емкости отделение анестезиологии-реанимации является штатным самостоятельным коечным отделением. Отделение анестезиологии-реанимации выполняет следующие основные функции:

- 1) осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии, а также лечению пациентов с болевым синдромом;
- 2) определение показаний для лечения пациентов в отделении;
- 3) проведение реанимации, интенсивного наблюдения и интенсивной терапии при угрожающих жизни состояниях пациентам, поступившим из отделений ВМУ, доставленным скорой медицинской помощью или переведенным из других лечебных учреждений;
- 4) выработка рекомендаций по лечению и обследованию пациентов, переводимых из отделения в профильные отделения, на ближайшие сутки;
- 5) консультирование персонала профильных отделений стационара по вопросам обследования пациентов в предоперационном периоде и подготовки их к операции и анестезии, а также по вопросам лечения пациентов при угрозе развития у них критического состояния;
- 6) оказание помощи в проведении реанимации пациентам в других отделениях ВГ;
- 7) проведение ежедневных клинических конференций по текущим вопросам организации деятельности отделения;
- 8) осуществление мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала отделения;
- 9) обеспечение взаимосвязи и преемственности в работе с другими отделениями.

4.2. В главном, центральных и окружных ВГ в организационно-штатном отношении может иметься два и более отделений анестезиологии-реанимации (например, хирургического, терапевтического или специализированных профилей). В таком случае эти отделения входят в состав штатного (нештатного) центра анестезиологии-реанимации. Возглавляет центр анестезиологии-реанимации начальник – врач-анестезиолог-реаниматолог. Он подчиняется непосредственно начальнику ВГ, а по медицинским вопросам – начальнику по медицинской части госпиталя. В свою очередь, начальнику центра подчинены начальники отделений анестезиологии-реанимации.

4.3. Общее количество штатных коек в центрах анестезиологии-реанимации в окружных ВГ и их филиалах должны составлять не менее 5% от коечной мощности (но не менее 6 коек в отделении), а в главном и центральных ВГ и их филиалах, в клиниках ВМедА им. С.М. Кирова – до 7-10% от коечной мощности ВГ (но кратное 6).

4.4. Палаты интенсивной терапии отделений анестезиологии-реанимации не следует заполнять больными более чем на 75 %, так как в них всегда должны быть свободные резервные места, а также возможность проведения дезинфекционных мероприятий.

4.5. Площадь помещений для палат интенсивной терапии необходимо рассчитывать исходя из следующих условий: 13,0 м кв. на одну койку плюс 6 м кв. на один сестринский пост (например, площадь одной палаты интенсивной терапии на 3 койки должна составлять не менее 45 м кв).

4.6. В отделении анестезиологии-реанимации необходимо иметь следующие помещения:

- 1) палаты интенсивной терапии, в т.ч. хирургического профиля, терапевтического профиля и боксированные с возможностью изоляции пациента;
- 2) гардероб для персонала с секционными шкафами для домашней и рабочей одежды;
- 3) кабинет начальника отделения;
- 4) кабинет старшей медицинской сестры с местом для хранения лекарственных препаратов;
- 5) ординаторская;
- 6) сестринская;
- 7) комната для приема пищи персоналом;
- 8) материальная (медицинского имущества и расходного материала);
- 9) аппаратная;
- 10) комната для хранения наркотиков и препаратов группы «А»;
- 11) стерилизационная дыхательной аппаратуры, эндоскопического оборудования, дыхательных контуров;
- 12) санузел персонала (туалет, душ) мужской и женский;
- 13) санитарная комната с устройством для проведения гигиенических мероприятий больным в тяжелом состоянии;
- 14) помещение для обработки и хранения средств и предметов ухода;

-
- 15) помещение сестры-хозяйки с комнатой для хранения чистого белья;
 - 16) комната для сортировки и временного хранения грязного белья;
 - 17) помещение с оборудованием для сбора, сортировки, временного хранения и утилизации медицинских отходов;
 - 18) санитарная комната для хранения дезинфекционных средств и уборочного инвентаря;
 - 19) помещение для временного хранения трупов (вне отделения).

4.7. В отделении анестезиологии-реанимации от 150 коечного ВГ и выше должна круглосуточно оказываться специализированная анестезиологическая и реаниматологическая помощь вне зависимости от уровня оказания других видов помощи (хирургической, терапевтической и т.п.). Для этого должны быть организованы круглосуточные сестринские посты из расчета **1 медицинская сестра-анестезист на 2 койки** (всего: 5,14 ставки на 2 койки) интенсивной терапии и врачебные посты из расчета **1 врач-анестезиолог-реаниматолог на 6 коек** (всего: 5,14 ставки на 6 коек). В целом расчет числа штатных единиц регламентируется Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 315н от 13 апреля 2011 г.

4.8. Материально-техническое, лекарственное оснащение отделения осуществляется по заявке начальника отделения, утвержденной Главным анестезиологом-реаниматологом округа. При этом объем снабжения должен производиться из расчета на койку интенсивной терапии и один операционный стол (т.е. рабочее место бригады анестезиологии-реанимации).

4.9. Рабочие места бригады анестезиологии-реанимации в обязательном порядке должны быть оснащены системой бесперебойной подачи медицинского кислорода.

4.10. Начальники специализированных отделений анестезиологии-реанимации (для кардиологических, нейрохирургических пациентов и т.п.) имеют право истребовать помимо табельного специальные технические средства, лекарственные препараты и другое медицинское имущество, необходимые для выполнения современных рекомендаций по лечению пациентов с профильной для отделения патологией.

4.11. Анестезиолог-реаниматолог является **лечащим врачом** у конкретного больного в сфере своей специальности и несет личную юридическую ответственность за все действия, которые, согласно существ-

вующим нормативным документам входят в его компетенцию и обязанности. При совместной работе с различными медицинскими специалистами, каждый отвечает юридически только за свои действия или бездействия.

Юридические взаимоотношения работающих вместе представителей самостоятельных медицинских специальностей не допускают преимуществ одного перед другим в сфере их специальности, дачи указаний и выполнения действий в области, относящейся к компетенции другого специалиста, не смотря на возможные различия в их служебном положении.

4.12. Право принимать решение и давать разрешение на госпитализацию в отделение или на перевод пациента в другое отделение госпиталя имеет только начальник отделения анестезиологии-реанимации или лицо, его замещающее.

4.13. Необходимость консультации анестезиологов-реаниматологов другими специалистами и проведения консилиумов определяет начальник отделения анестезиологии-реанимации. В особых случаях он имеет право просить командование госпиталя пригласить для консультаций любого специалиста из других ВМУ или специалиста из учреждений других министерств и ведомств.

4.14. В отделении анестезиологии-реанимации обеспечивается ведение документации, учет и отчетность по формам и в сроки, установленные ГВМУ МО РФ и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Раздел 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Анестезиологическое обеспечение – комплекс лечебных мероприятий по защите и управлению жизненно важными функциями пациента при хирургических вмешательствах, перевязках, родах, манипуляциях и сложных методах исследований предусматривает:

- 1) оценку состояния пациента перед операцией, определение операционно-анестезиологического риска по модифицированной системе;
- 2) определение показаний и проведение интенсивной терапии с целью подготовки пациента к операции;
- 3) назначение и проведение премедикации;
- 4) выбор объема мониторинга, вида и метода анестезии и необходимых лекарственных средств с учетом состояния пациента и характера оперативного вмешательства;
- 5) проведение анестезии;
- 6) контроль во время анестезии состояния пациента, проведение терапии с целью профилактики и коррекции опасных для его жизни функциональных и метаболических расстройств;
- 7) пробуждение пациента после общей анестезии (если нет показаний для продленного поддержания медикаментозного сна).

5.2. Мероприятия, при наличии у пациента (в том числе страдающих инкурабельными заболеваниями) болевого синдрома, предусматривают:

- 1) осуществление комплекса специальных действий по определению причины острых и хронических болевых синдромов;
- 2) использование специальных технологий при оценке интенсивности болевого синдрома и для его устранения;
- 3) проведение динамического наблюдения за эффективностью проводимого лечения.

5.3. Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств непосредственно может быть выполнено только бригадой анестезиологии-реанимации в составе врача-анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста.

Начальник отделения анестезиологии-реанимации в соответствии с расписанием хирургических вмешательств распределяет бригады по их рабочим местам.

5.4. Во время анестезиологического обеспечения, врачу-анестезиологу-реаниматологу, осуществляющему анестезию, **запрещено** оказывать медицинскую помощь другим пациентам либо выполнять иные функции, не связанные с непосредственным анестезиологическим обеспечением.

5.5. Привлечение анестезиологов-реаниматологов к дежурствам и к другой деятельности не по профилю их специальности (дежурный по ВГ, старший автомобиля и т.п.) **запрещается**.

5.6. Проведение в мирное время одной бригадой анестезиологии-реанимации анестезиологических обеспечений более одному пациенту (на двух и более операционных столах), или только одним анестезиологом-реаниматологом **запрещается**.

5.7. Проведение любых видов и методов анестезий в местах, не оборудованных специальной аппаратурой и техникой, **запрещается**.

5.8. В случаях оговоренных действующим законодательством (трудовым, например) и при форс-мажорных обстоятельствах, дальнейшее проведение анестезиологического обеспечения может быть передано другой бригаде анестезиологии-реанимации с разрешения начальника отделения (ответственного анестезиолога-реаниматолога) с внесением соответствующих записей в протоколе анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства.

5.9. **Анестезиологическая помощь** в войсковом звене (медицинская рота) предполагает проведение стандартизированных общей ингаляционной и ингаляционной анестезий при спонтанном дыхании или общей комбинированной анестезии с проведением искусственной вентиляции легких (табельной аппаратурой) при соблюдении требований стандарта минимального мониторинга безопасности пациента.

Для ее оказания допускаются врачи-анестезиологи-реаниматологи прошедшие первичную специализацию в рамках интернатуры (не менее 1 год) и имеющие сертификат (аккредитацию) по специальности «анестезиология и реаниматология».

5.10. **Анестезиологическая помощь** в ВГ предусматривает выполнение всех видов и методов анестезиологического обеспечения.

5.11. За организацию и оказание анестезиологической помощи в ВГ несет ответственность начальник центра (отделения) анестезиологии-реанимации.

5.12. Анестезиологическое обеспечение экстренных оперативных вмешательств осуществляет дежурная бригада анестезиологии-реанимации.

5.13. Для анестезиологического обеспечения операций, перевязок, родов и некоторых сложных диагностических исследований в операционных, перевязочных и по мере необходимости в некоторых кабинетах оборудуют рабочие места анестезиологов-реаниматологов, которые оснащают аппаратурой и принадлежностями в соответствии с требованиями действующих нормативно-правовых актов. Для проведения экстренной анестезии в urgentной операционной аппаратура и принадлежности для проведения анестезии поддерживают в постоянной готовности к работе.

5.14. В предоперационном периоде анестезиологом-реаниматологом должна быть оценена полнота обследования пациента, определены тяжесть его состояния, степень риска операции и анестезии, осуществлен обоснованный выбор метода анестезии и необходимых для нее средств, назначена премедикация.

5.15. После осмотра анестезиолог-реаниматолог должен в понятной форме разъяснить больному суть рекомендуемого метода анестезии и получить от него добровольное информированное согласие на его использование. Результаты осмотра, свое заключение с отметкой о согласии пациента на избранный метод анестезии врач-анестезиолог-реаниматолог заносит в историю болезни. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а проведение анестезии неотложно, вопрос о ее проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно врач-анестезиолог-реаниматолог, выделенный для проведения анестезии, с последующим уведомлением должностных лиц ВГ.

5.16. При **плановых** оперативных вмешательствах при высокой степени риска анестезии, недостаточном обследовании или неудовлетворительной подготовке больного врач-анестезиолог-реаниматолог вправе настаивать на отсрочке операции для проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий с **обязательным** отражением обоснования в истории болезни. Окончательное решение об отмене операции принимает лечащий врач (по основному заболеванию), а в спорных ситуациях – консилиум в составе начальников профильного отделения и отделения анестезиологии-реанимации. При оценке соматического состояния пациента в 5 баллов по ASA плановые оперативные вмешательства не проводят.

5.17. При высокой степени риска операции и анестезии при **экстренных операциях** окончательное решение о необходимости дополни-

тельных лечебно-диагностических мероприятиях или отмене операции принимает оперирующий хирург.

Отказ анестезиолога-реаниматолога от участия в экстренной анестезии из-за тяжести состояния больного **недопустим!** Неоказание помощи в данной ситуации подлежит уголовному преследованию. Анестезиолог-реаниматолог при этом должен сделать все от него зависящее для безопасности пациента и необходимого анестезиологического обеспечения.

5.18. Врач-анестезиолог-реаниматолог во время проводимой им анестезии осуществляет мониторинг состояния больного, при необходимости проводит инфузионную и назначает трансфузионную терапию, осуществляет другие меры с целью профилактики и лечения функциональных и метаболических расстройств. Перечень мероприятий контроля состояния функциональных систем и порядок их применения определяется Директивой начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г. О возникновении осложнения анестезии анестезиолог-реаниматолог обязан немедленно доложить начальнику отделения анестезиологии-реанимации.

5.19. Во время анестезии, проводимой анестезиологом-реаниматологом, обязательно ведение медицинской сестрой-анестезистом формализованной карты анестезиологического обеспечения, которую клеивают в историю болезни. Карту не ведут при продолжительности анестезии менее 10 мин. В таких случаях в историю болезни записывают подробный протокол анестезии.

5.20. Тактику проведения инфузионной терапии во время анестезии определяет и проводит анестезиолог-реаниматолог.

5.21. Тактику проведения гемотрансфузионной терапии во время анестезии определяет анестезиолог-реаниматолог. Подготовку крови и ее компонентов к переливанию и саму трансфузию осуществляют врачи отделения заготовки и переливания крови, а при их отсутствии в учреждении для этой цели выделяют другого врача. При экстренных операциях подготовкой крови и ее компонентов к переливанию занимаются хирурги (или другие врачи дежурной хирургической бригады), не занятые в операции. Анестезиологу-реаниматологу, проводящему анестезию, заниматься решением вопросов обеспечения проведения гемотрансфузии **запрещается**.

5.22. По окончании операции и общей анестезии анестезиолог-реаниматолог и медицинская сестра-анестезист непосредственно сопровождают больного в палату интенсивной терапии, палату пробуждения или в палату хирургического (профильного) отделения.

5.23. Решение о месте пребывания пациента в раннем послеоперационном периоде принимает начальник отделения анестезиологии-реанимации, основываясь на заключении врача-анестезиолога-реаниматолога, проводившего пациенту плановую или экстренную анестезию.

5.24. В послеоперационную палату профильного хирургического отделения под наблюдение лечащего врача (дежурного врача) пациент может быть передан только после восстановления сознания и стабилизации основных функциональных показателей.

5.25. Если сознание больного восстановилось не полностью, есть опасность проявления остаточного действия использованных во время анестезии средств, либо имеются нарушения кровообращения или дыхания, анестезиолог-реаниматолог должен обеспечить постоянное наблюдение за ним и проводить соответствующую терапию до стабилизации пациента непосредственно в палате пробуждения. В случае если подобные нарушения выражены и требуют их стабилизации в течение более 2 часов (или палата пробуждения отсутствует), пациент должен быть передан в палату интенсивной терапии отделения анестезиологии-реанимации под наблюдение персонала данного отделения.

5.26. Технический контроль исправности наркозно-дыхательных аппаратов, приборов для кислородной терапии, контрольно-диагностической аппаратуры осуществляют специалисты инженерно-технической службы, равно как снабжение кислородом, закисью азота и другими сжатыми газами. Метрологическую поверку средств измерений осуществляет метрологическая служба.

5.27. Проводить ремонт и техническое обслуживание аппаратов силами сотрудников отделения анестезиологии-реанимации **запрещается**.

Раздел 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

6.1. Реаниматологическая помощь направлена на восстановление и/или поддержание систем жизнеобеспечения пациента при их утрате или угрозе развития критического состояния вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства или других причин. Реаниматологическая помощь, предусматривает оказание неотложной помощи при критическом состоянии, реанимационные мероприятия, проведение интенсивного наблюдения (мониторинга) и интенсивной терапии. В начале она всегда носит экстренный характер.

6.2. **Неотложная помощь** при критическом состоянии или риске его развития оказывается на догоспитальном этапе, в приемном отделении или в отделениях общего профиля с целью уменьшения выраженности факторов, определяющих его развитие (боль, кровотечение, асфиксия и проч.), и поддержания функций дыхания и кровообращения простейшими приемами и методами.

6.3. Неотложная помощь, если таковая оказывается врачом-анестезиологом-реаниматологом, входит в состав реаниматологической помощи. Если неотложная помощь оказывается другими медицинскими специалистами, средним медицинским персоналом и не медицинскими работниками, то такая помощь входит в состав первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи.

6.4. **Интенсивное наблюдение** (мониторинг) представляет собой комплекс мер, применяемых в процессе интенсивной терапии и направленных на раннюю диагностику изменений гомеостаза, происходящих в организме. Оно может выступать и в качестве самостоятельного компонента реаниматологической помощи и осуществляться в тех отделениях (хирургических, терапевтических, неврологических и др.), где имеются больные с угрозой развития критического состояния. Им проводят традиционное для данной патологии лечение с усиленным контролем состояния основных систем жизнеобеспечения.

6.5. **Интенсивная терапия** предполагает профилактику и лечение тяжелых, но обратимых функциональных и метаболических расстройств, угрожающих больному гибелью, с использованием методов искусственного поддержания или замещения функций органов и систем.

6.6. Главная цель **реаниматологической** помощи в медицинской роте заключается в выведении раненого (больного) из критического со-

стояния и (или) проведении предэвакуационной подготовки посредством синдромальной стандартизированной интенсивной терапии с продолжением поддерживающей терапии в процессе транспортировки.

6.7. **Реаниматологическая** помощь в ВГ базируется на современных технологиях и соответствующем уровне подготовки (квалификации) анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала и осуществляется на основе принципов комплексности, упреждающей и индивидуальной направленности лечения.

6.8. **Неотложная помощь при критическом состоянии**, оказываемая врачом-анестезиологом-реаниматологом, предусматривает:

1) восстановление проходимости дыхательных путей путем отсасывания патологического содержимого изо рта и глотки, введения воздуховода, ларингеальной маски, интубации трахеи, коникотомии;

2) стабилизацию функции внешнего дыхания методами оксигенотерапии, герметизацией открытого плевноторакса;

3) респираторную поддержку с помощью ручного и автоматического аппарата искусственной (вспомогательной) вентиляции легких и других технических средств;

4) поддержание кровообращения с помощью наружного массажа сердца, инфузии кристаллоидных и коллоидных растворов, применения вазопрессоров;

5) уменьшение боли и общих нервно-рефлекторных реакций путем введения анальгетиков (в т.ч. наркотических) и седативных препаратов, и ингаляционных анестетиков.

6.9. **Реаниматологическая помощь в медицинской роте** включает в себя:

1) клиническую и лабораторную оценку степени нарушений систем дыхания, кровообращения и выделения;

2) коррекцию острой кровопотери посредством инфузионно-трансфузионной терапии;

3) терапию острой недостаточности кровообращения простейшими мерами;

4) комплексную терапию острых нарушений дыхания, включая восстановление проходимости дыхательных путей, ингаляцию кислорода, искусственную (вспомогательную) вентиляцию легких;

5) уменьшение боли и общих нервно-рефлекторных реакций анальгетическими и седативными средствами, ингаляцией общих анестетиков;

-
- 6) терапию интоксикационного синдрома методом форсированного диуреза;
 - 7) профилактику и лечение инфекционных осложнений лекарственными средствами;
 - 8) восстановление водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия;

6.10. **Реаниматологическая помощь** в ВГ предусматривает все элементы помощи, оказываемой в войсковом звене, а также:

- 1) коррекцию расстройств дыхания применением респираторной терапии в различных режимах искусственной (вспомогательной), инвазивной и неинвазивной вентиляции легких;
- 2) лечение болевого синдрома, включая применение длительных регионарных блокад;
- 3) дозированное введение сосудодобивных и кардиотропных средств при нарушениях кровообращения;
- 4) полноценная и целенаправленная коррекция метаболических расстройств;
- 5) искусственное лечебное питание;
- 6) интенсивный уход, направленный на профилактику легочных и других осложнений;
- 7) интенсивное наблюдение (экспресс-контроль состояния систем жизнеобеспечения, а также метаболизма с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики, мониторинга дыхания и кровообращения), других видов инструментальной диагностики за состоянием пациента.

6.11. Неотложную помощь при критическом состоянии, в том числе и сердечно-легочную реанимацию, в рамках своей компетенции должны уметь оказывать как врачи всех специальностей, так и средний медицинский персонал (все сотрудники ВМУ). Эта помощь оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи.

При проведении сердечно-легочной реанимации, т.е. выведении больного из терминального состояния, выделяют первичный и расширенный реанимационные комплексы. Первичный реанимационный комплекс (обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, искусственную вентиляцию легких, наружный массаж сердца, дефибрилляцию) должны уметь применять не только медицинские работники, но и лица не медицинского состава. Расширенным реанимационным комплексом, предусматривающим использование медикаментозных средств и электроим-

пульсной терапии, обязаны владеть все врачи. Интенсивная терапия, предусматривающая использование методов искусственного поддержания или замещения функций органов и систем, может быть осуществлена только лишь в отделениях анестезиологии-реанимации специально подготовленным персоналом (анестезиологи-реаниматологи, медицинские сестры-анестезисты).

6.12. Интенсивное наблюдение, являясь обязательным элементом интенсивной терапии, может выступать и в качестве самостоятельного компонента реаниматологической помощи. Цель интенсивного наблюдения заключается в раннем обнаружении изменений гомеостаза, которые могут потребовать интенсивной терапии. Интенсивное наблюдение можно осуществить только в специально оборудованных помещениях и с помощью персонала, прошедшего специальную подготовку. Минимальный перечень мероприятий контроля состояния функциональных систем и порядок их применения определяется Директивой начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г.

6.13. За организацию оказания реаниматологической помощи в лечебном учреждении несет ответственность начальник ВГ.

6.14. Начальник центра (отделения) анестезиологии-реанимации отвечает за постоянную готовность центра и его отделений к оказанию реаниматологической помощи в установленном объеме.

В случае невозможности оказать таковую в силу различных причин (например, поломка аппаратуры, выход из строя личного состава, отсутствие лекарственных веществ и т.п.) начальник отделения обязан об этом немедленно доложить письменно начальнику ВГ и главному анестезиологу-реаниматологу округа.

6.15. За организацию оказания неотложной помощи и проведение реанимации в приемном и лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) ВГ отвечают начальники этих отделений (кабинетов). Начальник отделения анестезиологии-реанимации оказывает методическую помощь начальникам других отделений (кабинетов) в проведении занятий с врачебным и сестринским составом по диагностике терминального состояния и правилам проведения реанимации, консультирует их по вопросам оказания неотложной помощи и контролирует их готовность к оказанию таковой.

6.16. При поступлении раненых и больных в ВГ в терминальном состоянии или при развитии его во время их приема сердечно-легочную реанимацию осуществляют непосредственно в приемном отделении. Реа-

нимационные мероприятия проводит дежурный медицинский персонал с привлечением врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии-реанимации, а при необходимости и специалистов других отделений. Соответствующее оснащение должно храниться на подвижном столике в перевязочной приемного отделения, которая может быть использована в качестве реанимационной палаты при необходимости.

6.17. Для оказания реаниматологической помощи бригадой анестезиологии-реанимации вне ВГ и транспортировки реаниматологических (находящихся в критическом состоянии) пациентов оборудуют специальный автомобиль – «реанимобиль». Он оснащается всем необходимым, должен быть в постоянной готовности к выезду и находиться в распоряжении дежурного (ответственного дежурного) врача по ВГ. Для транспортировки пациентов в критическом состоянии на расстояния более 150 км следует использовать оборудованный авиатранспорт. Транспортировку такого пациента осуществляет бригада (врач-анестезиолог-реаниматолог и медицинская сестра-анестезист), имеющая дополнительную сертификацию (аккредитацию) по специальности «скорая помощь». Окончательное решение о транспортабельности пациента принимает врач, осуществляющий транспортировку.

6.18. В профильных лечебно-диагностических отделениях ВГ оказание неотложной помощи начинается дежурный медицинский персонал отделения с последующим привлечением врачей и медицинских сестер отделения анестезиологии-реанимации. После оказания помощи, если есть показания, больного переводят в отделение анестезиологии-реанимации.

6.19. Обследованием пациентов, поступивших в отделение анестезиологии-реанимации непосредственно из приемного отделения, до выяснения и устранения причины тяжелого состояния занимаются врачи отделений по профилю имеющихся у пациента заболеваний совместно с анестезиологами-реаниматологами отделения, где оказывается реаниматологическая помощь.

6.20. Транспортировка пациентов из профильного отделения в отделение анестезиологии-реанимации осуществляется силами сотрудников профильного отделения.

6.21. Госпитализации в отделение анестезиологии-реанимации подлежат пациенты с угнетением сознания (патология ЦНС), острыми расстройствами кровообращения (острая сердечно-сосудистая недостаточность, шок различной этиологии), системы дыхания (тяжелая пневмония, респираторный дистресс-синдром). Также проведение интенсивного

наблюдения и лечения показано больным с нарушениями функций жизненно важных функций других систем, обменных процессов, после оперативных вмешательств, повлекших за собой нарушение систем жизнеобеспечения или при реальной угрозе их развития, обожженные, с тяжелыми отравлениями.

6.22. Пациентов, не нуждающихся в интенсивном наблюдении, интенсивной терапии и реанимации в отделения анестезиологии-реанимации не госпитализируют.

6.23. Решение о госпитализации пациента в отделение или отказе в ней принимает начальник отделения анестезиологии-реанимации либо лицо, его замещающее, на основании:

- 1) заключения врача-анестезиолога-реаниматолога, проводившего пациенту плановую или экстренную анестезию;
- 2) совместного осмотра пациента врачом анестезиологом-реаниматологом и лечащим врачом профильного отделения;
- 3) в сложных случаях после совместного осмотра пациента с начальником профильного отделения.

6.24. В остальных случаях (спорных) показания к переводу в отделение анестезиологии-реанимации формулируются решением консилиума при обязательном участии начальников отделения анестезиологии-реанимации, профильного отделения и руководства ВГ. Принятое решение оформляется записью консилиума.

6.25. При неотложных состояниях перевод больных в отделение анестезиологии-реанимации производят немедленно без оформления истории болезни. В таких случаях врач профильного отделения оформляет историю болезни в палате интенсивной терапии.

6.26. На период нахождения больного в отделении анестезиологии-реанимации его лечащим врачом начальником отделения назначается один из штатных сотрудников. Содержание реаниматологической помощи пациенту в отделении анестезиологии-реанимации определяется анестезиологом-реаниматологом. Врач, являвшийся лечащим врачом пациента по профилю до перевода в отделение анестезиологии-реанимации, либо врач-хирург, выполнивший операцию, ежедневно осматривают пациента и выполняют лечебно-диагностические мероприятия в рамках их профессиональной ответственности с внесением соответствующих записей в историю болезни.

6.27. При возникновении противоречий в тактике лечения, в первую очередь решаются вопросы лечения критического состояния с учетом рекомендаций по лечению основного заболевания.

6.28. При оказании реаниматологической помощи на каждого пациента ведут ежесуточную карту интенсивной терапии, которая одновременно является листом назначений для среднего медицинского персонала отделения.

6.29. Записи в истории болезни (дневники) делают при относительно стабильном состоянии пациента не менее четырех раз в сутки (данные утреннего обхода лечащими врачами и другими специалистами, состояние в конце рабочего дня при передаче больного дежурному врачу, данные вечернего и утреннего обходов дежурным врачом). При тяжелом и критическом состоянии больного записи в истории болезни по мере необходимости делают чаще: при возникновении осложнений или ухудшении состояния с обязательным и точным указанием времени, а также для обоснования изменения содержания проводимой терапии. Кроме того, в истории болезни фиксируются совместные обходы, консультации и консилиумы специалистов, результаты специальных исследований.

В обходах в начале и в конце рабочего дня обязательно участие начальника отделения анестезиологии-реанимации или лица его замещающего.

6.30. Решение начальника отделения анестезиологии-реанимации либо лица, его замещающего, о переводе пациента из отделения анестезиологии-реанимации обязательны для исполнения персоналом профильного отделения в любое время суток. Начальники профильных отделений, дежурный врач и персонал этих отделений обеспечивают немедленный прием больных для дальнейшего наблюдения и лечения.

6.31. В спорных случаях на момент завершения интенсивной терапии профильное отделение пациенту определяется начальником медицинской части (лицом, его замещающим) или консилиумом специалистов.

6.32. Транспортировка пациентов из отделения анестезиологии-реанимации осуществляется немедленно в любое время суток персоналом профильного отделения.

6.33. При переводе больных в отделение анестезиологии-реанимации и из них в другие лечебные отделения запись с обоснованием перевода вносят в историю болезни.

6.34. При сочетании у пациента тяжелой соматической патологии и остро возникшего психического расстройства, что обуславливает его не-

посредственную опасность для себя и окружающих, ожидаемый существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния и соматической патологии последний подлежит мягкой фиксации в кровати с оформлением лечащим врачом соответствующей записи в истории болезни. При восстановлении сознания делается запись о прекращении фиксации.

6.35. При отсутствии в центре анестезиологии-реанимации штатного отделения (лаборатории) экспресс-диагностики целесообразно на базе отделения анестезиологии-реанимации развертывать нештатную лабораторию экспресс-диагностики. При этом контроль и обеспечение работы ее возлагается на начальника лабораторного отделения ВГ.

6.36. Отделение экспресс-диагностики центра или лаборатория экспресс-диагностики при отделении анестезиологии-реанимации обеспечивает проведение исследований у больных, нуждающихся в анестезиологической и реаниматологической помощи. В госпиталях, коечная емкость которых менее 600 коек, в вечернее время, а также по выходным и праздничным дням такая лаборатория может быть привлечена к обследованию и других urgentных больных.

6.37. Инструментальные и другие специальные исследования, необходимые при проведении интенсивной терапии, обеспечивают соответствующие штатные диагностические отделения и лаборатории лечебного учреждения.

6.38. При наступлении летального исхода у больного, лечившегося в отделении анестезиологии-реанимации более 12 ч, посмертный эпикриз составляет лечащий врач-анестезиолог-реаниматолог с обязательным участием врача профильного лечебного отделения (исходя из характера ведущей патологии). При поступлении больного в палату интенсивной терапии в порядке оказания неотложной помощи непосредственно из приемного отделения или других подразделений (отделений) и смерти его в ближайшие 12 ч, посмертный эпикриз составляют врачи профильного (исходя из характера ведущей патологии) отделения с обязательным участием врача-анестезиолога-реаниматолога.

6.39. Пациентам отделения анестезиологии-реанимации пользоваться средствами мобильной связи запрещено. Посещение больных родственниками возможно только с разрешения начальника отделения анестезиологии-реанимации.

Раздел 7. УЧЕТ И ОТЧЕТНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

7.1. В отделениях анестезиологии-реанимации ведут следующие документы медицинского учета и отчетности:

- 1) история болезни;
- 2) протокол предоперационного осмотра анестезиологом-реаниматологом;
- 3) карта анестезиологического обеспечения;
- 4) карта интенсивной терапии;
- 5) книга учета анестезий;
- 6) книга учета больных, поступивших в отделение анестезиологии-реанимации;
- 7) книга учета переливаний крови и кровезамещающих жидкостей (форма № 20);
- 8) книга учета крови, ее компонентов и препаратов (форма № 25);
- 9) книга учета наличия и движения материальных средств в подразделении (форма № 26);
- 10) книга учета лекарств, содержащих ядовитые и наркотические средства (форма № 49)

7.2. Начальник отделения анестезиологии-реанимации представляет отчет по команде в установленное время и по утвержденной форме в соответствии со схемой объяснительной записки ВГ.

7.3. Главные анестезиологи-реаниматологи округов, главного и центральных ВГ представляют отчеты по команде и в электронном виде главному анестезиологу-реаниматологу МО РФ.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА МО РФ

Главный анестезиолог-реаниматолог МО РФ подчиняется Начальнику ГВМУ МО РФ и тесно координирует свои действия с другими главными специалистами. Он отвечает за постоянное совершенствование системы оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в ВС РФ в мирное (военное) время и является прямым начальником для специалистов своего профиля. Его распоряжения и рекомендации по специальности обязательны для руководства ВМУ.

Он обязан:

- разрабатывать стратегию развития по своей специальности в ВС РФ на мирное и военное время;
- анализировать статистические показатели состояния здоровья военнослужащих, деятельность медицинских воинских частей и учреждений и на их основе готовить конкретные предложения по улучшению системы организации медицинского обеспечения, совершенствованию информационно-статистической работы по специальности;
- осуществлять методическое руководство деятельностью главных анестезиологов-реаниматологов главного и центральных ВГ, округов;
- контролировать внедрение во всех звеньях медицинской службы новых методов анестезии и интенсивной терапии, участвовать в работе комиссий по проверке деятельности медицинских служб округов, медицинских воинских частей и учреждений центрального подчинения;
- знать состояние и направления совершенствования медицинской науки и практики по специальности, осуществлять взаимодействие с главными медицинскими специалистами Министерства здравоохранения и социального развития РФ;
- консультировать наиболее тяжелых больных и готовить рекомендации по их дальнейшему лечению;
- участвовать в подготовке предложений по использованию военно-медицинских учреждений и специалистов для работы в условиях чрезвычайных ситуаций;
- осуществлять контроль за качеством оказания анестезиологической и реаниматологической помощи, разрабатывать критерии ее оценки, изучать дефекты в оказании медицинской помощи и готовить предложения по их предупреждению;

-
- готовить предложения по совершенствованию организационно-штатной структуры медицинских воинских частей и учреждений по специальности;
 - знать укомплектованность и уровень подготовки медицинских специалистов в округах и представлять предложения по их подбору, подготовке, усовершенствованию и рациональной расстановке; вносить коррективы в систему профессиональной подготовки по специальности;
 - представлять предложения по закупке и рациональному распределению медицинской техники и имущества;
 - разрабатывать проекты нормативных и методических документов, регламентирующих деятельность военного здравоохранения по специальности;
 - участвовать в определении тематики научных работ и контролировать их выполнение, а также рассматривать и рецензировать научные отчеты, диссертации, статьи, предложения на изобретения и рационализаторские работы;
 - вести научно-исследовательскую и учебно-педагогическую работу, участвовать в работе пленумов, научных конференций и учебно-методических сборов, научных обществ, съездов, симпозиумов.

Приложение 2

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ЦЕНТРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ – ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА (главного и центрального госпиталя)

Начальник центра анестезиологии-реанимации является главным (ведущим) специалистом госпиталя и непосредственно подчиняется командиру, по медицинским вопросам – начальнику медицинской части ВГ, по специальности – главному анестезиологу-реаниматологу МО РФ. Ему подчинены начальники отделений анестезиологии-реанимации, входящих в состав центра. Начальник центра несет ответственность за организацию и оказание анестезиологической и реаниматологической помощи в госпитале, за работу и состояние отделений, входящих в центр, а также за трудовую дисциплину сотрудников.

Он обязан:

- планировать и организовывать внедрение в практику работы госпиталя наиболее эффективных современных методов анестезии, реанимации и интенсивной терапии;
- оказывать методическую помощь начальникам приемного и лечебно-диагностических отделений в организации оказания неотложной помощи в госпитале;
- разрабатывать предложения командованию госпиталя по подбору и расстановке медицинских кадров по своей специальности;
- проводить обходы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, непосредственно участвовать в проведении общей анестезии и интенсивной терапии тяжело больным или в случаях, где можно прогнозировать технические сложности при осуществлении анестезиологического обеспечения;
- проводить консультации больных в отделениях госпиталя;
- организовывать консилиумы и участвовать в них;
- своевременно докладывать руководству госпиталя и вышестоящему медицинскому специалисту обо всех сложных и неясных в диагностическом отношении больных, дефектах в обследовании и лечении их, летальных исходах и осложнениях в отделениях;
- осуществлять контроль качества ведения в отделениях центра медицинской документации, рационального расходования лекарственных средств, использования медицинской аппаратуры;
- контролировать использование «реанимобиля» только по прямому назначению;

-
- осуществлять контроль за повышением профессионального уровня врачебного состава центра по анестезиологии и реаниматологии, лично проводить занятия по специальной подготовке;
 - руководить подготовкой и проведением клинических конференций в госпитале по своей специальности;
 - анализировать показатели работы отделений, подчиненных центру госпиталя, разрабатывать меры по ее улучшению;
 - выполнять экспертную работу;
 - организовывать военно-научную работу по своей специальности;
 - постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, участвовать в научных съездах и конференциях по специальности;
 - периодически проходить переподготовку по специальности в соответствии с действующим законодательством.

Приложение 3

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ЦЕНТРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ – ГЛАВНОГО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА (округа)

Главный анестезиолог-реаниматолог военного округа подчиняется начальнику медицинской службы округа, а по специальности – главному анестезиологу-реаниматологу МО РФ. Он отвечает за организацию и обеспечение анестезиологической и реаниматологической помощи в зоне своей ответственности и является прямым начальником для специалистов своего профиля. Его распоряжения и рекомендации по специальности обязательны для руководства ВМУ округа. Как начальник центра он является главным (ведущим) специалистом ВГ и непосредственно подчиняется командиру, по медицинским вопросам – начальнику медицинской части.

Он обязан:

- участвовать в планировании медицинской службой округа медицинского обеспечения, в частности оказания анестезиологической и реаниматологической помощи;
- принимать участие в подготовке, повышении квалификации и расстановке кадров по своей специальности, отбирать кандидатов для поступления в клиническую ординатуру;
- участвовать в рассмотрении заявок и подготовке плана снабжения медицинским имуществом, используемым в процессе анестезии и интенсивной терапии и распределении его по лечебным учреждениям;
- анализировать результаты анестезиологического обеспечения операций и интенсивной терапии в лечебных учреждениях округа;
- проводить анализ отчетов подчиненных лечебных учреждений об итогах работы центров (отделений) анестезиологии-реанимации, выявленных недостатках и предложениях по их устранению;
- безотлагательно сообщать главному анестезиологу-реаниматологу МО РФ о тяжелых осложнениях во время анестезии и интенсивной терапии, повлекших летальный исход или серьезные последствия для здоровья пациента;
- выполнять экспертную работу;
- планировать, организовывать, осуществлять военную научную деятельность, готовить и принимать участие в научно-практических конференциях врачей анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала;
- организовывать освоение анестезиологами-реаниматологами новых методов анестезиологического обеспечения операций и интенсивной терапии;

-
- проводить обходы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, непосредственно участвовать в проведении общей анестезии и интенсивной терапии тяжело больным или в случаях, где можно прогнозировать технические сложности при осуществлении анестезиологического обеспечения;
 - постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, участвовать в научных съездах и конференциях по специальности;
 - периодически проходить переподготовку по специальности.

Приложение 4

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ (центра анестезиологии- реанимации)

Начальник отделения анестезиологии-реанимации подчиняется непосредственно начальнику центра. Он несет ответственность за работу и состояние отделения в соответствии с общими функциональными обязанностями начальника лечебно-диагностического отделения, исправность наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратуры, трудовую дисциплину сотрудников.

Он обязан:

- обеспечить постоянную готовность отделения к оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи;
- делать обходы в палатах интенсивной терапии, а также готовить отделение к обходу начальника центра и ведущих специалистов госпиталя;
- контролировать правильность выбора метода анестезии и адекватность премедикации;
- организовать подготовку и анестезиологическое обеспечение операций, перевязок, родов, специальных диагностических исследований и лечебных процедур с использованием общей, сочетанной и регионарной анестезии;
- непосредственно участвовать в проведении анестезии и интенсивной терапии у наиболее тяжелобольных или в случаях, где можно прогнозировать технические сложности при осуществлении анестезиологического обеспечения;
- осуществлять клинические разборы проведенных анестезий, ведения больных, находящихся в палатах интенсивной терапии;
- обеспечить проведение интенсивной терапии больным, поступающим в отделение;
- оказывать систематическую помощь анестезиологам-реаниматологам в освоении специальных методов лечения и контроля, используемых при проведении анестезии и интенсивной терапии;
- организовать рациональное использование наркозно-дыхательных и контрольно-диагностических аппаратов, других технических и медикаментозных средств;
- контролировать соблюдение личным составом отделения правил эксплуатации используемой аппаратуры, выполнение требований техники безопасности, обеспечение мер санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;

-
- организовать учебу по повышению квалификации врачей анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов;
 - прибывать в отделение в нерабочее время (вечерние и ночные часы, выходные дни) по вызову дежурного врача;
 - осуществлять консультации в других отделениях и участвовать в консилиумах;
 - анализировать качественные показатели деятельности отделения, причины недостатков в работе и принимать меры по их устранению;
 - представлять начальнику центра отчет о работе отделения по установленной форме;
 - постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, участвовать в научных съездах и конференциях по специальности;
 - периодически проходить переподготовку по специальности в соответствии с действующим законодательством.

Приложение 5

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ (военного госпиталя)

Начальник отделения анестезиологии-реанимации подчиняется командиру, по медицинским вопросам – начальнику медицинской части ВГ, по специальности – главному анестезиологу-реаниматологу округа (главного и центральных госпиталей для филиалов). Он несет ответственность за работу и состояние отделения в соответствии с общими функциональными обязанностями начальника лечебно-диагностического отделения, исправность наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратуры, трудовую дисциплину сотрудников.

Начальник отделения анестезиологии-реанимации отдельного ВГ, определенного для других учреждений в качестве базового, может быть приказом начальника медицинской службы округа (командиром главного и центральных госпиталей) назначен ведущим нештатным специалистом в зоне ответственности.

Он обязан:

- обеспечить постоянную готовность отделения к оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи;
- делать обходы в палатах интенсивной терапии, а также готовить отделение к обходу ведущих специалистов госпиталя;
- контролировать правильность выбора метода анестезии и адекватность премедикации;
- организовать подготовку и анестезиологическое обеспечение операций, перевязок, родов, специальных диагностических исследований и лечебных процедур с использованием общей, сочетанной и регионарной анестезии;
- непосредственно участвовать в проведении анестезии и интенсивной терапии у наиболее тяжелобольных или в случаях, где можно прогнозировать технические сложности при осуществлении анестезиологического обеспечения;
- осуществлять клинические разборы проведенных анестезий, ведения больных, находящихся в палатах интенсивной терапии;
- обеспечить проведение интенсивной терапии больным, поступающим в отделение;
- организовать рациональное использование наркозно-дыхательных и контрольно-диагностических аппаратов, других технических и медикаментозных средств;
- контролировать соблюдение личным составом отделения правил эксплуатации используемой аппаратуры, выполнение требований техники

безопасности, обеспечение мер санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;

- организовать учебу по повышению квалификации врачей анестезиологов-реаниматологов и медицинских сестер-анестезистов;
- прибывать в отделение в нерабочее время (вечерние и ночные часы, выходные дни) по вызову дежурного врача;
- осуществлять консультации в других отделениях и участвовать в консилиумах;
- анализировать качественные показатели деятельности отделения, причины недостатков в работе и принимать меры по их устранению;
- представлять главному анестезиологу-реаниматологу округа (главного и центральных госпиталей) отчет о работе отделения по установленной форме;
- постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, участвовать в научных съездах и конференциях по специальности;

Как ведущий анестезиолог-реаниматолог в зоне ответственности он **обязан:**

- знать количество учреждений и воинских частей в гарнизоне и в зоне ответственности, их особенности и возможности медицинской службы по оказанию неотложной помощи при критических состояниях;
- иметь представление о возможных причинах и местах появления массовых санитарных потерь;
- принимать участие в организации системы оказания неотложной помощи при критических состояниях в зоне ответственности, проводить систематический анализ ее эффективности, предлагать пути ее совершенствования;
- информировать командование воинских частей и старших медицинских начальников о нерешенных вопросах по оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи;
- координировать работу врачей отделений (групп) анестезиологии-реанимации расположенных в зоне учреждений, оказывать им консультативную и практическую помощь в сложных случаях проведения анестезии и интенсивной терапии, анализировать осложнения и намечать пути их предупреждения;
- обеспечивать единство подходов и преемственность в оказании анестезиологической и реаниматологической помощи на разных этапах и в разных учреждениях;
- оценивать уровень профессиональной подготовленности анестезиологов-реаниматологов, врачей и среднего медицинского персонала медицинских пунктов воинских частей, содействовать повышению их квалификации;

-
- организовать взаимодействие с органами гражданского здравоохранения в вопросах оказания анестезиологической и реаниматологической помощи больным и пострадавшим в отдаленных гарнизонах;
 - изучать потребность и обеспеченность отделений анестезиологии-реанимации учреждений гарнизона медикаментозными и техническими средствами, составлять заявки в органы снабжения, перераспределять имущество в соответствии с фактической потребностью, контролировать целесообразность расходования средств;
 - поддерживать регулярную связь с главным анестезиологом-реаниматологом округа, на территории которого дислоцируется гарнизон, независимо от своей ведомственной принадлежности.

Приложение 6

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕГО ОРДИНАТОРА (ОРДИНАТОРА), СТАРШЕГО ВРАЧА (ВРАЧА)-СПЕЦИАЛИСТА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Старший ординатор (ординатор), старший врач (врач) специалист анестезиолог-реаниматолог непосредственно подчиняется начальнику отделения (старшему ординатору, старшему врачу) и проводит работу под его руководством в соответствии с функциональными обязанностями старшего ординатора (ординатора) лечебно-диагностического отделения.

Он обязан:

- проводить работу по обеспечению постоянной готовности отделения к оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи раненым и больным;
- оценивать состояние раненых и больных, достаточность их обследования перед операцией и качество подготовки к ней;
- осуществлять выбор метода анестезии и необходимых для нее средств с учетом состояния раненого и больного, особенности оперативного вмешательства или специального метода исследования;
- при затруднениях в выборе метода анестезии согласовывать вопрос с начальником отделения анестезиологии-реанимации;
- назначать необходимые контрольно-диагностические исследования, связанные с подготовкой больного к анестезии и операции;
- проводить общую анестезию, а также некоторые специальные методы местной анестезии (эпидуральную, спинальную, плексусную, стволую);
- знать и уметь применять современные (апробированные) методы и средства диагностики и лечения острых нарушений жизненно важных функций до, во время и после операции;
- контролировать работу медицинских сестер-анестезистов;
- проводить послеоперационную интенсивную терапию;
- обеспечивать и контролировать выполнение личным составом отделения правил эксплуатации наркозно-дыхательной и контрольно-диагностической аппаратуры, требований техники безопасности, санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;
- нести дежурства по учреждению в качестве анестезиолога-реаниматолога по утвержденному графику (дежурный анестезиолог-реаниматолог в отсутствие начальника отделения выполняет обязанности и пользуется правами последнего);
- по указанию начальника отделения выезжать в части и лечебные учреждения гарнизона для контроля готовности к оказанию неотложной и

реаниматологической помощи и проведения занятий с врачебным составом медицинской службы по отработке приемов и методов реанимации;

- постоянно повышать уровень своей профессиональной подготовки, участвовать в научных съездах и конференциях по специальности;
- периодически проходить переподготовку по специальности в соответствии с действующим законодательством.

Врачи, закрепленные за конкретным участком работы, руководят действиями соответствующего персонала (медицинские сестры-анестезисты, младшие медицинские сестры по уходу за больными), работающего на этом направлении.

Приложение 7

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СТАРШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

Старшая медицинская сестра подчиняется непосредственно начальнику отделения. Распоряжения старшей медицинской сестры отделения являются обязательными для среднего и младшего медицинского персонала отделения.

Старшая медицинская сестра несет ответственность за четкое и своевременное выполнение обязанностей, предусмотренных настоящими указаниями и правилами внутреннего распорядка лечебного учреждения; материальную ответственность за порученные ценности.

Она **обязана**:

- рационально обеспечивать и контролировать труд среднего и младшего медицинского персонала отделения;
- проводить работу со средним и младшим медицинским персоналом по обеспечению постоянной готовности отделения к оказанию анестезиологической и реаниматологической помощи;
- распределять медицинских сестер-анестезистов по бригадам анестезиологии-реанимации,
- составлять графики работы и отпусков медицинского персонала отделения, табель на заработную плату, оформлять листки нетрудоспособности сотрудников отделения;
- контролировать работу медицинских сестер-анестезистов отделения анестезиологии-реанимации;
- обеспечивать трудовую дисциплину, соблюдение правил внутреннего распорядка и техники безопасности средним и младшим медицинским персоналом, установленного санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима;
- составлять заявки на медикаменты и инструментарий, анестезиологическое оборудование, заверять их у начальника отделения, своевременно получать из аптеки и с медицинского склада медикаменты, инструментарий и т. д.; составлять списки на списание и участвовать в списании пришедшего в негодность инструментария и оборудования;
- осуществлять контроль за хранением, эксплуатацией и своевременным ремонтом оборудования и аппаратуры, рациональным расходом медикаментов;
- осуществлять получение, учет, хранение и контроль правильности расходования наркотических, сильнодействующих и ядовитых медикаментов;
- контролировать правильность проведения стерилизации инструментария и перевязочного материала;

-
- вести необходимую учетно-отчетную документацию;
 - систематически повышать свою профессиональную квалификацию и организовывать занятия по повышению профессиональной квалификации среднего и младшего медицинского персонала отделения, под руководством начальника отделения разрабатывать и обеспечивать выполнение планов повышения квалификации средних медицинских работников отделения и проведения сестринских конференций;
 - участвовать в работе медицинских сестер лечебного учреждения по усовершенствованию лечебного процесса;
 - при производственной необходимости привлекаться к анестезиологическому обеспечению хирургических вмешательств;
 - при необходимости проводить в соответствии со стандартом сердечно-легочную реанимацию;
 - проводить научно-исследовательскую работу по совершенствованию сестринского процесса при оказании анестезиологической и реаниматологической помощи;
 - соблюдать морально-правовые нормы профессионального общения.
 - Старшая медицинская сестра имеет право:
 - отдавать указания и распоряжения медицинским сестрам-анестезистам в соответствии с уровнем их компетенции и квалификации и контролировать их выполнение;
 - вносить предложения начальнику отделения о поощрениях и наложении взысканий на средний и младший медицинский персонал;
 - вносить предложения начальнику отделения по вопросам улучшения условий труда персонала;
 - получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей;
 - принимать решения в пределах своей компетенции;
 - принимать участие в работе совещаний, конференций, профессиональных медицинских ассоциаций, секций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к профессиональной компетенции;
 - повышать профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования, аттестовываться на присвоение квалификационной категории в установленном порядке.

Приложение 8

ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА

На должность медицинской сестры-анестезиста назначается специалист, соответствующий квалификационной характеристике по должности «медицинская сестра-анестезист», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 541н от 23 июля 2010 г.

Медицинская сестра-анестезист подчиняется непосредственно начальнику отделения анестезиологии-реанимации, врачу-анестезиологу-реаниматологу, в состав бригады которого она включена, и старшей медицинской сестре. Распоряжения медицинской сестры-анестезиста обязательны для младшего медицинского персонала отделения.

Медицинская сестра-анестезист **обязана:**

а) перед анестезией

– подготовить к работе наркозно-дыхательную и контрольно-диагностическую аппаратуру и другое специальное оборудование и следить за их исправностью;

– провести метрологическую проверку средств измерений;

– при обнаружении неисправности аппаратов или недостаточного снабжения кислородом и закисью азота немедленно доложить об этом врачу-анестезиологу-реаниматологу и старшей медицинской сестре;

– подготовить необходимые для анестезиологического обеспечения медикаментозные средства, шприцы, инфузионные растворы, системы для инфузионно-трансфузионной терапии;

– подготовить ларингоскопы, дыхательные маски, воздуховоды, набор эндотрахеальных трубок;

– вписать в карту анестезиологического обеспечения необходимые сведения о больном;

– уложить больного на операционный стол;

– установить доступ к периферической вене при отсутствии такового к центральной вене;

б) при проведении анестезии

– следить за состоянием больного, осуществляя непрерывный мониторинг за вентиляцией, оксигенацией и кровообращением;

– периодически (через 5 мин, а при необходимости и чаще) измерять артериальное давление и частоту пульса, уровень центрального венозного давления и другие параметры, характеризующие состояние больного;

– контролировать адекватность самостоятельного дыхания или ИВЛ и отмечать показатели в карте;

– регистрировать в карте анестезиологического обеспечения показания дозиметров аппаратов ингаляционной анестезии и ИВЛ, данные кардиомониторных систем и других контрольно-диагностических приборов, ширину зрачков;

– проводить под контролем врача инфузионную терапию;

– по указанию врача-анестезиолога-реаниматолога вводить лекарственные препараты и учитывать их расход во время проведения анестезии в карте анестезиологического обеспечения;

– измерять величину кровопотери и диурез;

в) после окончания анестезии:

– сопровождать больного при перемещении его в палату интенсивной терапии;

– при необходимости наблюдать за состоянием больного до полной стабилизации показателей основных жизненно важных функций организма;

– с разрешения врача-анестезиолога-реаниматолога передавать больного медицинской сестре палаты интенсивной терапии, при этом о передаче делать запись в анестезиологической карте;

– проводить комплекс мероприятий по дезинфекции и стерилизации наркозно-дыхательной аппаратуры;

– приводить в порядок анестезиологический столик и пополнять запас израсходованных медикаментов и других средств;

– регистрировать анестезиологическую карту в книге учета анестезий;

– вести учет расхода во время анестезии лекарственных средств.

В обязанности медицинской сестры-анестезиста также входит:

– при работе в операционной и перевязочной строгое соблюдение мер санитарно-гигиенического и бактериологического режима, требований охраны труда, техники безопасности, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения;

– соблюдение и обеспечение инфекционной безопасности пациента и медицинского персонала, требований асептики и антисептики;

– соблюдение морально-правовых норм профессионального общения, выполнение требований трудовой дисциплины;

– по указанию начальника отделения участие в дежурствах в палате интенсивной терапии.

Медицинская сестра-анестезист **имеет право:**

– получать информацию, необходимую для выполнения своих обязанностей;

– вносить предложения старшей медицинской сестре отделения по вопросам улучшения организации и условий своего труда;

-
- принимать участие в работе совещаний, конференций, профессиональных медицинских ассоциаций, секций, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к ее профессиональной компетенции;
 - повышать профессиональную квалификацию на курсах усовершенствования, аттестовываться на присвоение квалификационной категории в установленном порядке.

Приложение 9

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОДГОТОВКЕ МЕДСЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

В соответствии с требованиями специальности в области анестезиологии и реаниматологии медицинская сестра-анестезист должна владеть определенными знаниями и навыками.

1. Общие умения:

- анализировать сложившуюся ситуацию и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции и полномочий;
- владеть коммуникативными навыками общения;
- выполнять диагностические, лечебные, реанимационные, реабилитационные, профилактические, лечебно-оздоровительные, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительные мероприятия в соответствии со своей профессиональной компетенцией, полномочиями и врачебными назначениями;
- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при уходе за пациентами;
- владеть техникой сестринских манипуляций;
- оценить состояние и выделить ведущие синдромы и симптомы у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состояниях; оказать экстренную доврачебную помощь при неотложных состояниях;
- осуществлять и документировать основные этапы сестринского процесса при паллиативной сестринской помощи incurable больным;
- подготовить пациента к лабораторным, функциональным, инструментальным исследованиям;
- проводить занятия по лечебной гимнастике, владеть приемами массажа, использовать элементы психотерапии, оценивать эффективность проводимых мероприятий;
- соблюдать фармацевтический порядок получения, хранения и использования лекарственных средств;
- выполнять требования инфекционного контроля, инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала;
- проводить мероприятия по защите населения, больных, пострадавших и персонала службы медицины катастроф, медицинской службы гражданской обороны; оказывать доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях.

2. Специальные знания:

-
- знать наркозно-дыхательную и контрольно-диагностическую аппаратуру; инструментарий, используемый в анестезиологии и реанимации;
 - фармакологическое действие основных препаратов, используемых при проведении анестезии, правила их хранения, возможные осложнения, связанные с их применением;
 - особенности анестезиологического обеспечения экстренных хирургических операций у взрослых и детей;
 - инфузионно-трансфузионную терапию, парентеральное питание;
 - терминальные состояния;
 - основы сердечно-легочной реанимации, дыхательной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности;
 - реанимационные мероприятия при механической асфиксии, утоплении, электротравме;
 - общие принципы интенсивной терапии при различных патологических состояниях.

3. Специальные умения:

- подготовить аппаратуру для анестезии к работе, работать с аппаратурой;
- подготовить набор для интубации (ларингоскоп, интубационные трубки и пр.), подбор масок, носовых катетеров;
- подготовить наборы для пункции центральных вен, для регионарной, спинальной и эпидуральной анестезий;
- оценить эффективность премедикации;
- оценить восстановление мышечного тонуса по клиническим признакам;
- оценить адекватность самостоятельного дыхания больного;
- проводить прием Селлика;
- подготовить монитор к работе; подготовить дефибриллятор к работе;
- проводить измерение почасового диуреза;
- осуществлять венепункцию и катетеризацию периферических вен, уход за катетером;
- проводить аспирацию содержимого из трахеобронхиального дерева, лаваж трахеобронхиального дерева, уход за трахеостомой (техника), постуральный дренаж;
- подготовить растворы и системы для инфузионно-трансфузионной терапии;
- маркировать баллоны с медицинскими газами, определять количество кислорода, закиси азота в баллоне;
- ведение анестезиологическую карту и карту (лист) интенсивной терапии;

– проводить дезинфекцию и стерилизацию наркозно-дыхательной аппаратуры, анестезиологического инструментария.

4. Манипуляции:

– техника прямой ларингоскопии;
– определение дыхательного объема по вентилометру;
– техника экстубации;
– подсчет пульса и частоты сердечных сокращений, определение дефицита пульса, техника измерения артериального давления, определение пульсового давления;

– техника измерения центрального венозного давления — техника проведения пробы на индивидуальную совместимость и резус-совместимость, метод биологической пробы при переливании крови, скорость инфузии, кристаллоидов, коллоидов, белковых препаратов крови и ее компонентов;

– венепункция;

– метод восстановления проходимости дыхательных путей (искусственная вентиляция легких), туалет дыхательных путей с помощью отсосов, введение воздуховода, вентиляция методом «рот в воздуховод», вентиляция с помощью маски наркозного аппарата;

– техника наружного массажа сердца, сочетание наружного массажа с вентиляцией легких, оценка эффективности реанимации;

– определение пульса на сонной и бедренной артериях;

– оксигенотерапия, техника подачи кислорода через спирт;

– техника вибрационного массажа;

– техника трахеальной инсталляции;

– зондовое питание;

– техника введения назогастрального зонда;

– отбор крови для определения группы крови, резус-фактора, для коагулограммы, для клинических и биохимических исследований.

Приложение 10
КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ И МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И
ТЕРМИНОЛОГИЯ

Вид	Метод	Способ поддержания дыхания
Местная	Блокада поперечного сечения Внутривенная под жгутом Внутрикостная Внутриполостная Интраартикулярная Инфильтрационная Нейроаксиальная Плексусная Проводниковая Ретроплевральная Спинальная Терминальная Футлярная Эпидуральная (в том числе каудальная) Комбинированная (комбинация методов местной анестезии)	Спонтанное дыхание или ИВЛ через маску (лицевую, ларингеальную), эндотрахеальную трубку, трахеотомическую канюлю и т.д.
Общая	Ингаляционная Неингаляционная Комбинированная (комбинация методов общей анестезии)	
Сочетанная	Сочетание методов местной и общей анестезии	

Термин **«анестезия»** в буквальном понимании означает потерю чувствительности. В анестезиологии и реаниматологии его используют для определения состояния, искусственно вызванного фармакологическими средствами характеризующегося отсутствием болевых ощущений с одновременной потерей или сохранением других видов чувствительности у больного, подвергающегося оперативному лечению.

Если такое состояние достигают путем влияния средств общего действия на ЦНС с обратимой утратой сознания, его определяют термином **«общая анестезия»**. При местном выключении болевой чувствительности с помощью местных анестетиков, действующих на те или иные структуры периферической нервной системы, но при сохраненном сознании, состояние определяют терминами **«местная анестезия»** или **«местное обезболивание»**. В практической деятельности преимущественно пользуются первым из названных терминов, учитывая, что средства, которыми достигается эффект, называются местными анестетиками.

В зависимости от уровня и техники воздействия местными анестетиками на нервные элементы выделяют ряд методов местной анестезии: терминальную, инфильтрационную, проводниковую (стволовую), эпидуральную, спинальную, каудальную, внутрикостную и внутривенную под жгутом и т.д.

Для определения эффектов, достигаемых подведением раствора местного анестетика к нервным проводникам, с достаточным основанием используют еще один термин – **«блокада»** - выключение проводимости в конкретном нерве или сплетении нервов (бедренного нерва, плечевого сплетения, вагосимпатическая блокада и т.д.) при решении тех или иных задач вне связи с хирургической операцией.

Для определения состояния, характеризующегося потерей чувствительности под влиянием средств общего действия, используют термин **«общая анестезия»**, а не **«общее обезболивание»** или **«наркоз»**. Оба последних термина **неприемлемы!**, так как каждый из них определяет лишь один компонент анестезии, в то время как она обычно включает в себя помимо устранения болевых ощущений выключение сознания и другие компоненты (блокаду нейро-вегетативных реакций, миорелаксацию, ИВЛ, регуляцию кровообращения и т.д.). Анестезия, заключающая в себе большинство из упомянутых выше компонентов, называется **«многокомпонентной анестезией»**. Таким образом, в основу последнего термина заложено количество компонентов анестезии, а не число использованных для нее фармакологических средств.

Общую анестезию, обеспечиваемую только ингаляционными средствами, называют **«ингаляционной анестезией»**, а только неингаляционными средствами – **«неингаляционной анестезией»**.

«Комбинированная анестезия» – анестезия, достигаемая одновременным или последовательным применением разных ее методов, относящихся, однако, к одному виду анестезии (например, в рамках местной – эпидурально-спинальная, а общей – ингаляционная и неингаляционная).

О применении **«сочетанной анестезии»** говорят тогда, когда одновременно используют методы анестезии, принадлежащие к разным ее видам (местной и общей). Потенцирование местной анестезии препаратами общего действия без выключения сознания не является основанием для изменения названия вида анестезии.

При формулировке избранной анестезии врач-анестезиолог-реаниматолог определяет вид (местная, общая или сочетанная) и метод (например, проводниковая, эпидуральная, ингаляционная, неингаляционная, комбинированная и т.д.). Одновременно следует указать методику проведения анестезии. Характеристика методики по возможности должна предусматривать отражение наиболее принципиальных ее аспектов – чем будут достигнуты аналгезия и седация, какова техника введения препа-

ратов (инфильтрация тканей, внутривенно по целевой концентрации, ингаляционно по закрытому контуру и т.п.). При использовании общей и сочетанной анестезии целесообразно также отражать способ поддержания газообмена (с ИВЛ или при спонтанном дыхании, с помощью маски или эндотрахеальной трубки).

Примеры формулировок:

- местная инфильтрационная анестезия;
- эпидуральная анестезия на уровне L1;
- спинальная анестезия на уровне L1;
- местная комбинированная эпидурально-спинальная анестезия на уровне Th10-11;
- общая ингаляционная масочная анестезия севофлураном по закрытому контуру при спонтанном дыхании;
- общая ингаляционная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ;
- общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ;
- общая неингаляционная анестезия при спонтанном дыхании;
- сочетанная анестезия: эпидуральная и общая комбинированная с интубацией трахеи и ИВЛ.

Ряд методик, предполагающих использование конкретных препаратов, определенный порядок или технику их введения, известны по фамилиям внедривших их авторов (проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу) либо имеют свое конкретное название (нейролептаналгезия, атаралгезия и т.д.). В этих ситуациях подробная их характеристика необязательна.

Приложение 11
НУМЕРАЦИЯ ВИДОВ И МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИЙ (для ведения
учетно-отчетной документации)

- 1 – местная проводниковая (ПрА);
 - 2 – местная эпидуральная (ЭА), в т.ч. каудальная;
 - 3 – местная спинальная (СА);
 - 4 – местная комбинированная (МК) (ПрА+ЭА(1+2)); (ЭА+СА(2+3))
- и т.д.;
- 5 – местная другая;
 - 6 – общая ингаляционная (ОИ);
 - 7 – общая неингаляционная (ОН);
 - 8 – общая комбинированная (ОК) (ингаляционная + неингаляционная);
 - 9 – сочетанная (СочА) (местная + общая (2+8; 3+7 и т.д.));

Приложение 12

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

ВГ _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

Дата « ____ » _____ 201__ г. Время осмотра _____ Возраст _____ лет Вес _____ кг; Рост _____ см
 Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Предоперационный диагноз _____

Предстоящая операция _____

С историей болезни, результатами исследований ознакомился **Да / Нет**, причина - _____

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА: Активных жалоб не предъявляет Связаны с основным заболеванием

Дополнительно _____

ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

Аллергологический анамнез **отягощен / не отягощен** – лекарственные препараты (какие, реакция) _____

пищевые продукты _____ другое _____

Предыдущие анестезии **были**, их особенности _____ **не были**

Гемотрансфузии **проводились**, их особенности _____ **не проводились**

Табакокурение **да / нет**; злоупотребление алкоголем **да / нет**, особенности _____

Употребление наркотиков **да / нет**, особенности _____

Последний прием пищи за _____ часов до осмотра (при неотложном вмешательстве).

Сопутствующая патология _____

Дополнительные сведения _____

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние: **удовлетворительное** **средней степени тяжести** **тяжелое** **крайне тяжелое**

Уровень сознания: **ясное** **оглушение** **сопор** **Кома**

Телосложение **астеническое / нормостеническое / гиперстеническое**, _____

Поверхностные вены **выражены / не выражены**, их пункция **возможна / сомнительна / не возможна**

Кожа **обычной окраски / желтушная / бледная / акроцианоз**, в естественных складках **влажная / сухая**, тургор кожи **сохранен / снижен**, отеки **есть / нет / пастозность**. Слизистая полости рта, языка **влажная / сухая**.

Съемные зубные протезы **есть / нет**, строение ротоглотки по Маллампасти **I; II; III; IV** класс;

Варикозно расширенные вены **есть / нет**, риск тромбозмболических осложнений **низкий / умеренный / высокий**

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ: пульс _____ в мин; **ритмичный / аритмичный**; _____

АД _____ / _____ мм рт.ст.;

тоны сердца _____; сердечные шумы _____

Дополнительные сведения, особенности _____

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ: носовое дыхание **свободное / затруднено**; ЧД _____ в мин; при аускультации легких _____

_____ ; хрипы _____ ; проба Штанге _____ сек

Дополнительные сведения, особенности _____

СВЕДЕНИЯ ПО ДРУГИМ ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ _____

ОСОБЕННОСТИ результатов лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования _____

ПЛАНИРУЕМЫЙ ВИД И МЕТОД АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (подчеркнуть):

1 – местная проводниковая (ПрА); **2** – местная эпидуральная (ЭА); **3** – местная спинальная (СА); **4** – местная комбинированная (МК) (ПрА+ЭА(1+3), ЭА+СА(3+4), и т.д.); **5** – местная другая; **6** – общая ингаляционная (ОИ); **7** – общая неингаляционная (ОН); **8** – общая комбинированная (ОК) (ингаляционная + неингаляционная); **9** – сочетанная (СочА) (местная + общая (2+8; 3+7 и т.д.); _____

с интубацией трахеи / установкой ларингеальной маски и искусственной вентиляцией легких **да / нет**

ОБОСНОВАНИЕ, ПРЕДПОЛАГАЕМЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ДОПОЛНЕНИЯ _____

Риск (модиф. класс. ASA):	– по состоянию пациента	I	II	III	IV	V	
	– по объему вмешательства	1	2	3	4		План / Неотл

ПРЕМЕДИКАЦИЯ: накануне дня операции дата _____ ; время _____

в день операции дата _____ ; время _____

Указания по особенностям приема лекарственных препаратов пациентом _____

Указания по особенностям приема пищи и жидкости пациентом _____

Другие назначения _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ согласие **ПАЦИЕНТА** (его родственников) **ПОЛУЧЕНО / НЕ ПОЛУЧЕНО**

(фамилия, подпись пациента) _____ ; дата _____

Анестезиолог-реаниматолог (фамилия, подпись) _____

Приложение 13

ОЦЕНКА РИСКА АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ

Оценка риска анестезии представляет собой формализованный врачебный прогноз неблагоприятного непосредственного исхода операции и анестезии у конкретного пациента. Целью оценки риска являются определение тактики врача-анестезиолога-реаниматолога в зависимости от состояния пациента для повышения безопасности операции и анестезии, а также облегчение анализа деятельности врача-анестезиолога-реаниматолога и подразделения, оказывающего анестезиологическую помощь.

Риск анестезии оценивается по соматическому состоянию пациента, объему и характеру предстоящего оперативного вмешательства в баллах.

Оценка **соматического состояния** больного:

– пациенты в удовлетворительном состоянии, у которых заболевание локализовано и не вызывает системных расстройств (практически здоровые) – **I балл**;

– пациенты в состоянии средней степени тяжести с системным заболеванием без выраженных сдвигов гомеостаза и нарушения функций – **II балла**;

– пациенты в тяжелом состоянии с системным некомпенсированным заболеванием – **III балла**;

– пациенты в крайне тяжелом состоянии с некомпенсированным системным заболеванием, представляющим постоянную угрозу для жизни – **IV балла**;

– пациенты в терминальном состоянии с высоким риском летального исхода в течение суток вне зависимости от операции – **V баллов**.

Оценка **объема и характера** оперативного вмешательства:

– операции небольшого объема на поверхности тела и органах брюшной полости: удаление поверхностно расположенных и локализованных опухолей; вскрытие небольших гнойников; ампутация пальцев кистей и стоп; перевязка и удаление геморроидальных узлов; неосложненная аппендэктомия и грыжесечение; пластика периферических нервов; выскабливание эндометрия; ангиография и эндовазальное вмешательство; другие аналогичные по сложности и объему вмешательства – **I балл**;

– операции средней тяжести: удаление поверхностно расположенных злокачественных опухолей, требующих расширенного вмешательства; вскрытие гнойников, располагающихся в полостях; ампутация сегментов верхних и нижних конечностей; операции на периферических сосудах; осложненные аппендэктомии и грыжесечения, требующие расширенного вмешательства; пробные торакотомии и лапаротомии; диагностические лапароскопии и торакоскопии; лапароскопические и лапаротомические

холецистэктомии, спленэктомии, ушивание язв полых органов; выведение стом толстой кишки; операции на яичниках, маточных трубах; вскрытие гнойников, располагающихся в интракраниальном и интравентриальном пространстве; неосложненные дискэктомии; пластика дефектов черепа; эндоскопическое удаление гематом; другие аналогичные по сложности и объему вмешательства – **2 балла**;

– обширные хирургические вмешательства: радикальные операции на органах брюшной полости (кроме перечисленных выше); радикальные операции на органах грудной полости; расширенные ампутации конечностей; операции на головном и спинном мозге по поводу объемных образований (конвекситально расположенные опухоли); стабилизирующие операции на грудном и поясничном отделах позвоночника торакотомным и люмботомическим доступами, ликворошунтирующие вмешательства, трансфеноидальное удаление аденом гипофиза и т.п. – **3 балла**;

– операции на сердце, крупных сосудах и другие сложные вмешательства, производимые в особых условиях - искусственное кровообращение, гипотермия и прочее; операции на головном мозге при локализации патологического процесса в задней черепной яме (стволовая и парастволовая локализация), основании черепа, при больших размерах объемного образования, сопровождающиеся дислокационными явлениями, вмешательства при патологии сосудов головного мозга (клипирование артериальных аневризм), симультанные оперативные вмешательства (голова и грудь) и т.п. – **4 балла**.

Запись о риске анестезии в медицинской документации осуществляется следующим образом: в числителе указывается оценка соматического состояния больного в баллах, в знаменателе – оценка объема и характера оперативного вмешательства в баллах, при выполнении операции по экстренным показаниям запись дополняется буквой «Э» (например, риск II/3 и III/3Э).

Приложение 14
СТАНДАРТ МИНИМАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ
АНЕСТЕЗИИ (директива начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от
24.02.1997 г.)

Показатели	Реализация
Нахождение анестезиолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с больным	Постоянно
Измерение АД и частоты сердечных сокращений	Не реже, чем через 5 мин
Электрокардиоскопический контроль	Непрерывно
Мониторинг оксигенации, вентиляции и кровообращения (клиническая картина, пульсоксиметрия, капнография, волюмоспирометрия и пр.)	Непрерывно
Контроль герметичности дыхательного контура при ИВЛ	Непрерывно
Контроль концентрации кислорода в дыхательной смеси	Непрерывно
Измерение температуры тела	При необходимости
Диурез	При необходимости

Примечание. 1. Категорически запрещается проводить анестезию одним анестезиологом-реаниматологом одновременно на двух и более операционных столах. 2. Контроль за соблюдением стандарта возлагается на начальников ВГ.

Приложение 15
СТАНДАРТ МИНИМАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ВО ВРЕМЯ
РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ (директива
начальника ГВМУ МО РФ № 161/ДМ-2 от 24.02.1997 г.)

Показатели	Реализация
Нахождение анестезиолога или медицинской сестры-анестезиста рядом с больным	Постоянно
Измерение АД, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания	Не реже 1 раза в час
Электрокардиоскопический контроль	Непрерывно
Мониторинг оксигенации, вентиляции и кровообращения (клиническая картина, пульсоксиметрия, капнография, волюмоспирометрия и пр.)	Непрерывно
Контроль герметичности дыхательного контура при ИВЛ	Непрерывно
Контроль давления в дыхательном контуре при ИВЛ	Непрерывно
Контроль концентрации кислорода в дыхательной смеси	Непрерывно
Измерение температуры тела	Не реже 4 раз в сутки
Диурез	Каждый час

Приложение 16

КАРТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

ВГ _____

КАРТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ № _____ к истории болезни № _____

Непереносимость препаратов:	Дата _____ Отделение _____	Риск: по состоянию I II III IV V по объему операции 1 2 3 4	Неотложная Плановая
ФИО _____	Возраст _____ лет, Рост _____ см, Вес _____ кг	Венозный доступ периферический / центральный	
Диагноз: _____	Операция: _____	Интубационная трубка (ларингеальная маска) № _____	
		Наркозно-дыхательный аппарат _____	
		Аппарат мониторинга _____	
		Назогастральный зонд да / нет	
		Другое _____	
Время			Итого
Средства анестезии			
O ₂ , л/мин	Исходное состояние		
Анестетики: N ₂ O, л/мин			
Анальгетики: фентанил			
Миорелаксанты:			
Другие:			
Антибиотики:			
Параметры дыхания (ИВЛ)	FiO ₂ , %		
	f, в мин		
	V _i , мл		
	SatO ₂		
	PetCO ₂ , мм Hg		
↓ интубация трахеи (__ час, __ мин)	200		
↑ экстубация трахеи (__ час, __ мин)	190		
	180		
	170		
	160		
	150		
	140		
	130		
	120		
▼ ▲ АД	110		
● Пульс	100		
	90		
	80		
↓ начало операции (__ час, __ мин)	75		
	70		
	60		
↑ конец операции (__ час, __ мин)	50		
	40		
	30		
	0		
Кристаллоидные р-ры			
Коллоидные р-ры			
Кровопотеря			
Диурез			

ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИИ

Анестезия (подчеркнуть): 1 – местная проводниковая (ПрА); 2 – местная эпидуральная (ЭА); 3 – местная спинальная (СА); 4 – местная комбинированная (МК) (ПрА+ЭА(1+3), ЭА+СА(3+4), и т.д.); 5 – местная другая; 6 – общая ингаляционная (ОИ); 7 – общая неингаляционная (ОН); 8 – общая комбинированная (ОК) (ингаляционная + неингаляционная); 9 – сочетанная (СочА) (местная + общая (2+8; 3+7 и т.д.))

с ИВЛ да / нет

Особенности премедикации и введения в анестезию _____

Особенности течения анестезии и операции, выхода из анестезии: _____

Декураризация: Да / Нет. Экстубация трахеи: Да, через _____ мин после операции / Нет.

Восстановление сознания через _____ мин после окончания операции.

Длительность: операции _____ мин, длительность анестезии _____ мин

Состояние пациента на момент передачи: время _____ пульс _____ в мин; АД _____ / _____ мм Нг.

Дыхание: **самостоятельное, ВспВЛ, ИВЛ**; ЧД в мин: _____ SatO₂, % _____

Уровень сознания: **ясное, поверхностный сон, глубокий медикаментозный сон**

продуктивному контакту пациент **доступен / не доступен**

прочее _____

Пациент передан под наблюдение в _____ отделение (**врачу, медицинской сестре**):
(фамилия, подпись)

Примечание: _____

Использованные наркотические (гр. А) средства во время анестезии:

Наименование	Серия	Доза/ампул	Подпись врача А-Р	Подпись м/с-а

Анестезиолог-реаниматолог _____ (фамилия, подпись)

Медицинская сестра-анестезист _____ фамилия, подпись)

Мониторинг ИВЛ (регистрирует м/с-а по указанию врача)																												
Аппарат ИВЛ																												
Метод и режим вентиляции		1 – CMV; 2 – AssCMV VC; 3 – AssCMV PC; 4 – SIMV VC, 4a – SIMV PC, 5 – PS; 6 – SIMV VC+PS; 6a – SIMV PC+PS; 7 – СПОНТ; 8 – CPAP; 9 – BiCPAP (S/T); 10 – PAV/T; 11 – прочие _____																										
Время		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8			
$f_{\text{ап.}}$, частота дыханий аппарата																												
$f_{\text{общ.}}$, частота дыханий общая																												
$V_{\text{и}}$, минутный объем аппарата																												
$V_{\text{е}}$, минутный объем выдоха, л/мин																												
FiO_2 , концентр. O_2 на вдохе, %																												
P_{max} , давление максим., см вод.ст.																												
P_{plato} , давление плато																												
PEEP, давление в конце выдоха																												
P_{etCO_2} , конц. CO_2 в конце выдоха																												
$SatO_2$, %																												
PressS, уровень подд. давлением																												
Мониторинг _____ (регистрирует м/с-а по указанию врача)																												
Мониторинг _____ (регистрирует м/с-а по указанию врача)																												
Назначение лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования																												
																				Дата исследования				Примеч.				

Анестезиолог-реаниматолог: _____

Медицинска сестра-анестезист: _____

Приложение 18

СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР

с _____

(нач. ОАР, нач. профильных отделений, врачами ВЛТУ)

Пациент (ФИО) _____ сутки в

ОАР _____

Сознание: **ясное, оглушение поверхностное, оглушение глубокое, сопор, кома умеренная, кома глубокая, кома запредельная, медикаментозная седация, стадия выхода из комы** _____Поведенческие реакции: **нет / есть (адекватные, не адекватные, ориентирован, дезориентирован)**, психомоторное возбуждение **есть / нет**. Медикаментозная седация _____ в дозе _____Кожа **обычной окраски / желтушная / бледная / акроцианоз, теплая / холодная**, в естественных складках **влажная / сухая**, тургор кожи **сохранен / снижен**, периферические отеки **есть / нет / пастозность**. Слизистая языка, полости рта **влажная / сухая** _____Гемодинамика **устойчивая / неустойчивая** (тенденция к **гипотонии / гипертонии**). Проводится инотропная поддержка **дофамином / адреналином** в дозе _____ мкг/кг/мин. За время наблюдения: АД от _____ до _____ мм рт.ст. Пульс от _____ до _____ в 1 мин, **ритмичный, аритмичный, удовлетворительного / слабого** наполнения. ЦВД от _____ до _____ см H₂O. Гемоглобин _____ г/л, эритроциты _____ x10¹²/л гематокрит ____ При ЭКГ исследовании от « _____ » _____ 201_г. _____Т.о. по системе кровообращения за сутки отмечается **отрицательная / без динамики / положительная** динамика, а именно _____

что потребовало _____

Дыхание самостоятельное **да / нет**, ЧД от _____ до _____ в мин (через **естественные дыхательные пути, интубационную трубку, трахеостомическую трубку**), **без / с** инсуффляцией увлажненного кислорода.Проводится **да / нет** респираторная поддержка в режиме _____ с параметрами: ЧД апп./общ. _____ / _____ в 1 мин, ПДКВ _____ см H₂O, FiO₂ _____ %, Preak _____ смH₂O, _____Аускультативно: **везикулярное / жесткое, ослаблено в _____** Хрипы: **нет / есть (сухие влажные)**; кашлевой рефлекс **сохранен / нет**; мокрота **обильная / скудная**, по характеру **слизистая / слизисто-гнойная / гнойная**.Характер нарушения системы дыхания: **вентиляционный / паренхиматозный / смешанный**. SatO₂ _____ %, PaO₂ _____ mmHg, PaCO₂ _____ mmHg, PvO₂ _____ mmHg, PvCO₂ _____ mmHg. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки от « _____ » _____ 201_г. _____Т.о. по системе дыхания за сутки отмечается **отрицательная / без динамики / положительная** динамика, а именно _____

что потребовало _____

Живот **мягкий / напряжен / вздут / безболезненный / болезненный**, _____Шумы перистальтики отчетливые, вялые, не выслушиваются. Газы **отходят / не отходят**, стул **был / нет оформленный, жидкий**, (кол-во) _____ раз, общим объемом до _____ мл. Энтеральное питание **не проводится / проводится** (чем?) _____ в объеме _____ мл через зонд (**желудочный, кишечный**) / через гастростому / через рот. Отделяемое по дренажам: 1) _____ мл характер: _____ 2) _____ мл характер: _____ 3) _____ мл характер: _____ Отделяемое по зонду _____ мл характер: _____Т.о. по системе пищеварения за сутки отмечается **отрицательная / без динамики / положительная** динамика, а именно _____

что потребовало _____

Приложение 19

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

за период с _____ по _____

Количество врачей по штату – Количество врачей фактически –	ВСЕГО АНЕСТЕЗИЙ	ЧАСОВ АНЕС- ТЕЗИИ (сумма)	ЧАСОВ АНЕС- ТЕЗИИ (ср. значение)	ЧАСОВ ИВЛ (ср. значение)	РИСК ПО СОСТОЯНИЮ	РИСК ПО ОБЪЕМУ	ОСЛОЖНЕНИЯ С ОСТАТОЧНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ	ОСЛОЖНЕНИЯ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ
	[n]	[чч:мм:сс]	[чч:мм]	[чч:мм]	[М]	[М]	[n]	[n]
Плановые анестезии								
Терминальная								
Проводниковая								
Плексусная								
Эпидуральная								
Спинальная								
Кaudальная								
Внутривенная под жгутом								
Внутрикостная								
Комбинированная из числа МА								
Ингаляционная								
Неингаляционная								
Комбинированная из числа ОА								
Сочетанная								
ИТОГО: Плановые								
Экстренные анестезии								
Терминальная								
Проводниковая								
Плексусная								
Эпидуральная								
Спинальная								
Кaudальная								
Внутривенная под жгутом								
Внутрикостная								
Комбинированная из числа МА								
Ингаляционная								
Неингаляционная								
Комбинированная из числа ОА								
Сочетанная								
ИТОГО: Экстренные								
ВСЕГО:								

Критерии, учитываемые при оценке количества и качества анестезиологической помощи

1. Число часов анестезии (на одну штатную / одну занимаемую должность)		
2. Число экстренных анестезий (общее количество / процент от всех)		
3. Риск анестезии по состоянию (общее количество баллов / средний балл)		
4. Риск анестезии по объему (общее количество баллов / средний балл)		
5. Количество осложнений (с остаточными явлениями / с летальным исходом)		

Приложение 20

РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

за период с _____ по _____

Количество врачей по штату – Количество врачей фактически –	РАНЕ- НИЯ	ПР. ТРАВМЫ	ТЕРМ. ПОВР.	ОТРАВ- ЛЕНИЯ	ХИР. ЗАБОЛ.	ТЕР. ЗАБОЛ.	ИНФ. ЗАБОЛ.	ВСЕГО
ЛЕЧИЛОСЬ В ОАРИТ								
Тяжесть состояния при поступл. (ср. балл)								
Длит. пребывания б-го на койке (ср. к/д)								
ПУТЬ ПОСТУПЛЕНИЯ:								
Из другого учреждения								
Из операционной								
Из приемного отделения								
Из профильного отделения								
По скорой помощи								
УМЕРЛО В ОАРИТ								
ПРИЧИНА СМЕРТИ:								
Шок								
Кровопотеря								
Сердечно-сосудистая недостаточность								
Дыхательная недостаточность								
Травма мозга, кома								
Интоксикация								
Почечно-печеночная недостаточность								
Сочетание различных причин								
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:								
ИВЛ (ВИВЛ): – больных								
ИВЛ (ВИВЛ): – часов								
– менее 1 суток								
– 1-5 суток								
– более 5 суток								
Эпидуральная анальгезия: – больных								
Эпидуральная анальгезия: – случаев								
ЭК-стимуляция, кардиоверсия: – больных								
ЭК-стимуляция, кардиоверсия: – случаев								
Эффер. методы детоксикации: – больных								
Эффер. методы детоксикации: – сеансов								
ГБО: – больных								
ГБО: – сеансов								
Инф. терап. с катетериз. сосудов: – больных								
Инф. терап. с катетериз. сосудов: – случаев								
Перелив. крови и компонентов: – больных								
Перелив. крови и компонентов: – литров								
Полное парант. питание: – больных								
Полное парант. питание: – суток								

Критерии, учитываемые при оценке количества и качества реаниматологической помощи

1. Число пролеченных больных (на 1 штатную должн. // на 1 заним. должн.)		
2. Тяжесть состояния больных (общее количество баллов // средний балл)		
3. Койко-день (общее количество дней // средний койко-день)		
4. Летальность в ОРИТ (общее число лечившихся // процент умерших)		
5. Коэф. применения разл. методов лечения (всего методов // за 1 сутки)		

Приложение 21

КНИГА УЧЕТА АНЕСТЕЗИЙ

(вариант)

№ п/п	Фамилия и инициалы, категория, № ист. болезни, из какого отделения	Диаг-ноз	Возраст (лет), вес (кг)	Операция (1), перевязка (2), дата	Вид и метод анестезии, основные препараты	Продол-жительность ИВЛ, (мин)	Плановая (1), Экстрен-ная (2)	Длитель-ность анесте-зии, мин	Риск (модиф. классификация ASA)			Осложнения анестезии			Подпись врача-анестезиолога, м/с-анес-тезиста
									по сос-то-янию	по объему операции	с	с	с	с	
1	2 ¹	3	4	5	6 ²	7	8	9	10	11	12 ³	13 ³	14		

¹ **Графа 2. Из какого отделения (указать соответствующий индекс):** 1 – хирургическое, 2 – травматологическое, 3 – нейрохирургическое, 4 – урологическое, 5 – гинекологическое, 6 – ЛОР, 7 – ЧЛХ, 8 – офтальмологическое, 9 – неврологическое, 10 – пульмонологическое, 11 – гастроэнтерологическое, 12 – эндокринологическое, 13 – кардиологическое, 14 – другое

² **Графа 6. Вид и метод анестезии (указать соответствующий индекс):** 1 – местная проводниковая (Пра); 2 – местная эпидуральная (ЭА); 3 – местная спинальная (СА); 4 – местная комбинированная (МК) (Пра+ЭА(1+3), ЭА+СА(3+4), и т.д.); 5 – местная другая; 6 – общая ингаляционная (ОИ); 7 – общая неингаляционная (ОН); 8 – общая комбинированная (ОК) (ингаляционная + неингаляционная); 9 – сочетанная (СочА) (местная + общая (2+8; 3+7 и т.д.))

³ **Графа 12 и 13. Осложнения с выраженными остаточными явлениями или с летальным исходом (указать соответствующий индекс):** 1 – травма пищевода; 2 – травма трахеи; 3 – разрыв легкого; 4 – аспирационный синдром с развитием пневмонии; 5 – пневмоторакс, гемоторакс, гидроторакс; 6 – воздушная эмболия; 7 – ОНМК; 8 – острый инфаркт миокарда; 9 – острая сердечно-сосудистая недостаточность; 10 – остановка сердца; 11 – осложнения при катетеризации эпидурального пространства (нарушение спинального кровообращения; гнойный эпидурит); 12 – прочие: _____

Приложение 22

КНИГА УЧЕТА БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ

(в а р и а н т)

№ п/п, дата, время поступ ления	Фамилия, инициалы, № ист.болез- ни, какого контингента,	Возраст (лет), вес (кг)	Откуда поступи- л	Профиль пациента	Диагноз	Тяжесть состояния по модиф. класс. ASA (I - V)	Используй- мые методы ИТ и реанимации	Койко- день лечения	Осложне- ния перио- да лече- ния	Исход: дата, время и место перевода ⁵ (в сл. смерти указать причину ⁶)	Подпись врача и медсестры, прини- мавших пациента
1	2	3	4 ¹	5 ²	6	7	8 ³	9	10 ⁴	11 ^{5,6}	12

¹ Графа 4. Откуда поступил пациент (указать соответствующий индекс или индекс с восклицательным знаком в случае, если пациент поступил в состоянии клинической смерти): 1 – из приемного отделения, 2 – из операционной, 3 – из профильного отделения (в скобках указать какого), 4 – из профильного отделения повторно (в скобках указать какого), 5 – из другого учреждения (в скобках указать какого).

² Графа 5. Профиль пациента (указать соответствующий индекс): 1 – хирургические болезни, 2 – терапевтические болезни, 3 – инфекционные болезни, 4 – ранения, 5 – термические повреждения, 6 – прочие травмы, 7 – острые отравления.

³ Графа 8. Используемые методы ИТ и реанимации (указать соответствующие индексы, разделить их запятой): 1 – эпидуральная аналгезия, 2 – ИВЛ/ВИБЛ (в скобках указать количество часов), 3 – инфузионная терапия с катетеризацией магистральных сосудов, 4 – переливание крови (мл), 5 – гемодиализ, 6 – гемосорбция, 7 – плазмасорбция, 8 – ГБО, 9 – полное парентеральное питание (указать продолжительность, сут.), 10 – электрокардиостимуляция, 11 – прочие (указать методы)

⁴ Графа 10. Осложнения периода лечения (указать соответствующие индексы, разделить их запятой): 1 – нозокомиальная пневмония, 2 – вентилятор-ассоциированная пневмония, 3 – сепсис, 4 – септический шок, 5 – ТЭЛА, 6 – ДВС, 7 – острое повреждение легких, 8 – ОРДС, 9 – психоз, делирий.

⁵ Графа 11. Место перевода (указать соответствующий индекс): 1 – хирургическое, 2 – травматологическое, 3 – нейрохирургическое, 4 – урологическое, 5 – гинекологическое, 6 – ЛОР, 7 – ЧЛХ, 8 – офтальмологическое, 9 – неврологическое, 10 – пульмонологическое, 11 – гастроэнтерологическое, 12 – эндокринологическое, 13 – кардиологическое, 14 – другое.

⁶ Графа 11. Причины летального исхода (указать соответствующий индекс): 1 – шок; 2 – кровопотеря; 3 – сердечно-сосудистая недостаточность; 4 – дыхательная недостаточность; 5 – травма мозга, кома; 6 – интоксикация; 7 – печеночно-почечная недостаточность; 8 – прочие; 9 – сочетание различных причин

Приложение 23

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ТАБЕЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ГРУППЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РОТЫ БРИГАДЫ (приказ НГВМУ №77 от 12 июля 2011 года)

Современное комплектно-табельное оснащение группы составляют комплекты КАН (для операционной) и КПШ (для противошоковой), расходное медицинское имущество, полевой перевязочный стол, инструментальный столик анестезиолога, флаконодержатели, подставки под носилки, носилки, унифицированные стойки, умывальник, посуда для питания раненых, кровезамещающие жидкости, медикаменты, антибиотики, антидоты, перевязочный материал.

Комплект анестезиологический КАН

Код КВТ МО Т2 25 0484 Л

Предназначен для оснащения отделений (групп) анестезиологии-реанимации медицинских рот бригад, медицинских отрядов специального назначения, отдельных медицинских отрядов соединений ВДВ, кораблей и судов ВМФ.

Рассчитан на обеспечение врача-анестезиолога-реаниматолога и двух медицинских сестер-анестезистов предметами, необходимыми для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Обеспечивает общую анестезию и интенсивную терапию раненых и больных при оказании квалифицированной медицинской помощи, в том числе искусственную вентиляцию легких, измерение артериального давления и проведение других медицинских мероприятий.

Список	Наименование медицинского имущества	Код КВТ	Единица измерения		Количество
			Наименование	Код	
	ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА И ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ЛЕЙКОПЛАСТЫРИ	Т2 Г1 0000 Б			
	Иглы атравматические с нитью нерассасывающейся	Т2 Г1 Х950 5			
1	Игла атравматическая с нитью из полимерных материалов 1/2-30×3,5 (0) 75 см	Т2 Г1 1631 Э	шт.	796	10
	МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДМЕТЫ РАСХОДНЫЕ	Т2 Г2 0000 2			
1	Зонд желудочный № 27, 30 одно-	Т2 Г2 0072 Ш	шт.	796	20

	кратного применения				
1	Катетер периферический (флексюля) с дополнительным портом и крыльшками №16 (1,8 x 45 мм)	T2 Г2 0623 2	шт.	796	10
1	Катетер периферический (флексюля) с дополнительным портом и крыльшками № 18G (1,3×45 мм)	T2 Г2 0625 К	шт.	796	10
1	Катетер-дренаж типа Фолея двухканальный № 15, 17, 19, 21, 23	T2 Г2 0651 7	шт.	796	20
1	Катетеры эндотрахеальные полимерные по Шарьеру № 4, 6, 9,12, 16, 18	T2 Г2 0741 6	компл.	839	1
2	Маска ларингеальная № 4, 5 типа PORTEX	T2 Г2 0883 0	шт.	796	2
1	Маска лицевая прозрачная	T2 Г2 0885 6	шт.	796	2
1	Мочеприемник разового применения	T2 Г2 0888 П	шт.	796	40
2	Набор для катетеризации подключичной вены типа VIBRAUN (катетер венозный одноканальный рентгеноконтрастный, расширитель (дилататор), игла для пункции центральных вен, шприц "Луер" 10 мл с иглой "Луер", металлический J-проводник в разматывающемся устройстве, две заглушки инъекционные "Луер", зажим-фиксатор)	T2 Г2 0903 6	набор	704	10
1	Перчатки хирургические № 7-8	T2 Г2 1071 Ф	пара	715	50
	ВРАЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ, АППАРАТЫ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ	T2 31 0000 5			
2	Дефибриллятор импульсный типа PRIMEDIC DEFI-B "METRAX"	T2 31 0781 0	шт.	796	1
1	Иглодержатель общехирургический легированный, длиной 160 мм	T2 31 1911 5	шт.	796	1
1	Ножницы для стрижки волос прямые, длиной 175 мм	T2 31 3691 Ж	шт.	796	1
1	Ножницы с одним острым концом прямые, длиной 140 мм	T2 31 3823 Ю	шт.	796	1
2	Отсасыватель хирургический малогабаритный типа "Армед 7А-23В"	T2 31 3931 Ц	шт.	796	1
1	Пинцет пластинчатый анатомиче-	T2 31 4281 Ф	шт.	796	1

	ский общего назначения длиной 150 мм				
1	Роторасширитель с кремальерой большой	T2 31 5001 1	шт.	796	1
1	Тазик почкообразный	T2 31 5411 P	шт.	796	4
1	Шприц для промывания полостей вместимостью 150 мл	T2 31 6081 T	шт.	796	2
1	Языкодержатель для взрослых	T2 31 6571 Б	шт.	796	1
	АППАРАТЫ И ПРИБОРЫ ДЛЯ ОБЩЕЙ АНАЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	T2 34 0000И			
	Аппараты, приборы, оборудование, принадлежности и инструменты для наркоза, искусственного дыхания и реанимации	T2 34 X010 Ж			
2	Аппарат для ингаляционного наркоза с электроприводом типа "МК-1" с испарителем	T2 34 0163 Е	компл.	839	1
2	Аппарат искусственной вентиляции легких с ручным приводом (мешок амбу типа PORTEX) ShineBell (многократного применения)	T2 34 0142 Ш	компл.	839	1
2	Ларингоскоп анестезиологический универсальный для взрослых	T2 34 0221 Д	компл.	839	1
2	Проводник-мандрен для эндотрахеальных трубок, одноканальный	T2 34 0261 5	шт.	796	1
2	Пульсоксиметр портативный типа "Кардекс"	T2 34 0424 Г	шт.	796	1
2	Кардиомонитор типа "МПР 5-02 Тритон"	T2 34 0431 Н	компл.	839	1
	Принадлежности для наркоза и искусственного дыхания				
1	Воздуховод ротовой № 2	T2 Г2 0102 С	шт.	796	2
1	Воздуховод ротовой № 3	T2 Г2 0103 Ю	шт.	796	2
1	Трубка трахеостомическая № 8	T2 Г2 1421 Ж	шт.	796	1
1	Трубка трахеостомическая № 8,5	T2 Г2 1423 Ю	шт.	796	1
1	Трубка трахеостомическая № 9	T2 Г2 1425 Б	шт.	796	1
1	Трубка эндотрахеальная с манжеткой, однократного применения, для введения через рот, стерильная, из полимерных материалов № 7	T2 Г2 1295 Б	шт.	796	5

1	Трубка эндотрахеальная с манжеткой, однократного применения, для введения через рот, стерильная, из полимерных материалов № 8	T2 Г2 1296 Л	шт.	796	5
1	Трубка эндотрахеальная с манжеткой, однократного применения, для введения через рот, стерильная, из полимерных материалов № 9	T2 Г2 1297 Ф	шт.	796	5
	АППАРАТЫ И ПРИБОРЫ ДЛЯ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	T2 45 0000 С			
	Аппараты, приборы и инструменты для антропометрии, диагностики и физиологии	T2 31 X160 8			
1	Прибор для измерения артериального давления	T2 31 4563 А	шт.	796	1
1	Стетфонендоскоп со сменными головками	T2 31 5341 А	шт.	796	2
	ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ	T2 35 0000 Н			
1	Стерилизатор стальной с крышкой	T2 35 0115 0	шт.	796	1
	АППАРАТЫ, ПРИБОРЫ И ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЛАБОРАТОРИЙ	T2 51 0000 Б			
1	Дозатор шприцевой "Aitecs"	T2 51 0715 У	шт.	796	1
	ТИПОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, БРЕЗЕНТЫ, ТАРА	T2 72 0000 Н			
	Тара	T2 72 X030 Ц			
1	Ящик медицинский укладочный тип №2 (600x800x800)	T2 72 0309 О	шт.	796	4

Количество мест – 4, масса 360 кг, объем 1,52 м куб.

Комплект противошоковый КПШ

Код Квт Мо Т2 25 0485 Ф

Предназначен для оснащения отделений (групп) анестезиологии-реанимации медицинских рот бригад, медицинских отрядов специального назначения, отдельных медицинских отрядов соединений ВДВ, кораблей и судов ВМФ

Рассчитан на проведение противошоковых мероприятий при оказании квалифицированной медицинской помощи.

Обеспечивает кислородную терапию и искусственную вентиляцию легких, устранение нарушения дыхания, трахеостомию, остановку наружного кровотечения, термометрию, измерение артериального давления и проведение других медицинских мероприятий.

Список	Наименование медицинского имущества	Код КВТ	Единица измерения		Количество
			Наименование	Код	
	ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА И ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, ЛЕЙКОПЛАСТЫРИ	T2 Г1 0000 Б			
	Иглы атравматические с нитью нерассасывающейся	T2 Г1 X950 5			
1	Игла атравматическая с нитью из полимерных материалов 1/2-30×3,5 (0) 75 см	T2 Г1 1631 Э	шт.	796	20
	МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДМЕТЫ РАСХОДНЫЕ	T2 Г2 0000 2			
1	Зонд желудочный № 27, 30 однократного применения	T2 Г2 0072 Ш	шт.	796	20
1	Катетер периферический (флексюля) с дополнительным портом и крылышками №16 (1,8 x 45 мм)	T2 Г2 0623 2	шт.	796	10
1	Катетер периферический (флексюля) с дополнительным портом и крылышками № 18G (1,3×45 мм)	T2 Г2 0625 К	шт.	796	10
1	Катетер-дренаж типа Фолея двухканальный № 15, 17, 19, 21, 23	T2 Г2 0651 7	шт.	796	20
1	Катетеры эндотрахеальные полимерные по Шарьеру № 4, 6, 9,12, 16, 18	T2 Г2 0741 6	компл.	839	1
1	Клеенка подкладная резинотканевая	T2 Г2 0751 Г	м	006	5
1	Маска лицевая прозрачная	T2 Г2 0885 6	шт.	796	2
2	Набор для дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе и герметизации плевральной полости при открытом пневмотораксе ПЛЕВРОКАН А	T2 Г2 0901 Ф	набор	704	2

1	Мочеприемник разового применения	T2 Г2 0888 П	шт.	796	40
2	Набор для катетеризации подключичной вены типа BIBRAUN (катетер венозный одноканальный рентгеноконтрастный, расширитель (дилататор), игла для пункции центральных вен, шприц "Луер" 10 мл с иглой "Луер", металлический J-проводник в разматывающемся устройстве, две заглушки инъекционные "Луер", зажим - фиксатор)	T2 Г2 0903 6	набор	704	10
1	Перчатки хирургические № 7-8	T2 Г2 1071 Ф	пара	715	50
1	Трубка из силиконовой резины медицинская дренажная диаметром 4,5×1,0 мм	T2 Г2 1341 С	кг	166	1
1	Трубка из силиконовой резины медицинская дренажная диаметром 6,0×1,5 мм	T2 Г2 1351 Э	кг	166	0,4
1	Трубка из силиконовой резины медицинская дренажная диаметром 10,0×2,0 мм	T2 Г2 1361 1	кг	166	1
2	Устройство для дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе и герметизации плевральной полости при открытом пневмотораксе ПЛЕВРОКАН А	T2 Г2 1426 Л	набор	704	2
	ВРАЧЕБНЫЕ ПРЕДМЕТЫ, АППАРАТЫ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ	T2 31 0000 5			
2	Дефибрилятор импульсный типа PRIMEDIC DEFI-B "METRAX"	T2 31 0781 0	шт.	796	1
1	Жгут кровоостанавливающий	T2 31 1011 Т	шт.	796	3
1	Зажим кровоостанавливающий зубчатый прямой № 1 (длина 160 мм) с нарезкой	T2 31 1171 Ы	шт.	796	5
1	Иглодержатель общехирургический легированный длиной 160 мм	T2 31 1911 5	шт.	796	2
1	Ножницы для разрезания повязок с пуговкой горизонтально-изогнутые, длиной 185 мм	T2 31 3641 К	шт.	796	1
1	Ножницы с одним острым концом прямые длиной 140 мм	T2 31 3823 Ю	шт.	796	1
2	Отсасыватель хирургический малогабаритный типа "Армед 7А-23В"	T2 31 3931 Ц	шт.	796	1
1	Пинцет пластинчатый анатомический общего назначения длиной 150 мм	T2 31 4281 Ф	шт.	796	1
1	Поильник	T2 31 4521 3	шт.	796	5
1	Роторасширитель с кремальерой	T2 31 5001 1	шт.	796	1

	большой				
1	Тазик почкообразный	T2 31 5411 P	шт.	796	4
1	Троакары медицинские (для прокола брюшной, плевральной и других полостей и выведения скопившейся в них жидкости)	T2 31 5521 8	компл.	839	1
1	Шприц для промывания полостей вместимостью 150 мл	T2 31 6081 T	шт.	796	3
1	Языкодержатель для взрослых	T2 31 6571 Б	шт.	796	1
	Наборы и укладки медицинские	T2 32 0000 9			
2	Укладка для коникотомии УК	T2 32 0191 В	набор	704	2
	АППАРАТЫ И ПРИБОРЫ ДЛЯ ОБЩЕЙ АНАЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	T2 34 0000 И			
	Аппараты и приборы, оборудование, принадлежности и инструменты для наркоза, искусственного дыхания и реанимации	T2 34 X010 Ж			
2	Аппарат искусственной вентиляции легких с электроприводом полевой типа Зислайн МВ 200-1	T2 34 0105 У	компл.	839	2
2	Аппарат искусственной вентиляции легких с пневмоприводом полевой типа Drager Oxylog 2000	T2 34 0135 А	компл.	839	1
2	Аппарат искусственной вентиляции легких с ручным приводом (мешок амбу типа PORTEX) ShineBell (многократного применения)	T2 34 0142 Ш	компл.	839	1
2	Ларингоскоп анестезиологический универсальный для взрослых	T2 34 0221 Д	компл.	839	1
2	Проводник-мандрен для эндотрахеальных трубок, одноканальный	T2 34 0261 5	шт.	796	2
2	Пульсоксиметр портативный типа "Кардекс"	T2 34 0424 Г	шт.	796	2
2	Кардиомонитор типа "МПП 5-02 Три-тон"	T2 34 0431 Н	компл.	839	2
	Аппараты, приборы, оборудование и инструменты для кислородной терапии	T2 34 X030 Ш			
1	Редуктор кислородный с запорным вентилем	T2 34 5061 К	шт.	796	1
	Принадлежности для наркоза и искусственного дыхания		шт.	796	
1	Воздуховод ротовой №2	T2 Г2 0102 С	шт.	796	2
1	Воздуховод ротовой № 3	T2 Г2 0103 Ю	шт.	796	2
1	Трубка интубационная № 8	T2 Г2 1281 9	шт.	796	10
1	Трубка интубационная № 9	T2 Г2 1282 И	шт.	796	10

1	Трубка трахеостомическая № 8	T2 Г2 1421 Ж	шт.	796	1
1	Трубка трахеостомическая № 8,5		шт.	796	1
1	Трубка трахеостомическая № 9		шт.	796	1
	АППАРАТЫ И ПРИБОРЫ ДЛЯ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	T2 45 0000 С			
	Аппараты и приборы для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний	T2 45 X010 P			
2	Электрокардиограф 3 канальный компьютеризированный с комбинированным питанием типа МАС 400	T2 45 0553 2	компл.	839	1
	Аппараты, приборы и инструменты для антропометрии, диагностики и физиологии	T2 31 X160 8			
1	Прибор для измерения артериального давления	T2 31 4563 А	шт.	796	1
1	Стетофонендоскоп со сменными головками	T2 31 5341 А	шт.	796	2
1	Термометр медицинский	T2 31 5441 Ж	шт.	796	2
	ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ СТЕРИЛИЗАЦИИ	T2 35 0000 Н			
1	Стерилизатор стальной с крышкой	T2 35 0115 0	шт.	796	2
	Принадлежности к аппаратам и приборам для диагностики расходные	T2 Е4 0000 Ж			
1	Лента диаграммная для трехканального электрокардиографа	T2 Е4 0011 Э	м	006	250
	АППАРАТЫ, ПРИБОРЫ И ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЛАБОРАТОРИЙ	T2 51 0000 Б			
1	Дозатор шприцевой "Aitecs"	T2 51 0715 У	шт.	796	2
	САНИТАРНО-ХОЗЯЙСТВЕННОЕ ИМУЩЕСТВО ИНВЕНТАРНОЕ	T2 71 0000 И			
1	Термометр комнатный	T2 71 0441 3	шт.	796	1
	ТИПОВОЕ ОБОРУДОВАНИЕ, БРЕЗЕНТЫ, ТАРА	T2 72 0000 Н			
	Тара	T2 72 X030 Ц			
1	Ящик медицинский укладочный тип №2 (600x800x800)	T2 72 0309 О	шт.	796	6

Количество мест – 6, масса 540 кг, объем 2,28 м куб.

Приложение 24
ТРЕБОВАНИЯ СНИП 2.08.02-89 ПО СНАБЖЕНИЮ МЕДИЦИН-
СКИМИ ГАЗАМИ ОТДЕЛЕНИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-
РЕАНИМАЦИИ

1. Медицинские газы

1.1. Снабжение медицинским кислородом, медицинской закистью азота предусматривается централизованным.

1.2. Снабжение кислородом осуществляется от центральных пунктов или кислородно-газифицирующих станций.

1.3. Центральный пункт с 40-литровыми баллонами кислорода размещается при количестве баллонов до 10 штук пристенно у глухой стены в несгораемых шкафах или одноэтажных пристройках из несгораемого материала, имеющих непосредственный выход наружу.

При количестве баллонов более 10 штук центральный кислородный пункт располагается в отдельно стоящем здании со стенками без оконных проемов толщиной: кирпичными – 51 см. железобетонными 10 см, отапливаемом (Т внутр. +10оС),

1.4. Центральные кислородные пункты размещаются на расстоянии не менее 25 м от зданий и сооружений.

1.5. Центральные пункты должны иметь емкости, обеспечивающие запас кислорода не менее, чем на трое суток.

1.6. Снабжение закистью азота осуществляется от двух групп рампы для трех 10-литровых баллонов с закистью азота (одна рабочая, вторая резервная). Рампы размещаются в помещениях с оконными проемами на любом этаже здания кроме подвалов (ближе к месту наибольшего потребления).

Приложение 25
ПРАВИЛА ЭКСПЛУАТАЦИИ, ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ И
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ САНИТАРИИ (РТМ 42-2-4-80)
(выдержки)

РТМ введены с 1 января 1981 г. приказом Минздрава СССР от 13/ХП-1980 г. №1348, согласованы с ЦК профсоюза медработников.

2.7. Снабжение медицинскими газами

Снабжение медицинским кислородом и закисью азота потребителя операционного блока должно предусматриваться централизованным и соответствовать требованиям СНиП II-69-78.

3. Эксплуатация газовых баллонов

3.1. Баллоны должны быть надежно укреплены в гнездах и присоединены к приемной рампе. Израсходованные баллоны должны храниться отдельно.

3.2. Баллоны должны размещаться в местах, защищенных от прямых солнечных лучей.

3.3. Баллоны должны находиться на дистанции (не менее 1 м) от нагревательных или отопительных устройств и не соприкасаться с электрическими проводами.

3.4. К эксплуатации не допускаются баллоны со сжатыми газами, имеющие следующие дефекты:

- с истекшим сроком периодического освидетельствования;
- не имеющие установленных клейм;
- с неисправными вентилями;
- с повреждениями корпуса в виде трещин, вмятин, сильной коррозии и т.д.;
- при отсутствии надлежащей окраски и надписей;
- с поврежденными или слабо насаженными башмаками;
- при наличии на штуцере вентиля следов жира или масла.

3.5. Запасы легко испаряющихся жидких воспламеняющихся веществ, находящиеся вне складских помещений, должны храниться в специальных шкафах и иметь четкую маркировку с указанием их наименования. Шкафы должны быть расположены на расстоянии не менее 1 м от любых возможных источников воспламенения.

Шкафы-хранилища должны изготавливаться из негорючих материалов. Емкость шкафов не должна превышать суточной потребности в названных препаратах.

3.7. Вблизи кислородного баллона не должны находиться легко воспламеняющиеся и горючие вещества. Вся аппаратура, соприкасающаяся с кислородом, должна быть обезжирена. К ее монтажу и эксплуатации не

допускаются лица, имеющие загрязненные маслом (например, камфорным) или жиром руки, одежду и инструмент.

3.8. Отбор газа из баллона должен производиться через редуктор, предназначенный только для данного газа и рассчитанный на данное давление. Редукторы для разных газов должны иметь одинаковую с цветом баллона окраску.

3.9. Ремонтировать редуктор, установленный на баллоне, не разрешается. Ремонт, связанный с частичной или полной разборкой редуктора, должен производиться в специальном ремонтном пункте, имеющем для этой цели необходимое оборудование для испытания редуктора после проведенного ремонта. Ремонт должен производиться лицами, прошедшими обучение по ремонту газовых редукторов. При ремонте должна быть обеспечена высокая степень чистоты деталей и сборки. Все детали редуктора подлежат обезжириванию.

3.10. Манометры, устанавливаемые на редукторе, подлежат ежегодной поверке и клеймению. Манометром нельзя пользоваться, если:

- отсутствует пломба или клеймо;
- просрочен срок поверки;
- стрелка манометра при его выключении не возвращается на нулевую отметку шкалы;
- разбито стекло или имеются другие повреждения, которые могут отразиться на правильности его показаний.

3.11. Отбор кислорода из баллона должен производиться до остаточного давления не ниже 50 кПа (0,5 кгс/кв.см).

3.12. Медицинские газовые трубопроводы должны быть заземлены в точке ввода в здание или у газовых хранилищ, возможно ближе к началу трубопровода.

3.15. Для измерения давления кислорода должны применяться только кислородные манометры, которые имеют голубую окраску корпуса и надпись на циферблате "Кислород, маслоопасно". На шкале каждого манометра должна быть нанесена красная черта, соответствующая предельному рабочему давлению.

4. Сроки проведения испытаний оборудования и организационные мероприятия

4.1. Заведующий операционным отделением медицинского учреждения должен следить за регулярным проведением испытаний и оформлением их результатов в соответствии со следующими требованиями.

4.2. Сопротивление неметаллических частей наркозных аппаратов должно измеряться не реже одного раза в три месяца.

4.3. Электропроводность антистатического пола должна проверяться не реже одного раза в три месяца.

4.4. Исправность заземляющих проводников должна проверяться осмотром и с помощью омметра перед его первым применением и далее один раз в месяц.

4.5. Надежность соединения заземляющих контактов каждой штепсельной розетки для электро медицинской аппаратуры должна проверяться не реже одного раза в шесть месяцев.

4.6. Сопротивление заземляющего устройства должно измеряться не реже одного раза в год в соответствии с "Инструкцией по защитному заземлению электро медицинской аппаратуры в учреждениях системы Минздрава СССР".

4.7. Результаты всех проверок должны быть оформлены в виде актов или записей в формуляры соответствующей аппаратуры.

5. Защитные меры по предупреждению пожаров и взрывов в операционной

5.1. Для предотвращения самовоспламенения наркотиков необходимо их сливать после работы из испарителя в герметично закрывающийся сосуд. Эфир нужно сливать медленно, не допуская его разбрызгивания. Оставшийся после наркоза эфир сливать в раковину запрещается.

Не допускается налив эфира из испарителя в приемный сосуд свободно падающей струей. Для этого необходимо применять воронки из электропроводящего материала, воронки должны быть заземлены, конец воронки должен достигать дна сосуда. В противном случае конец заземленного проводника необходимо пропустить через воронку до дна сосуда, чтобы эфир стекал в сосуд по этому проводнику.

5.2. После слива наркотика следует промыть теплой водой испаритель, шланги и все съемные детали наркозного аппарата.

5.3. Очистку (мойку) и обеззараживание аппаратов ингаляционного наркоза следует производить в соответствии с "Инструкцией по очистке (мойке) и обеззараживанию аппаратов ингаляционного наркоза и искусственной вентиляции легких".

5.4. Запрещается в операционных переливание газов из одного баллона в другой и введение дополнительных газов или наркотиков в баллон, содержащий сжатые газы. Это должно производиться в специально оборудованных помещениях обученным персоналом.

5.5. Запрещается применение открытого пламени (спиртовки, газовые горелки, зажженные спички и т.п.), курение и применение электронагревательных приборов в операционных и наркозных помещениях. Для отогревания вентиля баллона следует использовать грелку.

5.6. Температура открытых поверхностей оборудования, применяемого в наркозных и операционных помещениях, не должна превышать 120 °С.

5.7. Недопустимо перекаливание лампочки эндоскопических приборов!

5.8. Запрещается во время наркоза применять неисправное и искрящее электрооборудование.

5.9. Все электромедицинское оборудование, применяемое в опасных зонах, должно быть во взрывозащищенном исполнении.

5.10. Запрещается применять во время наркоза воспламеняющимися анестетиками термокаутеры, аппараты диатермии, электрохирургические аппараты типа ЭН-57, а также рентгеновские аппараты не во взрывозащитном исполнении, дифибрилляторы.

Примечание. Допускается применение вышеуказанной аппаратуры при условии перехода на невоспламеняющиеся смеси: фторотана, закиси азота, хлороформа и др., при этом запрещается пользоваться воспламеняющимися дезинфицирующими средствами.

5.11. Полы в операционных, выполненные из антистатических материалов, необходимо регулярно мыть во избежание образования непроводящей пленки (например, из-за отложения грязи), в результате чего пол может утратить электропроводящие свойства.

5.12. Запрещается заклеивать части наркозного аппарата лейкопластырем (диэлектрик), применять шланги для удаления наркотических смесей в атмосферу из неантистатической резины, заменять пришедшие в негодность части из электропроводного материала на части, изготовленные из диэлектрика.

Примечание. Все элементы наркозных аппаратов выполняются из электропроводных материалов: мешки, шланги, маски, дыхательные трубки и другие части дыхательного контура аппарата, а также прокладки, покрышки колес выполняются из электропроводной резины, переходники – из цветного металла или электропроводной пластмассы.

5.13. Все части наркозного аппарата должны смазываться специальной смазкой. Эндотрахеальные трубки и марлевые тампоны рекомендуется смазывать только чистым глицерином.

5.14. Ременные передачи оборудования не должны размещаться в пределах 0,25 м от пола в опасных зонах (повышенной концентрации наркозного вещества). Там, где ременные передачи устанавливаются выше опасной зоны, ремни рекомендуется изготавливать из антистатического материала с удельным сопротивлением не более 105 Ом/м.

Запрещается смазка ремней канифолью, воском и другими веществами, увеличивающими поверхностное сопротивление.

5.15. Текстильные ткани, применяемые в опасных зонах, должны быть пропитаны соответствующими антистатическими веществами. После стирки они должны заново пропитываться ими.

5.16. Все металлические и электропроводные неметаллические части оборудования должны быть заземлены для отвода зарядов статистического электричества.

Неметаллические части оборудования считаются электростатически заземленными, если сопротивление любой точки их внешней и внутренней поверхности относительно шины заземления не превышает 107 Ом. Рекомендуется перед операцией смачивать водой резиновые части наркозного аппарата.

5.17. Для предотвращения электризации обслуживающего персонала необходимо соблюдать следующие правила: одежда персонала в операционной должна быть из хлопчатобумажной ткани, закрытая и плотно облегающая, не пересушена и несильно накрахмалена. Рекомендуется перед употреблением выдерживать одежду и обувь в помещениях с повышенной до 80% влажностью; больной должен быть в хлопчатобумажном белье.

Запрещается ношение в операционных и других взрывоопасных помещениях одежды из шерсти, шелка, а также нейлона, капрона и других синтетических материалов, сильно электризующихся при движении, что приводит к быстрому накоплению зарядов на теле человека; обувь персонала должна быть на кожаной подошве или на подошве из электропроводной резины, поверх нее должны надеваться специальные операционные бахилы из хлопчатобумажной ткани.

Запрещается в операционной носить обувь на подошве из пластика, резины или других диэлектриков; волосы персонала в операционной должны быть закрыты колпаком или косынкой из хлопчатобумажной ткани.

5.18. Персоналу операционной запрещается во время работы носить браслеты, кольца, цепочки и другие металлические вещи.

5.19. Руки персонала, обслуживающего наркозные аппараты, а также лицо больного должны быть сухими. Употребление масел, мазей и помады исключено.

5.20. Относительную влажность воздуха в операционной следует контролировать перед началом и в течение операции с помощью гигрометра или психрометра. Рекомендуется контролировать температуру воздуха. Запрещается применять для наркоза воспламеняющиеся наркотические смеси или анестетики, если относительная влажность воздуха в операционной ниже 55%.

5.21. Для гарантии от воспламенения и взрыва применяются невоспламеняющиеся наркотические вещества (фторотан, хлороформ, закись азота, пентран и др.). Предупреждение взрывов при работе с воспламеняющимися анестетиками состоит в устранении причин и источников воспламенения.

5.22. Для контроля работоспособности системы вентиляции следует во время операции брать пробы воздуха на наличие в них паров наркотиков. Пробы следует брать из области, расположенной в зоне дыхания членов операционной бригады. Содержание паров анестетиков не должно превышать установленных предельно допустимых уровней (ПДУ).

5.23. Для контроля работоспособности фильтров очистки воздуха следует не реже одного раза в неделю определять чистоту подаваемого в операционную воздуха на наличие в нем взвешенных частиц и бактериальной флоры. При появлении в воздухе бактериальной флоры операции следует прекратить до устранения ее причин.

Приложение 26

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(САНПИН 2.1.3.2630-10, утв. постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58) (выдержки)

I. Общие требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность

3. Требования к зданиям, сооружениям и помещениям

3.4. В каждом лечебно-диагностическом подразделении следует предусматривать кабинет заведующего, помещение старшей медицинской сестры, помещения персонала.

3.5. Подразделения (помещения) с асептическим режимом, палатные отделения, отделения лучевой диагностики и терапии, другие подразделения с замкнутым технологическим циклом (лаборатория, пищеблок, ЦСО, аптека, прачечная) не должны быть проходными.

3.6. Структура, состав, функциональное назначение и площади помещений должны определяться мощностью и видами деятельности организации с учетом требований действующих нормативных документов и отражаться в задании на проектирование. Минимальные площади помещений следует принимать согласно приложений 1 и 2 настоящих правил. С целью создания оптимальных условий проведения лечебно-диагностического процесса, комфортного пребывания пациентов и обеспечения безопасности труда медицинского персонала, площади отдельных помещений могут увеличиваться. Площадь помещений, не указанных в таблице, принимается по заданию на проектирование и определяется габаритами и расстановкой оборудования, числом лиц одновременно находящихся в помещении с соблюдением последовательности технологических процессов и нормативных расстояний, обеспечивающих рациональную расстановку оборудования и свободное передвижение больных и персонала.

3.7. В медицинских организациях, являющихся учебными или научными базами, необходимо дополнительно предусматривать учебные помещения для студентов и курсантов, кабинеты для преподавателей, самостоятельные вспомогательные помещения (раздевалки, туалеты, кладовые).

3.13. Помещения, в которых предусматривается транспортировка пациентов на каталках/функциональных кроватях, должны иметь дверные проемы шириной не менее 120 см (для существующих ЛПО - не менее 110 см).

3.17. ЛПО должны иметь отдельные туалеты для больных и персонала, за исключением амбулаторно-поликлинических организаций с мощностью до 50 посещений в смену.

3.18. Во вновь строящихся и реконструируемых ЛПО для пациентов при палатах предусматриваются санузлы, оснащенные раковиной, унитазом, душем. Двери в санузлах для пациентов должны открываться наружу.

4. Требования к внутренней отделке помещений

4.3. ... Полы в операционных, наркозных, родовых и других аналогичных помещениях должны быть антистатическими...

4.4. В помещениях классов чистоты А и В покрытия стен на всю высоту помещений и потолка должны быть гладкими, влагостойкими, устойчивыми к применению моющих и дезинфицирующих средств.

4.5. В помещениях с влажностным режимом (душевых, ванных залах и пр.), в "грязных" помещениях (помещения разборки и хранения грязного белья, временного хранения отходов и других) отделка должна обеспечивать влагостойкость на всю высоту помещения. Для покрытия пола следует применять водонепроницаемые материалы.

5. Требования к водоснабжению и канализации

5.6. Предоперационные, перевязочные, родовые залы, реанимационные, процедурные кабинеты, посты медсестер при палатах новорожденных, посты медсестер (в строящихся и проектируемых ЛПО) и другие помещения, требующие соблюдения особого режима и чистоты рук обслуживающего медперсонала, следует оборудовать умывальниками с установкой смесителей с локтевым (бесконтактным, педальным и прочим не кистевым) управлением и дозаторами с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

5.8. В кабинетах, где проводится обработка инструментов следует предусматривать отдельную раковину для мытья рук или двугнездную раковину (мойку).

5.9. Санузлы обеспечиваются туалетной бумагой, средствами для мытья рук.

6. Требования к отоплению, вентиляции, микроклимату и воздушной среде помещений

6.8. В помещениях классов А и В в воздухе не должно быть золотистого стафилококка.

6.12. Самостоятельные системы вентиляции предусматриваются для помещений операционных, реанимационных, рентгенкабинетов, лабораторий. Допускаются общие системы приточно-вытяжной вентиляции для группы помещений одного или нескольких структурных подразделений, кроме помещений чистоты класса А.

6.13. Во все помещения воздух подается в верхнюю зону. ... Удаление воздуха предусматривается из верхней зоны, кроме операционных,

наркозных, реанимационных, родовых и рентгенопроцедурных, в которых воздух удаляется из двух зон: 40% - из верхней зоны и 60% - из нижней зоны (60 см от пола).

6.16. В целях обеспечения постоянных показателей заданных параметров воздуха приточно-вытяжная система вентиляции помещений чистоты класса А должна работать в непрерывном режиме.

6.37. Во всех помещениях чистоты класса А, предусматривается скрытая прокладка трубопроводов, арматуры. В остальных помещениях возможно размещение воздухопроводов в закрытых коробах.

10. Санитарно-эпидемиологические особенности организации подразделений различного профиля

10.5. Отделения реанимации и интенсивной терапии

10.5.1. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии определяется в зависимости от числа и профиля коек структурных подразделений медицинской организации.

10.5.2. В составе отделений реанимации и интенсивной терапии должен предусматриваться изолятор (боксовая палата).

10.5.3. Отделение гипербарической оксигенации (барозал) предназначено для проведения баротерапии - лечения кислородом под повышенным давлением, проводимое в специальных аппаратах - кислородных барокамерах. Может быть как самостоятельным подразделением, так и входить в состав реанимационных, инфекционных и прочих отделений. Площадь барозала определяется габаритами применяемого оборудования, но не должна быть менее 20 кв.м. Расстояние барокамеры от стены не менее 1 м, между двумя барокамерами - 1,5 м. Полы в барозале выполняются из антистатических материалов. Для внутренней отделки используются негорючие материалы. Барозал относится к помещениям с асептическим режимом (класс Б). Воздух подлежит обеззараживанию.

12. Правила обработки рук медицинского персонала и кожных покровов пациентов

12.1. В целях профилактики ВБИ обеззараживанию подлежат руки медицинских работников (гигиеническая обработка рук, обработка рук хирургов) и кожные покровы пациентов (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет гигиеническую обработку рук или обработку рук хирургов. Администрация организует обучение и контроль выполнения требований гигиены рук медицинским персоналом.

12.2. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ног-

ти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов необходимо снять также часы, браслеты и пр. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, при обработке рук хирургов - только стерильные тканевые.

12.3. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья и обеззараживания рук, а также средствами для ухода за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и др.) для снижения риска возникновения контактных дерматитов. При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость.

12.4. Гигиеническая обработка рук.

12.4.1. Гигиеническую обработку рук следует проводить в следующих случаях:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);
- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента.
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием;

12.4.2. Гигиеническая обработка рук проводится двумя способами:

- гигиеническое мытье рук мылом и водой для удаления загрязнений и снижения количества микроорганизмов;
- обработка рук кожным антисептиком для снижения количества микроорганизмов до безопасного уровня.

12.4.3. Для мытья рук применяют жидкое мыло с помощью дозатора (диспенсера). Вытирают руки индивидуальным полотенцем (салфеткой), предпочтительно одноразовым.

12.4.4 Гигиеническую обработку рук спиртсодержащим или другим, разрешенным к применению антисептиком (без их предварительного мытья) проводят путем втирания его в кожу кистей рук в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, обращая особое внимание на обработку кончиков пальцев, кожи вокруг ногтей, между пальцами. Непременным условием эффективного обеззараживания рук является под-

держание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.4.5. При использовании дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают в дозатор после его дезинфекции, промывания водой и высушивания. Предпочтение следует отдавать локтевым дозаторам и дозаторам на фотоэлементах.

12.4.6. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и с высокой нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (до 200 мл) с кожным антисептиком.

12.4.7. Использование перчаток.

12.4.7.1. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами, слизистыми оболочками, поврежденной кожей.

12.4.7.2. Не допускается использование одной и той же пары перчаток при контакте (для ухода) с двумя и более пациентами, при переходе от одного пациента к другому или от контаминированного микроорганизмами участка тела - к чистому. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

12.4.7.3. При загрязнении перчаток выделениями, кровью и т.п. во избежание загрязнения рук в процессе их снятия следует тампоном (салфеткой), смоченной раствором дезинфицирующего средства (или антисептика), убрать видимые загрязнения. Снять перчатки, погрузить их в раствор средства, затем утилизировать. Руки обработать антисептиком.

12.5. Обработка рук хирургов.

12.5.1. Обработку рук хирургов проводят все, участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов. Обработка проводится в два этапа: I этап - мытье рук мылом и водой в течение двух минут, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой); II этап - обработка антисептиком кистей рук, запястий и предплечий.

12.5.2. Количество антисептика, необходимое для обработки, кратность обработки и её продолжительность определяются рекомендациями, изложенными в методических указаниях/инструкциях по применению конкретного средства. Непременным условием эффективного обеззаражи-

вания рук является поддержание их во влажном состоянии в течение рекомендуемого времени обработки.

12.5.3. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

12.6. Алгоритмы/стандарты всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических манипуляций должны включать в себя рекомендуемые средства и способы обработки рук при выполнении соответствующих манипуляций.

12.7. Необходимо осуществлять постоянный контроль выполнения требований гигиены рук медицинскими работниками и доводить эту информацию до сведения персонала с целью повышения качества медицинской помощи.

12.8. Кожные антисептики для обработки рук должны быть легко доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и т.п.) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и др.). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100-200 мл) с кожным антисептиком.

12.9. Обеззараживание кожных покровов пациентов

12.9.1. Обеззараживание рук медицинских работников имеет большое значение в предотвращении передачи инфекции пациентам и персоналу. Основными методами обеззараживания рук являются: гигиеническая обработка рук медицинского персонала и обработка рук хирургов.

12.9.2. Для достижения эффективного обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук хирургов снять также часы, браслеты. Для высушивания рук использовать полотенца или салфетки однократного применения, при обработке рук хирургов - только стерильные.

12.9.3. Обработку операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов (пункции, биопсии), предпочтительно проводить антисептиком, содержащим краситель.

12.9.4. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови.

12.9.5. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же антисептики, что и для обработки операционного поля.

12.9.6. Для санитарной обработки кожных покровов пациентов (общей или частичной) используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

15. Требования к условиям труда медицинского персонала

15.6. Не допускается использование медицинского оборудования, в том числе наркозного, являющегося источником выделения вредных веществ без отводящих шлангов (воздухоотсосов) или поглощающих фильтров.

15.9. В целях профилактики гемоконтактных инфекций перчатки необходимо надевать перед любыми парентеральными манипуляциями у пациента. После снятия перчаток проводят гигиеническую обработку рук.

15.10. Персонал обеспечивается средствами индивидуальной защиты в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, щитками, респираторами, фартуками и пр.) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

15.11. Для персонала стационаров предусматривается устройство гардеробных с душем и туалетом.

15.11.1. Количество шкафов в гардеробных следует принимать равным 100% списочного состава медицинского и технического персонала; гардеробные должны быть обеспечены двухсекционными закрывающимися шкафами, обеспечивающими раздельное хранение домашней и рабочей одежды.

15.11.2. Площадь гардеробных уличной одежды следует принимать из расчета не менее $0,08 \text{ м}^2$ на 1 вешалку (крючок) гардеробной.

15.11.3. Площадь гардеробных для личной и рабочей одежды персонала следует принимать из расчета не менее $0,5 \text{ м}^2$ на 1 шкаф.

15.11.4. Количество душевых кабин в стационарах принимается из расчета: не менее 1 душевой кабины на 10 человек, работающих в отделениях инфекционного и туберкулезного профилей; в других отделениях - не менее 1 душевой кабины на 15 человек, работающих в наибольшей смене. При меньшем числе персонала следует предусматривать не менее 1 душевой кабины.

15.12. В составе подразделения следует предусматривать санузлы для персонала. Один санузел для мужчин и женщин допускается предусматривать при численности работающих в смену не

15.14. В каждом структурном подразделении выделяются комнаты для персонала, в которых должны быть предусмотрены условия для приема пищи.

15.15. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками, сменной обувью в соответствии с

табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

В оперблоке врачи и другие лица, участвующие в операции, должны работать в стерильных халатах, перчатках и масках. Сменная обувь должна быть из нетканого материала.

15.16. Стирка одежды персонала должна осуществляться централизованно и отдельно от белья больных.

15.18. В ходе проведения манипуляций пациенту персонал не должен вести записи, прикасаться к телефонной трубке и тому подобное.

Прием пищи персоналом проводится в специально отведенных помещениях, на рабочем месте принимать пищу запрещено.

Нахождение в медицинской одежде и обуви за пределами ЛПО не допускается.

15.19. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах.

15.19.1. При загрязнении кожи рук выделениями, кровью и т.п. необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать антисептиком.

15.19.2. Руки в перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфектантом, затем вымыть проточной водой, снять перчатки, руки вымыть и обрабатывать кожным антисептиком;

15.19.3. При попадании биологической жидкости пациента на слизистые ротоглотки немедленно рот и горло прополоскать 70% спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия.

15.19.4. При попадании биологических жидкостей в глаза промыть их раствором марганцовокислого калия в воде в соотношении 1:10000.

15.19.5. При уколах и порезах вымыть руки, не снимая перчаток, проточной водой с мылом, снять перчатки, выдавить из ранки кровь, вымыть руки с мылом и обработать ранку 5% спиртовой настойкой йода. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин заклеить поврежденные места лейкопластырем.

15.19.6. По показаниям проводится экстренная профилактика гепатита В и ВИЧ инфекции в соответствии с приложением 12.

15.19.7. При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), опасных в плане инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в ЛПО организует регистрацию в журнале учета травм и составляет акт в соответствии с законодательством Российской Федерации.

II. Организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность

2. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения

2.1. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

2.2. Изделия однократного применения после использования при манипуляциях у пациентов подлежат обеззараживанию/обезвреживанию, их повторное использование запрещается.

2.3. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

2.4. ООМД должны быть обеспечены медицинской техникой и изделиями медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов*(10).

2.5. Изделия медицинского назначения после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

2.6. Для дезинфекции изделий медицинского назначения применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное - с активностью в отношении грибов рода Кандида) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам - между вирусами или грибами рода Кандида (в туберкулезных медицинских организациях - по микобактериям туберкулеза); в микологических стационарах (кабинетах) - по режимам, эффективным в отношении грибов рода Трихофитон.

Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

2.7. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру целесообразно использовать специальные дыхательные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры, в частности, индивидуальные дыхательные складчатые гидрофобные фильтры однократного применения. Установку фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра.

Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как изделия медицинского назначения из соответствующих материалов. Рекомендуются

использование дыхательных контуров однократного применения в течение не более 72 часов, если иное не предусмотрено производителем.

Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в руководстве по эксплуатации аппарата конкретной модели.

2.8. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств изделия медицинского назначения погружают в рабочий раствор средства (далее - "раствор") с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

2.9. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения изделий медицинского назначения в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

2.10. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

2.11. После дезинфекции изделия медицинского назначения многократного применения должны быть отмыты от остатков дезинфицирующего средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по применению конкретного средства.

2.12. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют после дезинфекции или при совмещении с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства): ручным или механизированным (в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию) способами.

Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.13. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки азопирамовой или амидопириновой проб на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) в соответствии с действующими методическими документами и инструкциями по применению конкретных средств.

2.14. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в стерилизационной - 1% от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной

обработке - 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

2.15. Стерилизации подвергают все изделия медицинского назначения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимой в него) и/или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.

Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускаются в стерильном виде предприятиями-изготовителями. Их повторное использование запрещается.

2.16. Стерилизацию изделий медицинского назначения осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор адекватного метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Стерилизацию изделий проводят в централизованных стерилизационных, при отсутствии централизованных стерилизационных этот этап обработки осуществляют в отделениях лечебных организаций.

2.17. Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

2.18. Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия после предстерилизационной очистки обязательно высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°C до исчезновения видимой влаги. Использование сушильных шкафов (типа ШСС) для стерилизации воздушным методом запрещается.

2.19. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, как правило применяют, для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать другие официально рекомендуемые, доступные методы стерилизации.

Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородсодержащих и некоторых хлорсодержащих средств, проявляющих спороцидное действие.

Во избежание разбавления рабочих растворов, особенно используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств все манипуляции проводят, строго соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

2.20. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид, озон. Перед стерилизацией газовым методом с изделий после предстерилизационной очистки удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям по эксплуатации стерилизаторов, разрешенных к применению.

2.21. Плазменным методом, используя стерилизующие средства на основе перекиси водорода в плазменных стерилизаторах, стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

2.22. В стоматологических медицинских организациях (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Не рекомендуется использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

2.23. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

2.24. При паровом, воздушном, газовом и плазменном методах изделия стерилизуют в упакованном виде, используя бумажные, комбинированные и пластиковые стерилизационные упаковочные материалы, а также пергамент и бязь (в зависимости от метода стерилизации), разрешенные для этой цели в установленном порядке. Упаковочные материалы используют однократно.

При паровом методе, кроме того, используют стерилизационные коробки с фильтрами.

При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

2.25. Хранение изделий, простерилизованных в упакованном виде, осуществляют в шкафах, рабочих столах. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

2.26. Стерилизация изделий в неупакованном виде допускается только при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

- при стерилизации изделий медицинского назначения растворами химических средств;
- при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, целесообразно сразу использовать по назначению. Запрещается перенос их из кабинета в кабинет.

2.27. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению в установленном порядке бактерицидных (оснащенных ультрафиолетовыми лампами) камерах в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер - на стерильном столе не более 6 часов.

2.28. Изделия медицинского назначения, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается извлекать для использования из стерилизационных коробок не более чем в течение 6 часов после их вскрытия.

2.29. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Категорически запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий.

2.30. При стерилизации изделий в неупакованном виде воздушным методом не допускается хранение простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

2.31. При стерилизации химическим методом с применением растворов химических средств отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в

стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 суток.

2.32. Все манипуляции по накрытию стерильного стола проводят в стерильном халате, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Обязательно делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают на 6 часов. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

2.33. Не допускается использование простерилизованных изделий медицинского назначения с истекшим сроком хранения после стерилизации.

2.34. Учет стерилизации изделий медицинского назначения ведут в журнале по учетной статистической форме.

2.35. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

Контроль работы стерилизаторов проводят в соответствии с действующими документами: физическим (с использованием контрольно-измерительных приборов), химическим (с использованием химических индикаторов) и бактериологическим (с использованием биологических индикаторов) методами. Параметры режимов стерилизации контролируют физическим и химическим методами.

Эффективность стерилизации оценивают на основании результатов бактериологических исследований при контроле стерильности изделий медицинского назначения.

2.36. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

2.37. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

2.38. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

III. Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля

3. Основные принципы профилактики внутрибольничных инфекций

3.12. При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении любых

средств индивидуальной защиты проводится их замена. Предпочтение отдается средствам защиты однократного применения,

3.13. Запрещается надевание колпачков на использованные иглы. После использования шприцы с иглами сбрасываются в непрокальваемые контейнеры. В случае необходимости отделения игл от шприцев необходимо предусмотреть их безопасное отсечение (специальные настольные контейнеры с иглоотсекателями или другими безопасными приспособлениями, прошедшими регистрацию в установленном порядке).

3.14. Острые предметы сбрасывают в непрокальваемые контейнеры.

3.15. Любой пациент рассматривается как потенциальный источник инфекции, представляющий эпидемиологическую опасность для медицинского персонала.

3.18. Персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком не только до осмотра и перевязки инфицированных пациентов, но и после.

3.20. Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Перчатки необходимы также при контакте со слизистыми оболочками пациентов и использованными инструментами.

3.21. Пациенты с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентным золотистым стафилококком, ванкомицинрезистентным энтерококком, подлежат изоляции в отдельные палаты:

- при входе в палату персонал надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает их при выходе;
- предметы ухода, а также стетоскоп, термометр и другое используются только для данного пациента;
- перевязка пациентов проводится в палате;
- при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;
- после выписки пациента проводится заключительная дезинфекция, камерное обеззараживание постельных принадлежностей, ультрафиолетовое обеззараживание воздуха;
- после заключительной дезинфекции проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды (в палате).

3.23. Медицинский персонал, имеющий поражения кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

3.25. При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью, выделениями и др.:

- снять перчатки;
- вымыть руки мылом и водой;
- тщательно высушить руки полотенцем однократного использования;

– обработать кожным антисептиком дважды.

3.26. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно загрязненными микроорганизмами.

3.27. При обработке операционного поля пациента перед хирургическим вмешательством и другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (пункции различных полостей, биопсии), предпочтение следует отдавать спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.

3.28. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы, не травмирующие кожные покровы.

3.30. Обработку операционного поля проводят путем протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного методическими указаниями/инструкциями по применению конкретного средства.

3.31. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны - от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

3.32. Для изоляции кожи операционного поля применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная разрезаемая хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3.33. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.

3.34. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.

3.36. Для санитарной (общей или частичной) обработки кожных покровов используют антисептики, не содержащие спирты, обладающие дезинфицирующими и моющими свойствами. Санитарную обработку про-

водят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом в соответствии с действующими документами по обеззараживанию кожных покровов.

3.37. Профилактическое назначение антибиотиков (антибиотико-профилактика) является одним из наиболее эффективных мероприятий по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.

3.38. При проведении антибиотикопрофилактики необходимо учитывать как пользу, так и возможный риск, исходя прежде всего:

- из оценки риска возникновения инфекционных осложнений;
- из эффективности применения антибиотикопрофилактики при данной операции;
- из возможных неблагоприятных последствий применения антибиотиков.

3.39. При выборе антибиотиков следует отдавать предпочтение препаратам, активным в отношении ожидаемых (наиболее вероятных) при определенных операциях возбудителей инфекционных осложнений.

3.40. Антибиотики для профилактики ВБИ в большинстве случаев следует применять в тех же дозах, что и для лечения (ближе к верхней границе допустимой дозы).

3.41. Следует рекомендовать внутривенное введение антибиотиков. Другие способы (внутримышечное введение, местное применение - в рану) уступают по своей эффективности. Оральное применение антибиотиков допустимо, однако недостаточно эффективно.

3.42. Антибиотики для профилактики ВБИ следует вводить до (в крайнем случае во время) операции; с учетом периода полувыведения для большинства препаратов, рекомендуемых для профилактики ВБИ, - не ранее 2 ч до операции, в идеале - за 15-20 мин до разреза.

3.43. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

3.44. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при массивной кровопотере (более 1 000 мл во время операции) и в случае применения антибиотиков с коротким периодом полувыведения при продолжительных (более 3 ч) операциях.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии

5.1. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

5.2. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

5.3. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

5.4. После выписки больного из отделения прикроватная тумбочка, кровать обрабатываются дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) обязательно подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах непроницаемых для влаги чехлов, их протирают растворами дезинфектантов.

5.5. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

5.6. Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить специально обученный персонал (врачи).

5.7. Для постановки центральных венозных и артериальных катетеров используют стерильное оснащение, включая стерильную одежду и перчатки, маску и большие стерильные салфетки.

5.8. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера.

5.9. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

5.10. В истории болезни записывают место и дату постановки катетера и дату его удаления.

5.11. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки кожным антисептиком и надевает стерильные перчатки.

5.12. Для закрытия места ввода катетера используют специальные стерильные повязки или прозрачную повязку.

5.13. Необходимо ежедневно пальпировать через неповрежденную повязку место постановки катетера для определения болезненности. В случае болезненности, лихорадки неясного генеза, бактериемии необходимо осматривать место катетеризации. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую.

5.14. При появлении первых признаков инфекции катетер удаляется и направляется на бактериологическое исследование.

5.15. Резиновые пробки многодозовых флаконов обтирают 70%-м раствором спирта перед введением иглы во флакон.

5.16. Все парентеральные растворы готовятся в аптеке в шкафу с ламинарным потоком воздуха, использованием асептической технологии.

5.17. Перед использованием флаконы с парентеральными растворами визуальнo проверяют на мутность, наличие частиц, трещины и срок годности.

5.18. Перед каждым доступом, в систему персонал обрабатывает руки и место доступа кожным спиртовым антисептиком.

5.19. Для введения растворов через катетер используют только стерильные одноразовые шприцы.

5.20. Назначение катетеризации мочевого пузыря должно производиться только по строгим клиническим показаниям.

5.21. Следует использовать только стерильные катетеры.

5.22. Перед постановкой катетера тщательно обрабатывают антисептиком периуретральную область.

5.23. Катетеризацию проводят только в стерильных перчатках.

5.24. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

5.25. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

5.26. При отсутствии закрытых дренажных систем применяется прерывистая катетеризация.

5.27. Для предотвращения нарушения целостности дренажной системы используют дренажные системы со специальным выходом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки; промывают катетер с соблюдением принципа асептики в случаях удаления сгустков крови; не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

5.28. Для опорожнения мочевого пузыря у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

5.29. Замену катетера производят только по строгим показаниям (например, обструкция катетера).

5.30. Для снижения риска контаминации мочевого пузыря и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться выше уровня пола, но ниже уровня кровати пациента.

5.31. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

5.32. При использовании дыхательной аппаратуры следует удалять эндотрахеальные, трахеостомические и/или энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

5.33. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства.

5.34. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить адекватный туалет ротоглотки.

5.35. Если возможно загрязнение респираторными секретами от пациента, следует надевать халат, который необходимо сменить при переходе к другому пациенту.

5.36. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях, трахеостомические трубки необходимо подвергать стерилизации.

5.37. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

5.38. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные отсосные катетеры однократного применения.

5.39. Следует использовать стерильные расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева).

5.40. Не следует без особых показаний (явное загрязнение, нарушение функционирования и т.п.) производить замену дыхательного контура, исходя только из продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента.

5.41. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

Приложение 1 к СанПиН 2.1.3.2630-10.
Минимальные площади помещений
(утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58)

№	Наименование помещений	Площадь (м ²)
1. Площади на одну койку в палатах различного назначения и вместимости		
1	1.1. Палаты на одну койку Интенсивной терапии, в том числе для ожоговых больных	18
	1.2. Палаты на две койки и более Для взрослых и детей старше 7 лет	
9	Интенсивной терапии, реанимации Для детей до 7 лет	13
15	Интенсивной терапии, реанимации Для детей до 1 года, в том числе для новорожденных	13
23	Интенсивной терапии для новорожденных	9
В палатах без пребывания матерей:		
26	- на 1 кровать	4,5
27	- на 1 кювез	6
2. Консультативные, лечебные, диагностические		

	помещения, помещения восстановительного лечения, общие для разных структурных подразделений	
47	Помещение для мойки и обработки эндоскопов	8
	3. Специфические помещения отдельных структурных подразделений	
	3.3. Операционные блоки, отделения реанимации и интенсивной терапии	
90	Помещение подготовки больного, наркозная	12
91	Инструментально-материальная, помещения для хранения стерильного, шовного материалов, растворов	4 на каждую операционную, но не менее 10
94	Помещение для мойки и обеззараживания наркозно-дыхательной аппаратуры	12, плюс 2 на каждую операционную выше 4
95	Кладовая наркозно-дыхательной аппаратуры	8, плюс 2 на каждую операционную свыше 4
96	Помещение для хранения и подготовки крови и кровезаменителей к переливанию	8
102	Помещение временного хранения трупов	6
	3.5. Диагностические лаборатории	
109	Лаборантская (в т.ч. гематологическая, биохимическая, эмбриологическая, гистологическая и др)	6 на каждое рабочее место, но не менее 12
110	Помещение приема и регистрации биоматериала для лабораторных исследований	8
111	Помещение взятия проб капиллярной крови	4 на каждое рабочее место, но не менее 9
112	Лаборатория срочных анализов	12
124	Помещение приема трупов	6
125	Кладовая для хранения вещей умерших	4
	4. Вспомогательные, служебные и бытовые помещения, общие для всех структурных подразделений	
141	Кабинет заведующего отделением	16
142	Комната персонала	12
143	Помещение старшей медицинской сестры	10
144	Ординаторская	6 на одного врача, но не менее 12
145	Кабинет дежурного врача	10
146	Помещение для студентов*	
147	Помещение для преподавателей*	
148	Помещение сестры-хозяйки отделения	8
149	Помещение хранения чистого белья и постельных принадлежностей	4
150	Помещение хранения расходного материала и медикаментов	4
151	Помещение хранения наркотических средств и психотропных веществ	4
152	Медицинский архив	0,3 на одну койку, 4 на

		100 посещений в смену, но не менее 12
153	Конференц-зал (с учетом эстрады и оснащения кресел пюпитрами)	0,9 на одно место
154	Кладовая вещей больных	0,2 на одну койку
155	Гардеробная уличной одежды персонала	0,08 на один крючок
156	Гардеробная домашней и рабочей одежды персонала	0,5 на один индивидуальный шкаф
157	Вестибюль-гардеробная для посетителей	0,5 на одного посетителя
159	Раздевальная для пациентов при лечебных и диагностических кабинетах	1,3 на одно место, но не менее 2
160	Туалет с умывальником для персонала	3
161	Душ для персонала	3
162	Помещение временного хранения грязного белья	4
163	Помещение хранения предметов уборки и дезинфицирующих растворов	4
164	Помещение временного хранения медицинских отходов	4
165	Санитарная комната (временное хранение грязного белья, мед. отходов, мойка суден)	8
166	Помещение для хранения передвижного рентгеновского аппарата, переносной аппаратуры	8
165	Помещение для слива	2

* В случае, если это учебные базы или клиники высших и средних учебных заведений

Приложение 4 к СанПиН 2.1.3.2630-10
Предельно-допустимые концентрации (ПДК)
и классы опасности лекарственных средств в
воздухе помещений лечебных организаций
(утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 8 мая
2010 г. № 58)

№	Определяемое вещество	ПДК в мг/м ³ . Класс опасности	Методики определения
1	Диэтиловый эфир	300; ГУ	МУ 46-07 ФГХ-1 "Газохроматографическое определение диэтилового эфира в воздухе"
2	Трихлорэтилен	10	
3	Хлористый этил	50; IV	
4	Закись азота	5 (в перерасчете на O ₂)	Экспресс метод Г/анализатор "Элан СО/NO"

Приложение 12 к СанПиН 2.1.3.2630-10
Экстренная профилактика парентеральных
вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции (утв.
постановлением Главного государственного
санитарного
врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58)

Во избежание заражения парентеральными вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией следует соблюдать правила работы с колющим и режущим инструментарием.

В случае порезов и уколов немедленно обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, смазать ранку 5%-м раствором йода.

При попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы это место обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом.

Если кровь попала на слизистые оболочки глаз, их сразу же промывают водой или 1%-м раствором борной кислоты; при попадании на слизистую оболочку носа - обрабатывают 1%-м раствором протаргола; на слизистую оболочку рта - полоскать 70%-м раствором спирта или 0,05%-м раствором марганцево-кислого калия или 1%-м раствором борной кислоты.

Слизистые оболочки носа, губ, конъюнктивы обрабатывают также раствором марганцево-кислого калия в разведении 1:10 000 (раствор готовится *ex tempore*).

С целью экстренной профилактики ВИЧ-инфекции назначаются азидотимидин в течение 1 месяца. Сочетание азидотимидина (ретровир) и ламивудина (эливир) усиливает антиретровирусную активность и преодолевает формирование резистентных штаммов. При высоком риске заражения ВИЧ-инфекцией (глубокий порез, попадание видимой крови на поврежденную кожу и слизистые от пациентов, инфицированных ВИЧ) для назначения химиопрофилактики следует обращаться в территориальные Центры по борьбе и профилактике СПИД.

Лица, подвергшиеся угрозе заражения ВИЧ-инфекцией, находятся под наблюдением врача-инфекциониста в течение 1 года с обязательным обследованием на наличие маркера ВИЧ-инфекции.

Персоналу, у которого произошел контакт с материалом, инфицированным вирусом гепатита В, вводится одновременно специфический иммуноглобулин (не позднее 48 ч) и вакцина против гепатита В в разные участки тела по схеме 0-1- 2-6 мес. с последующим контролем за маркерами гепатита (не ранее 3-4 мес. после введения иммуноглобулина). Если контакт произошел у ранее вакцинированного медработника, целесооб-

разно определить уровень анти-НВs в сыворотке крови. При наличии концентрации антител в титре 10 МЕ/л и выше вакцинопрофилактика не проводится, при отсутствии антител - целесообразно одновременное введение 1 дозы иммуноглобулина и бустерной дозы вакцины.

Приложение 13 к СанПиН 2.1.3.2630-10
Перечень регистрируемых нозологических
форм послеоперационных инфекций (утв.
постановлением Главного государственного
санитарного врача РФ от 8 мая 2010 г. № 58)

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-10
вирусные и бактериальные пневмонии	J12-J15
стрептококковая септицемия	A40
другая септицемия, в том числе:	A41
сепсис	A41.8
газовая гангрена	A48.0
бактериальный менингит, менингоэнцефалит и менингомиелит	G00, G04.2
энцефалит, миелит или энцефаломиелит не- уточненный	G04.9
флебит и тромбофлебит	I80
острый перитонит	K65.0
остеомиелит	M86
неудачный медицинский аборт, осложнив- шийся инфекцией половых путей и тазовых органов	O07.0
расхождение краев операционной раны, не классифицированное в других рубриках	T81.3
инфекция, связанная с процедурой, не клас- сифицированная в других рубриках	T81.4
инфекция, связанная с протезом сердечного клапана, другими сердечными и сосудисты- ми устройствами, имплантатами и транс- плантатами	T82.6,7
инфекции, обусловленные протезным уст- ройством, имплантатом, трансплантатом в мочеполовой системе	T83.5,6
инфекции, обусловленные эндопротезирова- нием, внутренним фиксирующим устройст- вом, внутренними протезными устройствами, имплантатами, трансплантатами	T84.5,6,7
инфекция ампутированной культы	T87.4
инфекция и воспалительная реакция, обу- словленные другими внутренними протез- ными устройствами, имплантатами и транс- плантатами	T85.7
инфекции, связанные с инфузией, трансфу- зией и лечебной инъекцией	T80.2

острый цистит	N30.0
уретральный абсцесс	N34.0
инфекции мочевыводящих путей без установленной локализации	N39.0
другие инфекционные заболевания, носительство возбудителей инфекционных заболеваний, возникшие во время пребывания в лечебной организации	обозн. кодами по МКБ-10 соответственно нозологической форме

Приложение 27

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ И РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Для всех ВГ критерии оценки лечебной деятельности отделений анестезиологии-реанимации единые, что позволяет оценивать характер помощи, ее качество как в отдельности по каждому ВГ, так и в целом по округу и ВС РФ.

Показатели оценки анестезиологической помощи:

Количество часов анестезий, выполненные в течение года, из расчета в среднем на одну штатную и одну занятую ставку анестезиолога-реаниматолога (медсестры-анестезиста) по оказанию анестезиологической помощи.

Анестезиологическая активность (в %) – отношение числа анестезий при операциях с участием анестезиолого-реаниматологической бригады к числу всех анестезий при операциях.

Процент анестезий при неотложных операциях (к числу всех анестезий, проведенных анестезиолого-реаниматологической бригадой).

Риск анестезии по состоянию больного (общее кол-во баллов / средний балл).

Риск операции по объему хирургического вмешательства (общее кол-во баллов / средний балл).

Число осложнений анестезии с тяжелыми последствиями и летальным исходом.

Показатели оценки реаниматологической помощи:

Среднее число больных, которым проведена интенсивная терапия, из расчета на одну штатную _____ и занимаемую должность _____

Тяжесть состояния больных (общее кол-во баллов / средний балл).

Процент больных, лечившихся в отделении анестезиологии-реанимации от поступивших в медицинское учреждение.

Койко-день интенсивной терапии (общее кол-во баллов / средний балл).

Летальность (по ВГ / в отделении анестезиологии-реанимации), % .

Приложение 28
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
(выдержки)

Принят: Государственной Думой 1 ноября
2011 года

Одобен: Советом Федерации 9 ноября 2011
года

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

5) медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание;

7) диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

8) лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

9) пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

10) медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

15) лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;

16) заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

17) состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

18) основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

19) сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

20) тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья

1. Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона.

3. В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона.

4. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Глава 2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи

Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут от-

ветственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

- в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;

5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;

9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Глава 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН В СФЕРЕ

ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 18. Право на охрану здоровья

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощью.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

- выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

- лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое

лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

– несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

– если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

– в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

– в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

– в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

– при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

– в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

– в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закры-

тых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

– по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

– в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением

случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 настоящего Федерального закона.

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать

им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 25. Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья

1. Военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим (далее - военнослужащие и приравненные к ним лица), а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование в порядке, предусмотренном статьей 61 настоящего Федерального закона, и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы или приравненной к ней службы и показаниях для отсрочки или освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

3. Военнослужащие и приравненные к ним лица имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях, а при их отсутствии или при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля, специалистов либо специального медицинского оборудования - на получение медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральным органам исполнительной власти, в

которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

4. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

5. Граждане при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, а также граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу, имеют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе.

6. Особенности охраны здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, определяются законодательством Российской Федерации, регламентирующим деятельность этих органов.

Статья 31. Первая помощь

1. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

2. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи разрабатываются уполномоченным феде-

ральным органом исполнительной власти и утверждаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

Статья 32. Медицинская помощь

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

2. К видам медицинской помощи относятся:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

3. Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Формами оказания медицинской помощи являются:

- экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

5. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

Статья 34. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

1. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и по-

слеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

4. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

3. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

5. Медицинская эвакуация включает в себя:

– санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;

– санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

6. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

7. Федеральные государственные учреждения вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных федеральных государственных учреждений утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Статья 41. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

1. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинская эвакуация, осуществляются Всероссийской службой медицины катастроф в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Всероссийская служба медицины катастроф является функциональной подсистемой Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, функционально объединяющей службы медицины катастроф федеральных органов исполнительной власти, силы и средства различных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от

чрезвычайных ситуаций, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и решение проблем медицины катастроф.

3. Всероссийская служба медицины катастроф осуществляет решение задач по быстрому реагированию, мобилизации материально-технических средств и личного состава при чрезвычайных ситуациях в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путем оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объеме, ликвидации эпидемических очагов, а также по созданию резерва материальных запасов и обучению оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при чрезвычайных ситуациях.

Статья 45. Запрет эвтаназии

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей

1. Врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

2. Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским вопросам. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

3. Консилиум врачей - совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая

дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей, сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом.

Глава 7. МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ

Статья 58. Медицинская экспертиза

2. В Российской Федерации проводятся следующие виды медицинских экспертиз:

- экспертиза временной нетрудоспособности;
- медико-социальная экспертиза;
- военно-врачебная экспертиза;
- судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы;
- экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- экспертиза качества медицинской помощи.

Статья 59. Экспертиза временной нетрудоспособности

1. Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, долечиванием в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

2. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно, а в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, - фельдшером либо зубным врачом, которые единолично выдают

листок нетрудоспособности на срок до десяти календарных дней включительно.

3. Продление листка нетрудоспособности на больший срок, чем указано в части 2 настоящей статьи (но не более чем на пятнадцать календарных дней единовременно), осуществляется по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации из числа врачей, прошедших обучение по вопросам проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

4. При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу.

5. При оформлении листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). По письменному заявлению гражданина в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания.

6. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. Фонд социального страхования Российской Федерации в целях оценки обоснованности расходования средств обязательного социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, вправе осуществлять проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности.

Статья 61. Военно-врачебная экспертиза

1. Военно-врачебная экспертиза проводится в целях:

- определения годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью);
- установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы

(приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы);

– решения других вопросов, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2. Положение о военно-врачебной экспертизе, предусматривающее порядок проведения военно-врачебной экспертизы в федеральных органах исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба (приравненная к ней служба), и в создаваемых на военное время специальных формированиях, в том числе порядок проведения медицинского обследования и медицинского освидетельствования граждан при постановке на воинский учет, призыве на военную службу, поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, граждан, ранее признанных ограниченно годными к военной службе по состоянию здоровья, граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, призываемых на военные сборы (проходящих военные сборы), поступающих на военную службу по контракту, в военные образовательные учреждения профессионального образования, военнослужащих и граждан, пребывающих в запасе, утверждается Правительством Российской Федерации.

3. Требования к состоянию здоровья граждан, за исключением указанных в части 4 настоящей статьи, устанавливаются соответствующими федеральными органами исполнительной власти, в которых граждане проходят военную службу (приравненную к ней службу).

4. Требования к состоянию здоровья граждан, направляемых на альтернативную гражданскую службу или проходящих альтернативную гражданскую службу, аналогичны требованиям, предъявляемым к гражданам, призываемым на военную службу или проходящим военную службу по призыву.

5. Заключение военно-врачебной экспертизы является обязательными для исполнения должностными лицами на территории Российской Федерации.

6. При несогласии граждан с заключением военно-врачебной экспертизы по их заявлению проводится независимая военно-врачебная экспертиза. Положение о независимой военно-врачебной экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации.

7. Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперты либо члены экспертной комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, проводивших военно-врачебную экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан,

заинтересованных в результатах независимой военно-врачебной экспертизы.

8. При проведении независимой военно-врачебной экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

9. В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение военно-врачебной экспертизы являются обязательными.

Глава 8. МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В СВЯЗИ СО СМЕРТЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Статья 66. Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий

1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными, а именно:

– при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга, в том числе на фоне неэффективного применения полного комплекса реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни;

– при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение тридцати минут;

– при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении десяти минут с начала проведения реанимационных мероприятий (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

- при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;
- при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

Глава 9. МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ РАБОТНИКИ, МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

1. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

2. Право на осуществление фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют:

- лица, получившие фармацевтическое образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, утверждаемыми в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста;
- лица, обладающие правом на осуществление медицинской деятельности и получившие дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами, при условии их работы в обособленных подразделениях (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики) медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности и расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

3. Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с ус-

тановленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Лица, имеющие медицинское или фармацевтическое образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации.

5. Лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, и лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 70. Лечащий врач

1. Лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей для целей, установленных частью 4 статьи 47 настоящего Федерального закона. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

3. Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от прове-

дения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

4. Лечащий врач, рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания или заменитель грудного молока, обязан информировать пациента о возможности получения им соответствующих лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания или заменителя грудного молока без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Лечащий врач устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента.

6. Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.

7. Отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, руководителем медицинской организации при оказании первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи могут быть возложены на фельдшера, акушерку в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Статья 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

– создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

-
- профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
 - профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
 - прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
 - стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
 - создание профессиональных некоммерческих организаций;
 - страхование риска своей профессиональной ответственности.

2. Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам и фармацевтическим работникам за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

Статья 73. Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников

1. Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

2. Медицинские работники обязаны:

- оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями;
- соблюдать врачебную тайну;
- совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых

без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

– сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, предусмотренную частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона.

3. Фармацевтические работники несут обязанности, предусмотренные пунктами 2, 3 и 5 части 2 настоящей статьи.

Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности

1. Медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе:

– принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

– заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

– получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

– предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную, неполную или искаженную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать све-

дения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

– осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона;

– выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

2. Фармацевтические работники и руководители аптечных организаций не вправе:

– принимать подарки, денежные средства, в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, и принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компании, представителя компании;

– получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения населению;

– заключать с компанией, представителем компании соглашения о предложении населению определенных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

– предоставлять населению недостоверную, неполную или искаженную информацию о наличии лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование, медицинских изделий, в том числе скрывать информацию о наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, имеющих более низкую цену.

3. За нарушения требований настоящей статьи медицинские и фармацевтические работники, руководители медицинских организаций и руководители аптечных организаций, а также компании, представители компаний несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Статья 75. Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

1. Конфликт интересов - ситуация, при которой у медицинского работника или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в по-

лучении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и интересами пациента.

2. В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник или фармацевтический работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации или руководителя аптечной организации, в которой он работает, а индивидуальный предприниматель, осуществляющий медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность, обязан проинформировать о возникновении конфликта интересов уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

3. Руководитель медицинской организации или руководитель аптечной организации в семидневный срок со дня, когда ему стало известно о конфликте интересов, обязан в письменной форме уведомить об этом уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

4. Для урегулирования конфликта интересов уполномоченный федеральный орган исполнительной власти образует комиссию по урегулированию конфликта интересов.

5. Положение о комиссии по урегулированию конфликта интересов утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Состав комиссии по урегулированию конфликта интересов формируется с учетом исключения возможности возникновения конфликта интересов, который мог бы повлиять на принимаемые указанной комиссией решения.

Глава 13. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

2. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

3. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава 14. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 100. Заключительные положения

9. До 1 января 2016 года:

– право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста;

– право на занятие фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее фармацевтическое образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста, а также лица, обладающие правом на занятие медицинской деятельностью и получившие дополнительное профессиональное образование в части розничной торговли лекарственными препаратами, при условии их работы в расположенных в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, обособленных подразделениях медицинских организаций (амбулаториях, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, центрах (отделениях) общей врачебной (семейной) практики), имеющих лицензию на осуществление фармацевтической деятельности;

– лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности в соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (профессиональной переподготовки) и при наличии сертификата специалиста;

– лица, получившие медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, допускаются к медицинской деятельности или фармацевтической деятельности после установления в Российской Федерации эквивалентности документов иностранных государств об образовании в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об образовании, сдачи экзамена по специальности в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной

власти, и получения сертификата специалиста, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

2. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2016 года, действуют до истечения указанного в них срока. Форма, условия и порядок выдачи сертификата специалиста

3. Медицинское и фармацевтическое образование осуществляется по профессиональным образовательным программам:

- начального профессионального образования;
- среднего профессионального образования;
- высшего профессионального образования;
- послевузовского профессионального образования – интернатура, ординатура, аспирантура, докторантура;
- по дополнительным профессиональным образовательным программам

4. Подготовка по программам интернатуры обеспечивает приобретение специалистом необходимого уровня знаний, умений и навыков, а также квалификации, позволяющей занимать должности медицинских работников и фармацевтических работников. Продолжительность обучения в интернатуре не может превышать один год.

5. Подготовка по программам ординатуры обеспечивает приобретение специалистами знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности по определенной медицинской специальности или фармацевтической специальности, а также приобретение квалификации, позволяющей занимать должности медицинских работников и фармацевтических работников по определенной медицинской или фармацевтической специальности.

6. С 1 сентября 2017 года послевузовское медицинское и фармацевтическое образование может быть получено в ординатуре, аспирантуре и докторантуре.

7. До 1 января 2015 года финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

8. До 1 января 2015 года финансовое обеспечение полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации по оказанию скорой медицинской помощи осуществляется соответственно за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и средств обязательного ме-

дицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

9. До 1 января 2015 года финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, в том числе средств, переданных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

10. До 1 января 2015 года:

– уполномоченный федеральный орган исполнительной власти формирует перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом возможного оказания отдельных ее видов в рамках первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи;

– лицензирование медицинской деятельности, предусматривающей оказание услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, является полномочием Российской Федерации.

11. До 1 января 2013 года медицинскими организациями могут применяться порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, утвержденные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с настоящим Федеральным законом, в том числе в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Статья 101. Порядок вступления в силу настоящего Федерального закона

4. Пункт 2 части 1, пункт 2 части 3 статьи 15 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2014 года.

5. Часть 3 статьи 58 и часть 2 статьи 64 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2015 года.

6. Части 1 – 4, 6 и 7 статьи 69 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2016 года.

8. Положения частей 5 – 8 статьи 34 настоящего Федерального закона применяются до 1 января 2015 года.

9. Части 3 – 5 статьи 100 применяются до дня вступления в силу федерального закона об образовании.

Президент Российской Федерации

Д. МЕДВЕДЕВ

Москва, Кремль 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ

Приложение 29
ПРИКАЗ от 13 апреля 2011 г. № 315Н
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ
ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ»

В соответствии со статьей 37.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 21) приказываю:

Утвердить порядок оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению согласно приложению.

Министр

Т.А. ГОЛИКОВА

Приложение к Приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 13 апреля 2011 г. № 315н

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ
ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

1. Настоящий порядок регулирует вопросы оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы.

2. Анестезиолого-реанимационная помощь включает:

- профилактику и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов;
- поддержание и (или) искусственное замещение обратимо нарушенных функций жизненно важных органов и систем, при состояниях, угрожающих жизни пациента;
- проведение лечебных и диагностических мероприятий пациентам во время анестезии, реанимации и интенсивной терапии;
- лабораторный и функциональный мониторинг за адекватностью анестезии и (или) интенсивной терапии;
- наблюдение за состоянием пациентов в пред- и посленаркозном периоде и определение его продолжительности;
- лечение заболевания, вызвавшего развитие критического состояния совместно с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента;

-
- лечение сопутствующей патологии на основании рекомендаций врачей-специалистов по профилю заболевания пациента;
 - оказание консультативной помощи специалистам медицинской организации по проведению интенсивной терапии пациентам в послеоперационных, послеродовых и других подразделениях медицинской организации;
 - оказание консультативной и практической помощи врачам-специалистам других медицинских организаций;
 - отбор больных, подлежащих лечению в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, перевод больных в отделения по профилю заболевания пациента или в палаты интенсивного наблюдения (послеродовые, послеоперационные и другие) после стабилизации функций жизненно важных органов.

3. Анестезиолого-реанимационная помощь оказывается в плановой или экстренной форме.

4. Анестезиолого-реанимационная помощь оказывается в виде скорой, в том числе скорой специализированной, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

5. В рамках скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, анестезиолого-реанимационная помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного профиля, штатный состав которых установлен приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (зарегистрирован Минюстом России 23 ноября 2004 г. № 6136) с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 2 августа 2010 г. № 586н (зарегистрирован Минюстом России 30 августа 2009 г. № 18289) и включает, в том числе осуществление обезболивания, а также проведение первичной сердечно-легочной реанимации и дальнейшую транспортировку пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь с поддержанием основных жизненно-важных функций.

6. В рамках первичной медико-санитарной помощи анестезиолого-реанимационная помощь оказывается:

Медицинским персоналом медицинских организаций или их структурных подразделений, оказывающих амбулаторную первичную медико-санитарную помощь, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и включает, в том числе, проведение обезболивающих мероприятий при осуществлении медицинских вмешательств, а также проведение первичной сердечно-легочной реанимации и иных мероприятий, направленных на устранение заболеваний и (или) состояний, уг-

рожающих жизни пациента при их возникновении и организацию транспортировки пациента в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь, с поддержанием основных жизненно-важных функций в сопровождении медицинского персонала;

Персоналом медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих, стационарную первичную медико-санитарную помощь.

7. Специализированная анестезиолого-реанимационная помощь оказывается медицинскими организациями или их структурными подразделениями, оказывающими специализированную медицинскую помощь.

8. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи осуществляется медицинским персоналом бригад анестезиологии – реанимации; отделений анестезиологии – реанимации; центров анестезиологии-реанимации в соответствии с приложениями № 1-11 к настоящему Порядку.

9. В подразделениях медицинских организаций по профилям для проведения интенсивного лечения и наблюдения могут организовываться блоки интенсивной терапии.

10. В медицинских организациях, оказывающих круглосуточную анестезиолого – реанимационную помощь больным, доставляемым бригадами скорой медицинской помощи, в составе приёмного отделения организуются противошоковые палаты.

11. Штатная численность структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, устанавливается руководителем медицинской организации в соответствии с рекомендуемыми нормативами штатной численности медицинского и другого персонала подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, согласно приложениям №2, №5, №9 к настоящему порядку, а также в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами численности медицинского и другого персонала подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи.

12. Число коек для оказания анестезиолого-реанимационной помощи в медицинской организации устанавливается руководителем медицинской организацией в зависимости от потребностей, обусловленных видами и объемом оказываемой медицинской помощи и составляет не менее 3 % от общего коечного фонда в медицинских организациях, имеющих коечный фонд до 400 коек и не менее 5% в медицинских организациях с коечным фондом более 400 коек.

13. Оборудование и принадлежности для проведения оказания анестезиолого-реанимационной помощи поддерживаются в постоянной готовности к работе.

Не допускается проведение любого вида анестезии врачом анестезиологом-реаниматологом в местах не обеспеченных специальным оборудованием.

14. В медицинских организациях, в том числе в дневных стационарах оборудуются преднаркозная палата - помещение для подготовки и введения больных в анестезию из расчета 1 место на 1 хирургический стол и палата пробуждения - для выведения пациентов из анестезии и наблюдения за ними из расчета 2 места на 1 хирургический стол. При отсутствии возможности выделения отдельного помещения преднаркозная палата и палата пробуждения могут быть совмещены

При количестве хирургических столов более 4 в составе одного операционного блока, места в преднаркозной палате и палате пробуждения суммарно рассчитываются по 2 места на один хирургический стол, но не более 12 коек на операционный блок.

16. При подготовке пациента к плановой операции он должен быть заблаговременно (не позже чем за 1 сутки до предполагаемого оперативного вмешательства) осмотрен врачом анестезиологом – реаниматологом с целью определения полноты обследования в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи и назначения, в случае необходимости, дополнительного обследования, оценки степени операционно-анестезиологического риска, осуществления обоснованного выбора метода анестезии и необходимых для нее средств.

Результаты осмотра пациента с обоснованием, при необходимости, его дополнительного обследования, оформляются врачом анестезиологом-реаниматологом в виде заключения, которое вносится в медицинскую документацию пациента.

Непосредственно перед проведением анестезии пациенты в обязательном порядке повторно осматриваются врачом анестезиологом-реаниматологом, о чем в медицинскую документацию пациента вносится соответствующая запись.

17. При необходимости проведения экстренного оперативного вмешательства пациенты в обязательном порядке осматриваются врачом анестезиологом-реаниматологом перед проведением анестезии, о чем в медицинскую документацию пациента вносится соответствующая запись. При необходимости дополнительного обследования пациента и его подготовки к анестезии результаты осмотра пациента оформляются врачом анестезиологом-реаниматологом в виде соответствующего заключения, которое вносится в медицинскую документацию пациента.

18. Во время анестезии врачом анестезиологом-реаниматологом ведется анестезиологическая карта. После окончания анестезии оформляется протокол, где отмечается ее ход, особенности и осложнения, оценивается состояние пациента на момент передачи его для наблюдения и лечения другому медицинскому персоналу. Заключение, карта и протокол анестезии вносятся в медицинскую документацию пациента.

19. Во время проведения анестезии врач анестезиолог-реаниматолог, ее осуществляющий, не вправе оказывать медицинскую помощь другим пациентам либо выполнять иные функции, не связанные с непосредственным проведением анестезии.

20. Время пребывания пациентов в палатах пробуждения после операционного вмешательства не должно превышать 4-х часов. Для дальнейшего лечения больные переводятся в профильное отделение, блок интенсивной терапии или в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь.

При переводе из операционной в палату пробуждения отметка о завершении операции вносится в наркозную карту, в которой также отражается течение пробуждения до момента перевода в профильное отделение, блок интенсивной терапии или в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь.

21. Перевод пациента в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь для проведения интенсивного лечения осуществляется по решению заведующего подразделением, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, а при его отсутствии - лицом, его замещающим, на основании совместного осмотра с лечащим врачом по профилю заболевания пациента и по согласованию с заведующим подразделения, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, в которое пациент переводится. В спорных случаях вопрос перевода решает консилиум врачей анестезиологов – реаниматологов и должностных лиц медицинской организации.

22. Транспортировка в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется силами сотрудников отделения по профилю заболевания пациента в сопровождении врача анестезиолога – реаниматолога.

23. Лечение пациента в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется врачом анестезиологом-реаниматологом. Врач-специалист по профилю заболевания пациента, осуществлявший лечение или оперировавший больного до перевода в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, ежедневно осматривает больного и выполняет лечебно-диагностические мероприятия.

При возникновении противоречий в тактике лечения, в первую очередь решаются вопросы лечения критического состояния, с учётом рекомендаций по лечению основного заболевания.

24. При поступлении пациента, в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь непосредственно из приемного отделения, к обследованию пациента до выяснения и устранения причины тяжелого состояния врачом анестезиологом-реаниматологом привлекаются врачи подразделений медицинской организации, которые осматривают поступившего пациента в возможно короткий срок. В медицинскую документацию пациента вносятся записи с обоснованием необходимости консультации специалистов по профилям, а так же записи о проведенных консультациях.

25. Осмотр пациента врачом анестезиологом-реаниматологом в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется не реже 4 раз в сутки, о чем в медицинскую документацию пациента вносится плановая запись динамического наблюдения врача анестезиолога – реаниматолога, отражающая эффективность проводимого лечения, результаты лабораторных, функциональных и других исследований, промежуточное заключение. В случаях внезапного изменения состояния больного производится внеплановая запись либо подробное описание ситуации в плановой записи с точным указанием времени происшествия и проведенных мероприятий.

26. Не допускается совмещение врачом анестезиологом-реаниматологом работы в палатах для реанимации и интенсивной терапии с другими видами анестезиолого-реанимационной деятельности (проведение анестезии в операционных и прочего), за исключением экстренных консультаций по учреждению при отсутствии других специалистов анестезиологов – реаниматологов.

27. При проведении интенсивного наблюдения и лечения в подразделении, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь, на пациента оформляется и ведется карта интенсивной терапии в которой отражаются основные физиологические показатели и иные сведения, связанные с проведением лечения.

28. После восстановления и стабилизации функций жизненно-важных органов и систем пациенты переводятся для дальнейшего лечения в подразделение медицинской организации по профилю заболевания либо в блок интенсивной терапии этого подразделения при его наличии.

29. Решение о переводе пациента в отделение по профилю заболевания принимается заведующим подразделением, оказывающим анестезиолого-реанимационную помощь, либо лицом его замещающим на основании результатов совместного осмотра пациента врачом анестезиологом-

реаниматологом и лечащим врачом и (или) заведующим профильным отделением, а в спорных ситуациях – консилиумом врачей.

30. Транспортировка пациентов из подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, в отделение по профилю заболевания пациента осуществляется персоналом отделения по профилю заболевания пациента незамедлительно.

31. При переводе пациентов из профильных отделений в подразделения, оказывающие анестезиолого-реанимационную помощь и из них в другие подразделения медицинской организации в медицинскую документацию больного вносится запись с обоснованием перевода.

32. В случае развития у пациента в профильном отделении угрожающего жизни состояния, требующего оказания помощи врачом-анестезиологом – реаниматологом, персонал профильного отделения вызывает к пациенту врача-анестезиолога-реаниматолога, и принимает меры по устранению состояний, угрожающих жизни пациента.

Приложение № 1 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БРИГАДЫ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ**

Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности бригады анестезиологии-реанимации.

Бригада анестезиологии-реанимации организуется в составе операционного блока или хирургического отделения медицинской организации для обеспечения анестезиолого-реанимационной помощи в плановой и экстренной форме вне круглосуточного графика работы пациентам до II-й степени операционно-анестезиологического риска (до 10 баллов – умеренный риск), а также при состояниях, угрожающих жизни пациента.

Бригада анестезиологии-реанимации организуется в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь, требующую применения анестезии и имеющих дневные стационары.

4. Штатная численность медицинского и другого персонала бригады анестезиологии-реанимации устанавливается в соответствии с рекомендуемыми нормативами штатной численности медицинского и другого персонала, в соответствии с приложением № 2 к порядку оказания анестезиолого-реанимационной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

5. В медицинских организациях, имеющих в своей структуре бригаду анестезиологии-реанимации, в составе одного из подразделений организуется палата для кратковременного (в пределах рабочего дня) интенсивного наблюдения и лечения больных.

6. Невозможность оказания полноценной анестезиолого-реанимационной помощи силами бригады анестезиологии-реанимации является основанием для перевода пациента в подразделение медицинской организации, оказывающее круглосуточную анестезиолого-реанимационную помощь, либо, при отсутствии такового в медицинской организации, в другую медицинскую организацию, имеющую в своем составе такое подразделение с продолжением терапии в процессе транспортировки.

7. Бригада анестезиологии-реанимации выполняет следующие функции:

– проведение комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных жизненно-важных функций организма, возникших

вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства или других причин;

- осуществление комплекса мероприятий по подготовке к анестезии, ее проведению при операциях, перевязках, родах и иных диагностических и (или) лечебных процедурах;

- осуществление наблюдения за состоянием пациента после окончания анестезии до восстановления и стабилизации жизненно-важных систем организма;

- оказание помощи в проведении реанимации больным в других структурных подразделениях медицинской организации;

- консультирование врачей-специалистов других отделений медицинской организации.

8. Бригада анестезиологии-реанимации оснащается в соответствии с рекомендуемым табелем оснащения подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь в соответствии с приложением № 3 к порядку оказания анестезиолого-реанимационной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

Приложение № 2 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО И ДРУГОГО ПЕРСОНАЛА БРИГАДЫ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ¹**

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий	от 3 до 7 должностей врачей-анестезиологов – вместо одной – должность заведующего; свыше 7 до 12 должностей врачей-анестезиологов – 0,5 должности; свыше 12 должностей анестезиологов-реаниматологов – 1 должность
Врач анестезиолог-реаниматолог	Одна должность на каждое развернутое для дневной работы рабочее место врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста (хирургический, травматологический, гинекологический, эндоскопический, рентгено-ангиохирургический и другие рабочие места, требующие анестезиолого-реанимационного обеспечения). Одна должность для консультативной амбулаторно-поликлинической работы. Одна должность на каждые 3 места в преднаркозной палате и палате пробуждения (места учитываются вместе).
Старшая медицинская сестра	1 должность на каждую должность заведующего
Медицинская сестра-анестезист	1,5 должности на каждую должность врача-анестезиолога-реаниматолога.
Младшая медицинская сестра по уходу за тяжелыми больными	Одна должность на каждые 3 места в преднаркозной палате и палате пробуждения (места учитываются вместе).
Сестра-хозяйка	1 должность на каждую должность заведующего

¹ При работе в две смены количество должностей удваивается

Приложение № 3 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ БРИГАДЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ ²

Наименование оборудования	Требуемое количество для преднаркозной палаты и палаты пробуждения, шт.	Требуемое количество для рабочего места врача-анестезиолога-реаниматолога, шт.
Аппарат наркозный (полуоткрытый и полузакрытый контуры) с дыхательным автоматом, волюметром, монитором концентрации кислорода и герметичности дыхательного контура. Не менее одного испарителя для испаряемых анестетиков	1 на 3 рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Аппарат искусственной вентиляции легких транспортный (СМV, SIMV, СРАР) с мониторингом дыхательного и минутного объема дыхания, давления в контуре аппарата	2 на 3 рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на операционный блок
Дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции легких	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Монитор пациента на 5 параметров (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиография, частота дыхания, температура тела)	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Набор для интубации трахеи, включая ларингеальную маску и комбитьюб	1 на палату	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога

² При отсутствии в операционном блоке системы централизованного снабжения медицинскими газами и вакуумом операционный блок оснащается концентраторами кислорода с функцией сжатого воздуха и вакуума из расчета одна установка на одно рабочее место

Дефибриллятор	1 на палату	1 на каждые 3 рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога
Автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы	1 на палату пробуждения и операционный блок	
Набор для эпидуральной анестезии	по потребности, но не менее 2	
Набор для спинальной анестезии	по потребности, но не менее 2	
Набор для катетеризации центральной вены	по потребности, но не менее 2	

Приложение № 4 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Настоящее Положение регулирует вопросы организации деятельности отделения анестезиологии-реанимации медицинской организации.
2. Отделение анестезиологии-реанимации (далее – Отделение) организуется в медицинских организациях, оказывающих круглосуточную медицинскую помощь. Отделение анестезиологии-реанимации является самостоятельным структурным подразделением медицинской организации.
3. Число коек отделения реанимации и интенсивной терапии должно составлять не менее 6 коек.
4. Руководство Отделением осуществляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., № 14292), по специальности «анестезиологи-реаниматология», а также приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., № 18247).
5. В многопрофильных медицинских организациях, в которых оказывается экстренная и плановая медицинская помощь, а также в специализированных больницах, клиниках и научно-исследовательских институтах и иных медицинских организациях Отделение может быть организовано в форме:
 - отделения для профилактики и лечения боли и болезненных ощущений у пациентов при операциях, лечебных и диагностических процедурах с преднаркозной палатой, палатой пробуждения, и палатами для реанимации и интенсивной терапии, мощностью до 12 коек с противошоковой палатой;

– отделения для профилактики и лечения боли и болезненных ощущений у пациентов при операциях, лечебных и диагностических процедурах с преднаркозной палатой и палатой пробуждения;

– отделения для реанимации с палатами интенсивной терапии на 12 и более коек с противошоковой палатой.

6. Отделение выполняет следующие функции:

– осуществление комплекса мероприятий по подготовке и проведению анестезии, а также лечению больных с болевым синдромом;

– определение показаний для лечения пациентов в отделении;

– проведение интенсивного наблюдения и интенсивного лечения при угрожающих жизни состояниях у пациентов, поступающих из отделений по профилю заболевания пациента медицинской организации или доставленных в медицинскую организацию;

– выработка рекомендаций по лечению и обследованию пациентов, переводимых из Отделения в профильные подразделения медицинской организации на ближайшие сутки;

– консультирование медицинского персонала профильных подразделений медицинской организации по вопросам обследования больных в предоперационном периоде и подготовки их к операции и анестезии, а также по вопросам лечения пациентов при угрозе развития у них критического состояния;

– оказание помощи в проведении реанимации пациентам в профильных подразделениях медицинской организации;

– осуществление мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала Отделения;

– обеспечение взаимосвязи и преемственности в работе с другими подразделениями медицинской организации;

– иные функции, связанные с оказанием анестезиолого-реанимационной помощи.

7. Отделение оснащается оборудованием в соответствии с рекомендуемым стандартом оснащения подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, согласно приложению № 6 к порядку оказания анестезиолого-реанимационной медицинской помощи взрослому населению, утвержденному настоящим приказом.

8. В лечебно-диагностических целях медицинским персоналом Отделения используются лечебно-диагностические возможности других подразделений медицинской организации.

Приложение № 5 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО И ДРУГОГО ПЕРСОНАЛА ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ³

Наименование должности	Количество должностей
Заведующий отделением	Одна должность
Старшая медицинская сестра	Одна должность
Преднаркозная палата, палата пробуждения	
Врач-анестезиолог-реаниматолог	5,14 (1 круглосуточный пост) на 3 койки
Медицинская сестра-анестезист преднаркозной палаты и палаты пробуждения	5,14 (1 круглосуточный пост) на 3 койки
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75 (1 круглосуточный пост) на 3 койки
Операционная экстренная	
Врач-анестезиолог-реаниматолог	5,14 (1 круглосуточный пост) на 1 операционный стол
Медицинская сестра-анестезист	10,28 (2 круглосуточных поста) на 1 операционный стол
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75 (1 круглосуточный пост) на 2 операционных стола
Операционная плановая	
Врач-анестезиолог-реаниматолог	1 на 1 операционный стол (рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога)
Медицинская сестра-анестезист	2 на 1 операционный стол (рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога)
Младшая медицинская сестра по уходу за больными	1 на 1 операционный стол (рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога)
Палаты для реанимации и интенсивной терапии	
Врач-анестезиолог-реаниматолог	5,14 (1 круглосуточный пост) на 6 коек
Медицинская сестра-анестезист	5,14 (1 круглосуточный пост) на 2 койки

³ Рекомендуемые штатные нормативы отделений анестезиологии-реанимации медицинских организаций и их подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь (по профилям), устанавливаются Порядками оказания медицинской помощи (по профилям)

Младшая медицинская сестра по уходу за больными	5,14 (1 круглосуточный пост) на 4 койки
Медицинский лаборант	4,75 (1 круглосуточный пост) на 6 коек
Сестра – хозяйка	Соответственно должности заведующего и старшей медицинской сестры.

Приложение № 6 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ⁴

Наименование оборудования	Требуемое количество для предоперационной палаты и палаты пробуждения, шт.	Требуемое количество для рабочего места анестезиолога-реаниматолога, шт.
Отделение для профилактики и лечения боли и болезненных ощущений у пациентов при операциях, лечебных и диагностических процедурах с предоперационной палатой и палатой пробуждения		
Аппарат наркозный (полуоткрытый и полужакрытый контуры) с дыхательным автоматом, волюметром, монитором концентрации кислорода и герметичности дыхательного контура. Не менее одного испарителя для испаряемых анестетиков	1 на три рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на врача-анестезиолога-реаниматолога
Аппарат наркозный (полуоткрытый, полужакрытый и закрытый контуры) с дыхательным автоматом, с функцией минимального газотока и анестезии ксеноном, газовым и волюметрическим монитором и монитором концентрации ингаляционных анестетиков	-	1 на три хирургических стола
Аппарат искусственной вентиляции легких транспортный (CMV, SIMV, CPAP)	2 на три рабочих места врача-анестезиолога-реаниматолога	2 на операционный блок
Шприцевой насос		1 на хирургический стол
Инфузионный насос		1 на хирургический стол
Дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции легких	2 на палату	1 на рабочее место врача анестезиолога-реаниматолога

⁴ Каждое рабочее место должно быть обеспечено кислородом, сжатым воздухом и вакуумом в централизованном или индивидуальном варианте. Специальное оборудование (хирургическое, травматологическое, функциональной диагностики и другое) обеспечивают профильные службы

Монитор пациента (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиография, частота дыхания, температура тела)	1 на каждое рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Монитор на пациента (Неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление – 2 канала, электрокардиография, частота дыхания, температура тела – 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)		1 на три хирургических стола
Набор для интубации трахеи	1 на палату	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Набор для трудной интубации	1 на палату пробуждения и операционный блок	
Дефибриллятор	1 на палату	1 на операционный блок
Электрокардиостимулятор	2 на палату пробуждения и операционный блок	
Матрац термостабилизирующий	1 на 2 хирургических стола	
Автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы	1 на палату пробуждения и операционный блок (при отсутствии палат для реанимации и интенсивной терапии)	
Набор для эпидуральной анестезии	По потребности, но не менее 1	
Набор для спинальной анестезии	По потребности, но не менее 1	
Набор для катетеризации центральной вены	По потребности, но не менее 1	
Отделение анестезиологии-реанимации (отделение реанимации с палатами интенсивной терапии)		
Аппарат искусственной вентиляции лёгких с увлажнителем и монитором параметров дыхания	1 на койку для реанимации и интенсивной терапии	
Аппарат искусственной вентиляции лёгких транспортный (CMV, SIMV, CPAP)	2 на отделение	
Дыхательный мешок для ручной искусственной вентиляции лёгких	1 на каждые две койки для реанимации и интенсивной терапии	
Монитор пациента (оксиметрия, неинвазивное артериальное давление, электрокардиография, частота дыхания, температура тела)	1 на каждые две койки для реанимации и интенсивной терапии	
Монитор на пациента (Неинвазивное ар-	1 на каждые три койки для реанимации	

териальное давление, инвазивное артериальное давление – 2 канала, электрокардиография, частота дыхания, температура тела – 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)	и интенсивной терапии
Электрокардиостимулятор	2 на отделение
Шприцевой насос	1 на 2 койки для реанимации и интенсивной терапии
Инфузионный насос	1 на 2 койки для реанимации и интенсивной терапии
Набор для интубации трахеи	1 на каждую палату
Набор для трудной интубации, включая ларингеальную маску и комбитьюб	1 на отделение
Дефибриллятор	1 на каждую палату
Матрац термостабилизирующий	1 на три койки для реанимации и интенсивной терапии
Матрац противопролежневый	1 на две койки для реанимации и интенсивной терапии
Автоматический анализатор газов крови, кислотно-щелочного состояния, электролитов, глюкозы, осмолярности	1 на отделение
Тромбоэластограф	1 на отделение
Онкометр	1 на отделение
Дефибриллятор	1 на отделение
Электрокардиограф	1 на отделение
Транспортируемый рентгеновский аппарат	1 на отделение
Набор для эпидуральной анестезии	1 на отделение
Набор для катетеризации центральной вены	1 на отделение
Противошоковая палата	
Аппарат наркозный (полуоткрытый, полужакрытый и закрытый контуры) с дыхательным автоматом, с функцией минимального газотока и анестезии ксеноном, газовым и волюметрическим монитором и монитором концентрации ингаляционных анестетиков	1 на палату
Аппарат искусственной вентиляции легких транспортный (CMV, SIMV, CPAP) с дыхательным монитором	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Дыхательный мешок для ручной искусст-	1 на рабочее место врача-

венной вентиляции легких	анестезиолога-реаниматолога
Монитор на пациента (Неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление – 2 канала, электрокардиография, частота дыхания, температура тела – 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Матрац термостабилизирующий	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Набор для интубации трахеи.	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Набор для трудной интубации, включая ларингеальную маску и комбитьюб	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Дефибриллятор	1 на рабочее место врача-анестезиолога-реаниматолога
Набор для эпидуральной анестезии	По потребности
Набор для спинальной анестезии	По потребности
Набор для катетеризации центральной вены	По потребности

Приложение № 7 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Настоящее положение регулирует вопросы организации центра анестезиологии-реанимации.

2. Центры анестезиологии-реанимации (далее – ЦАР) организуются на функциональной основе в медицинских организациях, имеющих в своем составе два и более подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь.

3. Руководство ЦАР осуществляет один из заместителей руководителя медицинской организации, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, соответствующий Квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н (зарегистрирован Минюстом России 9 июля 2009 г., № 14292), по специальности «анестезиологи-реаниматология», а также приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 г., № 18247).

4. В состав ЦАР могут включаться следующие структурные подразделения медицинского учреждения:

- отделения анестезиологии – реанимации;
- выездные консультативно - диагностические бригады;
- лаборатория биохимическая;
- лаборатория клиническая;
- отделение гравитационной хирургии крови и (или) кабинет переливания крови;
- другие кабинеты (лаборатории, отделения), предназначенные для обследования и лечения тяжело больных и пострадавших.

5. ЦАР выполняет следующие функции:

- организация лечебной и консультативной анестезиолого-реанимационной помощи в медицинской организации на всех этапах лечебно-диагностического процесса;

-
- координация деятельности всех входящих в состав ЦАР подразделений с обеспечением преемственности лечения;
 - оптимизация использования в медицинской организацией материально-технического оборудования и лекарственных средств, предназначенных для анестезиолого-реанимационной помощи;
 - повышение уровня практических навыков по специальности медицинского персонала всех входящих в состав ЦАР подразделений;
 - анализ деятельности подразделений ЦАР, определение путей повышения эффективности анестезиолого-реанимационной помощи в медицинской организации.

6. На ЦАР городских, центральных областных (краевых, республиканских) больниц могут возлагаться функции городских, областных, краевых и республиканских ЦАР, которые являются базовыми организациями, определяющими стратегию и тактику помощи больным, пострадавшим и раненым в критическом состоянии на территории Российской Федерации и обеспечиваются при необходимости выездными группами анестезиологии-реанимации, специализированными бригадами скорой медицинской помощи, а также санитарной авиации.

7. Задачами городских, областных (краевых, республиканских) ЦАР являются:

- организация системы этапной анестезиолого-реанимационной помощи на территории обслуживания;
- оказание в медицинских организациях региона экстренной и плановой консультативной и лечебной помощи пациентам, находящимся в критических состояниях, в том числе и с выездом на место и эвакуацией в медицинскую организацию, в структуру которой входит ЦАР выездными бригадами анестезиологии-реаниматологии, специализированными бригадами скорой медицинской помощи, в том числе с применением санитарной авиации;
- совершенствование и разработка медицинских технологий, использование специальной аппаратуры по оперативному управлению службой анестезиологии-реаниматологии, диагностике и лечению критических состояний;
- разработка и внедрение в практическое здравоохранение новых медицинских технологий, стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов.

8. Руководитель ЦАР назначает ответственного дежурного врача-анестезиолога-реаниматолога, в задачу которого входит координация деятельности дежурной службы подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь в вечернее или ночное время, а также в выходные и праздничные дни.

Приложение № 8 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

СТАНДАРТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ЦЕНТРА
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Наименование оборудования	Требуемое количество, шт.
Монитор глубины анестезии	1 на 2 хирургических стола 1 на 3 койки для реанимации и интенсивной терапии
Монитор глубины нейро-мышечного блока	1 на 2 хирургических стола
Аппарат для интраоперационного сбора крови и сепарации форменных элементов	1 на операционный блок
Аппарат для экстракорпоральной детоксикации и заместительной почечной терапии	1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Аппарат высокочастотной искусственной вентиляции легких	1 на операционный блок 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Аппарат для неинвазивной искусственной вентиляции легких	1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Нейростимулятор для индукции нервного ствола при блокадах	1 на 3 хирургических стола
Стойка инфузионная (3 шприцевых насоса, 3 инфузионных насоса)	1 на операционный блок 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Изолирующий набор для инфекционных больных и больных группы риска: а) закрытая аспирационная система для интубационной и трахеостомической трубок б) одноразовый дыхательный контур с бактериальными фильтрами в) закрытая мочепринимающая система г) набор для катетеризации центральной вены катетером «в чехле» д) изолирующие наклейки для сосудистых и анестезирующих катетеров	1 на операционный блок 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Центральный пульт монитора	1 на каждые 6 хирургических столов операционного блока. 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Инвазивный геодинимический монитор	Два на операционный блок Один на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии

Неинвазивный гемодинамический монитор	1 на операционный блок 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Электроэнцефалограф 8-и канальный с фото-, фоно- стимулятором и картированием	1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии
Транскраниальный оксиметр	1 на операционный блок 1 на 6 коек для реанимации и интенсивной терапии

Приложение № 9 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

**РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
МЕДИЦИНСКОГО И ДРУГОГО ПЕРСОНАЛА ЦЕНТРА
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Наименование должности	Количество должностей
Заместитель главного врача – руководитель Центра анестезиологии и реанимации	1
Врач-анестезиолог-реаниматолог	5,14 (для обеспечения работы аппаратов для экстракорпоральной детоксикации и заместительной почечной терапии и аппарата для интраоперационного сбора крови и сепарации форменных элементов)
Медицинская сестра-анестезист	5,14 (для обеспечения работы аппаратов для экстракорпоральной детоксикации и заместительной почечной терапии и аппарата для интраоперационного сбора крови и сепарации форменных элементов) 5,14 (для обработки и стерилизации анестезиолого – реанимационного оборудования)
Лаборант	4,75 (для обеспечения работы аппаратов для экстракорпоральной детоксикации и заместительной почечной терапии и аппарата для интраоперационного сбора крови и сепарации форменных элементов)
Врач функциональной диагностики	1,5
Медицинская сестра функциональной диагностики	4,75

Приложение № 10 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

1. Настоящее положение определяет деятельность врача-анестезиолога-реаниматолога.

2. На должность врача-анестезиолога-реаниматолога назначается специалист, соответствующий квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения по специальности «анестезиология-реаниматология», утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н.

3. Врач-анестезиолог-реаниматолог непосредственно подчиняется заведующему отделением.

4. Основными функциями врача-анестезиолога-реаниматолога являются:

- анестезиолого-реанимационное обеспечение плановых и экстренных оперативных вмешательств, перевязок, родов, иных лечебно-диагностических манипуляций, сопровождающихся болевым синдромом;
- лечение пациентов в подразделении медицинской организации, оказывающем анестезиолого-реанимационную помощь;
- помощь медицинскому персоналу в проведении реанимационных мероприятий в профильных отделениях медицинской организации;
- консультативная помощь медицинскому персоналу профильных отделений медицинской организации;
- обеспечение соблюдения инфекционной безопасности больных и медицинского персонала, инфекционного контроля, требований асептики и антисептики;
- работа в выездных бригадах анестезиологии-реаниматологии;
- иные функции, связанные с оказанием анестезиолого-реанимационной помощи.

5. В рамках анестезиолого-реанимационного обеспечения врач-анестезиолог-реаниматолог осуществляет:

- своевременный осмотр пациентов, готовящихся к операции, с оценкой полноты их обследования, определением степени операционно-анестезиологического риска;

- назначение, при необходимости, клинического и лабораторного дообследования этих пациентов;
- назначение необходимой премедикации и иной медикаментозной подготовки;
- принятие решения о виде (методе) предполагаемой анестезии;
- получение добровольного информированного согласия либо отказа пациента или его законных представителей на соответствующий вид (метод) анестезии;
- ведение медицинской документации, занесение результатов осмотра, своего заключения с отметкой о согласии пациента (его законных представителей) на избранный метод анестезии в историю болезни;
- доведение до сведения лечащего врача профильного отделения (или его заведующего) необходимости дополнительного обследования пациента в случаях, требующих отсрочки вмешательства для его выполнения в связи с высоким риском анестезии;
- информирование заведующего отделением анестезиологии-реанимации либо лица, его замещающего, о плане предполагаемого анестезиологического обеспечения, а также о любых ситуациях, требующих дополнительного обследования пациента и связанного с этим переноса сроков запланированного хирургического вмешательства;
- инициирование консилиума врачей, с предварительным информированием заведующего отделением;
- проведение анестезии, заполнение анестезиологической карты и протокола анестезии;
- определение показаний для транспортировки пациента (в отделение анестезиологии-реаниматологии или анестезиологии-реаниматологии для интенсивного лечения, в палату пробуждения или в палату профильного отделения) и сопровождение при транспортировке.

6. Врач-анестезиолог-реаниматолог во время проводимой им анестезии осуществляет мониторинг состояния больного, проводит инфузионную и назначает трансфузионную терапию, осуществляет другие меры с целью профилактики и лечения нарушений функций жизненно важных органов и систем. В случае возникновения осложнения анестезии врач-анестезиолог-реаниматолог принимает необходимые экстренные лечебные меры и немедленно ставит в известность заведующего отделением анестезиологии-реаниматологии либо лицо, его замещающее. Врач-анестезиолог-реаниматолог вправе принимать решение о приостановлении вмешательства для стабилизации состояния больного.

7. Проведение одним врачом-анестезиологом-реаниматологом анестезии одновременно двум и более пациентам не допускается.

8. В случае передачи ведения анестезии другому лицу врач-анестезиолог-реаниматолог обязан обеспечить должную преемственность с соответствующей записью в карте и протоколе анестезии.

9. При транспортировке пациента в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, после окончания операции и анестезии врач-анестезиолог-реаниматолог сопровождает пациента до палаты и передает его дежурному врачу. В медицинскую документацию вносится запись о состоянии пациента, время, должность, фамилия, имя врача, который принял под наблюдение пациента.

10. При осуществлении интенсивного лечения врач-анестезиолог-реаниматолог:

- осуществляет весь комплекс лечебных, профилактических и диагностических мероприятий, направленных на восстановление, стабилизацию и нормализацию нарушенных функций жизненно важных органов и систем, включающих симптоматическое и патогенетическое лечение, временное протезирование нарушенных функций, их своевременную диагностику и контроль (мониторинг) за ними;

- своевременно принимает решение о необходимости консультативной помощи профильных врачей-специалистов медицинской организации, докладывает о динамике лечебного процесса заведующему отделением (центром) анестезиологии-реаниматологии;

- по согласованию с заведующим отделением либо лицом, его замещающим, инициирует консилиумы врачей, при необходимости, с привлечением специалистов из других медицинских организаций;

- определяет целесообразность дальнейшего пребывания пациента в отделении анестезиологии-реаниматологии, согласовывает с заведующим отделением либо лицом, его замещающим, возможность перевода пациентов в профильные отделения;

- незамедлительно доводит до сведения заведующего отделением обо всех возникших осложнениях при проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, а также о происшествиях, случившихся с пациентами или персоналом (внезапная смерть, несчастный случай и т.д.), и о других чрезвычайных происшествиях в отделении.

11. Работа врача-анестезиолога-реаниматолога в выездных бригадах анестезиологии-реаниматологии регламентируется положением, разрабатываемым заведующим центра анестезиологии-реанимации и утверждаемым руководителем медицинской организации.

Приложение № 11 к Порядку оказания анестезиолого-реанимационной помощи взрослому населению, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 апреля 2011 г. № 315н

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА

1. Настоящее положение определяет деятельность медицинской сестры-анестезиста.

2. На должность медицинской сестры-анестезиста назначается специалист, соответствующий квалификационной характеристике по должности «медицинская сестра-анестезист», утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

3. Медицинская сестра-анестезист непосредственно подчиняется старшей медицинской сестре отделения анестезиологии-реанимации, заведующему отделением анестезиологии-реанимации, врачу-анестезиологу-реаниматологу смены.

4. Медицинская сестра-анестезист осуществляет следующие функции:

- участвует в анестезиологическом обеспечении плановых и экстренных оперативных вмешательств;

- выполняет обязанности медицинской сестры-анестезиста в бригаде анестезиологии-реанимации, в отделении анестезиологии-реанимации, осуществляет помощь и контроль при выполнении функциональных обязанностей младшего медицинского персонала отделения;

- поддерживает рабочее место в готовности к работе;

- осуществляет подготовку наркозно-дыхательной, контрольно-диагностической и лечебной аппаратуры к работе, контроль исправности, техники безопасности, подготовку рабочего места к использованию;

- доводит до сведения врача-анестезиолога-реаниматолога, старшей медицинской сестры отделения о неисправности технических средств, отсутствии медикаментов;

- осуществляет непрерывный контроль (мониторинг) и оценку состояния пациента во время анестезии и интенсивного лечения;

- осуществляет своевременное и качественное ведение медицинской документации;

- осуществляет контроль сохранности, учета использования, дозировок лекарственных средств;

- осуществляет сопровождение пациента при транспортировке его из операционной в палату отделения анестезиологии-реаниматологии в

палату пробуждения или в палату отделения по профилю заболевания пациента;

- осуществляет организацию и проведение сестринского ухода за послеоперационными пациентами в палате пробуждения, палатах отделения анестезиологии-реаниматологии;

- осуществляет соблюдение требований охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений, оборудования и оснащения;

- осуществляет соблюдение и обеспечение инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала, инфекционного контроля, требований санитарных правил, установленных законодательством Российской Федерации;

- осуществляет обработку наркозно-дыхательной, контрольно-диагностической и лечебной аппаратуры после эксплуатации;

- осуществляет своевременное и правильное выполнение врачебных назначений;

- осуществляет качественный уход за больным;

- участвует в обходе находящихся на лечении пациентов заведующим отделением или ординатором (врачом-специалистом);

- регистрирует в карте интенсивной терапии основные функциональные показатели, характеризующие состояние больного, величину диуреза и количество отделяемого по дренажам, а также строго по времени вводимые лекарственные средства и их дозу, другие лечебные мероприятия;

- осуществляет немедленное информирование заведующего отделением, лечащего врача, а в их отсутствие - дежурного врача об ухудшении состояния пациента с одновременным принятием мер для оказания ему неотложной помощи;

- осуществляет проведение комплекса первичных реанимационных мероприятий;

- осуществляет проведение ингаляционной терапии, массажа тела простейшими методами, электрокардиографии, использование имеющихся в отделении контрольно-диагностических приборов;

- осуществляет забор биологических сред для лабораторных исследований;

- осуществляет сдачу дежурства у постели больных;

- осуществляет подготовку трупов умерших для передачи их в морг.