

19. Наличие клиники опьянения нет да (запах изо рта, нечеткая речь, шаткая походка, тремор конечностей, гиперемия лица, инъецированность склер, эмоциональная лабильность, агрессивность, отсутствие критики к поведению)

20. Жалобы _____

21. Анамнез приступа (длительность _____ мин/час/дней) _____

При повторной боли в грудной клетке – усиление/удлинение/ учащение БП; реакция на нитраты- _____

Анамнез жизни (хронические заболевания) _____

Принимаемые препараты/Вакцинации _____

Лечение в стационаре _____

Обращения к уч. врачу/ в ССМП _____

Аллергоанамнез _____

22. Объективные данные $E^{1-4} + V^{1-5} + M^{1-6} =$ _____ баллов

Общее состояние <input type="checkbox"/> удовлетворительное <input type="checkbox"/> средней степени тяжести <input type="checkbox"/> тяжелое <input type="checkbox"/> терминальное <input type="checkbox"/> смерть	Положение <input type="checkbox"/> активное <input type="checkbox"/> пассивное <input type="checkbox"/> вынужденное	Поведение <input type="checkbox"/> спокойное <input type="checkbox"/> возбужденное <input type="checkbox"/> агрессивное <input type="checkbox"/> депрессивное <input type="checkbox"/> смерть	Сознание <input type="checkbox"/> ясное ⁽¹⁵⁾ <input type="checkbox"/> оглушение ⁽¹³⁻¹⁴⁾ <input type="checkbox"/> сопор ⁽⁹⁻¹²⁾ <input type="checkbox"/> кома ^(ШЗ-4 П15-6 П7-8) <input type="checkbox"/> отсутствует	Менингеальные знаки <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: Кернига, Брудзинского, ригидность шейных мышц, светобоязнь <input type="checkbox"/> менингеальная поза
Зрачки <input type="checkbox"/> нормальные <input type="checkbox"/> широкие _____ <input type="checkbox"/> узкие _____	Анизокория <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: OS ___ OD	Нистагм <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: горизонт/вертик., мелко/крупно-размах.	Отеки <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть: лицо/бр. стенка/ниж. конечн. _____	Реакция на свет <input type="checkbox"/> есть: живая/вялая <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Симптом Белоглазова
Кожные покровы <input type="checkbox"/> обычные (нормальные) <input type="checkbox"/> бледные <input type="checkbox"/> гиперемированные <input type="checkbox"/> желтушные <input type="checkbox"/> сухие/влажные	Акроцианоз <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть _____	Сыпь <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть _____	Одышка <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> инспираторная <input type="checkbox"/> экспираторная <input type="checkbox"/> смешанная	<input type="checkbox"/> Гипостатические пятна
Дыхание <input type="checkbox"/> везикулярное/пуэрильное <input type="checkbox"/> жесткое <input type="checkbox"/> бронхиальное <input type="checkbox"/> отсутствует <input type="checkbox"/> ослабленное: справа/слева, снизу/сверху	Перкуторный звук <input type="checkbox"/> легочный <input type="checkbox"/> притупление _____ <input type="checkbox"/> коробочный _____ <input type="checkbox"/> тимпанит _____	Хрипы <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> сухие _____ <input type="checkbox"/> влажные _____ <input type="checkbox"/> крепитация _____		

Органы системы кровообращения

Тоны сердца <input type="checkbox"/> ритмичные <input type="checkbox"/> аритмичные <input type="checkbox"/> отсутствуют	<input type="checkbox"/> ясные <input type="checkbox"/> глухие <input type="checkbox"/> приглушены	Пульс <input type="checkbox"/> нормальный <input type="checkbox"/> напряженный <input type="checkbox"/> слабого наполнения <input type="checkbox"/> нитевидный <input type="checkbox"/> отсутствует	<input type="checkbox"/> ритмичный <input type="checkbox"/> аритмичный <input type="checkbox"/> дефицит пульса	Шум <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> систолический <input type="checkbox"/> диастолический <input type="checkbox"/> трения перикарда <input type="checkbox"/> акц. II тона
---	--	---	--	---

Органы пищеварения

Язык <input type="checkbox"/> влажный <input type="checkbox"/> сухой	<input type="checkbox"/> чистый <input type="checkbox"/> обложен _____	Живот <input type="checkbox"/> мягкий <input type="checkbox"/> напряжен	<input type="checkbox"/> безболезненный <input type="checkbox"/> болезненный	Участвует в акте дыхания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
---	---	--	---	--

Симптомы раздражения брюшины

<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да: Щеткина, Менделя, Воскресенского	Печень <input type="checkbox"/> не увеличена <input type="checkbox"/> увеличена _____	Диурез _____ Стул _____ край печени _____
---	--	---

Симптомы:

О. аппендицит <input type="checkbox"/> Кохера <input type="checkbox"/> Раздольского <input type="checkbox"/> Ровзинга <input type="checkbox"/> Ситковского <input type="checkbox"/> Коупа	О. холецистит <input type="checkbox"/> Кера <input type="checkbox"/> Ортнера <input type="checkbox"/> Мерфи <input type="checkbox"/> Образцова <input type="checkbox"/> Мюсси	О. панкреатит <input type="checkbox"/> Керте <input type="checkbox"/> Мейо-Робсона <input type="checkbox"/> Воскресенского II <input type="checkbox"/> Губергрица <input type="checkbox"/> Дежардена	О. киш. непроход. <input type="checkbox"/> Шланге <input type="checkbox"/> Валя <input type="checkbox"/> Чугаева <input type="checkbox"/> Шимана <input type="checkbox"/> Мондора	Перф. язвы желудка <input type="checkbox"/> Делафуа <input type="checkbox"/> Грекова <input type="checkbox"/> Спижарного <input type="checkbox"/> Кларка <input type="checkbox"/> Гюстена	Внутр. кровотеч. <input type="checkbox"/> Бергмана <input type="checkbox"/> Розанова <input type="checkbox"/> Пит-Баланса <input type="checkbox"/> Загессера <input type="checkbox"/> Салмона	Почечная колика <input type="checkbox"/> Эпштейна <input type="checkbox"/> Ллойда <input type="checkbox"/> Пастернацкого (поколачивая)
--	--	---	--	--	--	---

Другие симптомы _____

Зев _____ Миндалины _____

29. Согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью организации оказания медицинской помощи даю свое согласие на обработку ГБУЗ СО «ССМП г. Первоуральск» моих персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес проживания и регистрации, контактные телефоны, паспортные данные, № полиса ОМС, состояние интимной жизни, состояние моего здоровья, биологических сред и физиологических параметров организма, диагнозе, оказанных медицинских услугах. Обработка персональных данных на бумажном и электронном носителях, смешанная с передачей по внутренней сети юридического лица (ПК АДИС 8.2); без передачи по сетям общего пользования. Обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я _____ (Ф.И.О. больного, законного его представителя) (подпись) _____ (Ф.И.О., должность медицинского работника) (подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г., в _____ часов _____ минут

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082). Мне, медицинским работником выездной бригады в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

_____ (Ф.И.О. гражданина, телефон) (подпись)

30. 31. Отказ от медицинского вмешательства/от медицинской эвакуации для госпитализации в стационар

Я _____ (Ф.И.О. больного, законного его представителя) (подпись) _____ (Ф.И.О., должность медицинского работника) (подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г., в _____ часов _____ минут

при оказании мне скорой медицинской помощи в ГБУЗ СО «ССМП г. Первоуральск» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МинЗдрава и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н:

_____ (Наименование вида медицинского вмешательства)

Мне, медицинским работником выездной бригады в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

32. Результат оказания помощи 33. Больной

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> улучшение | <input type="checkbox"/> нуждается в активном выезде через _____ часов |
| <input type="checkbox"/> без эффекта | <input type="checkbox"/> подлежит активному посещению врачом поликлиники № _____ |
| <input type="checkbox"/> ухудшение | <input type="checkbox"/> другое (указать) _____ |

34. Способ доставки больного в автомобиль СМП/приемный покой

- на носилках, на руках
 на других подручных средствах
 передвигался самостоятельно

35. Результат выезда Выполненный вызов

- оказана помощь, больной оставлен на месте⁽²¹⁾
 доставлен в травматологический пункт⁽¹³⁾
 доставлен в больницу⁽¹¹⁾ № _____
время приема больного _____
диагноз приемного отделения _____
подпись дежурного врача _____
 передан специализированной бригаде^(31,32) № _____
время _____ подпись _____
 отказ от госпитализации в стационар⁽²²⁾
 смерть в присутствии бригады СМП⁽²⁹⁾
время _____
 смерть в автомобиле СМП⁽¹⁹⁾
время _____

Безрезультатный вызов⁽⁹⁹⁹⁾

- больной не найден на месте⁽⁰²⁾
 отказ от помощи (от осмотра)⁽⁰⁵⁾
 адрес не найден⁽⁰³⁾
 ложный вызов⁽⁰¹⁾
 смерть до приезда бригады⁽²⁸⁾
 больной увезен до прибытия⁽⁰⁶⁾
 больной обслужен врачом п-ки
 вызов отменен по 03⁽⁰⁹⁾
 пациент практически здоров⁽²⁹⁰⁾
 дежурство⁽⁰⁷⁾
 ремонт автомобиля СМП
 другое _____

36. Километраж выезда _____

37. Примечания _____

Врач _____
Фельдшер _____
Водитель _____
(Ф.И.О.) (подпись)

Карта проверена (результат экспертной оценки): **Без замечаний / см. Карту Экспертной Оценки**

Старший врач смены _____ (Ф.И.О.) (подпись)

Главный врач/эксперт _____ (Ф.И.О.) (подпись)

