Оглавление

Об авторе…………………………………………………………………….2

I. Введение………………………………………………………………4

II. Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность станции скорой медицинской помощи…………………………………….7

III. Характеристики района обслуживания подстанции……….………..9

IV. Основные характеристики Раменской ПСМП………………………13

V. Анализ работы за отчетный период……………….………………….19

VI. Повышение квалификации…………………………………………….25

VII. Клинические примеры…………………………………………………26

VIII. Заключение……………………………………………………………...29

Список использованной литературы………………………………………...31

**Об авторе**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в 1994 году закончил Медицинское училище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по специальности «Лечебное дело». Начал работать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 01.04.1995 года в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. С октября 2017 года и по настоящее время работаю в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. С 2002 года по 2007 год работал в составе кардиологической бригады. С 2007 года работаю в составе фельдшерской бригады, где и работаю по настоящее время.

 Я владею следующими практическими навыками:

* Техникой проведения внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций;
* Техникой инфузионной терапии;
* Техникой катетеризации периферических вен;
* Техникой снятия и анализом ЭКГ;
* Техникой пульсоксиметрии, пикфлоуриметрии;
* Техникой определения уровня глюкозы;
* Ингаляционной терапии с помощью небулайзера, оксигенотерапии;
* Техникой промывания желудка;
* Катетеризация мочевого пузыря;
* Методами иммобилизации на догоспитальном этапе;
* Наложения защитных повязок;
* Техникой временной остановки кровотечения;
* Произведения передней тампонады носовых ходов;
* Принятия родов в машине и на дому, оказание помощи при асфиксии новорожденных;
* Техникой проведения непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких;
* Техникой проведения дефибриляции.

Моими должностными обязанностями являются:

* Оказание скорой медицинской помощи в объеме доврачебной помощи в соответствии с утвержденными стандартами.
* Осмотр и объективные методы обследования больного (пострадавшего) с оценкой тяжесть состояния, при необходимости применение доступных методов исследования.
* Опрос пациента или окружающих лиц о заболевании, отравлении или травме.
* Выявление общих и специфических признаков неотложного состояния.
* Определение объема, срочности и последовательности диагностических, лечебных и реанимационных мероприятий.
* Принятие решений о тактике ведения больного (пострадавшего), определение показаний к госпитализации, её осуществление.
* Транспортировка пациента на носилках или щите с одновременным проведением интенсивной терапии.
* Назначение лекарственной терапии в соответствии со стандартами.
* Санитарно-просветительная работа среди больных и их окружающих по профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.
* Проведение противоэпидемические мероприятия. При выявлении у больного карантинной инфекции оказать ему необходимую медицинскую помощь, соблюдая меры предосторожности, и информировать старшего врача смены о клинико-эпидемиологических и паспортных данных больного.
* Обеспечение хранения, учета и списания лекарственных препаратов.
* Ведение медицинской документации.

За время работы на станции скорой помощи я постоянно усовершенствую свои профессиональные знания и навыки на сертификационных и тематических циклах, регулярно посещаю тематические конференции.

1. **Введение**

Скорая медицинская помощь- вид медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства .

Основными чертами, принципиально отличающими скорую медицинскую помощи от других видов помощи, являются:

1. Безотлагательный характер ее оказания. Специфика развития неотложных, в первую очередь, жизнеугрожающих состояний, заключается в скоротечности и неминуемом развитии осложнений вплоть до летального исхода в случае отсутствия адекватной медицинской помощи в ближайшие часы. Доминанта фактора времени и определяет главную специфику организации работы догоспитального и госпитального скорой медицинской помощи.

2. Безотказный характер ее предоставления. В оказании скорой медицинской помощи не может быть отказано по иным причинам, кроме соответствующим образом оформленного добровольного отказа самого пациента.

3. Диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени. Внезапность возникновения и скоротечность развития неотложных состояний обуславливают необходимость оказания медицинской помощи при отсутствии верифицированного диагноза. Данное обстоятельство определяет специфику оказания помощи на догоспитальном этапе, в ряде случаев ограничивающуюся синдромальной диагностикой и терапией. На госпитальном этапе принцип «возможной смены диагноза в ближайшие часы с момента поступления» требует привлечения к ее оказанию большого числа различных специалистов и необходимости работы всех диагностических служб в круглосуточном режиме.

Отличительные черты скорой медицинской помощи предопределяют специфические принципы и требования к ее организации:

- Определяющая роль фактора времени. Правило «золотого часа» раскрывается через целую систему организационных следствий: рациональным расположением подстанций скорой помощи, организацией работы по принципу «ожидания вызова», жестким контролем за всеми технологическими звеньями обслуживания вызова, необходимость в круглосуточном режиме работы всех основных и вспомогательных служб стационара.

- Непрерывность оказания помощи. Этот принцип базируется на единстве субъекта и цели скорой медицинской помощи вне зависимости от этапов ее оказания. Субъектом помощи является пациент, имеющий неотложное состояние, а целью - борьба с неотложным состоянием и профилактика возможных осложнений. Очевидно, что организационно-функциональная специфика требует выделения этапов помощи. Вместе с тем, непрерывность (или целостность) системы скорой медицинской помощи придает решающее значение вопросам преемственности в работе догоспитального и госпитального этапов.

- Многопрофильность. Необходимость привлечения большого числа различных, в том числе, узких специалистов на госпитальном этапе оказания помощи может быть обусловлена как характером неотложного состояния, так и его диагностической неопределенностью.

- Высокая ресурсоемкость. Она обусловлена непосредственной тяжестью состояния пациентов и спецификой организации помощи им, включая привлечение различных специалистов, круглосуточный режим работы и т.д.

Анализ истории развития скорой медицинской помощи в России, международного и отечественного опыта свидетельствуют, что сложившаяся система СМП не соответствует современным требованиям. При этом с учетом продолжающегося экономического кризиса можно прогнозировать, что в течение ближайших нескольких лет российская система здравоохранения будет функционировать в условиях недофинансирования. Данное обстоятельство, а также недостаточная эффективность реализации профилактического направления в здравоохранении предопределяют значимость скорой медицинской помощи как одного из факторов национальной безопасности .**Основные задачи подстанции скорой медицинской помощи**

Подстанция скорой медицинской помощи функционирует в режиме повседневной работы и режиме чрезвычайных ситуаций.

1. Задачи подстанции в режиме повседневной работы:

* Организация и круглосуточное оказание скорой медицинской помощи заболевшим и пострадавшим на месте происшествия и во время их транспортировки в стационары.
* Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию.
* Взаимодействие с органами местной власти, Управлением внутренних дел, ГИБДД, пожарными частями и другими оперативными службами города.
* Выполнение норм и правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.
* Проведение систематической работы по совершенствованию профессиональных знаний, практических навыков медицинского персонала, повышение качества работы медицинского персонала

В режиме чрезвычайной ситуации подстанция действует по указанию главного врача станции скорой медицинской помощи, по указанию Территориального центра медицины катастроф, которые руководствуются документами штаба по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям.

2.Задачи подстанции в режиме ЧС:

* Направление в зону ЧС выездных бригад согласно плану работы по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.
* Обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях;
* Проведение лечебно-эвакуационные мероприятий пострадавшим.
* Проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.
* Обеспечение постоянного неснижаемого запаса перевязочного материала и медикаментов.
* Извещение органов управления о всех чрезвычайных происшествиях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции.
1. **Нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность**  **скорой медицинской помощи**

[✒ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»](http://112smp.ru/fz323/)

[✒ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»](http://112smp.ru/prikaz388n/)

[✒ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. N 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. N 388н»](http://112smp.ru/prikaz33n/)

[✒ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2020 г. № 1165н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»](http://112smp.ru/prikaz1165n/)

[✒ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (с изменениями и дополнениями) Приложение. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»](http://112smp.ru/prikaz541n/)

[✒ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 02 декабря 2009 г. N 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»](http://112smp.ru/prikaz942/)

[✒ Приказ Минздрава России от 23.04.2013 N 240н «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории»](http://112smp.ru/prikaz240n/)

1. **Характеристики района обслуживания СМП**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подстанция входит в состав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обслуживающей население \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек, из них в сельской местности – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, детей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расположен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. На территории города расположены следующие предприятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Проходят трассы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На нерритории города расположены лечебно-профилактические учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

К особенностям района обслуживания можно отнести\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В состав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подстанции входят следующие посты:

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

Имеются бригады следующего профиля:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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



* 1. **Обслуживаемое население**

Количество населения, обслуживаемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Категории населения | 2016 | 2017 | 2018 | Удельный вес (%) | Динамика 2018/2016гг |
| Всего  |  |  |  |  |  |
| городские |  |  |  |  |  |
| сельские |  |  |  |  |  |
| взрослые  |  |  |  |  |  |
| дети  |  |  |  |  |  |

Рисунок 3

Из таблицы 1 и рисунка 3 видно, что количество населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за 3 года возросло на 4% в целом, 56% составляет городское население, 44% - сельское. Кроме того, скорая помощь обслуживает большое количество неучтенного населения, проживающего в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, из других регионов и стран ближнего и дальнего зарубежья.

* 1. **Лечебно-профилактические учреждения**

На рисунке 3 показана схема лечебно-профилактических учреждений Раменского района с указанием количества коек в стационарах и расчётное число посещений в смену в поликлиниках и медико-санитарных частях.

На территории больничного городка построен родильный дом на 150 коек. Введен в эксплуатацию в 2017 году.

Несмотря на увеличение населения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, значительно сократилось количество коек ЦРБ в участковых больницах, детской больнице, родильном доме.

Схема медицинских организаций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Рисунок 4

1. **Основные характеристики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
	1. **Материально техническая база**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ находится в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на территории по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подстанция имеет следующие помещения:

1-й этаж: кабинет заведующего, кабинет старшего фельдшера, кабинет старшего врача подстанции, кабинет отдел кадров, кухня, туалет, кабинет сестры хозяйки, душевая.

2-1 этаж: диспетчерская, кабинет хранения медикаментов и расходных материалов, кабинет старшего врача смены, кухня, 2 туалета, 6 комнат отдыха для медицинского персонала, актовый зал.

* 1. **Организация работы подстанции скорой медицинской помощи**

Прием вызовов и передача их выездным бригадам осуществляется фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче вызовов диспетчерского отдела подстанции скорой медицинской помощи.

Выездная бригада скорой медицинской помощи является структурно-функциональной единицей подстанции скорой медицинской помощи. Бригады подразделяются на фельдшерские и врачебные. Состав и структуру бригады утверждает заведующий подстанцией. Бригада работает по утвержденному графику. В свободное от вызовов время персонал бригады находится в помещении подстанции. Обеспечение бригады комплектуется по утвержденному табелю оснащения.

Пострадавшие (больные), доставленные выездными бригадами подстанции скорой медицинской помощи, безотлагательно передаются дежурному персоналу приемного отделения стационара с отметкой в "Карте вызова" времени их поступления.

В случае смерти в салоне санитарного автомобиля бригада сообщает в диспетчерскую фельдшеру по приему и передаче вызовов и получает разрешение на доставку трупа в морг.

* 1. **Оперативный отдел и связь**

Диспетчерская подстанции оснащена рацией, компьютерами, и тремя непараллельными телефонами. В смене дежурят два диспетчера оба на базовой подстанции. Каждая машина скорой помощи оснащена рацией, GPS навигатором. Связь бригады СМП и диспетчера осуществляется в основном по телефону (планшету).

В диспетчерской СМП организована единая диспетчерская служба на АРМ, оснащенных программами 112 и 103. Диспетчеры в режиме оn-lain видят местоположение всех бригад и могут послать на вызов ближайшую освободившуюся бригаду, независимо от подстанции (это предлагает программа).

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в том числе, в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ успешно завершено внедрение единой системы управления бригадами СМП, а также проведена работа по оптимизации территории обслуживания станциями СМП всего города \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. С апреля 2015 г. Министерством здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проведена работа по оптимизации территории обслуживания всех подстанций.

На данный момент нет ни одного квадратного метра территории, который не был бы закреплен за той или иной подстанцией СМП. При звонке на номер 112 экстренные службы оперативно переадресуют вызовы на ближайшую ССМП, а также могут связать напрямую диспетчера ССМП и вызывающего. В результате время регистрации вызова не превышает 1,6 мин., а диспетчеру нет необходимости искать ближайшие свободные бригады - это выполняет программа. Все действия персонала регистрируются программой и хранятся в электронном виде. Все это позволило сократить время от приема вызова до прибытия к пациенту.

* 1. **Штатное расписание**

Таблица 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 год | 2018 год | Динамика 2018/2017 |
| Всего врачей по штату |  |  |  |
| В т.ч. занятых ставок |  |  |  |
| Число ставок занятых совместителями |  |  |  |
| Врачи-педиатры по штату |  |  |  |
| В т.ч. занятых  |  |  |  |
| Количество совместителей |  |  |  |
| Всего среднего медперсонала по штату (ставки) |  |  |  |
| Из них фельдшеров |  |  |  |
| Занятых ставок |  |  |  |
| Из них фельдшерами |  |  |  |
| Прошли обучение Всего: |  |  |  |
| из них врачи |  |  |  |
| фельдшера |  |  |  |
| Всего имеют квалификационную категорию из числа работающих: | 2017 год | 2018 год | Удельный вес (%) |
| Врачи  | высшую |  |  |  |
|  | первую |  |  |  |
|  | вторую |  |  |  |
| Фельдшера | высшую |  |  |  |
|  | первую |  |  |  |
|  | вторую |  |  |  |

* 1. **Количество бригад скорой медицинской помощи**

Таблица 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 |
| Всего |  |  |
| Спец. бригады (реанимация, педиатрическая, психоврачебная) |  |  |
| Выездных врачебных |  |  |
| Выездных фельдшерских |  |  |

Количество бригад по постам

Таблица 4

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пост | Всего | спец.бригада | врачебные | фельдшерские |
| Центральная ПСМП |  |  |  |  |
| Южная ПСМП |  |  |  |  |
| Северная ПСМП |  |  |  |  |
| Восточная ПСМП |  |  |  |  |
| Западная ПСМП |  |  |  |  |

Центральная ПСМП имеет в распоряжении 11 автомашины марки «Газель», 2 из них на базе «Газель-Некст» реанимация. Автомобили класса «В» 9 единиц. Автомобили класса «С» 2 единицы. Все машины подстанции оснащены GPS навигаторами.

* 1. **Порядок работы фельдшера в течение смены.**

Рабочий день начинается в 8ч.00 мин. Я принимаю медицинскую сумку, машину: проверяю комплектацию. Затем принимаю наркотики, проверяю и расписываюсь в журнале «Принятия и сдачи наркотических средств». Также расписываюсь в журнале «Учета мединструментов и инфузионных растворов». Приняв сумку и машину в 8ч. 00 мин. приступаю к работе.

В конце смены провожу влажную уборку салона автомобиля, дезинфицирую машину антисептическими средствами: «Мелисептол», «Мастерсепт», «Бетадез».

Использованные материалы собираются в пакет с маркировкой класс «В», иглы от использованных шприцов в контейнер с маркировкой класс «В», медицинские отходы доставляю на подстанцию для дальнейшей утилизации.

Медицинскую укладку пополняю по листку списания лекарств потраченных за смену. Расписываюсь в журналах, передаю укладку с наркотическими, сильнодействующими средствами из рук в руки другой бригаде заступившей на смену.

За время работы я обслуживала вызовы, как на дому, так и в общественных местах, на улицах. Выполняла транспортировки носилочных больных, как по городу, так и за его пределами, при травмах различной степени тяжести, родах.

Я обеспечиваю немедленный выезд бригады после получения вызова и прибытие ее на место происшествия в пределах установленного времени. В соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам критериями доступности медицинской помощи являются:

* Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента их вызова. При этом время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности.
* Предельные сроки ожидания первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в неотложной форме, не должны превышать 2 часов с момента поступления вызова.
	1. **Оснащение бригады скорой помощи**

Оснащение автомобиля скорой медицинской помощи соответствует Приказу Минздрава РФ от 20.07.2013 г. N 388н.

**СТАНДАРТ**

**ОСНАЩЕНИЯ АВТОМОБИЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КЛАССА «В» ДЛЯ ОБЩЕПРОФИЛЬНОЙ ФЕЛЬДШЕРСКОЙ ВЫЕЗДНОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Таблица 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N п/п** | **Наименование оборудования (оснащения)** | **Количество, шт.** |
| **1** | Автоматический наружный дефибриллятор в герметичном (степень защиты, обеспечиваемая оболочками, не ниже IP 55) и удароустойчивом корпусе с автономным питанием с голосовыми подсказками, с наличием взрослых и детских электродовДКИ-Н-11 «Аксион». | **1** |
| **2** | Редуктор-ингалятор кислородный для проведения кислородной (кислородно-воздушной) и аэрозольной терапии, обеспечивающий подсоединение аппарата искусственной вентиляции легких, в комплекте с кофром (сумкой), основным и запасным баллонами кислородными объемом не менее 1 л каждый РИК-1-1 Медпром | **1** |
| **3** | Пульсоксиметр портативный транспортный в комплекте со взрослым и детским датчиками «Окситест-1». | **1** |
| **4** | Экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный с набором тест-полосок ПКГ-03 «Сателлит экспресс». | **1** |
| **5** | Электрокардиограф трехканальный с автоматическим режимом, синхронная запись 12 отведений, графическое отображение на бумажном носителе по три отведения или более, система дистанционной передачи электрокардиограммы на отдаленный кардиопульт ЭК 12Т-01 «Р-Д». | **1** |
| **6** | Тележка-каталка со съемными кресельными носилками ТНС-01ММ | **1** |
| **7** | Приемное устройство тележки-каталки УП-ММ | **1** |
| **8** | Носилки санитарные бескаркасные, имеющие не менее четырех пар ручек для переноски, со стропами (ремнями) для фиксации пациента, с лямками для переноски пациента в сидячем положении НК-ММ, НМ-ММ | **1** |
| **9** | Комплект из четырех шин-воротников разного размера для взрослых (набор травматологический). | **1** |
| **10** | Комплект из трех шин-воротников разного размера для детей либо две шины регулируемого размера для детей | **1** |
| **11** | Шина для конечностей длиной 60 см | **2** |
| **12** | Шина для конечностей длиной 80 см | **2** |
| **13** | Шина для конечностей длиной 120 см | **2** |
| **14** | Щит спинальный с устройством для фиксации головы, рентгенпрозрачный, амагнитный ФГС-01 «Медплант» | **1** |
| **15** | Комплект повязок разгружающих для верхней конечности (для взрослых и детей) | **1** |
| **16** | Косынка медицинская | **10** |
| **17** | Одеяло с подогревом (термоодеяло) «Термоэлит» модель «MAI 1» | **1** |
| **18** | Укладка общепрофильная для оказания скорой медицинской помощи УМСП-02 «Медплант». | **1** |
| **19** | Набор реанимационный для оказания скорой медицинской помощи НРСП-02 «Медплант» |  |
| **20** | Набор акушерский для оказания скорой медицинской помощи НАСМП-02 Медплант | **1** |
| **21** | Комплект противоэпидемический выездной бригады скорой медицинской помощи «Садолит-1» | **1** |
| **22** | Облучатель бактерицидный циркуляционный с возможностью работы в присутствии медицинских работников ОРУБ-СП «Кронт» | **1** |
| **23** | Фонарь налобный аккумуляторный | **по требованию** |
| **24** | Жилет сигнальный разгрузочный медицинский, соответствующий 2-му классу сигнальной одежды повышенной видимости | **по требованию** |
| **25** | Маска-респиратор защитный (одноразовый) медицинский с клапаном выдоха | **по требованию** |
| **26** | Очки или экран защитный для глаз | **по требованию** |
| **27** | Клеенчатый фартук | **по требованию** |
| **28** | Бахилы одноразовые | **по требованию** |
| **29** | Дезинфекционное средство (для обработки рук, объемом не менее 70 мл) | **1** |
| **30** | Дезинфекционное средство (для обработки поверхностей, объемом не менее 1 л) | **1** |
| **31** | Хлопчатобумажные салфетки одноразовые | **по требованию** |
| **32** | Ведро пластиковое | **по требованию** |
| **33** | Контейнер с дезинфицирующим раствором для использованных игл | **1** |
| **34** | Контейнер пластиковый для использованных инструментов, расходных материалов | **2** |
| **35** | Контейнер для медицинских отходов класса В | **1** |
| **36** | Мешки для медицинских отходов класса А и Б (объемом не менее 10 л) | **20** |
| **37** | Средство радиосвязи и мобильный абонентский комплект автоматизированной навигационно-диспетчерской системы управления с возможностью использования глобальной навигационной спутниковой системы ГЛОНАСС и GPS и возможностью подачи сигнала тревоги (радиостанция и радиотелефон). | **1** |
| **38** | Запирающийся сейф не ниже 1-го класса устойчивости к взлому или металлический либо изготовленный из других высокопрочных материалов контейнер для временного хранения наркотических средств и психотропных веществ | **1** |
| **39** | Автомобильный видеорегистратор | **1** |

Оснащение бригады позволяет оказывать полную медицинскую помощь на догоспитальном этапе, проводить оксигенотерапию, искусственную и вспомогательную вентиляцию легких, производить остановку кровотечения, электрокардиографическое обследование, пункцию и катетеризацию периферических и центральных вен, промывание желудка через зонд, катетеризацию мочевого пузыря.

1. **Анализ работы за 2017-2018 гг.**

**Количество обращений населения по причинам**

Таблица 6

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | уд. вес % | Автор | 2018 | уд. вес % | Автор |
| Всего обращений |  |  |  |  |  |  |
| Внезапные заболевания |  |  |  |  |  |  |
| Несчастные случаи и отравления |  |  |  |  |  |  |
| Роды и патологии беременности |  |  |  |  |  |  |
| Медицинская эвакуация |  |  |  |  |  |  |
| Число госпитализированных |  |  |  |  |  |  |
| Число лиц, умерших в автомобиле скорой медицинской помощи |  |  |  |  |  |  |

Обращаемость в 2018 г. превысила показатель в 2017 г. 2,2%. Большую часть обращений составляют внезапные заболевания (89%), на долю несчастных случаев и отравлений приходится чуть более 8%. Возросло количество госпитализаций на 4%. Число умерших в автомобиле скорой медицинской помощи стабильно на одном уровне.

**Количество выездов бригад скорой медицинской помощи по времени доезда и затраченному на один выезд**

Таблица 7

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Время | До места вызова | До места ДТП | На вызов | На ДТП |
|  | **2017 год** |
| - до 20 минут |  |  |  |  |
| - от 21 до 40 минут |  |  |  |  |
| - от 41 до 60 минут |  |  |  |  |
| - более 60 минут |  |  |  |  |
|  | **2018 год** |
| - до 20 минут |  |  |  |  |
| - от 21 до 40 минут |  |  |  |  |
| - от 41 до 60 минут |  |  |  |  |
| - более 60 минут |  |  |  |  |

Приблизительно в 65% случаев бригада СМП затрачивает до 4-х мин. от момента поступления вызова до выезда. Задержки выезда до 20 мин. и более 20 мин. объясняются неравномерностью поступления вызовов, в отсроченном обслуживании некоторых перевозок, нехваткой бригад и возросшим количеством вызовов.

Динамика по годам показывает, что количество опозданий выезда бригад СМП значительно сократилось.

**Суточная нагрузка на бригад**

Таблица 8

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль бригады | 2017 | 2018 |
| Спец. бригада | 7,2 | 8,3 |
| Врачебная | 12,8 | 13,7 |
| Фельдшерская | 14,2 | 15,4 |

Отмечается тенденция к возрастанию суточной нагрузки бригад.

Моей бригадой за данный период выполнено 2880 вызовов, в том числе к детям 101, из них госпитализировано 953 человека.

**Структура вызовов по нозологиям**

Таблица 9

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология | Всего по бригаде | Автор |
| Болезни системы кровообращения: |  |  |
| Острый инфаркт миокарда |  |  |
| Повторный инфаркт миокарда |  |  |
| Хроническая ИБС |  |  |
| ТЭЛА |  |  |
| Инсульт  |  |  |
| Инфекционные болезни  |  |  |
| Болезни органов дыхания  |  |  |
| Болезни органов пищеварения |  |  |
| Болезни костно-мышечной системы |  |  |
| Травмы |  |  |
| Болезни мочеполовой системы |  |  |
| Болезни эндокринной системы |  |  |
| ДТП |  |  |
| Ожоги, отравления  |  |  |

**Структура вызовов по нозологиям**

Рисунок 5

На рисунке 5 изображена круговая диаграмма, отображающая структуру вызовов нозологиям. Из диаграммы и таблицы 9 видно, что основной процент обращаемости стабильно приходится на болезни системы кровообращения.

**Структура вызовов по классу болезней сердечно-сосудистой системы**

Рисунок 6

Как видно из диаграммы 6 большая часть обращений приходится на гипертоническую болезнь, из которых около 37% приходится на гипертонические кризы.

**Количество зарегистрированных заболеваний взрослого населения** (Включены данные подчиненных подстанций СМП)

Таблица 10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология  | 2017г. | 2018г. |
| всего | госпит. | смерть | всего | госпит. | смерть |
| Кишечные инфекции |  |  |  |  |  |  |
| Менингококковая инф.  |  |  |  |  |  |  |
| Вирусные инф. ЦНС |  |  |  |  |  |  |
| Вирусный гепатит |  |  |  |  |  |  |
| Новообразования |  |  |  |  |  |  |
| Болезни эндокринной системы |  |  |  |  |  |  |
| Болезни нервной системы |  |  |  |  |  |  |
| Болезни системы кровообращения |  |  |  |  |  |  |
| Болезни органов дыхания |  |  |  |  |  |  |
| Болезни органов пищеварения |  |  |  |  |  |  |
| Болезни костно-мышечной системы |  |  |  |  |  |  |
| Болезни мочеполовой системы |  |  |  |  |  |  |
| Беременность, роды всего в т.ч. |  |  |  |  |  |  |
| Травмы, отравления и др. внешние причины |  |  |  |  |  |  |

Всего с 1.01.2017 по 1.01.2018г. зарегистрировано 78 184 заболеваний, из них с последующей госпитализацией 19 635. Смертей 55.

Всего с 1.01.18 по 31.10.2018г. зарегистрировано 75 706 заболеваний, из них с последующей госпитализацией 20 928. Смертей 68.

Лидирующие места среди классов заболеваний распределились следующим образом:

1-е место из года в год занимают болезни системы кровообращения, они же являются основной причиной госпитализации взрослого населения по экстренным и неотложным показаниям, они же являются основной причиной смерти на догоспитальном этапе, что соответствует данным в России и в мире.

2-е место в зарегистрированной заболеваемости занимают болезни нервной системы, по количеству госпитализаций болезни нервной системы стоят на 3-м месте.

3-е место в зарегистрированной заболеваемости в 2017 году заняли болезни органов дыхания (вместе с ОРВИ), в 2018 году их сменил класс травм, отравлений и других внешних причин.

Травмы, отравления и внешние причины из года в год стоят на 2-м ранговом месте как причина госпитализации и, как причина смерти на догоспитальном этапе, делят 2-е место с новообразованиями и 3-е место с болезнями органов пищеварения.

**Объем медицинской помощи на СМП**

Таблица 11

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды обследований и манипуляций | 2017г. | 2018г. |
| Всего | Автор | Всего | Автор |
| ЭКГ |  |  |  |  |
| Дефибрилляция |  |  |  |  |
| Непрямой массаж сердца |  |  |  |  |
| ИВЛ |  |  |  |  |
| Кислородная терапия |  |  |  |  |
| Интубация трахеи |  |  |  |  |
| Ингаляционный наркоз |  |  |  |  |
| Промывание желудка |  |  |  |  |
| Катетеризация периферических вен |  |  |  |  |
| В\венная капельная инфузионная терапия |  |  |  |  |
| Инъекции |  |  |  |  |
| Катетеризация мочевого пузыря |  |  |  |  |
| Иммобилизация |  |  |  |  |
| Глюкометрия |  |  |  |  |
| Применение небулайзера |  |  |  |  |
| Перевязки |  |  |  |  |

Из таблицы 11 видно, что наблюдается ежегодный рост объема медицинской помощи, особенно по катетеризации вен, в\вкапельным инфузиям, ЭКГ-диагностике, глюкометрии.

**Санитарно-просветительная работа фельдшера за отчетный период времени.**

На вызовах я провожу беседы с больными и родственниками на темы:

* Профилактика и предупреждение возможных заболеваний;
* Правила приема таблетированных препаратов;
* Здоровый образ жизни;
* Предупреждение и развитие ССЗ;
* Профилактика и предупреждение простудных заболеваний;
* Правильное питание при сахарном диабете;
* О вреде алкоголя и курения;
* Образ жизни при гипертонической болезни;
* Профилактика ожирения и гиподинамии.

Таблица 12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 |
| Количество бесед |  |  |

**Этика и деонтология**

Одна из основных и наиболее трудных задач, стоящих перед фельдшером скорой помощи - это лечение больных, находящихся в терминальном состоянии. Фельдшер скорой помощи - многопрофильный специалист. В процессе своей деятельности он вынужден встречаться с неотложными состояниями практически во всех областях медицины: терапии, хирургии, токсикологии, неврологии, педиатрии и т.д. В целом ряде случаев фельдшеру приходится сталкиваться с такими ситуациями, когда имеется большое количество больных и пострадавших, когда требуется умение не только оказать медицинскую помощь, но и в первую очередь решить вопросы медицинской сортировки.

Возрастающая техническая оснащенность бригад обязывает фельдшера в совершенстве использовать всю медицинскую аппаратуру. В своей работе фельдшер должен учитывать психологию больного. Обязан найти психологический контакт с больным и его окружением. К деонтологическим вопросам относятся и отношения между медицинскими работниками, важно, чтобы они носили деловой коллегиальный характер.

Необходимо заметить, что в основе жалоб населения на неудовлетворительное оказание медицинской помощи, в большинстве случаев лежит нарушение медицинским персоналом деонтологических принципов. Крайне важно добиваться от медицинского персонала неукоснительного соблюдения деонтологических принципов и правил.

1. **Повышение квалификации**

За время работы на подстанции скорой помощи я постоянно усовершенствую свои профессиональные знания и опыт. Регулярно посещаю лекции, семинары, научно-практические конференции для медицинских работников. Обсуждаем с коллегами по работе наиболее интересные, с профессиональной точки зрения, вызовы.

Еженедельно на проводятся совещания, на которых рассматривается качество оказанной медицинской помощи и дефекты ведения медицинской документации; совещания проводятся с обязательным участием медицинских работников, допустивших данные ошибки. при осмотре и оказании помощи больным.

Ежемесячно в соответствии с планом проводятся практические и теоретические занятия по основным нозологиям, встречающимся в практике, по инфекционным заболеваниям и по экстренным состояниям, требующим проведения реанимационным мероприятий.

Ежемесячно проводится анализ расхождения диагнозов, поставленных медицинскими работниками скорой помощи и сотрудниками стационаров, поликлиник, с последующим их разбором на планёрках, заседаниях медицинского совета по оказания помощи на догоспитальном этапе.

В 2011 и 2017 году прошел повышение квалификации по циклу «Скорая и неотложная помощь» в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в объеме 216 часов.

1. **Клинические примеры.**

**Пример №1**

Вызов №31

Пациент: женщина 1956 г.р.

Повод к вызову: Сердцебиение

Прибытие к пациенту через 17 минут.

Жалобы: на приступ учащенного сердцебиения, перебои ритма, учащенное мочеиспускание.

Анамнез: Со слов пациент, приступ возник в покое без провоцирующих факторов около 7 часов утра. Самостоятельно приняла 40 мг анаприлина в 7.30. Отмечает снижение ЧСС до 120 в мин. В анамнезе: ИБС: стенокардия напряжения II ФК; приступы нарушений сердечного ритма в течение 10 лет, обследовалась в стационаре, диагноз: Идиопатическое нарушение ритма сердца: пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. В 2015 г. радиочастотная аблация без значимого эффекта. Принимает постоянно аллапинин 75 мг/сутки с частичным антиаритмическим эффектом, кардиомагнил 75 мг/сутки..

Аллергологический анамнез: непереносимость медикаментов отрицает.

Объективно:

Общее состояние средней тяжести, Т 36.6. В сознании, кожные покровы обычной окраски и влажности. Лимфоузлы не пальпируются. Сыпи нет. Видимые слизистые обычные. Отеков нет. Тургор тканей сохранен. Носовое дыхание свободное. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, симметричное, ЧДД 18 в мин. Пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения 110 в мин., ЧСС 125 в мин, дефицит пульса 15 ударов. АД 120/80, рабочее 120/80, отмечаются подъемы до 140/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот округлой формы, мягкий. Печень у края реберной дуги. Область почек не изменена,

Мочеиспускание учащено, безболезненное, моча светло-желтая, прозрачная.

ЭКГ: ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 126 в мин., нормальное положение электрической оси сердца. Данных за острые очаговые изменения нет. По сравнению с ЭКГ месячной давности - пароксизм фибрилляции предсердий.

Диагноз: Пароксизм фибрилляции предсердий.

Терапия:

АМИОДАРОН (Кордарон) 150-300 мг в/в медленно,

 КАЛИЯ И МАГНИЯ АСПАРАГИНАТ 250 мг в/в капельно

Тактика:

1. Актив через 2 часа без предложения госпитализации при некупированном "привычном" пароксизме на квартире.

2. Госпитализация с актива в случае продолжающегося пароксизма фибрилляции предсердий. Медицинская эвакуация на носилках.

3. При отказе - актив в ЛПУ или ОКМП.

**Пример № 2**

Вызов № 14

Пациент: мужчина 1974 г.р.

Повод к вызову: Припадок на улице.

Прибытие к пациенту через 16 минут.

Жалобы: сонливость, слабость и чувство "оглушенности"

Анамнез: Причину вызова бригады СМП пациент не знает. Со слов очевидцев (продавец киоска): мужчина упал на улице, выгнулся, напрягся, изо рта были кровянистые выделения, лицо было бледное. Примерно через 1 мин. «заколотило» - ритмичные движения руками, ногами и головой, длились 5 минуты, затем пациент "затих".

Анамнез (со слов больного): страдает эпилепсией, принимает ламотриджин (200мг в день), судорожного припадка не было 1,5 года.

Аллергологический анамнез без особенностей.

В эпидемиологически неблагоприятные районы не выезжал, контактов с инфекционными больными не было.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание: оглушение, по шкале Глазго 14 баллов. Положение активное. Кожа и видимы слизистые оболочки: влажные, бледные. Сыпи нет.  Т°C  36,6 С.  ЧДД 18 в мин. Пульс 88 в мин., ритмичный, наполнение удовлетворительное, ЧСС  88.  АД  150/90 рабочее  130/80 максимальное до 170/100 мм рт.ст. Язык  влажный, не обложен,  следы прикуса слева. Стул оформленный, один раз в сутки.

Нервная система: Поведение спокойное.  Контакт: в пространстве ориентирован, на вопросы отвечает с задержкой, правильно, припадок не помнит. Чувствительность болевая снижена D = S. Речь внятная, разговаривает тихо. Зрачки OD= OS, обычные.  Фотореакция прямая и содружественная реакция зрачков на свет в норме. Нистагма нет, движение глазных яблок в полном объеме.  Асимметрия лица: нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) отсутствует. Очаговые симптомы:  парезов нет, мышечный тонус снижен , язык по средней линии, патологических знаков нет, сухожильные рефлексы снижены D=S, глотание не нарушено. Координаторные пробы:  выполняет правильно, в позе Ромберга устойчив.

Мочеполовая система: мочеиспускание контролирует.

Видимые и пальпаторные признаки повреждения головы отсутствуют.

Диагноз: Генерализованный тонико-клонический эпилептический припадок.

Тактика: Противосудорожная терапия вне припадка на догоспитальном этапе не проводится. От госпитализации отказался Актив в ЛПУ

**Пример № 3**

Вызов № 22

Пациент: мужчина 1970 г.р.

Повод к вызову: Боль в поясничной обасти.

Прибытие к пациенту через 9 минут.

Жалобы: на боли в поясничной области справа с иррадиацией в правое бедро мошонку, половой член, ноющего характера, интенсивные, учащенное мочеиспускание, однократно - рвота на высоте болей.

Анамнез: Заболел остро около 1 часа назад: на фоне благополучия появились ноющие волнообразные боли в поясничной области справа с иррадиацией в правое бедро, мошонку, половой член. На высоте болей тошнота, однократно рвота съеденной пищей. Изменение положения тела не приводит к уменьшению болей. За 30 минут до бригады СМП принял таблетку но-шпы, интенсивность боли снизилась незначительно. Вызвана бригада СМП. Со слов больного страдает мочекаменной болезнью с 2015 г. Состоит на учете у уролога поликлиники, получает курсовую терапию (нитроксолин, канефрон, цистон).

В анамнезе хронический панкреатит.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: Состояние средней тяжести. Беспокоен. Кожные покровы влажные, умеренно-бледные, Т 36,8 С, АД 140/80 (привычное 120/80), пульс 94 в 1 мин., ЧСС 94 в 1 мин. Лимфоузлы не увеличены. Сыпи нет. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные, язык влажный, чистый. Носовое дыхание свободное, зев обычной окраски. Миндалины не увеличены, ЧДД 17/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, Печень не увеличена. Симптом поколачивания: положительный справа. Мочеиспускание учащено, малыми порциями, безболезненное, моча прозрачная, без патологических примесей,

Диагноз: Почечная колика. Мочекаменная болезнь.

Терапия: Спазмалин 5 мл в/в. От госпитализации отказался. Актив в поликлинику.

**VIII. Заключение**

С введением карт нового образца стало удобнее и грамотнее описывать анамнез, состояние и лечение больных. На СМП внедрены и используются высокоэффективные препараты: ГЭК, цераксон, мексидол, семакс, и другие препараты, что позволяет оказывать помощь больным и пострадавшим на более высоком уровне.

С введением в действие нового компьютерного центра, сократилось время приёма и передачи вызова. Комплекс автоматизированных систем управления (КАСУ) позволяет иметь на текущий момент информацию не только о наличии свободных бригад, но и об их местонахождении.

За отчетный период отмечаются следующие тенденции: увеличение общей обращаемости населения на «03», увеличение числа повторных вызовов и сокращение безрезультатных вызовов. Основными причинами повторной обращаемости на «03» являются: отсутствие базового лечения и динамического наблюдения со стороны амбулаторно-поликлинического звена, отказы больных от госпитализации при первичном обращении на «03». Несмотря на увеличение количества вызовов «03», улучшились качественные показатели в работе СМП. Определенный процент вызовов не требует экстренной и неотложной помощи. Подобное положение связано с плохой осведомленностью населения. Необходимо проводить разъяснительную работу среди населения, с поликлиниками и пунктами неотложной помощи.

Подстанция выполняет необходимый объем работы, по своевременному оказанию экстренной медицинской помощи населению обслуживаемого участка.

Показатели по госпитализации, диагностике и проценту расхождения диагнозов находятся на достаточно хорошем уровне.

Расхождение диагнозов в 2017 году составило 0,37%.

В 2018 году расхождение диагнозов составило 0,25%.

**Предложения по усовершенствованию работы службы СМП**

1. Оснастить бригады СМП экспресс-тестами для определения маркеров инфаркта миокарда, экспресс-тестами для определения кетоновых тел и глюкозы в моче.
2. Рассмотреть возможность оснащения бригад ноутбуками с подключением к КАСУ подстанции, что ускорит заполнение и обработку медицинской документации.
3. Объединить поликлинику, скорую помощь и стационар в единой информационной системе, что позволит оперативно отслеживать расхождения диагнозов и ошибки на разных этапах лечения.
4. Оснастить бригады двусторонней связью с водителем санитарного автомобиля.
5. Обеспечить штатную укомплектованность бригад персоналом; желательна работа бригад в постоянном составе.
6. Регулярно повышать свой профессиональный уровень не только на сертификационных курсах, но и на дополнительных тематических усовершенствованиях в системе непрерывного медицинского образования.
7. Обеспечить дальнейшую преемственность в работе поликлиник, а особенно в работе врачей неотложной медицинской помощи, для уменьшения количества вызовов.
8. Шире использовать средства массовой информации (радио, печать, телевидение) для ознакомления населения с работой станции скорой помощи и порядком обращения на СМП.
9. Развивать санитарную авиацию в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для более быстрого оказания квалифицированной помощи пострадавшим в ДТП и быстрейшей госпитализации в профильные стационары.

**Список использованной литературы**

1. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2013. - 400 с.
2. Скорая медицинская помощь. Национальное руководство. Багненко С.Ф., Хубутия М.Ш., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 888 с.
3. Радушкевич В.Л., Барташевич Б.И., Караваев Ю.Н. Реанимация и интенсивная терапия в практике врача скорой медицинской помощи. - М.: МИА, 2011.
4. Сумин С.А. Неотложные состояния. - М.: Фармацевтический мир, 2000.
5. Новейший справочник врача скорой помощи. сост. Е.Г. Кадиева. - М.: Издательство: ОМЕГА-Л, 2016. - 416 с.
6. Алгоритмы оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим бригадами службы скорой медицинской помощи. 4-е изд. - М., 2016. - 243 с.
7. Полный медицинский справочник фельдшера. - М.: Эксмо,

 2012. - 832 с.

1. Справочник фельдшера: в 2т. Под ред. А.А.Михайлова.-М.: ООО «Издательство Новая волна»: ЗАО « Издательский дом ОНИКС» 2000.- 576 с.
2. Стандарты медицинской помощи для скорой медицинской помощи.- М., 2006.-127 с. Грибова Н.Д. О понятии «Скорая медицинская помощь». Н.Д.Грибова «Новые технологии в службе СМП Челябинск» 2004 – 30-32 с.
3. Фишкин А.В. Справочник неотложной помощи – М.: «Экзамен», 2007. – 352 с.
4. Основы медицинских знаний: практическое руководство для студентов под ред. З.Т.Бикбулатова. – Челябинск: ИЦ «Уральская академия», 2002. – 40 с.