



Министерство здравоохранения и социального развития  
Республики Карелия

ПРИКАЗ

г. Петрозаводск

от «06» мая 2013 года

№ 1011

**О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и  
социального развития Республики Карелия  
от 20 ноября 2008 года №885**

В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Петрозаводского городского округа

Приказываю:

1. Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 20 ноября 2008 года № 885 «О порядке организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Петрозаводского городского округа», дополнив его приложением № 3 «Порядок действий специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения на территории Петрозаводского городского округа при оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями», утвержденным настоящим Приказом.

2. Утвердить Приложение № 3 «Порядок действий специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения при оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Петрозаводского городского округа» к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия от 20 ноября 2008 года № 885 «О порядке организации оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Петрозаводского городского округа».

Министр

В.В. Улич

Утверждено  
приказом Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Карелия  
от 06.05 2013 года № 1044

Приложение № 3  
к приказу Министерства здравоохранения  
и социального развития  
Республики Карелия  
от 20 ноября 2008 года № 885

## **Порядок действий специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения при оказании медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями на территории Петрозаводского городского округа**

### **I. При осмотре в поликлинике**

1. При подозрении на острый коронарный синдром (далее – ОКС) или острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК) у пациента на приеме в поликлинике с целью уточнения диагноза и решения вопроса о необходимости госпитализации в срочном порядке для консультации привлекается специалист соответствующего профиля (кардиолог, невролог), в случае их отсутствия – заведующий терапевтическим отделением.

2. Решение вопроса о необходимости госпитализации, месте госпитализации, способе транспортировки принимается коллегиально специалистами, указанными в пункте 1 настоящего Порядка;

3. Лечащий врач обеспечивает оказание пациенту необходимой медицинской помощи и осуществляет вызов бригады скорой медицинской помощи (далее – СМП), указав тяжесть состояния пациента, способ транспортировки и наименование учреждения здравоохранения, в которое направляется пациент;

4. До прибытия бригады СМП медицинское наблюдение за пациентом организует учреждение здравоохранения, в котором находится пациент;

5. В качестве сопроводительного документа заполняется Сопроводительный лист на госпитализацию пациента по форме согласно приложению к настоящему Порядку.

### **II. При осмотре на дому**

6. При подозрении на ОКС или ОНМК при осмотре пациента на дому лечащий врач (фельдшер) обеспечивает оказание пациенту необходимой медицинской помощи и осуществляет вызов бригады СМП, указав тяжесть состояния пациента, способ транспортировки и наименование учреждения здравоохранения, в которое направляется пациент;

7. До прибытия бригады СМП медицинское наблюдение за пациентом осуществляет лечащий врач (фельдшер);

8. В качестве сопроводительного документа заполняется Сопроводительный лист, указанный в пункте 5 настоящего Порядка.

**СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТА**

I. ТАЛОН

**ЭТАП ПОЛИКЛИНИКИ №**

1. Фамилия \_\_\_\_\_ | 4. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_  
2. Имя \_\_\_\_\_ |  
3. Отчество \_\_\_\_\_ | (пункты с 1 по 4 заполняются со слов  
больного или по его документам - нужное  
подчеркнуть)

5. Пол: мужской - 1, женский - 2

6. Место жительства \_\_\_\_\_

7. Место оказания медицинской помощи: поликлиника, на дому  
\_\_\_\_\_

8. Диагноз (основной и сопутствующий):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Жалобы  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Анамнез болезни (с указанием постоянной фармакотерапия (если есть))  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_

12. Объективный статус  
состояние: \_\_\_\_\_ АД: \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Оказанная медицинская помощь  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Время вызова бригады СМП \_\_\_\_\_

15. Направляется в \_\_\_\_\_

16. Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

**ЭТАП СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Жалобы на момент транспортировки

---

---

---

2. Объективный статус

состояние: \_\_\_\_\_ АД: \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. Оказанная медицинская помощь (с указанием наименования лекарственных средств, доз, путей введения)

---

---

---

---

---

---

---

4. Объективный статус после оказания помощи: \_\_\_\_\_

состояние: \_\_\_\_\_ АД: \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ t \_\_\_\_\_

---

---

---

---

5. Способ транспортировки: пешком, на носилках

6. Пациент доставлен в \_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения) (время доставки)

7. Врач (фельдшер) \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

II. ТАЛОН ПОЛИКЛИНИКИ №

1. Фамилия \_\_\_\_\_ | 4. Дата рождения (ч, м, год) \_\_\_\_\_

2. Имя \_\_\_\_\_ |

3. Отчество \_\_\_\_\_ | (пункты с 1 по 4 заполняются со слов  
больного или по его документам - нужное  
подчеркнуть)

4. Пол: мужской - 1, женский - 2

5. Место жительства

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Диагноз при направлении

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Наименование медицинской организации, в которую был направлен  
пациент \_\_\_\_\_

8. Врач \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**ЭТАП СТАЦИОНАРА**

1. Диагноз врача приемного отделения:

---

---

---

2. Заключительный клинический диагноз (патологоанатомическое заключение) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Провел в стационаре \_\_\_\_\_ дней

Оказана помощь амбулаторно (при необходимости подчеркнуть)

Переведен в: \_\_\_\_\_

3. Замечания:

---

---

---

---

4. Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)