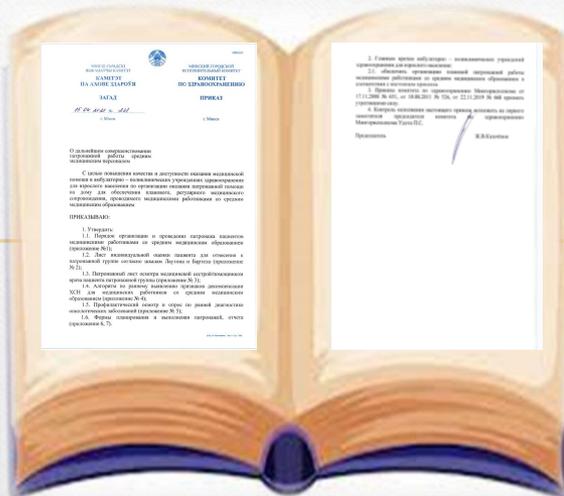




Оказание патронажной помощи пациентам медицинскими сестрами (медицинскими братьями) общей практики, помощниками врача по амбулаторно-поликлинической помощи



Гриневич С.Е.
Медицинская сестра (заведующий кабинетом) городского кабинета по организации сестринского дела, главный внештатный специалист по сестринскому делу в амбулаторных учреждениях здравоохранения комитета по здравоохранению Мингорисполкома
г. Минск, 2024 г.



Нормативные правовые акты

МИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

МИНСКИЙ ГОРОДСКОЙ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ЗАКАЗ
15.04.2021 № 231
г. Минск

ПРИКАЗ
г. Минск

О дальнейшем совершенствовании патронажной работы средним медицинским персоналом

С целью повышения качества и доступности оказания медицинской помощи в амбулаторно – поликлинических учреждениях здравоохранения для взрослого населения по организации оказания патронажной помощи на дому для обеспечения планового, регулярного медицинского сопровождения, проводимого медицинскими работниками со средним медицинским образованием

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Порядок организации и проведения патронажа пациентов медицинскими работниками со средним медицинским образованием (приложение №1);
 - 1.2. Лист индивидуальной оценки пациента для отнесения к патронажной группе согласно шкалам Лаутона и Бартела (приложение № 2);
 - 1.3. Патронажный лист осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы (приложение № 3);
 - 1.4. Алгоритм по раннему выявлению признаков декомпенсации ХСН для медицинских работников со средним медицинским образованием (приложение № 4);
 - 1.5. Профилактический осмотр и опрос по ранней диагностике онкологических заболеваний (приложение № 5);
 - 1.6. Формы планирования и выполнения патронажей, отчета (приложение 6, 7).

2018 «17 Сентябрь» № 9 Т. 7.000

- приказ комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 15.04.2021 № 231 «О дальнейшем совершенствовании патронажной работы средним медицинским персоналом» (далее – приказ № 231)



ПАТРОНАЖ



Патронаж - это активное/плановое наблюдение средним медицинским персоналом на дому пациентов патронажной группы согласно рекомендациям врача общей практики (далее - лечащего врача)

Задачи патронажа:



- **динамическое наблюдение** за состоянием здоровья пациентов с целью своевременного выявления онкологических заболеваний, ухудшения состояния здоровья у пациентов и профилактики неинфекционных заболеваний;
- **выполнение лечебно-диагностических мероприятий** по назначению врача и **контроль выполнения рекомендаций** лечащего врача;
- **раннее выявление когнитивных нарушений, синдрома старческой астении, зависимости от посторонней помощи;**
- **своевременное оказание медико-социальной помощи, паллиативной медицинской помощи;**
- **своевременное выявление признаков декомпенсации хронической сердечной недостаточности** у пациентов с болезнями системы кровообращения;
- **оценка социально-бытовых условий** жизни пациента, определение его **нуждаемости в социальном обслуживании и уходе на дому;**
- **обучение пациентов и их родственников** методам самопомощи при некоторых неотложных состояниях, методам самоконтроля за течением заболевания, правилам ухода за пациентом;
- **проведение санитарно-просветительной работы** среди пациентов и их родственников;
- **выявление и предупреждение противоправной деятельности, фактов насилия в семье** в отношении пациентов



Патронажная группа

Пациенты патронажной группы – это пациенты старше 18 лет, имеющие ограничение (отсутствие) способности к самостоятельному передвижению и/или обслуживанию, обусловленные заболеваниями, последствиями травм и дефектами, которым оказывается первичная медицинская помощь на дому

Списки пациентов

Оценка возможностей выполнения пациентом элементарной и сложной деятельности по Листу индивидуальной оценки пациента для отнесения к патронажной группе согласно шкалам Лаутона и Бартела

Диагностика по раннему выявлению гериатрических синдромов у лиц, достигших 75-летнего возраста

Патронажная группа пациентов



Формирование патронажной группы пациентов

1. Составить списки из числа пациентов:

- лица старше 75 лет (пациенты с 1948 года рождения и старше);
- инвалиды 1 и 2 групп;
- категория лиц, признанная судом недееспособными;
- участники и инвалиды Великой Отечественной войны, в том числе лица, пострадавшие от последствий войн;
- пациенты с онкологическими заболеваниями 4 клинической группы;
- одинокие пожилые неработающие;
- лица с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленной заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- в иных случаях по назначению врача



СПИСОК
пациентов, подлежащих оценке возможностей
выполнения элементарной и сложной деятельности
по листу индивидуальной оценки согласно шкалам Лаутона и Бартела
участок № 1
отделение общей врачебной практики № 2

ЛИЦА СТАРШЕ 75 ЛЕТ

№ п/п	Фамилия, инициалы пациента	Дата рождения	Адрес	Результаты оценки возможностей выполнения пациентом элементарной и сложной деятельности по Листу индивидуальной оценки согласно шкалам Лаутона и Бартела													
				2024 год				2025 год				2026 год					
				Итого баллов	Заключение	Кратность посещения пациента в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)	Итого баллов	Заключение	Кратность посещения пациента в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)	Итого баллов	Заключение	Кратность посещения в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)		
1	Иванов И.И.	01.01.1948 (76 лет)	ул. Багряная, 1-11														
2	Петров П.П.	02.11.1943	ул. Багряная, 8-13														

Медицинская сестра общей практики

М.И.Листьева

(подпись)

2. Провести диагностику по раннему выявлению гериатрических синдромов у лиц, достигших 75-летнего возраста

Проводится 1 раз в год в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2023 № 739 «О Методических рекомендациях по раннему выявлению когнитивных нарушений»

согласно:

приложению 1
«Анкета выявления синдрома старческой астении»

приложению 2
«Анкета выявления когнитивных нарушений у пациента»

приложению 3
«Оценка когнитивных функций»

Приложение 1 к Методическим рекомендациям по раннему выявлению синдрома старческой астении, старческой астении, зависимости от посторонней помощи

Анкета выявления синдрома старческой астении

№ п/п	Вопрос	Да (1)	Нет (0)
1	Получает ли Вы не 5 и более кг за последние 6 месяцев?		
2	Испытываете ли Вы какое-либо ограничение в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?		
3	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или раздраженным на протяжении последнего месяца?		
4	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
5	Странным ли Вы ощущаете себя?		
6	Испытываете ли Вы трудности в передвижении по дому или на улице? (исходя до 100 м по ровной на 1 лестничной ступень).		

Оценки результатов:
За каждый положительный ответ на вопрос пациент набирает 1 балл, за отрицательный ответ - 0 баллов. Максимальная оценка набрана будет за правильный ответ - 6 баллов.
Пациенты, набравшие 3-6 баллов - рискуют оказаться в зависимости от посторонней помощи, нуждаются в поддержке и уходе.
В случае 3 и 6 баллов необходима оценка - наличие вероятности старческой астении, наличия зависимости от посторонней помощи. В случае 6 баллов необходима оценка наличия зависимости.

Приложение 2 к Методическим рекомендациям по раннему выявлению когнитивных нарушений, старческой астении, зависимости от посторонней помощи

Анкета выявления когнитивных нарушений у пациента

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): _____
 2. Число, месяц, год рождения: _____
 3. Профессия в краткой форме: _____
 4. Тест «Число»
 Выполнили: _____ Число: _____
 5. После проведения теста «Число» запишите ранее запомненные 3 слова.
 Выполнили: _____ Число: _____
 Слова: _____
 Слово после записывания: _____
 Письмо через «С» _____

Шаг 1. Посмотрите право на пациента и скажите: «Посчитайте внимательно, сколько я произнесу три слова, которые нужно повторить за мной и повторите запомнить. Это слова: яблоко, каша, суп». Повторите за мной. Если пациент не в состоянии повторить эти три слова в трех попытках, переходите к шагу 2.
 Шаг 2. Скажите: «Теперь я хочу, чтобы Вы повторили другие слова с цифрами. Давайте вспоминать, какие слова: «Нарисуйте стрелку на, чтобы она указывала время без пятидесяти часов». Если пациент не может самостоятельно нарисовать часы и циферблат, то используйте для этого задания заранее рассчитанный круг с цифрами и вопросы рассказывать в нем стрелку с указанным временем. Если невозможно, повторите инструкцию. Если пациент не понимает, как нарисовать данные часы, то переходите к шагу 3.
 Шаг 3. Предложите пациенту вспомнить слова, которые вы произнесли в задании Шага 1. Скажите: «Какие три слова в порядке Вы запомнили?»
 Пациент назвал: _____ (0-3 балла) По одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки.
 Рассказчик читает: _____ (0-2 балла)
 2 балла - за правильный рассказ (все цифры рассказаны в правильном порядке и приблизительно по то то есть, которое она указывает на циферблат, стрелка указывает время, дана стрелка (часовая, минутная) не описывается).
 Непонимание или отказ повторить слова - 0 баллов.
 Результат: _____ (0-5 баллов)
 Интерпретация результатов:
 Если пациент набрал 7 баллов - нормальный диапазон памяти. Пациент нуждается в информационном сопровождении, адекватной поддержке, социализации, поддержке.
 При необходимости рассмотреть целесообразность приема препаратов только после консультации с психиатром.

Приложение 3 к Методическим рекомендациям по раннему выявлению когнитивных нарушений, старческой астении, зависимости от посторонней помощи

Оценка когнитивных функций

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): _____
 2. Дата рождения: ____/____/____ Дата обследования: ____/____/____

Тесты

Тесты	Оценка (баллы)
Ориентировка в личности: кто Вы, где Вы находитесь, имя, отчество, возраст, дату рождения	012345
Ориентировка во времени: название последнего дня, время года, дата, день недели, месяц	012345
Ориентировка на месте: «Где мы находимся?» Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение и в котором происходит обследование, этаж	012345
Двигательная проработка: пациент просит повторить за врачом одной рукой стрелку на трех движущихся руках (стрелка горизонтально, параллельно повернута вправо)	0123
Письмо: часть горизонтально, диагональ вниз	012
Письмо, название, память: пациент просит написать фразу «Я не читаю!»	012
Общий балл	

Максимальный балл указывается, если пациент самостоятельно и правильно выполнил задание. Каждый неверный или отсутствующий ответ снижает сумму на 1 балл.
 20-25 баллов - интегративные функции снижены (слабая, высокая) в норме.
 25-30 баллов - интегративные функции снижены (слабая, высокая) в норме.
 31 и более баллов - пациент имеет когнитивные нарушения, необходима проведение рутинной дифференциальной диагностики, интервенция психиатра, психолога, невролога.

Результаты диагностики гериатрических синдромов вносятся в медицинскую карту пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23), утвержденную постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.12.2023 № 188 «Об установлении формы медицинского документа»

Формирование патронажной группы пациентов

3. Провести оценку возможностей выполнения пациентом элементарной и сложной деятельности по *Листу индивидуальной оценки пациента для отнесения к патронажной группе согласно шкалам Лаутона и Бартела В соответствии с приложением 2 к приказу № 231.

*Лист индивидуальной оценки пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23)

Приложение 2
к приказу председателя комитета
по здравоохранению
Мингорисполкома
от «16» 01 2021 № 231

Лист индивидуальной оценки пациента для отнесения к патронажной группе согласно шкалам Лаутона и Бартела

ФИО пациента				
Адрес, телефон				
Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл	
1. Способность к самообслуживанию	Прием пищи	самостоятельно	5	
		частично нуждается в помощи	3	
	Одевание	полностью зависем окружающих	0	
		самостоятельно	5	
	Посещение туалета	частично нуждается в помощи	полностью нуждается в помощи	0
			посторонней помощи	3
самостоятельно		полностью нуждается в помощи	10	
		не нуждается в использовании судна, утки	3	
2. Способность к передвижению	Передвижение	самостоятельно	10	
		может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м.	5	
		может передвигаться с помощью инвалидной коляски, костылей, ходунков	3	
	Переход с кровати на стул	не способен к передвижению	0	
		самостоятельно	5	
	Подъем по лестнице	может спидеть, однако нуждается в помощи при переходе	3	
		не встает с постели	0	
		самостоятельно	5	
	3. Способность к ориентации (дезориентация)	Ориентация в окружающей обстановке	нуждается в поддержке	3
			не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0
			полностью ориентирован	10
		Контроль АД	частично дезориентирован	5
дезориентирован			0	
самостоятельно			5	
4. Способность контролировать свое состояние здоровья.	Прием	с посторонней помощью	0	
		самостоятельно	5	
нуждаемость в помощи других лиц	лекарственных препаратов	с незначительной помощью	3	
		самостоятельно принимать лекарства не в состоянии	0	
	Использование телефона	самостоятельно	5	
		с небольшой помощью или набрав только хорошо знакомые номера	3	
	Использование интернета	не может пользоваться телефоном	0	
		самостоятельно	5	
Итого:	Заключение:	с незначительной помощью	3	
		не может пользоваться интернетом	0	

0-55 баллов - рекомендовано отнесение к патронажной группе
56-70 баллов – не рекомендовано отнесение к патронажной группе
Рекомендовано: _____
(кратность посещения в текущем году) (подпись, печать, Ф.И.О. врача)
Последующая индивидуальная оценка пациента для отнесения к патронажной группе: _____
(месяц, год) (подпись, печать, Ф.И.О. врача)

Ф.И.О. пациента	Иванов Иван Иванович			(дата проведения оценки: 11.01.2024)
Адрес, телефон	Воронянского, д. 56, кв. 22 (+375 29 111-11-11)			
Критерий	Индикатор	Характеристика	Балл	
1. Способность к самообслуживанию	Прием пищи	самостоятельно	5	
		частично нуждается в помощи	3	
		полностью зависим от окружающих	0	
	Одевание	самостоятельно	5	
		частично нуждается в помощи	3	
		полностью нуждается в посторонней помощи	0	
	Посещение туалета	самостоятельно	10	
		частично нуждается в помощи	5	
		нуждается в использовании судна, утки	3	
		отсутствует контроль тазовых функций (моченспускание, дефекация)	0	
2. Способность к самостоятельному передвижению	Передвижение	самостоятельно	10	
		может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	5	
		может передвигаться с помощью инвалидной коляски, костылей, ходунков	3	
		не способен к передвижению	0	
	Переход с кровати на стул	самостоятельно	5	
		может сидеть, однако нуждается в помощи при переходе	3	
		не встает с постели	0	
	Подъем по лестнице	самостоятельно	5	
		нуждается в поддержке	3	
		не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	0	
3. Способность к ориентации (дезориентация)	Ориентация в окружающей обстановке	полностью ориентирован	10	
		частично дезориентирован	5	
		дезориентирован	0	
4. Способность контролировать свое состояние здоровья, нуждаемость в помощи других лиц	Контроль АД	самостоятельно	5	
		с посторонней помощью	0	
	Прием лекарственных препаратов	самостоятельно	5	
		с незначительной помощью	3	
		самостоятельно принимать лекарства не в состоянии	0	
	Использование телефона	самостоятельно	5	
		с небольшой помощью или набирая только хорошо знакомые номера	3	
		не может пользоваться телефоном	0	
	Использование интернета	самостоятельно	5	
		с незначительной помощью	3	
не может пользоваться интернетом		0		
Итого:				8 баллов
Заключение:	рекомендовано отнесение к патронажной группе			

0-55 баллов – рекомендовано отнесение к патронажной группе
 56-70 баллов – не рекомендовано отнесение к патронажной группе

Рекомендовано: **1 раз в месяц**
 (кратность посещения в текущем году)

Последующая индивидуальная оценка пациента для отнесения к патронажной группе: **январь 2025 г.**
 (месяц, год)



М.И.Иванова

(подпись, печать, Ф.И.О. врача)



М.И.Иванова

(подпись, печать, Ф.И.О. врача)



СПИСОК
пациентов, подлежащих оценке возможностей
выполнения элементарной и сложной деятельности
по листу индивидуальной оценки согласно шкалам Лаутона и Бартела
участок № 1
отделение общей врачебной практики № 2

ЛИЦА СТАРШЕ 75 ЛЕТ

№ п/п	Фамилия, инициалы пациента	Год рождения	Адрес	Результаты оценки возможностей выполнения пациентом элементарной и сложной деятельности по Листу индивидуальной оценки согласно шкалам Лаутона и Бартела													
				2024 год				2025 год				2026 год					
				Итого баллов	Заключение	Кратность посещения пациента в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)	Итого баллов	Заключение	Кратность посещения пациента в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)	Итого баллов	Заключение	Кратность посещения в текущем году	Последующая индивидуальная оценка пациента (месяц, год)		
1	Иванов И.И.	01.01.1948	ул. Багряная, 1-11	8	рек	1 раз в месяц	01.2025 г.										
2	Петров П.П.	02.11.1943	ул. Багряная, 8-13	55	рек	1 раз в 3 месяца	04.2025 г.										

Медицинская сестра общей практики

М.И.Листьева

(подпись)



Формирование патронажной группы пациентов

Патронажная группа формируется **1 раз в год**, а также **при необходимости вносятся изменения, дополнения** в патронажную группу по вновь выявленным пациентам и пациентам с ухудшением/улучшением состояния здоровья, при наличии балльного соответствия от 0 до 55 баллов (включительно).

В спорных ситуациях решение о включении пациента в патронажную группу согласовывается с заведующим отделением общей врачебной практики.

Периодичность патронажей на дому средним медицинским персоналом определяется лечащим врачом.

План выполнения патронажей отделение общей врачебной практики № 2 участок № 1 на 2024 год



№ п/п	Ф.И.О.	Год рождения	Адрес	Категория	Дата посещения (месяц)												Итого		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1	Иванов И.И.	1948	ул. Багряная, 1-11	старше 75 лет; инвалид 2 группы	план	10	10	9	9	10	9	9	9	9	8	9	9		
					выполнение	8	10	9	9										
2	Петров П.П.	1988	ул. Багряная, 8-16	лицо, признанное судом недееспособным; инвалид 1 группы	план	4			4			4			4				
					выполнение	4			4										
3	Сидоров А.И.	1977	ул. Багряная, 4-15	по назначению врача (ОНМК от 11.11.2023)	план	5			5			5			5				
					выполнение	5			7 бл										
4	Козлов К.У.	1975	ул. Багряная, 8-19	пациент с онкологическим заболеванием 4 клинической группы	план	2		2		2		2		2		2			
					выполнение	6		2											
5	Козлов А.У.	1922	ул. Багряная, 8-22	инвалид Великой Отечественной войны; инвалид 1 группы; старше 75 лет	план	8			8			8			8				
					выполнение	11			7										
6	Травкин П.И.	1988	ул. Багряная, 8-22	последствия травмы позвоночника 12.12.2023	план	15				15				15					
					выполнение	16													
7	Кот И.И.	1950	ул. Багряная, 8-22	одиноким пожилой неработающий	план	4						4							
					выполнение	4													
Итого:						7	1	2	4										

Врач общей практики **М.И.Иванова**
(подпись)

помощник врача/медсестра **М.И.Листьева**
(подпись)

Контроль: **главная медсестра Солнышко Т.В. **21.03.2024,** **24.06.2024,** **26.09.2024,** **29.12.2024**

(подпись, даты)

*** медсестра (старшая) Травка Т.В. **22.03.2024,** **28.06.2024,** **29.09.2024,** **26.12.2024**

(подпись, даты)

Согласно установленной врачом кратности посещений при выполнении патронажа на дому медицинская сестра (помощник врача) **обязаны:**

1. осуществлять осмотр/опрос пациента с оформлением установленной формы **Патронажного листа осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы в соответствии с приложением 3 к приказу № 231, который** клеивается в медицинскую карту пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23)

Приложение 3
к приказу председателя
комитета по здравоохранению
Мингорисполкома
от «15» 04 2021 № 231

Патронажный лист осмотра медицинской сестрой/помощником врача
пациента патронажной группы

Дата: « _____ » _____ 2021 г. время посещения: _____ ч. _____ мин.
ФИО пациента _____
АД: _____ / _____ мм.рт.ст. Пульс _____ уд/мин. Т. тела: _____ С ЧД _____ мин.
ЖАЛОБЫ: _____
Сон: нормальный/ бессонница **Аппетит:** нормальный/тошнота/рвота/отвращение к еде
Боли в животе: нет/есть (характер _____) **Сухость во рту:** нет/есть **Жажда:** нет/есть
Кашель: нет/есть (сухой или с мокротой) **Кровохарканье:** нет/есть **Одышка:** нет/есть
Боли в груди: нет/есть **Боли в спине:** нет/есть **Боли в области сердца:** нет/есть
(постоянные или приступами) **Иррадиация (указать куда):** _____
Частота болевых приступов: несколько раз в день, в неделю, в месяц
Боли в суставах: нет/есть (локализация _____), боли при передвижении: нет/есть
Кожа: обычная, бледная, серая, гиперемированная. **сыпь:** нет/есть
Дефекты кожи/ пролежни: нет/есть (характер и локализация): _____
Отеки: нет/есть (локализация) _____
Стул (со слов пациента): регулярный, частый, запоры, примеси крови в кале: нет/есть.
Калоприемник, колостома: нет/есть, использование подгузника нет/да
Мочепускание (со слов пациента): нормальное, болезненное, затрудненное, учащенное,
редкое, отсутствует. **Наличие постоянного катетера, стомы:** нет/есть
Посещение туалета: самостоятельно, отсутствует контроль тазовых функций
(мочепускание/дефекация), нуждается в судне, использование подгузника нет/да
Прием препаратов: самостоятельно/частично, нуждается в помощи.
Проведенные мероприятия: _____
Рекомендации: _____
Обучение пациента/родственников: _____
Наличие медикаментов: имеются в достаточном количестве / требуется выписка ЛС
Необходимость в осмотре врача: нет/ да (срочно/в плановом порядке/ иное _____)
Ф.И.О. медицинской сестры/помощника врача: _____ Подпись
Ознакомлен _____ Ф.И.О. врача _____ Подпись/печать

Оформление Патронажного листа осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы



Патронажный лист осмотра **медицинской сестрой/помощником врача** пациента патронажной группы

Дата: «11» января 2024 г.

время посещения: 10 ч. 30 мин.

Ф.И.О. пациента: Иванов Иван Иванович

АД: 130/85 мм.рт.ст. Пульс: 72 уд/мин. Температура тела: 36,4 °С ЧД: 16 в мин.

ЖАЛОБЫ: на учащенное мочеиспускание, ухудшение аппетита, сонливость, вялость

Сон: нормальный/бессонница Аппетит: нормальный/тошнота/рвота/отвращение к еде

Боли в животе: нет/есть (характер -) Сухость во рту: нет/есть Жажда: нет/есть

Кашель: нет/есть (сухой или с мокротой) Кровохарканье: нет/есть Одышка: нет/есть

Боли в груди: нет/есть Боли в спине: нет/есть Боли в области сердца: нет/есть (постоянные или приступами)

Иррадиация: (указать куда) - Частота болевых приступов: несколько раз в день, в неделю, в месяц

Боли в суставах: нет/есть (локализация: коленные суставы), боли при передвижении: нет/есть

Кожа: обычная, бледная, серая, гиперемированная. Сыпь: нет/есть

Дефекты кожи/пролежни: нет/есть (характер и локализация) -

Отеки: нет/есть (локализация) на голенях

Стул (со слов пациента): регулярный, частый, запоры, примеси крови в кале: нет/есть

Калоприемник, колостома: нет/есть, использование подгузника: нет/да

Мочеиспускание (со слов пациента): нормальное, болезненное, затрудненное, учащенное, редкое, отсутствует

Наличие постоянного катетера, стомы: нет/есть

Посещение туалета: самостоятельно, отсутствует контроль тазовых функций (мочеиспускание/дефекация), нуждается в судне, использование подгузника: нет/да

Прием препаратов: самостоятельно/частично, нуждается в помощи

Проведенные мероприятия: ЭКГ, забор образцов венозной крови, глюкометрия

Рекомендации: по ЗОЖ, отказе от курения, по изменению режима питания (исключить из рациона соленые продукты)

Обучение пациента/родственников: измерению уровня глюкозы при помощи глюкометра Бионайм

Наличие медикаментов: имеются в достаточном количестве /требуется выписка ЛС

Необходимость в осмотре врача: нет/да (срочно/в плановом порядке/иное) записан визит врачу на 12.01.2024

Ф.И.О. медицинской сестры/помощника врача: Листьева М.И.  Подпись

Ознакомлен: Иванова М.И. Ф.И.О. врача   Подпись/печать

Оформление Патронажного листа осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы

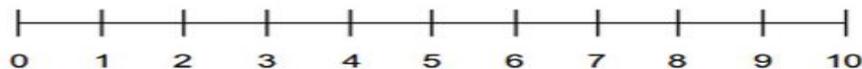
При оформлении установленной формы Патронажного листа осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы является обязательным заполнение всех граф, в том числе внесение сведений об остатках наркотических средств и психотропных веществ, заполнение нумерологической оценочной шкалы **(НОШ)** для пациентов, получающих наркотические средства и психотропные вещества (например, «Трамадол») в медицинских целях (в соответствии с Приложение 2 к клиническому протоколу «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96 «Об утверждении клинического протокола»)

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

НОШ (баллы)

Нет
боли

Нестерпимая
боль



0 – отсутствие боли,
1–3 балла – слабая боль,
4–6 баллов – умеренная боль,
7–10 баллов – сильная боль.

2. Проводить оценку выраженности симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК) в соответствии с Алгоритмом по раннему выявлению признаков декомпенсации ХСН

**Алгоритм
по раннему выявлению признаков декомпенсации ХСН
для медицинских работников со средним образованием**

I. Стратегические направления эффективного лечения пациентов с ХСН, улучшения качества их жизни, снижения смертности и продолжении жизни

выявление ранних стадий заболеваний

выявление ранних признаков декомпенсации

Опорными точками в постановке диагноза ХСН

выраженность характерных симптомов и жалоб

данные физикального обследования



Оценка выраженности симптомов ХСН у пациентов с БСК

Для постановки диагноза ХСН опорной точкой является выраженность характерных симптомов и жалоб согласно **«Оценке выраженности симптомов больных ХСН» (опроснику)**, который должен заполняться **при каждом патронаже** в соответствии с формой, утвержденной приложением 4 к приказу № 231 и вклеиваться в медицинскую карту пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23)

Приложение № 4
к приказу комитета
по здравоохранению
Мингорисполкома
от «15» 01 2021 № 231

АЛГОРИТМ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ПРИЗНАКОВ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН для медицинских работников со средним медицинским образованием.

Основным стратегическим направлением в эффективном лечении больных ХСН, улучшении качества их жизни, снижении смертности и продолжении жизни пациентов является выявление ранних стадий заболевания и ранних признаков декомпенсации.

Опорными точками в постановке диагноза ХСН являются:

- выраженность характерных симптомов и жалоб (согласно опроснику);
- данные физикального обследования (внешний осмотр, аускультация, пальпация).

Оценка выраженности симптомов больных ХСН (опросник)

Жалобы в настоящее время	Нет или при ходьбе	или только быстрой ходьбе	При ходьбе обычным шагом	При любой нагрузке	При всём перечисленном и в покое
Одышка	1 балл		2 балла	3 балла	4 балла
Сердцебиение и/или перебои	1 балл		2 балла	3 балла	4 балла
Беспокоит ли слабость, утомляемость	нет или при нагрузке	или только большой нагрузке	Возникает при или после обычной нагрузке	Не позволяет выполнить лёгкую работу по дому	Выраженная в состоянии покоя
Кровохарканье	1 балл		2 балла	3 балла	4 балла
Боли в области сердца	1 балл		2 балла	3 балла	4 балла
Боли в правом подреберье	возникают только при большой нагрузке или нет		При быстрой ходьбе, нагрузке	При незначительной нагрузке, при лёгкой физической работе	При всём указанном и постоянно в покое

Оценка выраженности симптомов ХСН у пациентов с БСК (опросник)

Жалобы в настоящее время	Нет или только при быстрой ходьбе	При ходьбе обычным шагом	При любой нагрузке	При всем перечисленном и в покое	
Одышка	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
Сердцебиение и/или перебои	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
Беспокоит ли слабость, утомляемость	нет или только при большой нагрузке	возникает после нагрузки	при обычной нагрузке	не позволяет выполнить легкую работу по дому	выраженная в состоянии покоя
Кровохарканье	1 балл (нет)	2 балла	3 балла	4 балла	
Боли в области сердца	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	
Боли в правом подреберье	возникают только при большой нагрузке или нет	при быстрой ходьбе, нагрузке	при незначительной нагрузке, при легкой физической работе	при всем указанном и постоянно в покое	

11.01.2024 с результатом опроса пациента с целью оценки выраженности симптомов ХСН ознакомлен врач Иванова М.И. 

Нарастание баллов свыше 3-х, свидетельствует об ухудшении состояния и первых признаках нарастания декомпенсации!!!

Уточнить:

- при одышке 2 - 3 балла: возникает ли при разговоре, в ночные часы, в горизонтальном положении, наличие приступов удушья. Попросить пациента пройти по комнате для оценки выраженности одышки;
- при кровохарканье: когда появилось, количество, частота (настороженность: ТЭЛА, отёк лёгких)

II. Стратегическое направление эффективного лечения пациентов с ХСН, улучшения качества их жизни, снижения смертности и продолжении жизни

регулярный приём лекарственных препаратов

строгое соблюдение кратности приёма и дозировки лекарственных средств



Физикальный осмотр

Внешний осмотр:

- цианоз губ, кончика носа, носогубной складки;
- пульсация и набухание яремной вены;
- оценка отёчного синдрома:
 - а) нарастание массы тела более 1,5 кг за сутки;
 - б) нарастание отёков нижних конечностей выше колена;
 - в) увеличение живота (напряжён, выпуклый пупок, в горизонтальном положении - «лягушачий живот») - признаки асцита



Аускультация:

- при аускультации лёгких не прослушивается дыхание с одной стороны - признак гидроторакса (скопление жидкости в плевральной полости) **немедленно сообщить врачу общей практики;**
- при аускультации лёгких с двух сторон, преимущественно в нижних отделах, множество разнокалиберных звучных хрипов (возможно дебют отёка лёгких) - **немедленно вызвать бригаду СМП;**
- при аускультации сердца глухие тоны, практически не прослушиваются - признак гидроперикарда (скопления жидкости в полости перикарда) - **немедленно сообщить врачу общей практики;**
- резкое учащение сердцебиения с ЧСС более 100 в минуту, появление впервые нарушений ритма - **немедленно вызвать бригаду СМП;**
- резкое снижение АД - **немедленно вызвать бригаду СМП**



3. Проводить профилактический осмотр и опрос пациента для ранней диагностики онкологических заболеваний

Цель профилактического осмотра и опроса: ранняя диагностика онкологических заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска (проводится 1 раз в год при первичном посещении пациента медицинской сестрой или помощником врача, а также при ухудшении состояния здоровья пациента.

Лист профилактического осмотра и опроса по ранней диагностике онкологических заболеваний оформляется в соответствии с приложением 5 к приказу № 231 и вклеивается в медицинскую карту пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23).

При подозрении на предраковое или онкологическое заболевание информируется лечащий врач за его подписью (в этот же день или на следующий день)

Приложение № 5
к приказу комитета
по здравоохранению
Мингорисполкома
от 15.04. 2021 № 231

Профилактический осмотр и опрос по ранней диагностике онкологических заболеваний

Фамилия, имя, отчество _____
Дата осмотра/опроса « ____ » _____ 202_ г.

Осмотр кожи, слизистых

Пальпация:

- Лимфатических узлов – увеличены (да/нет), болезненные (да/нет)
- Молочных желез – имеются уплотнения, образования (да/нет), болезненность (да/нет), выделения из соска (да/нет), цвет и характер выделений _____
- Щитовидной железы – имеются уплотнения, узлы (да/нет), болезненность (да/нет)

ВОПРОСЫ (нужное подчеркнуть)	Данные опроса (нужное обвести)
1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых) пятен?	Да / нет
2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языка язвы, трещины, разрастания, уплотнения, шелушение?	Да / нет
3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?	Да / нет
4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, ухудшение аппетита, нарастающее похудение	Да / нет
5. Отмечается ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?	Да / нет
6. Отмечается ли в настоящее время кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, осиплость голоса?	Да / нет
7. Имеются ли уплотнения в молочных (грудных) железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?	Да / нет
8. Для женщин: имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с месячными?	Да / нет
9. Бывают ли у Вас затруднения при мочеиспускании	Да / нет
10. Другие жалобы	Да / нет

- Данный лист вклеить в медицинскую карту амбулаторного больного.
- При подозрении на предраковое или онкологическое заболевание немедленно (в это же день или на следующий) информировать лечащего врача за его подписью.

Профилактический осмотр и опрос пациента для ранней диагностики онкологических заболеваний



Профилактический осмотр и опрос по ранней диагностике онкологических заболеваний

Фамилия, имя, отчество: Иванов Иван Иванович

Дата осмотра/опроса «11» января 2024 г.

Осмотр кожи, слизистых: без особенностей

Пальпация:

- Лимфатических узлов – увеличены (да/нет), болезненные (да/нет)
- Молочных (грудных) желез – имеются уплотнения, образования (да/нет), болезненность (да, нет), выделения из соска (да/нет), цвет и характер выделений _____ - _____
- Щитовидной железы – имеются уплотнения, узлы (да/нет), болезненность (да/нет)

ВОПРОСЫ

(нужное подчеркнуть)

Данные опроса

(нужное обвести)

1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых) пятен?

да/нет

2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языка язвы, трещины, разрастания, уплотнения, шелушение?

да/нет

3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?

да/нет

4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, ухудшение аппетита, нарастающее похудение?

да/нет

5. Отмечается ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?

да/нет

6. Отмечается ли в настоящее время кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, осиплость голоса?

да/нет

7. Имеются ли уплотнения в молочных (грудных) железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?

да/нет

8. Для женщин: имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с месячными?

да/нет

9. Бывают ли у Вас затруднения при мочеиспускании?

да/нет

10. Другие жалобы

да/нет

11.01.2024 с результатом осмотра и опроса пациента по ранней диагностике онкологических заболеваний ознакомлен врач Иванова М.И.

Осмотр полости рта проводится в соответствии с «Алгоритмом осмотра ротовой полости медицинским работником», утвержденным приказом комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 30.11.2023 № 983 «О мерах по ранней диагностике злокачественных новообразований головы и шеи в г. Минске»



Приложение 3
к приказу председателя
комитета по здравоохранению
Мингорисполкома
30.11.2023 № 983

Алгоритм осмотра ротовой полости медицинским работником
Осмотр ротовой полости пациента проводят при адекватном естественном или искусственном освещении и включает осмотр преддверия ротовой полости и осмотр ротовой полости.

Осмотр преддверия ротовой полости проводят при полуоткрытом рте: оттягивают шпателем щеку в сторону и осматривают слизистую оболочку губ, щек, десен, слизистую оболочку верхнего и нижнего сводов преддверия (переходных складок) с одной стороны, затем, в такой же последовательности, с другой стороны.

При осмотре ротовой полости следует придерживаться следующей последовательности. Каждый отдел ротовой полости осматривается по ходу часовой стрелки, начиная с правого или правого верхнего сектора (со стороны обследуемого пациента): осмотр слизистой оболочки, крыловидно-челюстной складки справа (со стороны пациента) – твердого и мягкого неба – крыловидно-челюстной складки слева – бокового отдела дна полости рта слева – переднего отдела дна ротовой полости – бокового отдела дна ротовой полости справа.

Отдельно осматривают язык, его спинку, боковые поверхности и поверхность, обращенную ко дну полости рта. Для осмотра задних отделов дна ротовой полости и нижней поверхности языка захватывают кончик языка пальцами с помощью марлевой салфетки и отводят язык вверх и в противоположную сторону.

При осмотре ротовой полости обращают внимание:
на цвет и окраску слизистой оболочки (бледная, гиперемизированная, цианотичная, желтушная);
наличие налета, наслоений (налет фибрина, наслоения колоний грибов);

толщину слизистой оболочки (истончена, атрофирована, гипертрофирована);

наличие ран (резаных, рваных, рвано-ушибленных, колотых);
наличие первичных (пятно, узелок, бугорок, пузырек, гнойничок, пузырь, киста, волдырь) и вторичных (эрозия, афта, язва, трещина, чешуйки, рубец, корка, атрофия) элементов поражения;

– степень влажности слизистой оболочки ротовой полости (влажная, сухая, покрыта вязкой пенистой слюной).

Осмотр кожных покровов, осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов пациента проводится в соответствии с Инструкцией о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2022 № 572 «О порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи»

Осмотр кожных покровов

Во время визуального осмотра обследуется кожа пациента на наличие образований, которые могут быть признаками злокачественного заболевания. Наибольшее внимание уделяется родимым пятнам, невусам и другим изменениям кожи необычного цвета, размера, формы или текстуры.

Осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов

Последовательно пальпируются периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные.

Пальпация проводится двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуются шейная и надключичная область, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи.

В норме могут определяться лимфатические узлы эластичной консистенции до 1,5 см в наибольшем измерении.

Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины.



С целью раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи

4. Проводить анкетирование пациентов по форме 1-к (согласно приложению 1 к Инструкции о порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2022 № 572 «О порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи»)

При подозрении на онкологическое заболевание информируется лечащий врач за его подписью (в этот же день или на следующий день)

Приложение 1
к Инструкции о порядке
проведения раннего
выявления предопухолевых
заболеваний и злокачественных
новообразований головы и шеи

Форма 1-к

АНКЕТА-ОПРОСНИК

по раннему выявлению злокачественных новообразований головы и шеи

Жалобы	Да	Нет
кашель более 3 недель, не связанный с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей		
изменения голоса (охриплость, осиплость, гнусавость)		
наличие язв слизистых оболочек ротовой полости		
наличие острых краев зубов, травмирующих язык и слизистую оболочку полости рта		
затруднение при глотании или ощущение застрявшей пищи в гортани		
кровохарканье		
уплотнения, узлы в области шеи		
одностороннее или двустороннее затруднение носового дыхания длительное время		
частые кровянистые выделения из носа		
снижение веса более 10 кг за последние 6 месяцев		
расстройства зрения, слуха, обоняния, нарушения кожной чувствительности		

5. Выполнять лечебно-диагностические мероприятия

- инъекции;
- регистрация электрокардиограммы;
- измерение внутриглазного давления;
- глюкометрия;
- забор биологического материала на лабораторные исследования и др.



6. Консультировать, представлять информацию в понятном для пациентов или их родственников, сиделок виде:

- объяснять правила приема лекарственных препаратов;
- разъяснять порядок использования изделий медицинского назначения;
- при необходимости рассказывать о специальных продуктах для лечебного питания;
- проводить санитарно-гигиеническое воспитание и образование;
- консультировать по вопросам формирования здорового образа жизни;
- контролировать выполнение назначений и рекомендаций врача пациентом, родственниками или сиделкой



7. Оказывать доврачебную медицинскую помощь пациентам в пределах своей компетенции

Доврачебная медицинская помощь – это простейшие срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавшим при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях. Она оказывается на месте происшествия до прибытия врача или доставки пострадавшего в больницу



8. Информировать лечащего врача или заведующего отделением общей врачебной практики о результатах патронажа (в этот же день или на следующий день):

- об изменении состояния пациента;
- о результатах проведенных лабораторных и инструментальных исследований;
- о возникновении необходимости в осмотре лечащего врача с целью определения дальнейшей тактики ведения пациента;
- о лицах, нуждающихся в медико-социальной помощи, паллиативной медицинской помощи, в социальном обслуживании и уходе на дому;
- о пациентах, в отношении которых совершаются противоправные действия, или эти пациенты подвергаются насилию со стороны членов семьи (далее сообщение передается в органы внутренних дел)



9. Вести персональный учет пациентов патронажной группы, вносить сведения о пациентах патронажной группы в медицинскую информационную систему (МИС):

МИС – это совокупность информационных, организационных, программных и технических средств, предназначенных для автоматизации медицинских процессов и/или организаций

Медицинская
информационная
система (МИС)



Медицинские
информационные системы



MyShared

10. Формировать отчетную документацию

Сведения о выполненных патронажах медицинской сестрой или помощником врача вносятся в **«Отчет о выполнении патронажей и назначений на дому медицинскими работниками со средним медицинским образованием»**, в соответствии с приложением 7 к приказу № 231

Приложение № 7
к приказу комитета
по здравоохранению
Мингорисполкома
от «15» 04 2021 № 231

Отчет о выполнении патронажей и назначений на дому медицинскими работниками со средним медицинским образованием на 20__ год участок № _____ отделения № _____

Категории	Количество															
	01	02	03	1-й квартал	04	05	06	2-й квартал	07	08	09	3-й квартал	10	11	12	Итого за год
Выполнено инъекций на дому																
Выполнено патронажей: категории																

помощник врача/медсестра _____ (подпись) _____ Ф.И.О. _____ (даты)
контроль: главная медсестра _____ (подпись) _____ (даты)
старшая медсестра _____ (подпись) _____ (даты)

Отчет
о выполнении патронажей и назначений на дому
медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием
на 2024 год
участок № 1 отделения общей врачебной практики № 2

Категории	Количество															
	01	02	03	1-й квартал	04	05	06	2-й квартал	07	08	09	3-й квартал	10	11	12	Итого за год
Выполнено инъекций на дому	8	9	6	23												
Выполнено патронажей, всего: в том числе:	7	2	2	11												
лицам старше 75 лет	1	1	1	3												
инвалидам 1 и 2 групп	1	1	1	3												
категориям лиц, признанным судом недееспособными	1	-	-	1												
участникам и инвалидам Великой Отечественной войны, в том числе лицам, пострадавшим от последствий войн	1	-	-	1												
пациентам с онкологическими заболеваниями 4 клинической группы	1	-	-	1												
одиноким пожилым неработающим	1	-	-	1												
в случаях невозможности пациента из-за ограничения (отсутствия) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленной заболеваниями, последствиями травм или дефектами	1	-	-	1												
иные случаи по назначению врача	-	-	-	-												

помощник врача/медсестра  (подпись) М.И.Листьева Ф.И.О.

контроль: главная медсестра     (подписи) 21.03.2024, 24.06.2024, 26.09.2024, 29.12.2024 (даты)

медсестра (старшая)     (подписи) 22.03.2024, 28.06.2024, 29.09.2024, 26.12.2024 (даты)

10. Вести учетную форму

Наименование
организации здравоохранения

Приложение N 10
приказ Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
29.03.2004 N 75

учетная медицинская
документация
форма N 116/у

ЖУРНАЛ
учета работы на дому участковой
(патронажной) медицинской сестры, акушерки

Начат " " 20__ г.
Окончен " " 20__ г.

Срок хранения 5 лет

Сведения о выполненных патронажах медицинской сестрой или помощником врача вносятся в **«Журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры, акушерки»** (форма 116/у), который утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.03.2004 № 75 «Об утверждении форм учетной медицинской документации организаций здравоохранения»

29 марта 2004 г. N 75

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(в ред. приказа Минздрава от 28.09.2007 N 787)

В целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации в организациях здравоохранения, обеспечения полноты и достоверности информации, приведения документации к единой системе стандартов ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить образцы форм учетной медицинской документации:
 - 1.1. форма N 003-2/у "Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице" (приложение N 1);
 - 1.2. форма N 014/у "Направление на патологистологическое исследование" (приложение N 2);
 - 1.3. форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (приложение N 3);
 - 1.4. форма N 031/у "Журнал вызовов врача на дом" (приложение N 4);
 - 1.5. форма N 038/у "Журнал учета санитарно-просветительной работы" (приложение N 5);
 - 1.6. форма 039-5/у "Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения (кабинета)" (приложение N 6);
 - 1.7. форма N 042/у "Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры" (приложение N 7);
 - 1.8. форма N 044/у "Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)" (приложение N 8);
 - 1.9. форма N 082/у "Справка" (приложение N 9);
 - 1.10. форма N 116/у "Журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры, акушерки" (приложение N 10);
 - 1.11. утратил силу;
 - (пп. 1.11 утратил силу с 1 января 2008 года. - Приказ Минздрава от 28.09.2007 N 787) (см. текст в предыдущей редакции)
 - 1.12. утратил силу;
 - (пп. 1.12 утратил силу с 1 января 2008 года. - Приказ Минздрава от 28.09.2007 N 787) (см. текст в предыдущей редакции)
 - 1.13. утратил силу;
 - (пп. 1.13 утратил силу с 1 января 2008 года. - Приказ Минздрава от 28.09.2007 N 787) (см. текст в предыдущей редакции)
 - 1.14. утратил силу.
 - (пп. 1.14 утратил силу с 1 января 2008 года. - Приказ Минздрава от 28.09.2007 N 787) (см. текст в предыдущей редакции)
2. Начальникам управлений здравоохранения (охраны здоровья), председателю Комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций республиканского подчинения обеспечить тиражирование утвержденных форм медицинской учетной документации и снабжение ими подведомственных организаций;
- 2.2. ввести в действие в подведомственных организациях учетную медицинскую документацию, утвержденную настоящим приказом с 1 апреля 2004 года.
3. С 1 апреля 2004 года считать недействительной учетную документацию по формам N 003-2/у, N 014/у, N 030/у, N 031/у, N 038/у, N 039-5/у, N 042/у, N 044/у, N 082/у, N 116/у, N 210/у, N 219/у, N 225/у, N 250/у, утвержденную приказом Министра здравоохранения СССР от 04.10.1980 N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения".
4. Настоящий приказ довести до сведения всех заинтересованных.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя министра здравоохранения В.В. Колбанова.

Министр Л.А.Постоялко

Журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры, акушерки

01-12

(индекс дела)

УЗ «45-я городская поликлиника»
(наименование организации здравоохранения)

**ЖУРНАЛ
учета работы на дому
участковой (патронажной)
медицинской сестры,
акушерки**

УЗ «45-я городская поликлиника»

Приложение 10
Приказ Министерства
здравоохранения Республики Беларусь
от 29.03.2004
№ 75 «Об утверждении форм учетной
медицинской документации
организаций здравоохранения»

учетная медицинская документация
форма № 116/у

**ЖУРНАЛ
учета работы на дому
участковой (патронажной)
медицинской сестры,
акушерки**

Ф.И.О.медсестры/помощника врача _____
участок № ____
отделение общей врачебной практики № ____

Начат: «__» _____ 20__ г.

Окончен: «__» _____ 20__ г.

Срок хранения 5 лет

Журнал учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры, акушерки

№ п/п	Месяц и число	Фамилия, имя, отчество	Возраст (для детей – год, месяц и число)	Адрес	Название	Данные обследования	Отметка о выполнении назначения (рекомендации)	Подпись медицинской сестры (акушерки)
1	11.01.2024	Иванов Иван Иванович	76 лет	ул. Багряная, 11-8	патронаж	АД 120/80, состояние удовлетворительное	выполнено	

Информация о выполнении патронажей должны быть идентичной в Плане выполнения патронажей; Журнале учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры, акушерки; в Патронажных листах осмотра медицинской сестрой/помощником врача пациента патронажной группы и в Отчетах о выполнении патронажей и назначений на дому медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием



Контроль достоверности и качества проведения патронажного наблюдения пациентов, оформления медицинской документации медицинскими работниками со средним специальным медицинским образованием

Главной медицинской сестрой

не реже 1 раза в квартал с оценкой **не менее 10%** от общего количество патронажей, выполненных по учреждению за квартал

Медицинскими сестрами общей практики (старшими) отделений общей врачебной практики

не реже 1 раза в квартал с оценкой **не менее 30%** от общего количество патронажей, выполненных по отделению за квартал