

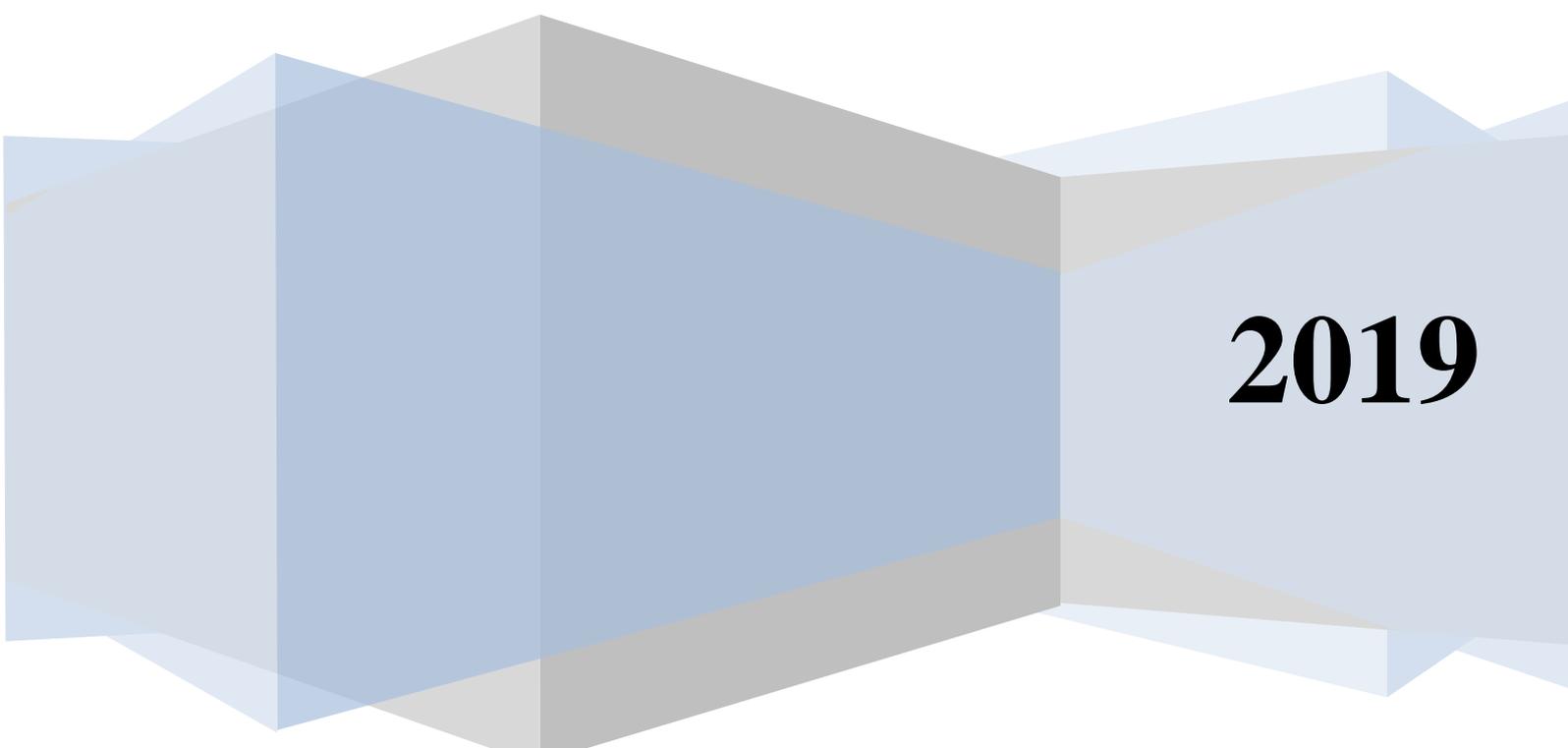
**Первичная специализированная аккредитация  
специалистов**

**Паспорт экзаменационной  
станции (типовой)**

**«ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР  
ПАЦИЕНТА»**

**Специальность:**

Анестезиология-реаниматология (31.08.02)



**2019**

## Оглавление

1. Авторы и рецензенты.....	3
2. Уровень измеряемой подготовки.....	3
3. Профессиональный стандарт (трудовые функции) .....	3
4. Проверяемые компетенции .....	3
5. Задачи станции .....	4
6. Продолжительность работы станции .....	4
7. Информация для организации работы станции .....	4
7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (АК) .....	4
7.2. Рабочее место аккредитуемого .....	4
7.3. Расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых).....	5
7.4. Симуляционное оборудование.....	6
8. Перечень ситуаций (сценариев) станции.....	6
9. Информация (брифинг) для аккредитуемого .....	6
10. Информация для членов АК.....	10
10.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции.....	10
10.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции.....	10
10.3. Действия членов АК перед началом работы станции .....	10
10.4. Действия членов АК в ходе работы станции.....	11
11. Нормативные и методические документы, используемые для создания паспорта..	11
11.1. Нормативные акты .....	11
11.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции ( <i>информация для члена АК</i> ) .....	12
12. Алгоритм управления роботом (описание сценария) .....	12
13. Информация для симулированного пациента .....	12
14. Информация для симулированного коллеги.....	14
15. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	15
16. Дефектная ведомость .....	15
17. Оценочный лист (чек-лист) .....	16
17.1 Краткая версия оценочного листа (чек-листа).....	16
17.2. Развернутая версия оценочного листа (чек-листа).....	19
18. Медицинская документация.....	19
19. Приложение 1.....	19

**1. Авторы и рецензенты**

Андреев А.А., Лахин Р.Е., Рипп Е.Г., Лutfарахманов И.И., Крюкова А.Г., Рахимова Р.Ф., Зарипова З.А.

**Паспорт «Предоперационный осмотр пациента» одобрен...**

**2. Уровень измеряемой подготовки**

Лица, завершившие обучение по программе ординатуры в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), а также лица, завершившее обучение по программе профессиональной переподготовки по специальности 31.08.02 «Анестезиология-реаниматология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), успешно сдавшие государственную итоговую аттестацию и претендующие на должность врача-анестезиолога-реаниматолога.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап в спецодежде (медицинский халат, хирургический костюм, сменная обувь, шапочка), иметь личный стетофонендоскоп.

**3. Профессиональный стандарт (трудовые функции)**

**Проект профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог»** (редакция от 05.09.2017).

**В/01.8** Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установления диагноза органной недостаточности

**4. Проверяемые компетенции**

Осуществление предоперационного осмотра пациентов разных возрастных групп.

Определение медицинских показаний и противопоказаний к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи.

Оформление осмотра в виде заключения и внесения в медицинскую документацию.

Назначение анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи.

## 5. Задачи станции

Демонстрация аккредитуемым алгоритма осмотра пациента перед операцией с заполнением соответствующей документации **(возможно по окончании основного времени на станции)**.

## 6. Продолжительность работы станции

**Всего – 10' (на непосредственную работу – 8,5')**

0,5' – ознакомление с заданием (брифинг)	0,5'
7,5' – предупреждение об оставшемся времени на выполнение задания	8'
1' – приглашение перейти на следующую станцию	9'
1' – смена аккредитуемых	10'

Для обеспечения синхронизации действий аккредитуемых при прохождении цепочки из нескольких станций, а также для обеспечения бесперебойной работы на каждой станции, перед началом процедуры первичной специализированной аккредитации целесообразно подготовить звуковой файл (трек) с записью голосовых команд, автоматически включаемых через установленные промежутки времени.

## 7. Информация для организации работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

### 7.1. Рабочее место члена аккредитационной комиссии (АК)

1. Стул и рабочая поверхность (стол).
2. Компьютер с выходом в Интернет для заполнения электронного оценочного листа (чек-листа).
3. Устройство для трансляции видео и аудио изображения<sup>1</sup> с места работы аккредитуемого, с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции.
4. Бумажные оценочные листы по числу аккредитуемых.
5. Шариковая ручка – 2 шт.

### 7.2. Рабочее место аккредитуемого

Помещение, имитирующее любое помещение (палату) в стационаре с обязательным<sup>2</sup> наличием:

<sup>1</sup> По согласованию с председателем АК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

<sup>2</sup> Перечень обязательного оснащения кабинета (станции) не отражает перечень оснащения реального кабинета, а содержит только тот минимум, который необходим для решения конкретной задачи данной

1. Место (перед входом в помещение) для размещения задания аккредитуемому (раздел 9).
2. Настенные часы с секундной стрелкой.
3. Стол рабочий для аккредитуемого.
4. Стул для аккредитуемого и конфедерата/симулированного коллеги/стандартизованного пациента.
5. Персональный компьютер (ноутбук) для внесения данных в систему электронной истории болезни или лист осмотра\* в бумажном варианте истории болезни.
6. Телефонный аппарат или его имитация.
7. Микрофон
8. Раковина с однорычажным смесителем (допускается имитация).
9. Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация).
10. Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация).
11. Антисептик для обработки рук (допускается имитация).
12. Контейнер для сбора отходов (бытовые отходы) класса А объёмом 10 литров.

\* Можно использовать стандартизованную, заранее оговорённую форму или чистый лист.

### 7.3. Расходные материалы (из расчёта на попытки аккредитуемых)

Таблица 1

#### Перечень расходных материалов

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого)
1	Чистые листы А4	По числу аккредитуемых
2	Ручка шариковая	2 шт.
3	Бланк информированного согласия пациента	По числу аккредитуемых
4	Шкала прогноза трудной интубации и трудной масочной вентиляции	По 1 бланку каждой шкалы
5	Лист осмотра пациента	По числу аккредитуемых
6	Антисептик в пульверизаторе для обработки стетофонендоскопа, флакон 100 мл	1 шт.

экзаменационной станции. По усмотрению организаторов кабинет может быть дополнительно оснащён в соответствии с нормативной базой, но не создавая при этом помех для основной цели работы на станции

7	Марлевые шарики	По 2 шт. на аккредитуемого
---	-----------------	----------------------------

#### 7.4. Симуляционное оборудование

Не предусмотрено

Таблица 2

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1	Стетофонендоскоп	1 шт.
2	Тонومتر для измерения АД	1 шт.

#### 8. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 3

##### Перечень ситуаций (сценариев) станции и соответствие их матрице компетенций

№ п.п.	№ оценочного листа (чек-листа)	Ситуация	Раздел матрицы компетенций
1	001	Предоперационный осмотр пациента перед плановой лапароскопической холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий (ПК-6)
2	002	Предоперационный осмотр пациентки перед плановой операцией экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки с кровотечением в анамнезе	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий (ПК-6)
3	003	Предоперационный осмотр пациента перед плановой операцией пневмонэктомии слева по поводу новообразования левого лёгкого	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий (ПК-6)

#### 9. Информация (брифинг) для аккредитуемого

##### Сценарий № 001.

Вы осматриваете пациента Петрова Сергея Николаевича, 45 лет, которому планируется выполнение ЛХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита.

Жалобы по поводу основного заболевания – отрыжка горьким, изжога, боли в правом подреберье.

**Данные истории болезни:**

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 1 стадии, АГ 1-2 степени, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Язвенная болезнь 12-ПК в стадии ремиссии. Искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит. Рост 182 см, Вес 98 кг.

**Клинический анализ крови** – без патологии

**Биохимический анализ крови, липидограмма** – без патологии

**Коагулограмма** – нормокоагуляция

**ЭКГ** – синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, признаки ГЛЖ

**Обзорная рентгенография грудной клетки** – без патологии

**ФГДС** – без патологии.

**УЗИ живота** – калькулезный холецистит.

1. Проведите предоперационный осмотр пациента.
2. Сформулируйте операционно-анестезиологический риск, риск ВТЭО.
3. Выберите метод анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства.
4. Информировать пациента об особенностях избранного метода анестезии и методе обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, проинструктируйте пациента относительно пищевого режима, премедикации.
5. Оцените необходимость проведения дополнительного обследования.
6. Получите информированное согласие у пациента на избранный метод анестезии.
7. Заполните лист осмотра в истории болезни.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

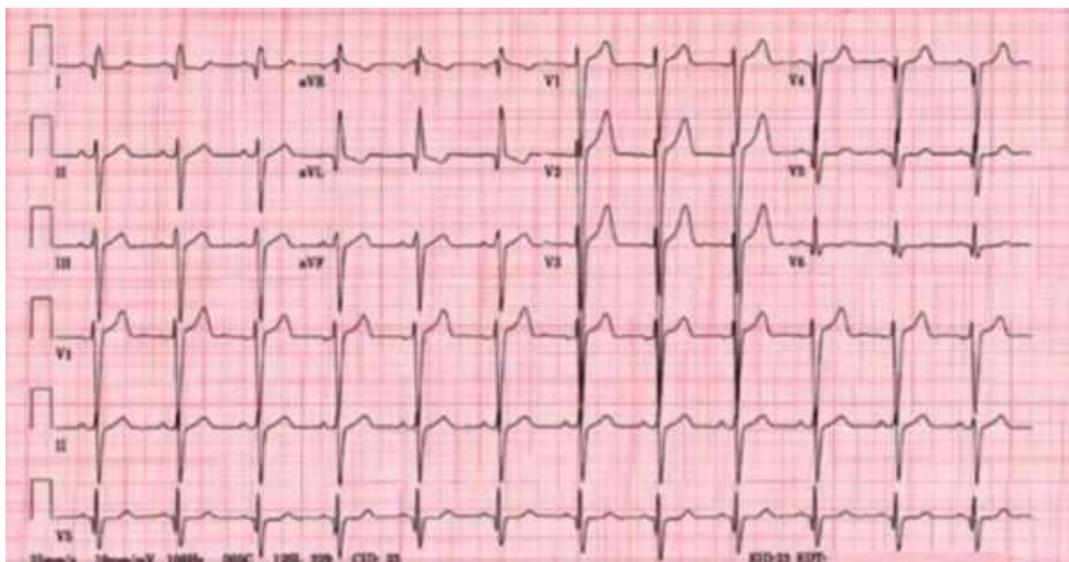


Рис. 1. ЭКГ больного П., 45 лет



Рис.2 Обзорная рентгенография грудной полости больного П., 45 лет

### Сценарий № 002.

Вы осматриваете пациентку Сидорову Антонину Петровну, 65 лет, которой планируется выполнение операции экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки с кровотечением в анамнезе. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кровянистые выделения из половых путей.

#### **Данные истории болезни:**

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, рабочее АД 140-150/85-95 мм рт. ст. Ожирение II степени. Рост 156 см, Вес 80 кг.

**Клинический анализ крови** – умеренно выраженная анемия (гемоглобин 110 г/л, гематокрит 35%), признаков воспаления нет.

**Биохимический анализ крови, липидограмма** – дислипидемия

**Коагулограмма** – нормокоагуляция

**ЭКГ** – синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, признаки ГЛЖ

**Обзорная рентгенография грудной клетки** – без патологии

**ФГДС** – без патологии.

**УЗИ живота** – миома матки 6 см × 6 см.

1. Проведите предоперационный осмотр пациентки.
2. Сформулируйте операционно-анестезиологический риск, риск ВТЭО.
3. Выберите метод анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства.
4. Информировать пациента об особенностях избранного метода анестезии и методе обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, проинструктируйте пациента относительно пищевого режима, премедикации.
5. Оцените необходимость проведения дополнительного обследования.
6. Получите информированное согласие у пациентки на избранный метод анестезии.
7. Заполните лист осмотра в истории болезни.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

### Сценарий № 003.

Вы осматриваете пациента Анисимова Виктора Павловича, 65 лет, которому планируется выполнение пневмонэктомии слева по поводу злокачественного новообразования левого лёгкого. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кашель, одышка.

#### **Данные истории болезни:**

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 1 стадии, АГ 1-2 степени, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Хроническая обструктивная болезнь лёгких. Курит более 40 лет по 1 пачке сигарет в день. Рост 180 см, Вес 60 кг.

**Клинический анализ крови** – гемоглобин 140 г/л, гематокрит 50%, признаков воспаления нет.

**Биохимический анализ крови, липидограмма** – дислипидемия.

**Коагулограмма** – нормокоагуляция.

**ЭКГ** – синусовый ритм, ЧСС 76 в мин, признаки ГЛЖ.

**Обзорная рентгенография грудной клетки** – повышенная воздушность лёгочного рисунка, затенение (новообразование?) левого лёгкого в проекции левого главного бронха.

**Спирометрия** – признаки выраженной бронхообструкции, ОФВ1 61%. Проба с атропентом отрицательная.

**ФГДС** – атрофический гастрит.

**ФБС** – новообразование левого главного бронха.

**УЗИ живота** – без патологии.

1. Проведите предоперационный осмотр пациента.
2. Сформулируйте операционно-анестезиологический риск, риск ВТЭО.
3. Выберите метод анестезиологического обеспечения оперативного вмешательства.
4. Информировать пациента об особенностях избранного метода анестезии и методе обеспечения проходимости верхних дыхательных путей, проинструктируйте пациента относительно пищевого режима, премедикации.
5. Оцените необходимость проведения дополнительного обследования.
6. Получите информированное согласие у пациента на избранный метод анестезии.

7. Заполните лист осмотра в истории болезни.

Все необходимые действия, которые Вы будете производить, необходимо озвучивать.

## **10. Информация для членов АК**

### **10.1. Действия вспомогательного персонала перед началом работы станции**

1. Подготовка оснащения станции в соответствии с требованиями паспорта (рабочее место членов АК, медицинское оборудование, мебель и прочее оборудование).
2. Размещение на станции необходимых расходных материалов (с учётом количества аккредитуемых).
3. Размещение письменного задания (брифинг) перед входом на станцию.
4. Подготовка паспорта станции в печатном виде (2 экземпляра для членов АК и 1 экземпляр для вспомогательного персонала).
5. Подключение персонального компьютера для работы членов АК.
6. Проверка готовности трансляции и архивации видеозаписей.
7. Проверка на наличие беспрепятственного доступа к сети Интернет.
8. Проведение синхронизации работы станции с другими станциями при использовании звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
9. Выполнение иных мероприятий необходимых для обеспечения работы станции.

### **10.2. Действия вспомогательного персонала в ходе работы станции**

1. Приведение станции после работы каждого аккредитуемого в первоначальный вид (уборка мусора, и т.д.).
2. Включение звукового файла (трека) с записью голосовых команд.
3. Включение видеокамеры по голосовой команде: «Ознакомьтесь с заданием!» (в случае, если нет автоматической видеозаписи).
4. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).

### **10.3. Действия членов АК перед началом работы станции**

1. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания (брифинга), готовность конфедерата/ симулированного коллеги/ стандартизированного пациента и медицинского оборудования к работе, наличие нужного сценария).
2. Проверка наличия бумажных оценочных листов (чек-листов) (с учетом количества аккредитуемых).
3. Подготовка оценочного листа (чек-листа), сверка своих персональных данных – ФИО и номера сценария.
4. Активизация на компьютере Единой базы данных ОС (Минздрав России) по второму этапу аккредитации.

**10.4. Действия членов АК в ходе работы станции**

1. Идентификация личности аккредитуемого (внесение идентификационного номера) в оценочном листе (чек-листе).
2. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в оценочном листе (чек-листе).
3. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (Табл. 4).
4. Сохранение данных оценочного листа (чек-листа) в системе.
5. Сверка данных симулированного пациента/конфедерата (после окончания сценария (в случае необходимости)).
6. Просмотр видеозаписи после окончания сценария (в случае необходимости).
7. Заполнение дефектной ведомости после окончания сценария (в случае необходимости).

**Примечание:** Для членов АК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения оценочного листа (чек-листа). Промежуток времени в таком случае должен быть либо равен периоду работы станции (раздел б), либо на всех станциях должен быть удлинён одинаково.

Целесообразно использовать помощь вспомогательного персонала (сотрудников образовательной и или научной организации), обеспечивающего подготовку рабочего места в соответствии с оцениваемой ситуацией.

**Таблица 4**

Примерные тексты вводной информации в рамках диалога члена АК и аккредитуемого

№ п/п	Действие аккредитуемого	Текст вводной
1.	При уточнении аккредитуемым ФИО и возраста, самочувствия пациента	Дать вводную в соответствии со сценарием
2.	При попытке оценки собственной безопасности	Дать вводную, что опасности нет

**11. Нормативные и методические документы, используемые для создания паспорта**

**11.1. Нормативные акты**

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»

2. Проект приказа Минтруда России от 21 марта 2017 г. №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-анестезиолог-реаниматолог».
3. Интенсивная терапия: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».

**11.2. Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции (информация для члена АК)**

(Приложение 1)

**12. Алгоритм управления роботом (описание сценария)**

Не предусмотрен.

**13. Информация для симулированного пациента/конфедерата**

Вы играете роль пациента, которого осматривает аккредитуемый перед плановым оперативным вмешательством. Вы отвечаете на задаваемые вопросы согласно сценарию и выполняете то, что просит аккредитуемый. Если Вам задают вопрос, который не описан в сценарии, Вы отвечаете: «не знаю». Вы спокойно настроены по отношению к врачу, не конфликтны, готовы выполнять все его рекомендации, согласны на операцию, хотите поскорее выписаться. Самостоятельно ничего не рассказываете и не углубляетесь в детали (не тратите время аккредитуемого). По окончании сценария Вы заполняете лист с вопросами, и при необходимости сверяете свои результаты с чек-листом, который находится у члена АК. Если в этом есть необходимость, то по окончании сценария просматриваете видеозапись вместе с членом АК.

**Сценарий № 001**

Вы Петров Сергей Николаевич, Вам 45 лет. Вам планируется выполнение ЛХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита. Жалобы по поводу основного заболевания – отрыжка горьким, изжога, боли в правом подреберье.

Ваш рост 182 см, вес 98 кг. Не курите. Алкоголь умеренно. Ведете обычный образ жизни. Физическая активность представлена быстрой ходьбой на работу по 3 км в одну сторону, одышки и болей в груди не испытываете. Легко поднимаетесь на 4 этаж без одышки и остановок.

В жизни болели ОРЗ, травм и операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде обезболивающих, НПВС, местных анестетиков у стоматолога – без аллергии.

Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Язвенная болезнь 12-ПК в стадии ремиссии. Искривление носовой перегородки, хронический вазомоторный ринит.

Физикальные данные – нос у Вас дышит справа. Во сне Вы храпите. Съёмных зубных протезов нет. Есть три импланта в верхней челюсти. Рот Вы открываете на 3 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперед в полном объёме.

Из лекарственных препаратов Вы периодически принимаете гипотензивные препараты при подъёме АД выше 165/100 и головной боли – энап. В весенне-осенний период принимаете курсом омега-3, де-нол.

**Важно!** Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в оценочном листе (чек-листе) оформляйте в дефектной ведомости (раздел 16)

### **Сценарий № 002.**

Вы Сидорова Антонина Петровна, Вам 65 лет. Вам планируется выполнение операции экстирпации матки с придатками по поводу миомы матки с кровотечением в анамнезе. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кровянистые выделения из половых путей.

Ваш рост 156 см, вес 80 кг. Не курите. Алкоголь редко (по праздникам вино). Физическая активность минимальная, работа была сидячая, сейчас на пенсии, едите много, диету не соблюдаете. При быстрой ходьбе есть одышка, связанная с детренированностью. Болей в груди не испытываете. При попытке подняться на 4 этаж появляется одышка, которая требует остановиться. После отдыха можете подниматься дальше.

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, рабочее АД 140-150/85-95 мм рт. ст. Ожирение II степени. Бывает повышение уровня сахара в крови, но диагноз «Сахарный диабет» Вам не ставили. Эндокринологом не наблюдаетесь. Ни к каким специалистам не ходите.

В жизни болели ОРЗ, травм и операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде но-шпы и мезим-форте, обезболивающих при болях в голове, НПВС; на местные анестетики у стоматолога – без аллергии.

Физикальные данные – нос у Вас дышит. Во сне Вы храпите (из-за избытка веса). Есть съёмные верхние и нижние зубные протезы. Имплантов нет. У Вас короткая шея. Рот Вы открываете на 3 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперёд в полном объёме.

Из лекарственных препаратов Вы периодически принимаете гипотензивные препараты при подъёме АД выше 165/100 и головной боли – энап. Иногда используете слабительные при запорах.

**Важно!** Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в оценочном листе (чек-листе) оформляйте в дефектной ведомости (раздел 16)

### **Сценарий № 003.**

Вы Анисимов Виктор Павлович, Вам 65 лет. Вам планируется выполнение пневмонэктомии слева по поводу злокачественного новообразования левого лёгкого. Жалобы по поводу основного заболевания – слабость, кашель, одышка.

Ваш рост 180 см, вес 60 кг. Вы курите с 20 лет примерно по 1 пачке сигарет в день, употребляете алкоголь (водку примерно по 200 мл) 1-2 раза в неделю по выходным, когда не на смене. Вы работаете автослесарем на заводе. Физически много двигаетесь на работе, поднимаетесь на 4 этаж с одышкой, надо остановиться, потому что начинается кашель. Откашливаете вязкую мокроту. После курения мокрота отходит лучше. Бывает мокрота зеленоватого цвета, бывают прожилки крови, но редко. Болей в сердце нет.

Из сопутствующих заболеваний – ГБ 1 стадии, АГ 1-2 степени, рабочее АД 130-150/85-95 мм рт. ст. Хроническая обструктивная болезнь лёгких.

В жизни болели ОРЗ, частые бронхиты, были мелкие травмы (ссадины, порезы, ожоги), операций раньше не было, лекарственные препараты принимали лишь в виде обезболивающих, НПВС, местных анестетиков у стоматолога – без аллергии. Иногда беспокоит желудок, принимаете но-шпу и альмагель, все проходит.

Физикальные данные – нос дышит с обеих сторон равномерно. Во сне Вы храпите. Съёмных зубных протезов нет, отсутствует 10 зубов, в том числе на верхней челюсти. Посередине один верхний резец, и он качается. Имплантов нет. Рот Вы открываете на 5 см. Голову разгибаете назад в полном объёме. Нижнюю челюсть выдвигаете вперёд в полном объёме

Из лекарственных препаратов Вы постоянно ничего не принимаете.

**Важно!** Нельзя говорить ничего от себя, вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов. Всё, что Вы бы хотели отметить, а этого нет в оценочном листе (чек-листе) оформляйте в дефектной ведомости (раздел 16)

### **14. Информация для симулированного коллеги**

Не предусмотрена

**15. Критерии оценивания действий аккредитуемого**

В оценочном листе (чек-листе) (раздел 17) проводится отметка о наличии/отсутствии действий в ходе их выполнения аккредитуемым.

**В электронном чек-листе** это осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие было произведено;
- «Нет» – действие не было произведено

В случае демонстрации аккредитуемым не внесенных в пункты оценочного листа (чек-листа) важных действий или небезопасных или ненужных действий, необходимо зафиксировать эти действия в дефектной ведомости (раздел 16 паспорта) по данной станции, а в оценочный лист (чек-лист) аккредитуемого внести только количество совершенных нерегламентированных и небезопасных действий.

Каждая позиция непременно вносится членом АК в электронный оценочный лист (пока этого не произойдет, лист не отправится).

Для фиксации показателя времени необходимо активировать электронный оценочный лист (чек-лист), как только аккредитуемый приступил к выполнению задания, и фиксировать соответствующее действие, как только оно воспроизвелось аккредитуемым.

Альтернативным вариантом является заполнение бумажного оценочного листа (чек-листа) с последующим внесением данных в электронную его версию.

Критерием прохождения станции является получение аккредитуемым итоговой оценки **выше 70 баллов.**

**16. Дефектная ведомость**

<b>Станция «Предоперационный осмотр пациента» Образовательная организация</b>				
<b>№</b>	Список нерегламентированных и небезопасных действий, отсутствующих в чек-листе*	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК
<b>№</b>	Список дополнительных действий, имеющих клиническое значение, не отмеченных в чек-листе	Номер аккредитуемого	Дата	Подпись члена АК

Дополнительные замечания к организации станции в следующий эпизод аккредитации

ФИО члена АК \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**17. Оценочный лист (чек-лист)**

**17.1 Краткая версия оценочного листа (чек-листа)**

II этап аккредитационного экзамена      Специальность анестезиология-реаниматология

Дата \_\_\_\_\_

Номер кандидата \_\_\_\_\_

Номер ситуации \_\_\_\_\_

№	Действие	Критерий оценки	Баллы	Отметка о выполнении
	<b>Коммуникация:</b>			
1.	Войти в кабинет. Поздороваться с пациентом, установить контакт, представиться, обозначить свою роль	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией: фамилию, имя, отчество, возраст	Выполняет	2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Информировать о предстоящем оперативном вмешательстве	Выполняет	2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Оценка текущего состояния здоровья:</b>			
4.	Спросить, что беспокоит в настоящее время	Выполняет	2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Спросить, как переносит нагрузки	Выполняет	2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Спросить о курении и алкоголе	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Оценка анамнеза:</b>			
7.	Спросить о хронических заболеваниях, инфаркте, ОНМК о наличии инфекций (туберкулёз, сифилис, ВИЧ, другие)	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Спросить рабочие цифры АД, максимальные значения	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Спросить о травмах и операциях, гемотранфузиях	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Спросить о принимаемых препаратах	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

11.	Спросить об аллергиях	Выполняет	2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Выяснить, были ли анестезии в анамнезе	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Выяснить, есть ли храп, нарушения носового дыхания, сонное апноэ, трудная ИТ (при наличии анестезии в анамнезе)	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Физикальный осмотр:</b>			
14.	Уточнить рост и вес	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Измерить АД и пульс	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Провести аускультацию лёгких в 8 точках (верхушки с двух сторон, по средней подмышечной линии нижние отделы, задние отделы в межлопаточном пространстве и на уровне VII межреберья по лопаточной линии)	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Подсчитать ЧДД, провёл пробу Штанге	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Провести аускультацию сердца в 5 точках	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Осмотреть нижние конечности на предмет наличия патологии вен, отёков	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Оценка дыхательных путей – признаки аккредитуемый должен оценить сам, а затем применить шкалы</b>			
20.	Оценить тест Маллампати	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Проверить открывание рта	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Оценить выдвигание нижней челюсти или провести тест с закусыванием верхней губы	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Оценить тироментальную дистанцию	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Оценить состояние зубов, спросить о съёмных протезах	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Оценить диапазон движений головы	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Оценить состояние	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	поднижнечелюстного пространства			
27.	Оценить трудность масочной вентиляции по предложенной шкале <b>OBESE</b>	Выполняет	6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Оценить трудность интубации по предложенной шкале <b>El-Gazouri</b>	Выполняет	6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Инструктаж пациента:</b>			
29.	Рассказать о планируемой анестезии, наличии/отсутствии альтернативных методов, осложнениях анестезии, интубации, манипуляциях до засыпания и времени и месте пробуждения, предупредить о возможных ощущениях в горле и дисфонии	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Дать указание о приёме своих лекарственных препаратов утром в день операции	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Дать информацию о приёме пищи и воды накануне и в день операции	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Получить согласие пациента на бланке	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Оценка рисков и запись в истории болезни (допустимо после окончания основного времени на станции)</b>			
33.	Оценить результаты лабораторных исследований	Выполняет	4	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Оценить риск анестезии	Выполняет	10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Выбрать вид анестезии	Выполняет	10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Оценил риск ВТЭО	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Назначить премедикацию	Выполняет	1	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Нерегламентированные и небезопасные действия	Количество		[_____]
39.	Субъективное благоприятное впечатление эксперта	Оценивается экспертом		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
ФИО члена АК _____		Подпись		
_____ Отметка о внесении в базу (ФИО) _____				

### 17.2. Развернутая версия оценочного листа (чек-листа)

Не предусмотрена.

### 18. Медицинская документация

Не предусмотрена.

### 19. Приложение

Приложение 1

#### Дополнительная и справочная информация, необходимая для работы на станции

Основные задачи врача-анестезиолога-реаниматолога при проведении предоперационного осмотра пациента:

1. Оценка анамнеза (медицинского, социального, анестезиологического, трансфузиологического, акушерского), медицинской документации пациента.
2. Физикальный осмотр больного (прогнозирование трудных дыхательных путей).
3. Анализ результатов обследования, выбор необходимых диагностических и лечебных мероприятий для уточнения состояния больного и его оптимизации (если требуется), определение необходимости и формулирование цели консультации смежными специалистами (если требуется).
4. Оценка функционального состояния пациента, риска предстоящей анестезии и операции.
5. Выбор метода анестезии, варианта венозного доступа и объёма мониторинга.
6. Беседа с пациентом, получение его информированного добровольного согласия на анестезиологическое обеспечение операции, инструктирование пациента.
7. Назначение премедикации, антибиотикопрофилактики, профилактики ВТЭО.
8. Оформление предоперационного заключения анестезиолога в истории болезни.

#### Прогнозирование трудных дыхательных путей:

Прогнозирование трудной масочной вентиляции – шкала OBESSE:

- **Obese** – ожирение
- **Bearded** – наличие бороды
- **Elderly** (>55) – пожилой возраст
- **Snorer** – наличие храпа
- **Edentulous** – отсутствие зубов

Дополнительно:

- Мужской пол + лучевая терапия + нарушение протрузии нижней челюсти

Риск трудной масочной вентиляции прогнозируется при выявлении двух и более признаков

Таблица 5

**Классификация El-Gazouri (1996) риска трудной ИТ ( в норме менее 4 баллов)**

Показатель	Значение	Баллы
Открытие рта	$\geq 4$ см	0
	$< 4$ см	1
Тироментальное расстояние	$>6,5$ см	0
	6,0-6,5 см	1
	$<6$ см	2
Шкала Mallampati	I	0
	II	1
	III	2
Подвижность шеи	$> 90^\circ$	0
	80-90°	1
	$< 80^\circ$	2
Способность к прогнатию	Да	0
	Нет	1
Масса тела	$< 90$ кг	0
	90-110 кг	1
	$> 110$ кг	2
Трудная интубация в анамнезе	Нет	0
	Сомнительно	1
	Определённо	2

**Бланк предоперационного осмотра пациента.**

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_  
 Пол \_\_\_\_\_ Возраст лет \_\_\_\_\_ Масса \_\_\_\_\_ кг Рост \_\_\_\_\_ см  
 Предоперационный диагноз \_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ:** Активных жалоб не предъявляет  Связаны с основным заболеванием   
 Дополнительно \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ:**

Аллергологический анамнез: *неотягощен/отягощен: аллерген, реакции:* \_\_\_\_\_

Сопутствующая патология \_\_\_\_\_

Предшествовавшие анестезии *не было/были – их особенности* \_\_\_\_\_

Гемотрансфузии: *не проводили/проводили – их особенности* \_\_\_\_\_

**Вредные привычки:**

Курение: *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

Прием алкоголя: *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

Прием медикаментов: *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

в том числе наркотических (психотропных): *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

**Перенесенные инфекционные заболевания:**

Гепатит: *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

ВИЧ: *нет/да – особенности* \_\_\_\_\_

Прочие: \_\_\_\_\_

Последний прием пищи: за \_\_\_\_\_ часов до настоящего осмотра (при неотложном вмешательстве)

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Общее состояние: удовлетворительное  средней степени тяжести  тяжелое  крайне тяжелое

Сознание: ясное  оглушение  стопор  кома

Неврологический и психический статус: \_\_\_\_\_

Телосложение: *гипостеник / нормостеник / гиперстеник*

Кожа: *обычной окраски / желтушная / бледная / акроцианоз / \_\_\_\_\_ геморрагии: нет / есть*

в естественных складках: *влажная / сухая*. Тургор кожи: *сохранен / снижен* Отеки:

*нет / есть / патозность*

Слизистая полости рта, языка: *обычной окраски / бледная / синюшная / влажная / сухая*

Съемные зубные протезы: *нет / есть*, Оценка ротоглотки: Маллампасти тест: I, II, III, IV класс

Оценка ВДП: носовое дыхание - норма, нарушено, открывание рта \_\_\_\_\_ см, разгибание головы

градусов, \_\_\_\_\_ выдвижение нижней челюсти кпереди – норма, ограничено, невозможно, тироментальная

дистанция: >6; <6 см

Индекс трудной интубации (ИТН) в баллах: 0-трудности не ожидаются; 1-2- возможна трудная интубация; 3-4-

высокая вероятность трудной интубации; >5-облигатная трудная интубация

Система кровообращения: пульс: \_\_\_\_\_ в мин., *ритмичный / аритмичный*, дефицит пульса \_\_\_\_\_ прочее

АД \_\_\_\_\_ мм рт.ст. тоны сердца \_\_\_\_\_ сердечные шумы \_\_\_\_\_

Недостаточность кровообращения: *нет / есть – степень* \_\_\_\_\_

Другие сведения (*особенности*) \_\_\_\_\_

Система дыхания: носовое дыхание – *свободное / затруднено*, частота дыханий \_\_\_\_\_ в 1

мин., одышка – *нет / есть*, аускультативно \_\_\_\_\_

хрипы \_\_\_\_\_ проба Штанге \_\_\_\_\_ сек  
 Дыхательная недостаточность: *нет / есть*. Другие сведения (особенности): \_\_\_\_\_

Органы брюшной полости. Печеночная недостаточность: *нет / есть* \_\_\_\_\_

Почечная недостаточность: *нет / есть* \_\_\_\_\_

Другие сведения (особенности): \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_

Особенности результатов лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования  
 Анемия нет/есть – Hb \_\_\_\_ Ht \_\_\_\_ Эритроциты \_\_\_\_ Номокоагуляция/гиперкоагуляция/гипокоагуляция

Прочие: \_\_\_\_\_

Операция (при отмене операции указать причины): плановая/экстренная: \_\_\_\_\_

Риск (модиф. класс ASA)

– по состоянию пациента I  II  III  IV  V   
 – по объему вмешательства 1  2  3  4   
 – тромбоемболических осложнений 0  нет I  низкий 2  умерен. 3  высокий 4  особый случай (ТЭО)

**Планируемый вид и метод анестезии** (подчеркнуть):

1 – местная инфильтрационная (ИА); 2 – проводниковая, плексусная (ПА); 3 – эпидуральная (ЭА); 4 – спинальная (СА);

5 – комбинированная (ПА+ЭА, ЭА+СА, пр.); 6 – общая (ингаляционная); 7 – общая (неингаляционная); 8 – общая комбинированная (ингаляционная + неингаляционная); 9 – сочетанная (местная + общая); 10 – прочая \_\_\_\_\_

ИИ - с ИВЛ: да /нет. Метод и особенности: \_\_\_\_\_

Обоснование, предполагаемые особенности анестезиологического обеспечения: \_\_\_\_\_

**ПРЕМЕДИКАЦИЯ:**

накануне операции дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_ в день операции дата \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

Наименование препарата	Доза	Наименование препарата	Доза

Другие назначения \_\_\_\_\_

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ БОЛЬНОГО НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛУЧЕНО** (ст. 32 ОЗ РФ об охране здоровья граждан)



**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение  
медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или  
лица, признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

Находясь на лечении (обследовании) в отделении \_\_\_\_\_  
(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыли, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно - сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях \_\_\_\_\_

(возможных осложнениях при выполнении анестезиологии)

и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом – реаниматологом \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача анестезиолога - реаниматолога)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

подпись пациента / законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
подпись

**Примечание:**

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

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.

Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается 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 учреждения (главного врача или руководителя отделения учреждения), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

подпись пациента / законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
подпись