

ГБУЗ ПК "Пермская краевая
клиническая больница"
Нейрохирургическое отделение
стационара



Лечебно-охранительный режим - комплекс профилактических, терапевтических и организационно-хозяйственных мероприятий, направленных на предоставление удобств пребывания пациента в МО, а также обеспечения его физического, психологического комфорта и безопасности.

Включает:

- Режим двигательной активности
- Виды положения пациента в постели
- Безопасная транспортировка пациентов
- Безопасность пациентов в условиях МО
- Безопасность медицинского персонала

Режим двигательной активности

- Строгий постельный режим
- Постельный режим.
- Полупостельный.
- Палатный режим.
- Свободный (общий) режим.

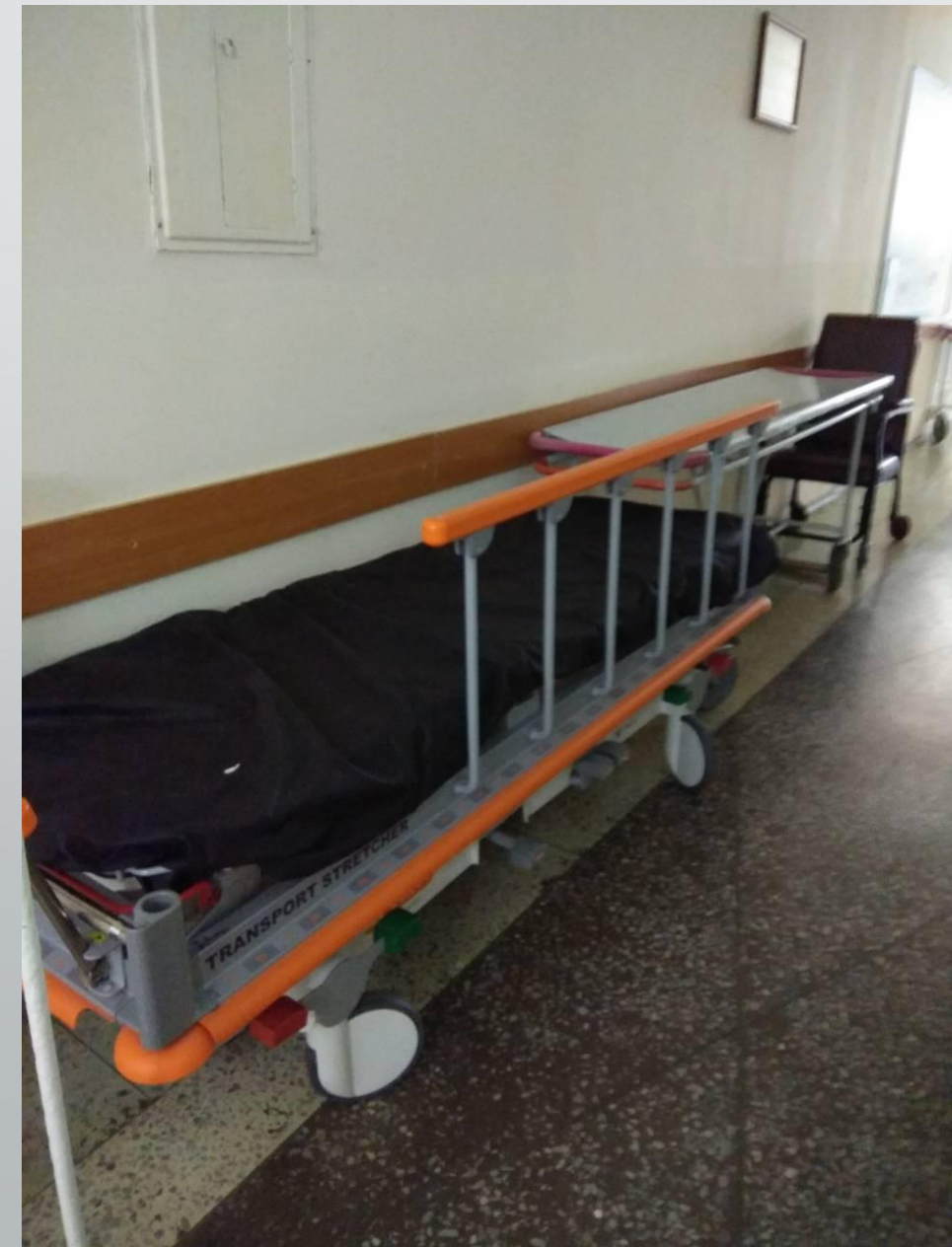
Виды положения пациента в постели

- Активное положение
- Пассивное положение
- Вынужденное положение

Безопасная транспортировка пациентов

- Перекладывание пациента на носилки с кровати.
- Транспортировка пациента на носилках.
- Перекладывание пациента с носилки на кровать.
- Поднятие пациента спереди и ведение его за плечи.
- Поднятие пациента сбоку и его ведение за плечи.





Специализированные средства для транспортировки
пациентов

Организация и структура приемного отделения

Наличие двух входов – для плановых и экстренных пациентов

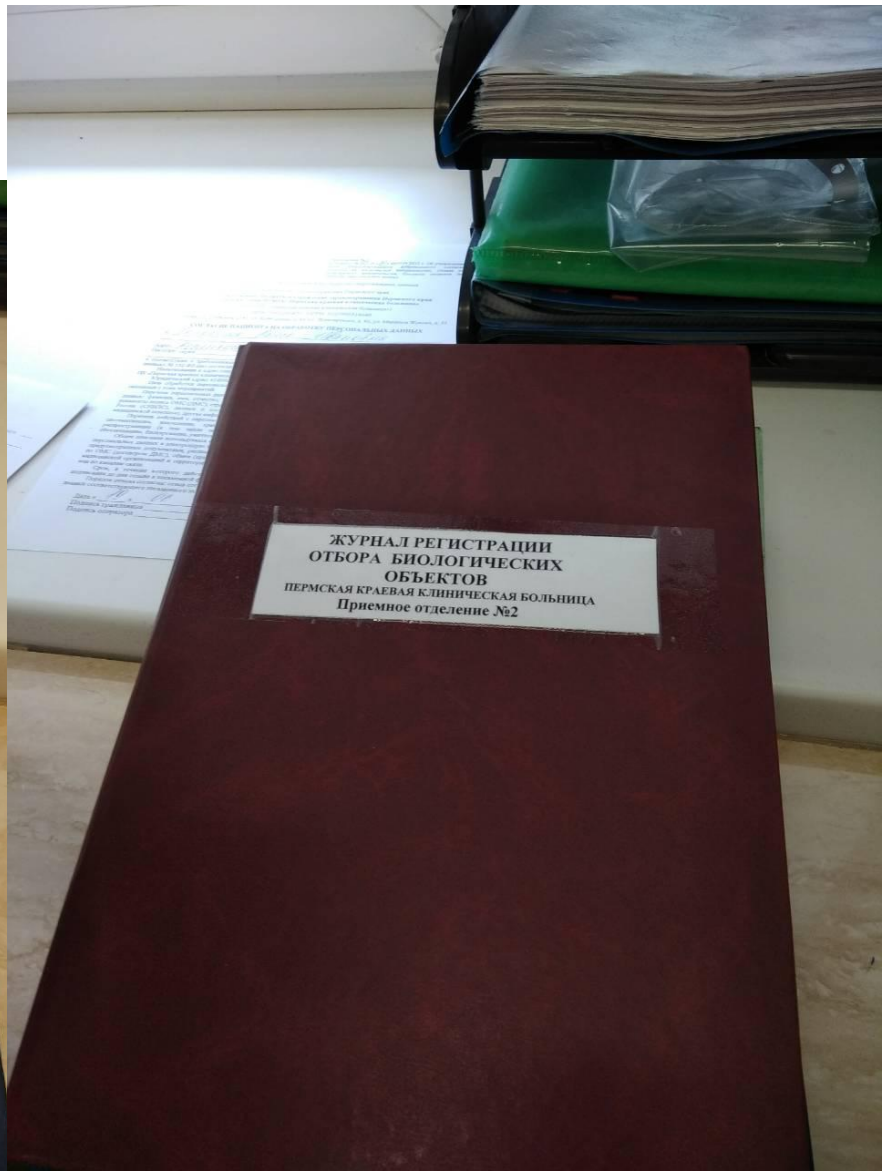
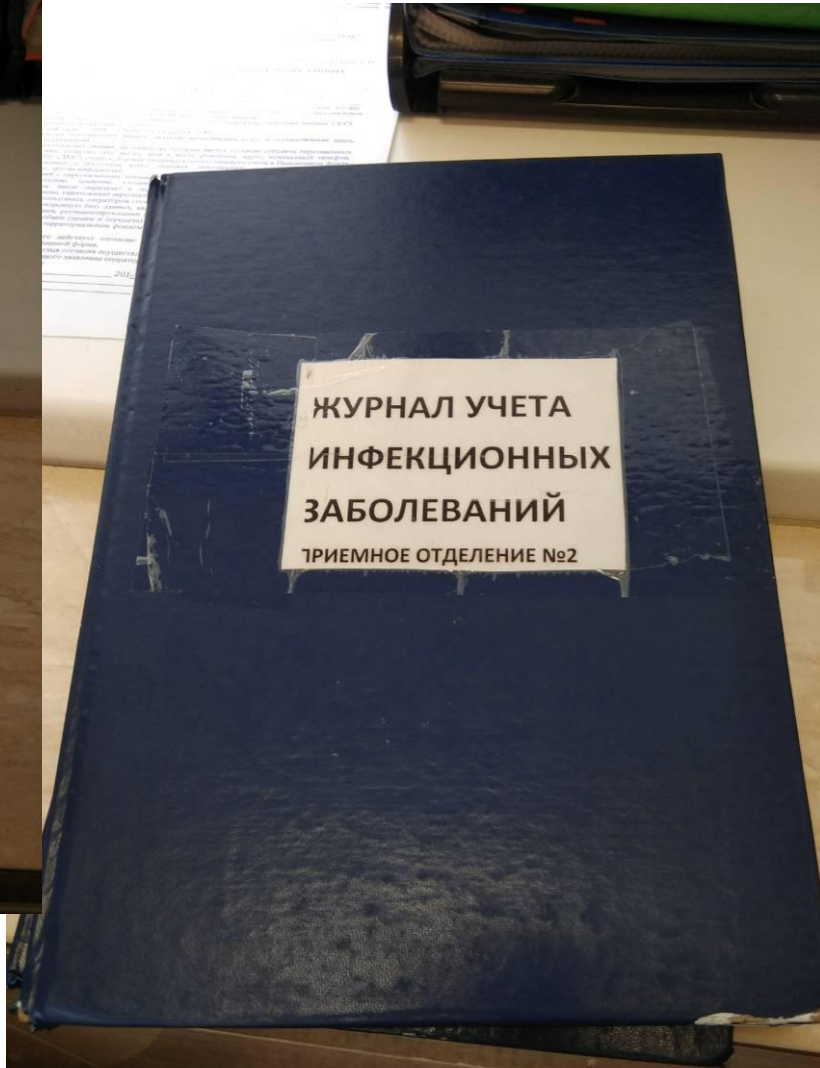
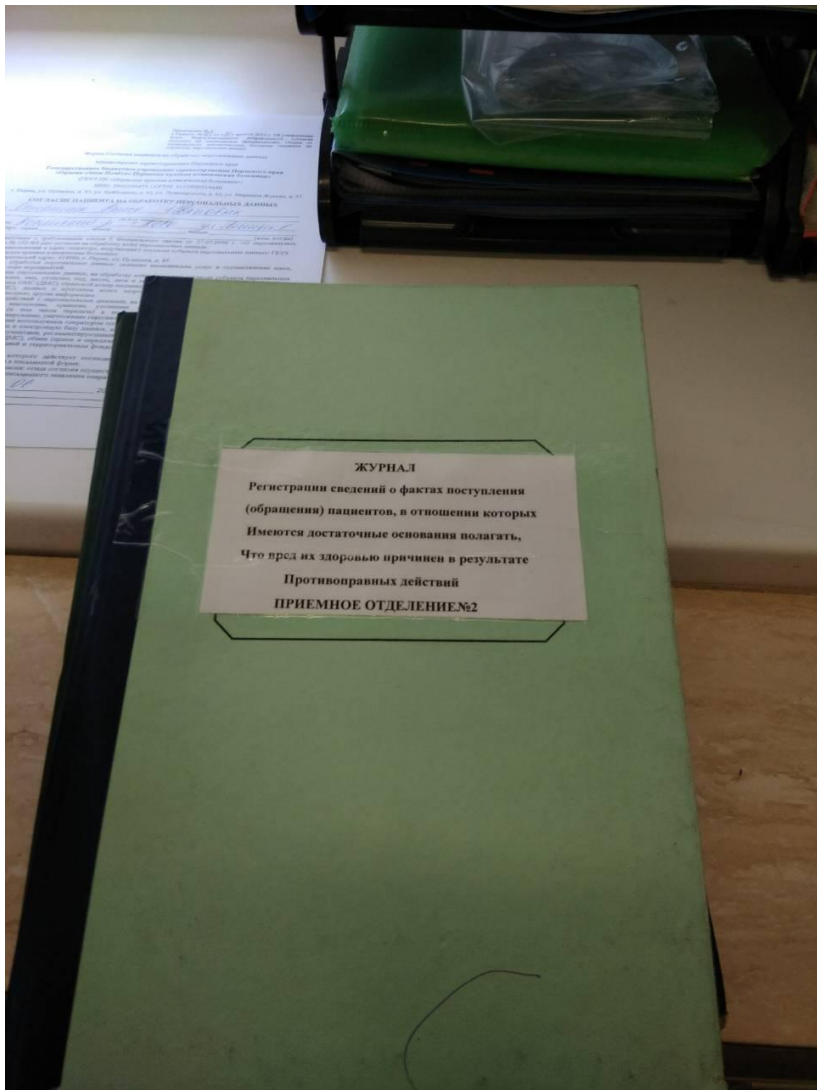


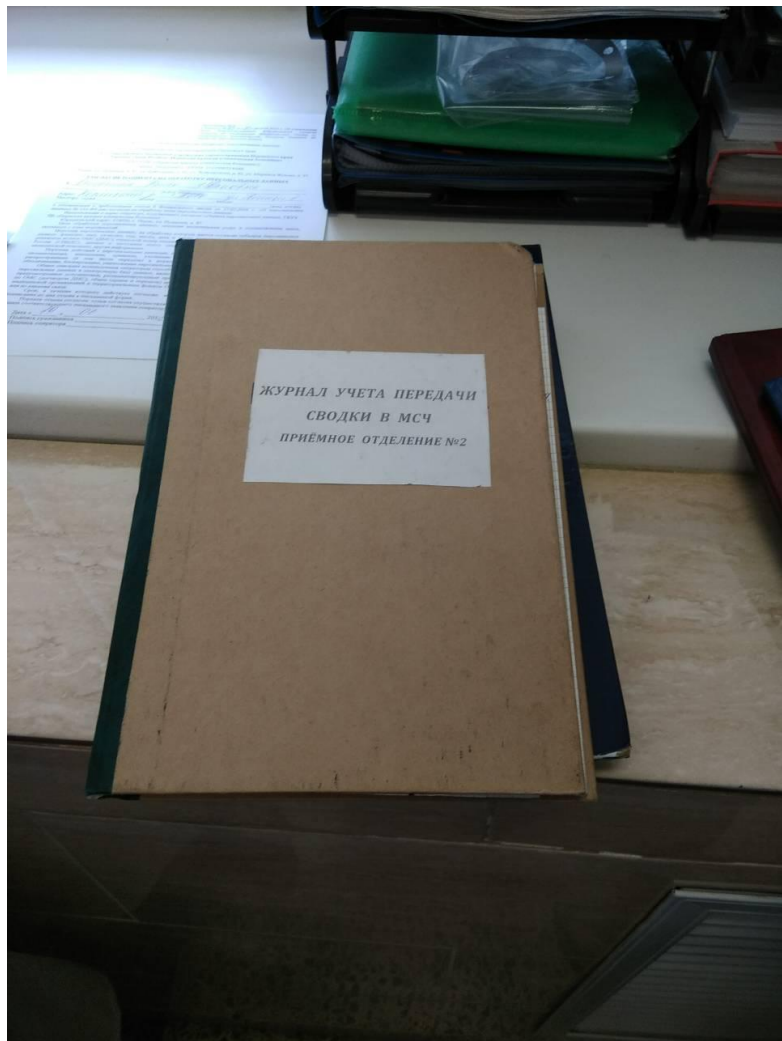
Функции приемного отделения

- Прием и регистрация больных.
- Врачебный осмотр пациентов.
- Оказание экстренной медицинской помощи.
- Определение отделения стационара для госпитализации больных.
- Санитарно-гигиеническая обработка больных.
- Оформление соответствующей медицинской документации.
- Транспортировка больных

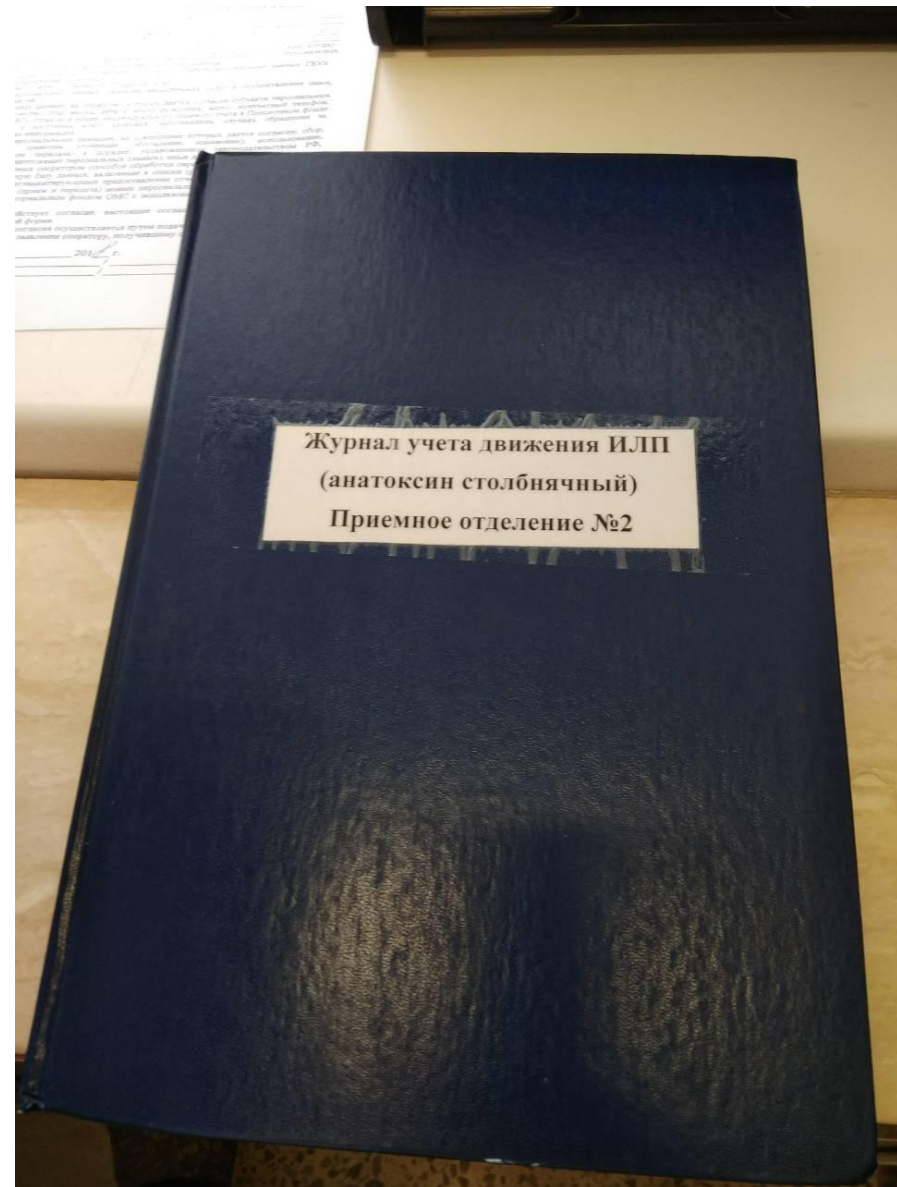


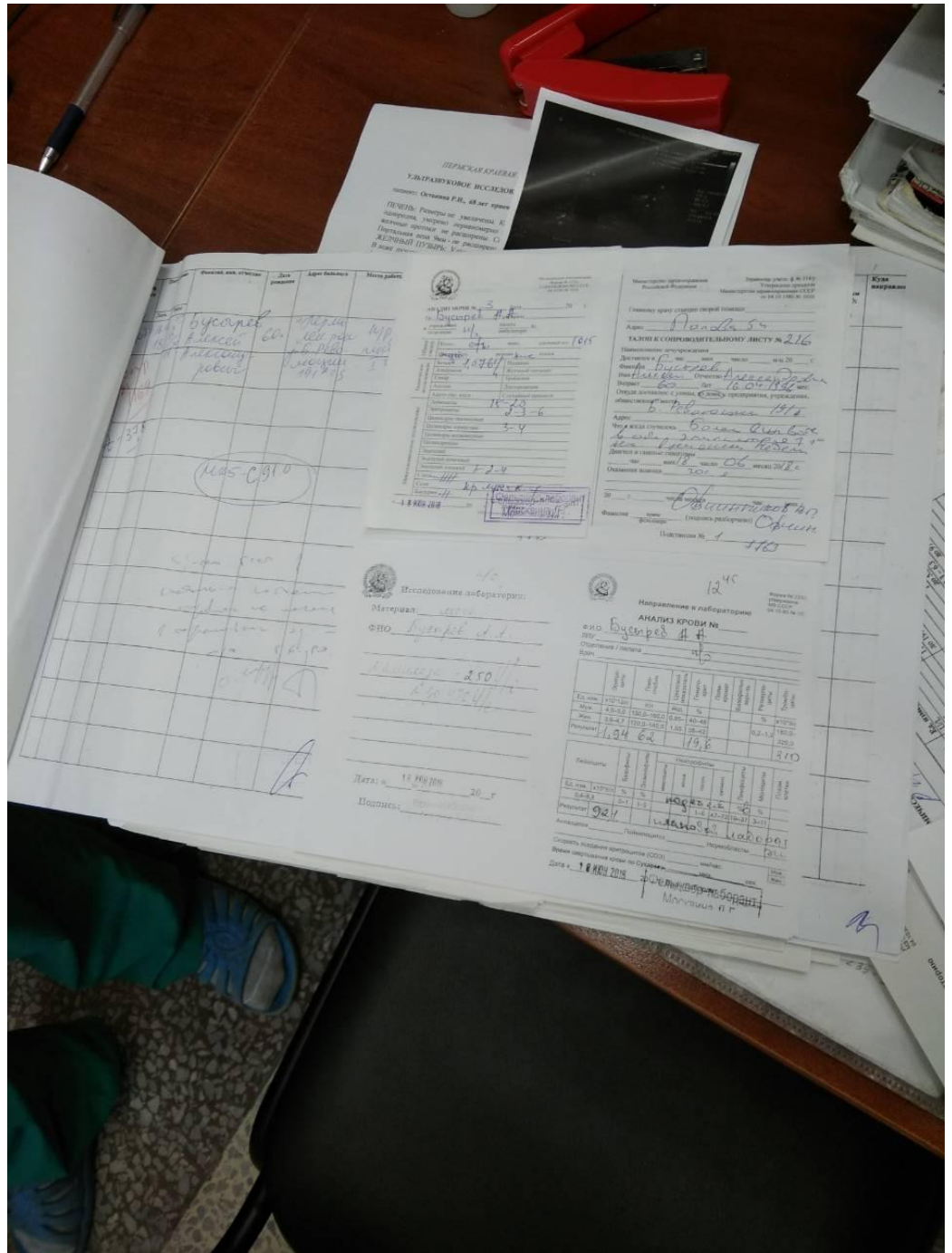
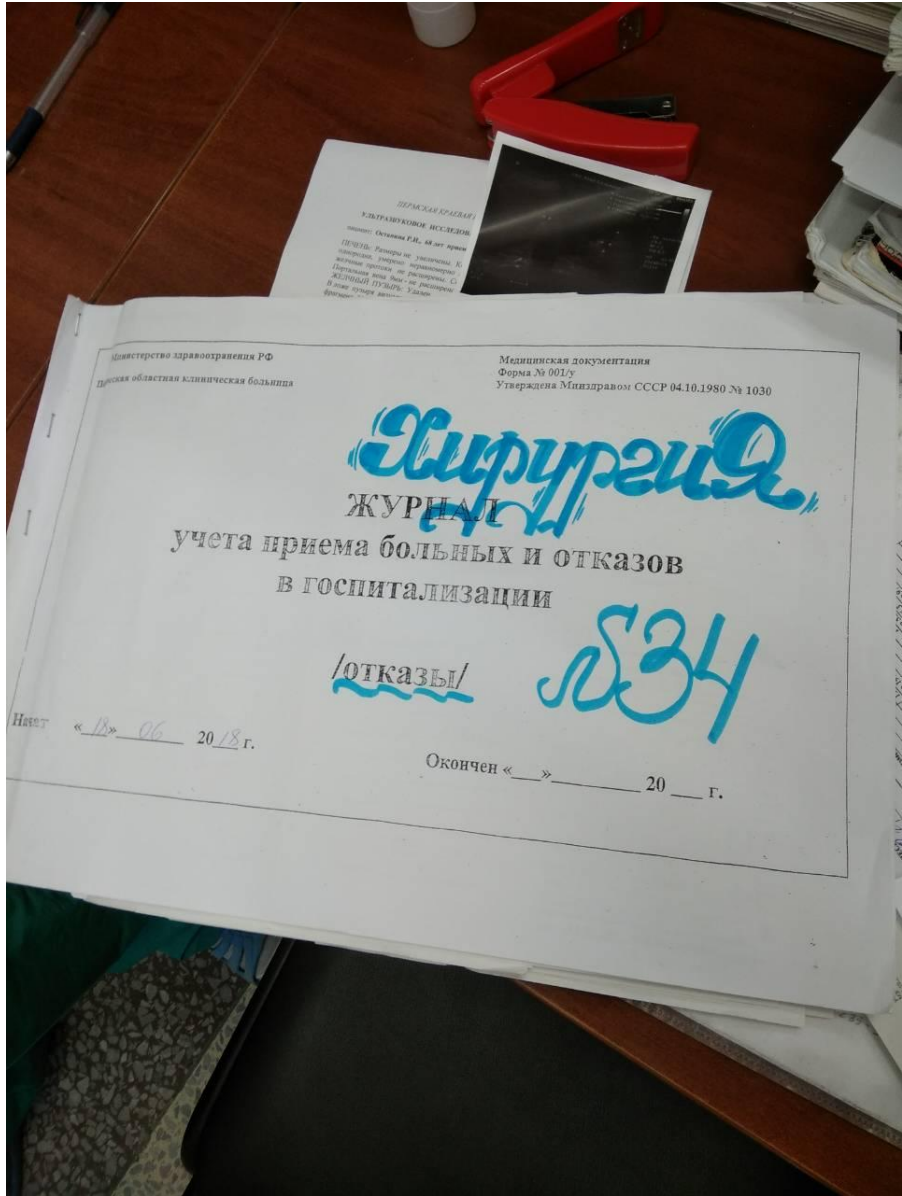
Основная документация и журнал учета поступивших пациентов – в электронном виде
Используемые программы - 1С и "промед"





Ежедневно заполняется информация о количестве пациентов и персонала для пожарных и спасательных служб







ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Information for patients is presented in a grid of 10 documents:

- 1. Certificate of Accreditation (Сертификат аккредитации)
- 2. Information on the hospital (Информация о больнице)
- 3. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 4. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 5. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 6. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 7. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 8. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 9. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 10. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)



ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Information for patients is presented in a grid of 6 documents:

- 1. Certificate of Accreditation (Сертификат аккредитации)
- 2. Information on the hospital (Информация о больнице)
- 3. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 4. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 5. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)
- 6. Information on the pharmacy (Информация о аптеке)

Приложение №1
к п.6.4 Инструкции

Начальнику _____
наименование органа внутренних дел _____
ФИО _____

ИЗВЕЩЕНИЕ № _____

о поступлении (обращении) в _____
наименование медицинского учреждения
пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью
причинен в результате противоправных действий.

Фамилия, имя, отчество и возраст пациента _____

Адрес места жительства _____

Время и дата поступления (обращения) пациента _____

Откуда поступил, кем доставлен _____

Вид травмы, предварительный диагноз _____

состояние пациента (контакты или нет), госпитализирован (отпущен), № палаты _____

Обстоятельства и место получения травмы _____

должность руководителя медицинского учреждения _____

(подпись)

ФИО _____

Место

печати

Приложение №3
к Приказу № 111 от 27 октября 2009 года

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

Учетная документация

Форма N 58-ДТП-2у

Представляется в органы
внутренних дел по месту
своего нахождения

(наименование учреждения здравоохранения, адрес, телефон)

ИЗВЕЩЕНИЕ
О РАНЕНОМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ
(обратившемся или доставленном в медицинское учреждение)

1. Ф.И.О. пострадавшего: _____
2. Пол: М , Ж
3. Возраст: _____
4. Дата обращения в медицинское учреждение: 00.00.0000
5. Дата госпитализации: 00.00.0000
6. Дата дорожно-транспортного происшествия: 00.00.0000
7. Диагноз при обращении: _____, код по МКБ-10 000000
8. Внешняя причина: _____, код внешней причины по МКБ - 10 000000
9. Дата перевода: 00.00.0000
10. Наименование учреждения, куда переведен пострадавший _____
11. Диагноз при переводе: _____, код по МКБ-10 000000

" _____ " _____ 20__ г.
Дата заполнения извещения

Подпись, Фамилия, должность медицинского работника составившего извещение

Приложение №1
к Приказу № 111 от 27 октября 2009 года

Форма Отказа от медицинского вмешательства

Министерство здравоохранения Пермского края
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края
«Орден «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница»

(ГБУЗ ПК «Пермская краевая клиническая больница»)

ИНН: 5902290473 / ОГРН: 1025900514640

г. Пермь, ул. Пушкина, д. 85, ул. Куйбышева, д. 43, ул. Луначарского, д. 95, ул. Маршала Жукова, д. 33

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, гр. _____,

« _____ » _____ г. рождения,

Зарегистрированный по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации» отказываюсь от медицинского вмешательства:

предложенного мне врачом _____ (фамилия, инициалы врача)

по поводу, _____ осуществляемое в отношении меня.

(общие указания о характере заболевания, патологии)
В соответствии с ч. 4 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в доступной
для меня форме были разъяснены возможные последствия такого отказа, в частности:

и др., а также была предоставлена вся интересующая меня информация о состоянии моего
здоровья, даны исчерпывающие ответы на вопросы.
Я уведомлен (а) и согласен (а) с обработкой и передачей моих персональных данных, в
соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей
оформления настоящего отказа.

Ф.И.О. и подпись пациента _____
Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника: _____

Обязанности медсестры приемного отделения

1. Оформление медицинской документации.
2. Оказание неотложной доврачебной помощи.
3. Выполнение врачебных назначений.
4. Приглашение при необходимости врачей-консультантов.
5. Проведение санитарной обработки пациента,
6. Термометрия.
7. Определение показателей физического состояния (пульса, АД, ЧДД, антропометрических данных).
8. Осмотр и при необходимости - проведение противопедикулезных мероприятий.
9. Информирование центров санэпиднадзора о выявлении инфекционного или педикулезного пациента.
10. Поддержание и соблюдение санитарно-противоэпидемических мероприятий в различных подразделениях приемного отделения.
11. Транспортировка пациентов в лечебные отделения.



В приемном отделении в обязательном порядке присутствует помещение для частичной и полной санитарной обработки пациентов



Оснащение для проведения антропометрии



Палата для
размещения с
кушетками и
ширмой



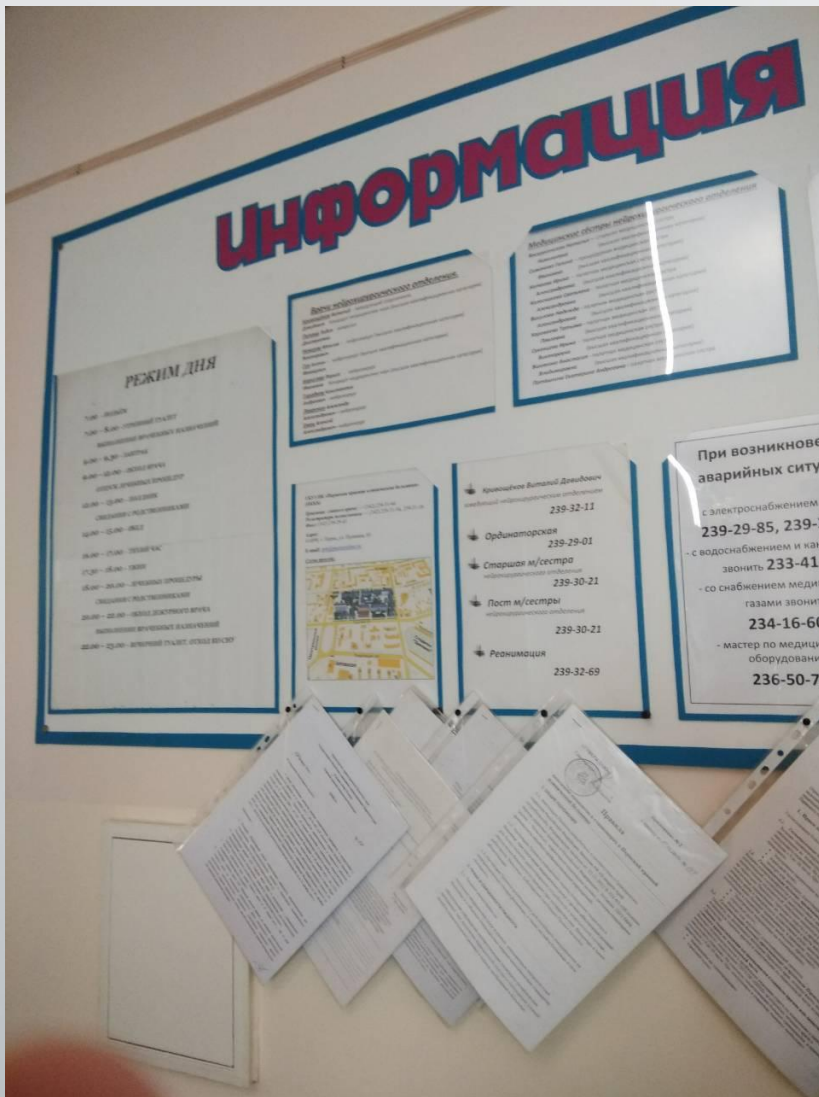


Рабочее место
врача

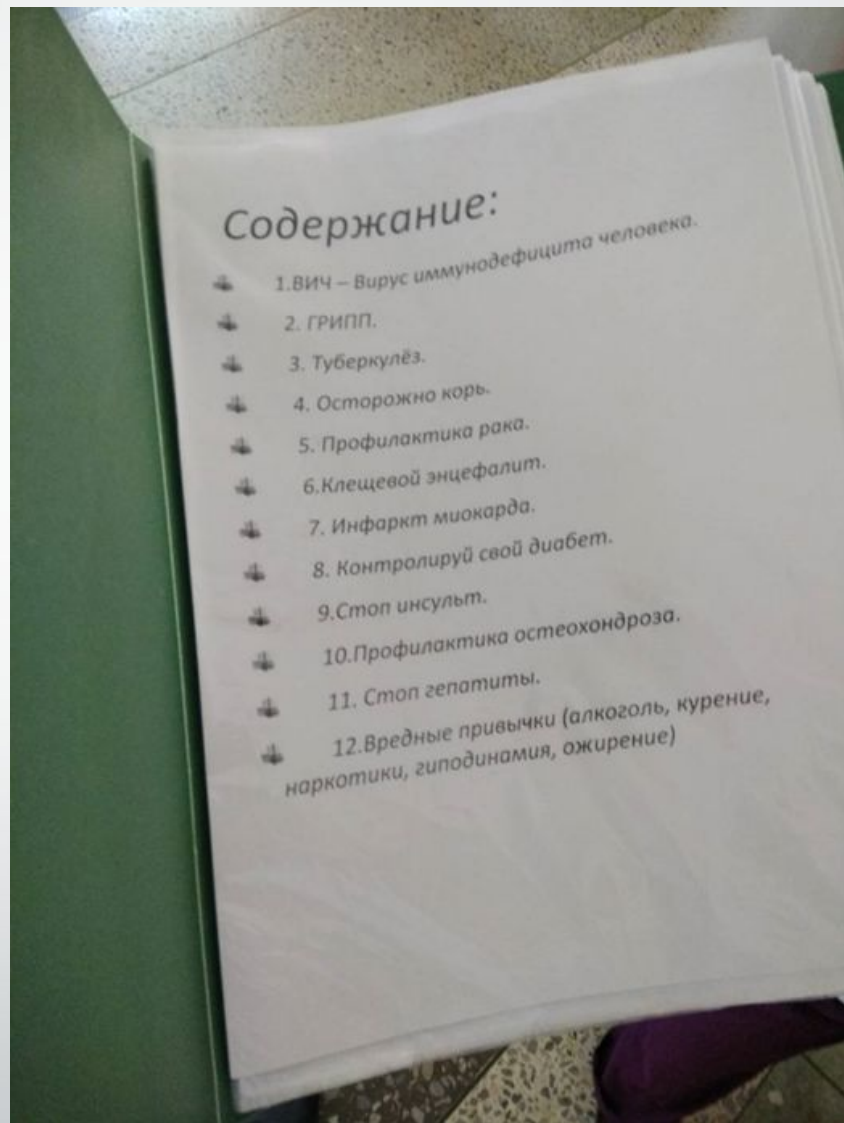
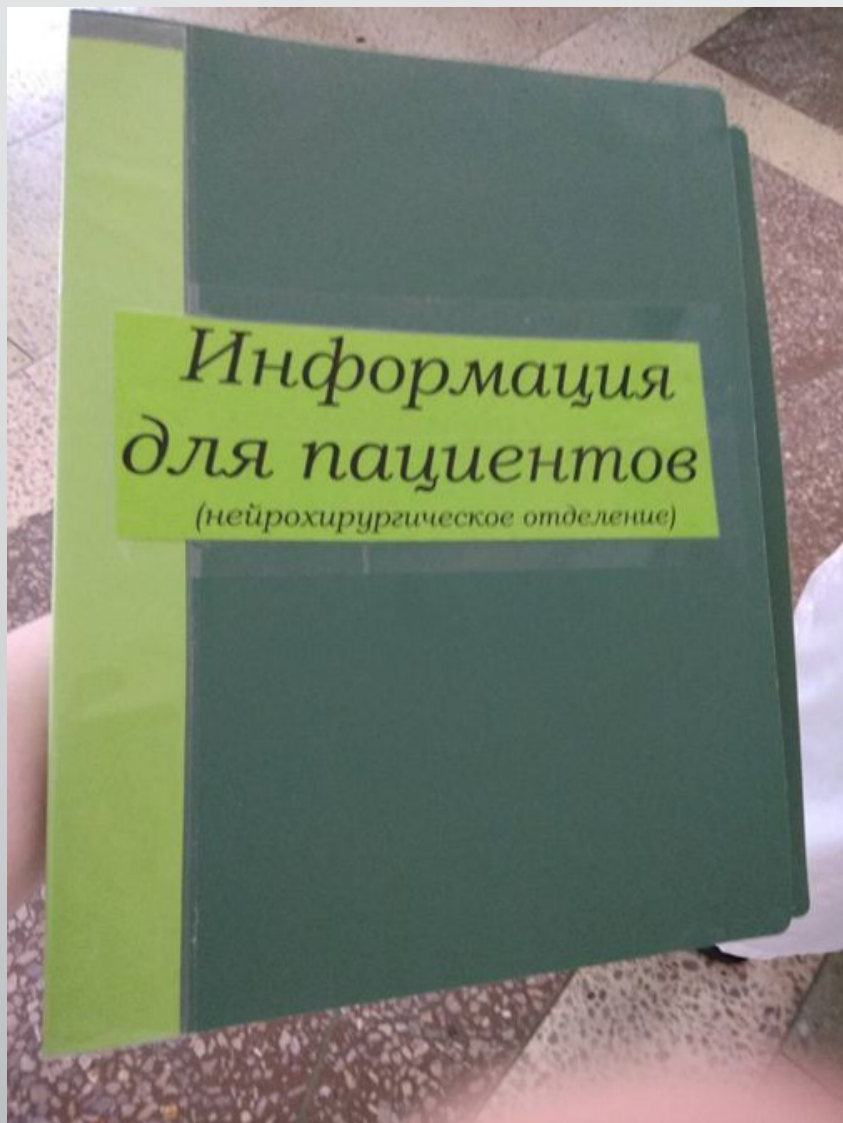


Процедурный кабинет

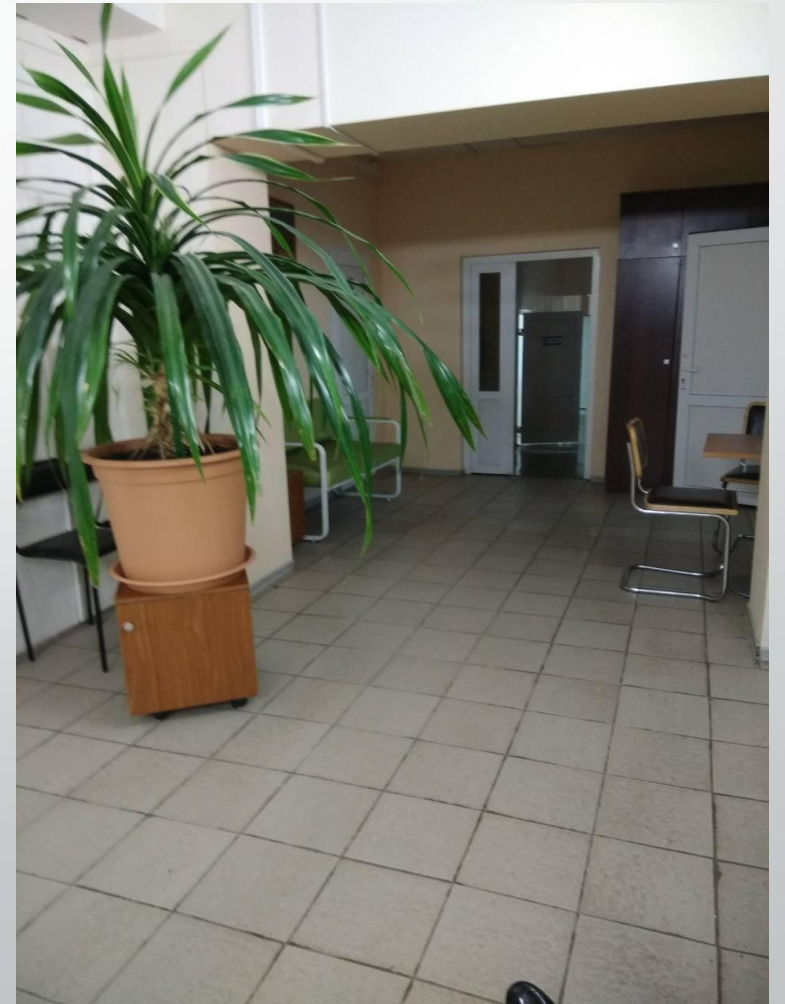




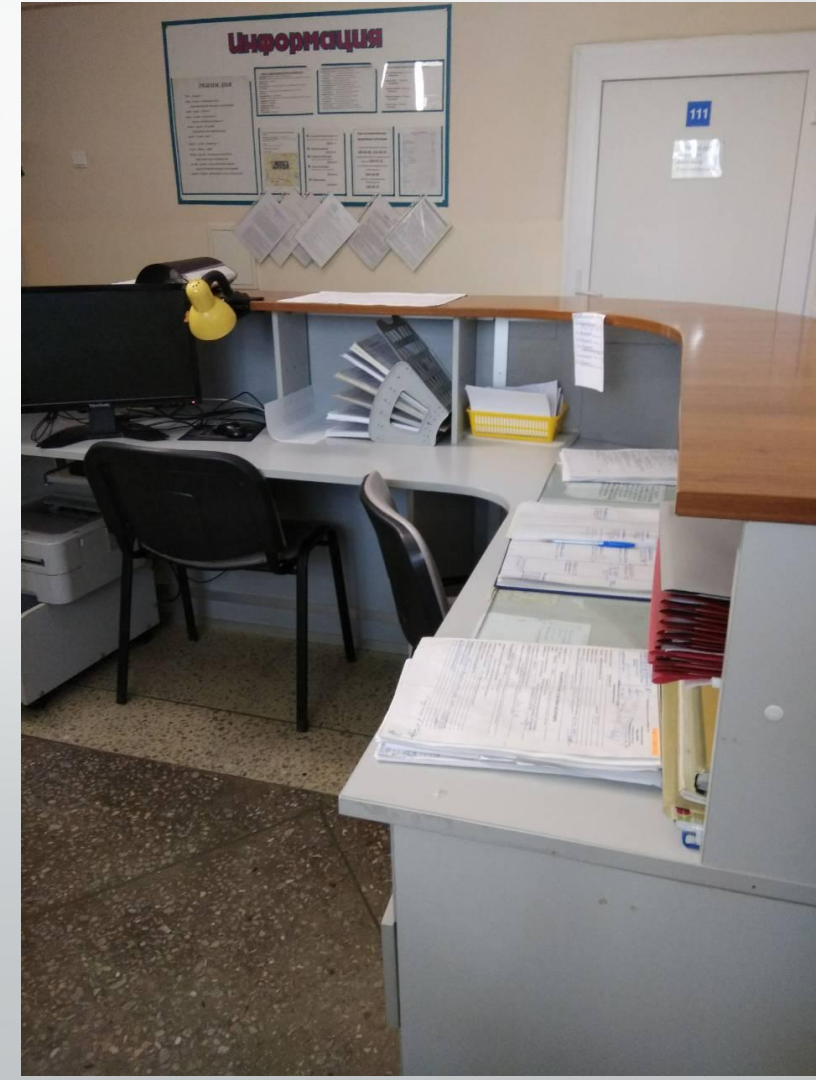
В отделении должны быть представлены все необходимые информационные материалы

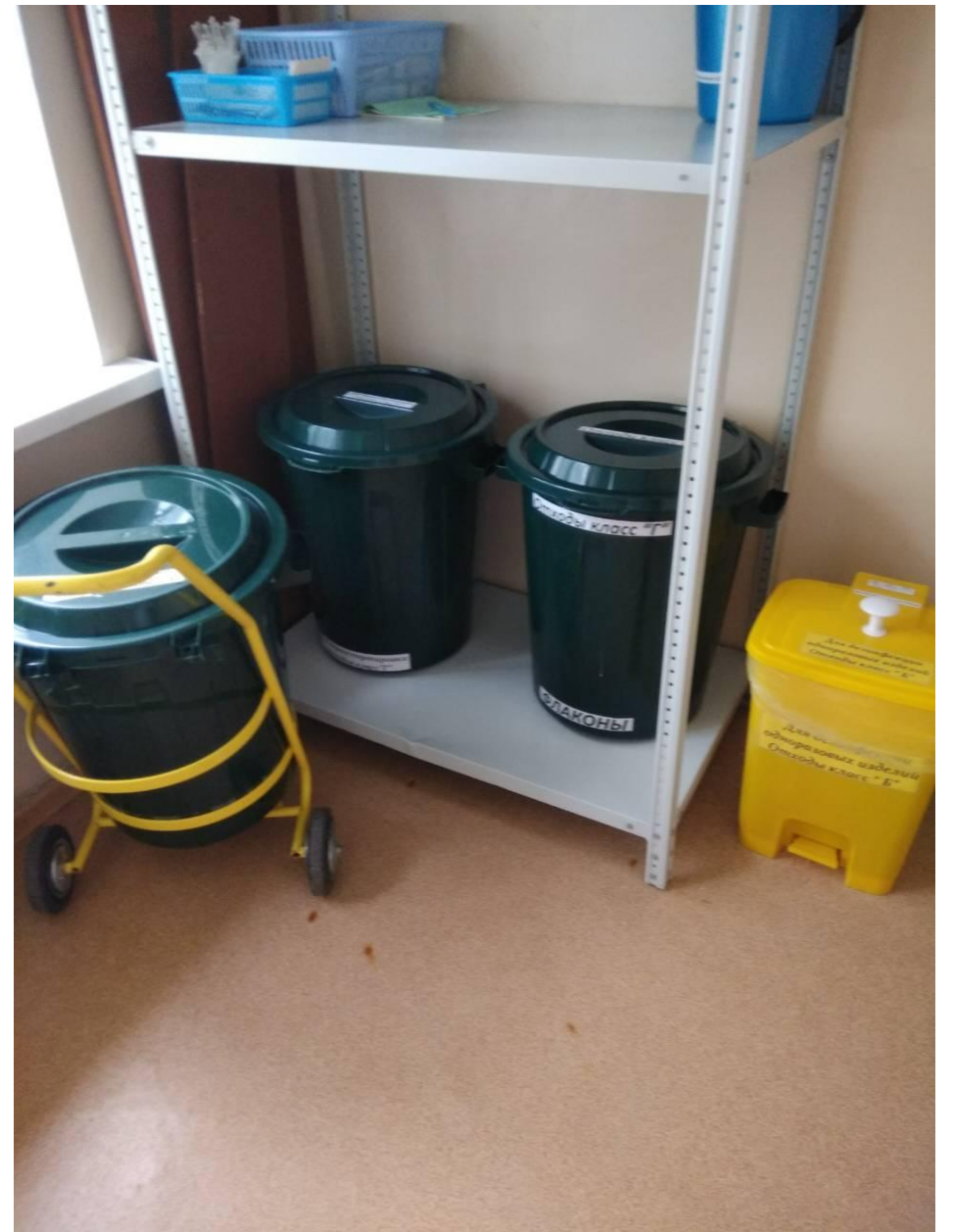


Интерьер в отделении должен создавать атмосферу комфорта и безопасности



Пост медицинской сестры и холодильники должны быть расположены в доступном для всех пациентов помещении





Санитарная комната

Пример организации места для обработки рук медицинского персонала



1



**тереть ладонью
о ладонь**

2



**тереть левой ладонью
по тыльной стороне
правой кисти и
наоборот**

3



**тереть ладони со скре-
щенными растопырен-
ными пальцами**

4



**тереть тыльной сторо-
ной согнутых пальцев
по ладони другой руки**

5

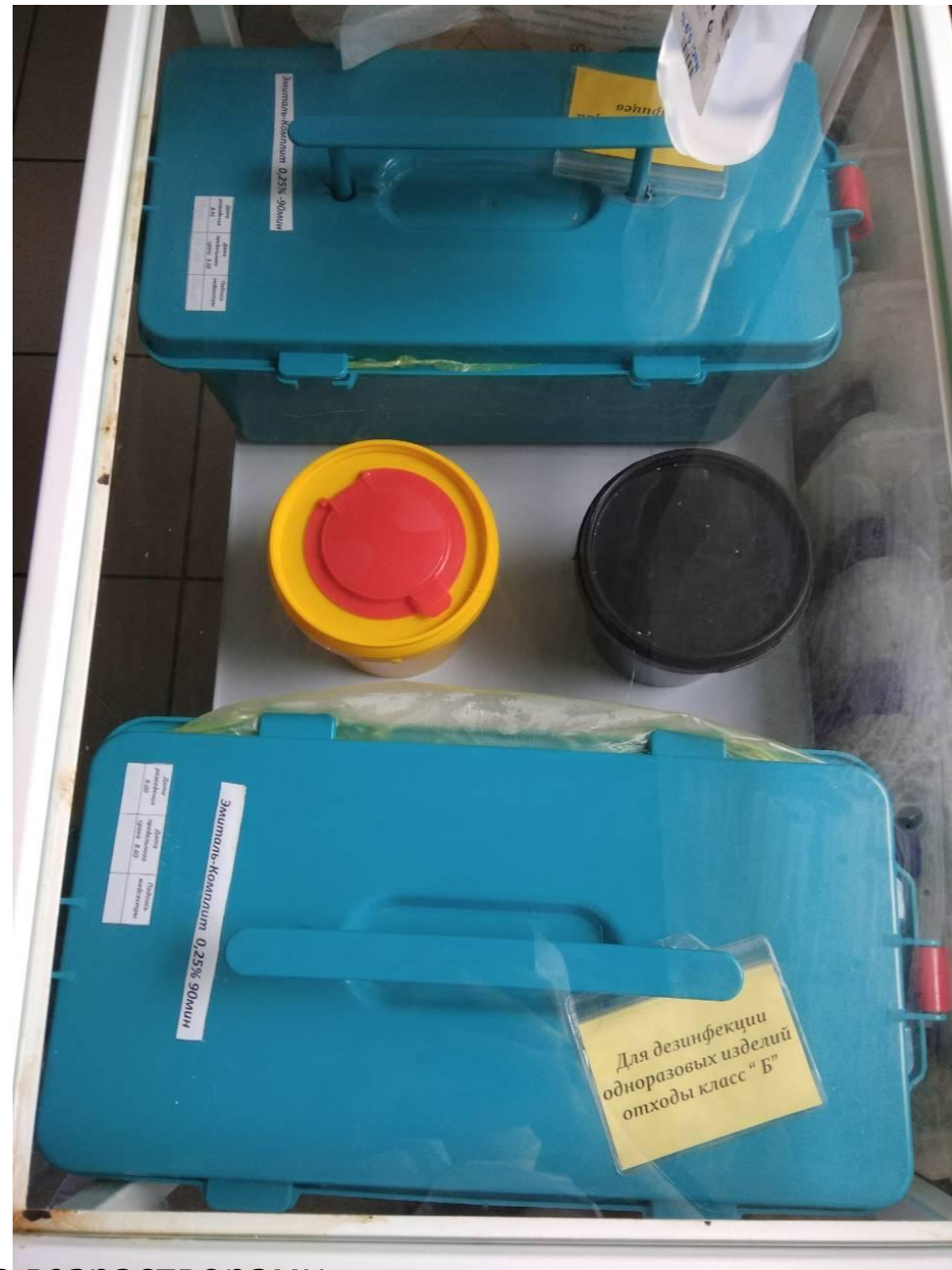


**круговыми движения-
ми тереть большие
пальцы рук**

6



**круговыми движениями
тереть ладонь кончико-
ми пальцев другой руки**

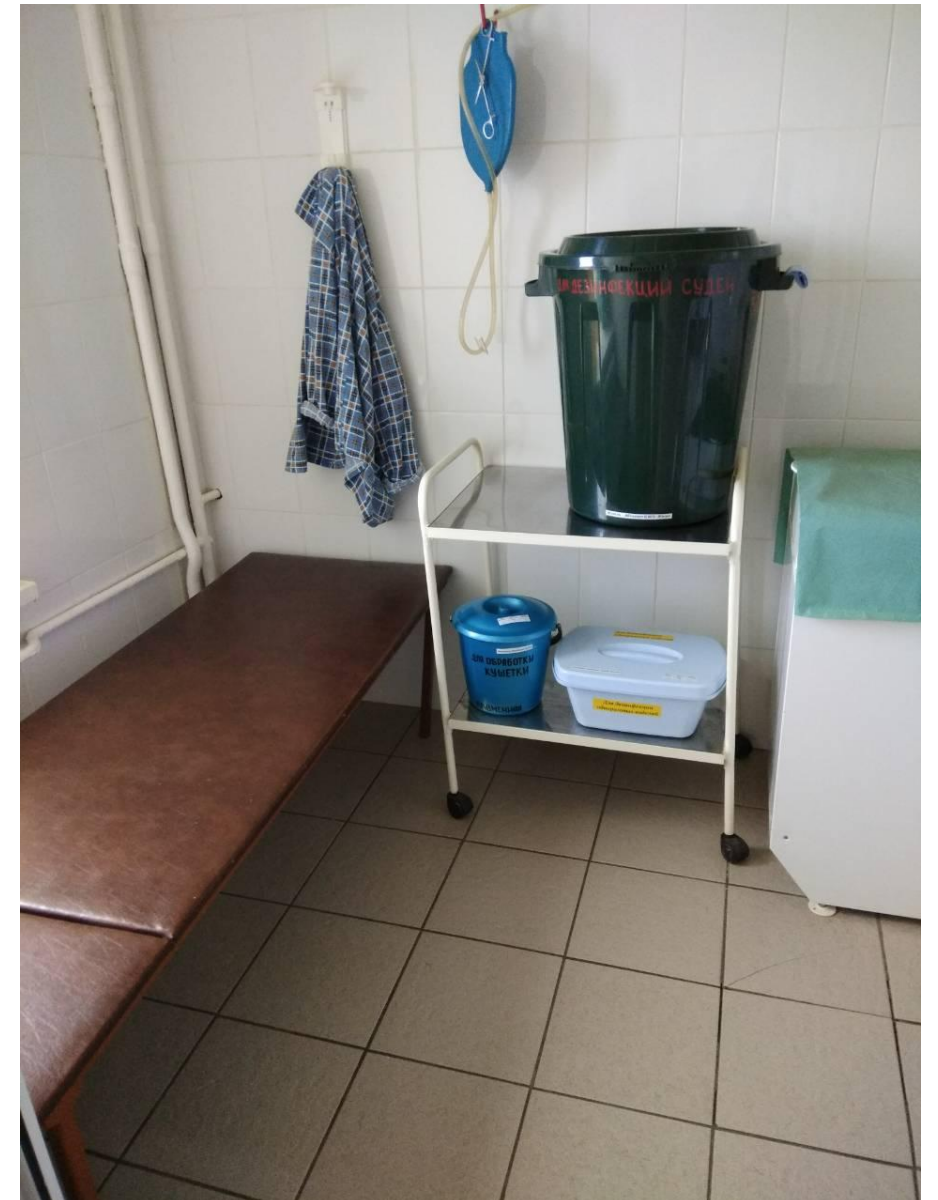


Контейнеры с дезрастворами

Помещение для хранения уборочного инвентаря



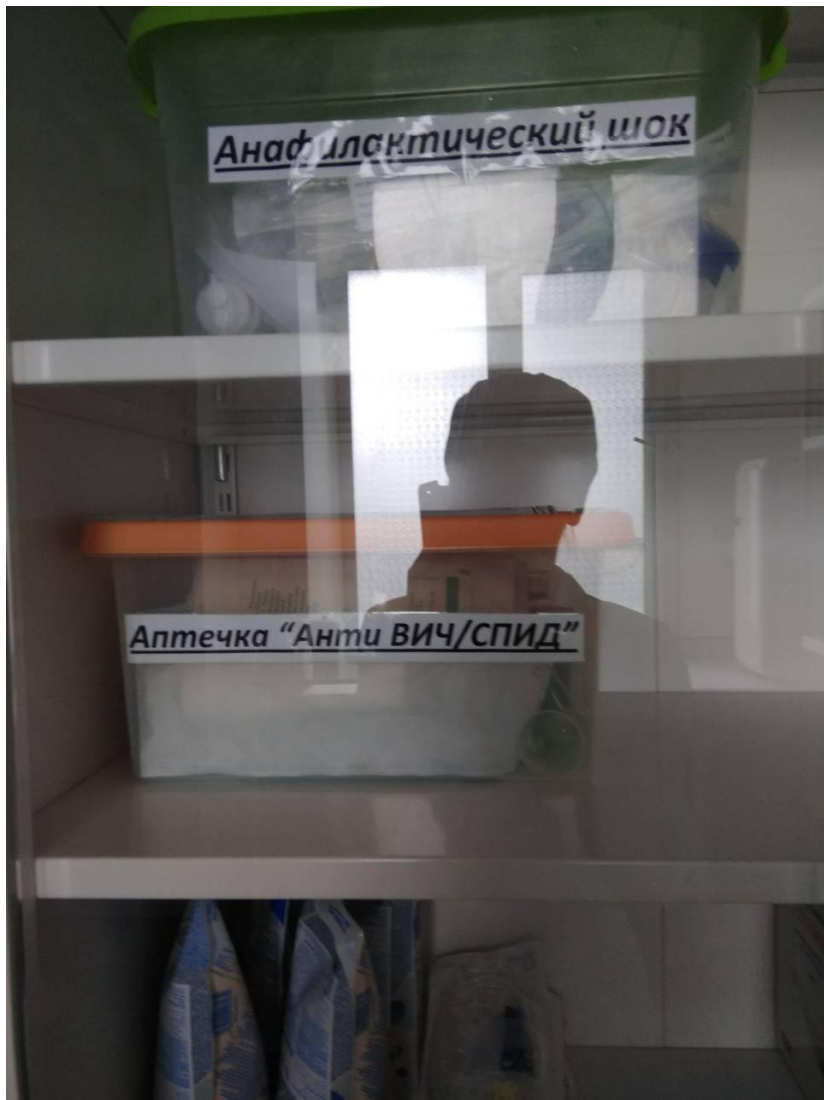
Пример организации клизменной





Пример организации процедурного кабинета





Пример организации перевязочного кабинета







Пример организации буфета







До новых встреч!