



**ВСЕРОССИЙСКОЕ
ЧЕМПИОНАТНОЕ
ДВИЖЕНИЕ
ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ
МАСТЕРСТВУ**



Положение

**о проведении муниципального отборочного этапа профессионального чемпионата
«Профессионалы» в категории «Юниоры» в 2025 году
по компетенции «Лечебное дело. Фельдшер»**

1. Основные положения

1.1 Целью проведения муниципального отборочного этапа чемпионата «Профессионалы» в категории «Юниоры» является создание модели ранней профориентации и основ профессиональной подготовки школьников, определение уровня соответствия их профессиональных компетенций.

1.2 Задачи:

- выявление и поддержка талантливых детей и молодежи;
- развитие у обучающихся навыков практического решения задач в конкретных профессиональных ситуациях и работы с различными инструментами и оборудованием;
- совершенствование навыков самостоятельной работы, развитие профессионального мышления и повышения ответственности за выполняемую работу.

1.4 Срок и время проведения: 18 ноября 2025. Регистрация в 9.30. начало-10.00 ч.(модуль А,Б,В)

1.5 Место проведения: г. Якутск Республика Саха (Якутия), МОАУ «Саха политехнический лицей» ГО. г. Якутска, улица Лермонтова, 128.

1.6. Форма одежды участника: медицинский халат (костюм), колпак, сменная обувь.

1.7. К чемпионату допускаются учащиеся возрастной группы: 14-16 лет.

1.8. С одного образовательного учреждения может быть 1 участник. Перед Чемпионатом участники и эксперты должны подать заявку на участие по ссылке: <https://forms.yandex.ru/u/68df8370902902072ce9de72/> Подача заявки означает автоматическое соглашение на обработку персональных данных от законных представителей (родителей или опекунов) участников. Заявки принимаются до 11 ноября 2025 года.

1.9 К чемпионату допускаются 6 участников из 6 образовательных организаций. Организационный взнос за участие в чемпионате 500 рублей.

1.10 На одного участника необходимо предоставить одного эксперта (квалифицированного специалиста по компетенции, компатриота).

1.11 Все участники и эксперты Чемпионата должны неукоснительно соблюдать Правила и нормы охраны труда и техники безопасности (ОТ и ТБ), принятые в Российской Федерации

1.12 Победители награждаются дипломами, участники-сертификатами.

1.13 Для удобства координацией чемпионата создается ватсап- группа

1.14 Контактные телефоны:

Ответственный организатор: Зарубина Галина Иннокентьевна, тел. 89243605719.

КОНКУРСНОЕ ЗАДАНИЕ КОМПЕТЕНЦИИ
«Лечебная деятельность (Фельдшер)»
Муниципального отборочного этапа чемпионата по профессиональному мастерству
«Профессионалы» в 2025 г.
Категория «Юниоры»

Конкурсное задание разработано экспертным сообществом и утверждено Менеджером компетенции, в котором установлены нижеследующие правила и необходимые требования владения профессиональными навыками для участия в соревнованиях по профессиональному мастерству.

Конкурсное задание включает в себя следующие разделы:

1. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ	3
1.1. Общие сведения о требованиях компетенции	3
1.2. Перечень профессиональных задач специалиста по компетенции «Лечебная деятельность (Фельдшер)»	3
1.3. Спецификация оценки компетенции	11
1.4. Содержание конкурсного задания	11
2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВИЛА КОМПЕТЕНЦИИ	14
2.1. Особенности проведения Чемпионата	14
2.1.1. Привлечение статистов	14
2.1.2. Особые требования к конкурсантам	14
2.1.3. Особые требования к экспертам	14
2.2. Назначение главного эксперта	14
2.2.1. Назначение на должность главного эксперта	14
2.2.2. Главный эксперт должен соответствовать требованиям	15
2.3. Разработка конкурсного задания	15
2.4. Хранение конкурсной документации	15
2.5. Комната Главного эксперта	15
2.6. Личный инструмент конкурсанта	16
2.7. Материалы, оборудование и инструменты, запрещенные на площадке	16
3. ПРИЛОЖЕНИЯ	17

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

1. ТК – требования компетенции
2. ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт
3. ПС – профессиональный стандарт
4. ЕКТС – Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий.
5. СПО – среднее профессиональное образование
6. КЗ – конкурсное задание
7. МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

8. ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
9. АД — артериальное давление
10. ЧСС – частота сердечных сокращений
11. ЧДД – частота дыхания
12. ЭКГ – электрокардиография
13. SpO2 - уровень насыщения крови кислородом
14. ЛФК – лечебно-физкультурный комплекс

1. ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ

1.1. Общие сведения о требованиях компетенции

Требования компетенции (ТК) «Лечебная деятельность (Фельдшер)» определяют знания, умения, навыки и трудовые функции, которые лежат в основе наиболее актуальных требований работодателей отрасли.

Целью соревнований по компетенции является демонстрация лучших практик и высокого уровня выполнения работы по соответствующей рабочей специальности или профессии.

Требования компетенции являются руководством для подготовки конкурентоспособных, высококвалифицированных специалистов/рабочих и участия их в конкурсах профессионального мастерства.

В соревнованиях по компетенции проверка знаний, умений, навыков и трудовых функций осуществляется посредством оценки выполнения практической работы.

Требования компетенции разделены на четкие разделы с номерами и заголовками, каждому разделу назначен процент относительной важности, сумма которых составляет 100.

1.2. Перечень профессиональных задач специалиста по компетенции «Лечебная деятельность (Фельдшер)»

Перечень видов профессиональной деятельности, умений и знаний, и профессиональных трудовых функций специалиста (из ФГОС/ПС/ЕТКС.) и базируется на требованиях современного рынка труда к данному специалисту.

Таблица №1

Перечень профессиональных задач специалиста

№ п/п	Раздел	Важность в %
1	Проведение обследования пациентов с целью диагностики неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений Специалист должен знать и понимать: – Клиническое значение и методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов или их законных представителей. – Правила и цели проведения амбулаторного приема и активного посещения пациентов на дому. – Клиническое значение методики проведения медицинских осмотров и обследований пациентов. – Клинические признаки и методы диагностики заболеваний и (или) состояний у детей и взрослых, протекающих без явных признаков угрозы жизни и не требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. – Международная статистическая классификация болезней и проблем,	50%

№ п/п	Раздел	Важность в %
	связанных со здоровьем. – Клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. – Клиническое значение основных методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов. – Закономерности функционирования здорового организма человека с учетом возрастных особенностей и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах. – Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и (или) состояний. – Признаки физиологически нормально протекающей беременности. – Принципы, цели и объем динамического наблюдения пациентов с высоким риском развития или наличием заболеваний с учетом возрастных особенностей. – Медицинские показания к оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара. – Медицинские показания и порядок направления пациента на консультации к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам. – Медицинские показания к оказанию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. – Медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. – Перечень показаний для оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе детям. – Методы выявления курящих и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества без назначения врача.	
	Специалист должен уметь: – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей). – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей). – Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей. – Проводить физикальное обследование пациента, включая: осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. – Оценивать состояние пациента. – Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента с учетом возрастных особенностей и заболевания, проводить: общий визуальный осмотр пациента, осмотр полости рта, осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, измерение роста, измерение массы	

№ п/п	Раздел	Важность в %
	тела, измерение основных анатомических окружностей, измерение окружности головы, измерение окружности грудной клетки, измерение толщины кожной складки (пликометрия). – Проводить осмотр беременных женщин и направлять на пренатальный скрининг в случае физиологически протекающей беременности для формирования групп риска по хромосомным нарушениям и врожденным аномалиям (порокам развития) у плода. – Интерпретировать и анализировать результаты физикального обследования с учетом возрастных особенностей и заболевания: термометрию общую, измерение частоты дыхания, измерение частоты сердцебиения, исследование пульса, исследование пульса методом мониторирования, измерение артериального давления на периферических артериях, суточное мониторирование артериального давления, регистрацию электрокардиограммы, прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров, оценку поведения пациента с психическими расстройствами. – Проводить диагностику неосложненных острых заболеваний и (или) состояний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений у взрослых и детей. – Обосновывать и планировать объем инструментальных и лабораторных исследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний. – Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных и лабораторных обследований с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний. – Обосновывать необходимость направления пациентов к участковому врачу-терапевту, врачу общей практики (семейному врачу), участковому врачу-педиатру и врачам-специалистам с учетом возрастных особенностей и наличия заболеваний. – Выявлять пациентов с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний и злокачественных новообразований и направлять пациентов с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации в соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». – Проводить работу по организации диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями, в том числе с предраковыми заболеваниями, с целью коррекции проводимого лечения и плана диспансерного наблюдения. – Осуществлять диспансерное наблюдение за лицами, отнесенными по результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ко II группе здоровья, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск. – Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи с учетом возрастных особенностей. – Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. – Выявлять курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а	

№ п/п	Раздел	Важность в %
	также потребляющих наркотические средства и психотропные вещества без назначения врача.	
2	Проведение мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, укреплению здоровья и пропаганде здорового образа жизни	50
	Специалист должен знать и понимать: – Проводить учет населения, прикрепленного к фельдшерскому участку. – Проводить профилактические медицинские осмотры населения, в том числе несовершеннолетних. – Проводить индивидуальные (групповые) беседы с населением по личной гигиене, гигиене труда и отдыха, по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя, о здоровом образе жизни, мерах профилактики предотвратимых болезней. – Проводить предсменный, предрейсовый и послесменный, послерейсовый медицинский осмотр. – Проводить динамическое наблюдение новорожденных и беременных женщин. – Проводить работу по реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ. – Проводить консультации по вопросам планирования семьи. – Составлять списки граждан и план проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения и несовершеннолетних с учетом возрастной категории и проводимых обследований. – Заполнять медицинскую документацию по результатам диспансеризации (профилактических медицинских осмотров), в том числе в форме электронного документа. – Организовывать и проводить диспансерное наблюдение женщин в период физиологически протекающей беременности. – Проводить санитарно-просветительную работу на уровне семьи, организованного коллектива о целях и задачах, объеме и порядке прохождения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, в том числе несовершеннолетних в образовательных организациях. – Проводить диспансерное наблюдение за лицами с высоким риском развития заболеваний, а также страдающими хроническими инфекционными и неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями. – Выявлять лиц, имеющих факторы риска развития инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь. – Проводить опрос (анкетирование), направленный на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления без назначения врача наркотических средств и психотропных веществ, курения, употребления алкоголя и его суррогатов. – Формировать общественное мнение в пользу здорового образа жизни, мотивировать население на здоровый образ жизни или изменение образа	

№ п/п	Раздел	Важность в %
	жизни, улучшение качества жизни, информировать о программах и способах отказа от вредных привычек. – Проводить антропометрию, расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, определение уровня общего холестерина в крови и уровня глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом, осмотр, включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование. – Определять факторы риска хронических неинфекционных заболеваний на основании диагностических критериев. – Определять относительный сердечно-сосудистый риск среди населения, прикрепленного к фельдшерскому участку. – Проводить профилактическое консультирование населения с выявленными хроническими заболеваниями и факторами риска их развития. – Выполнять работу по организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) и ограничительных (карантинных) мероприятий при выявлении инфекционных заболеваний. – Проводить иммунизацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям. – Проводить осмотр и динамическое наблюдение отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, по месту жительства, учебы, работы и реконвалесцентов инфекционных заболеваний, информировать врача кабинета инфекционных заболеваний. – Применять меры индивидуальной защиты пациентов и медицинских работников от инфицирования при использовании различных медицинских технологий, соблюдать принцип индивидуальной изоляции, правила асептики и антисептики, проводить комплекс мероприятий по дезинфекции и стерилизации технических средств и инструментов, медицинских изделий. – Соблюдать санитарные правила при обращении с медицинскими отходами, проводить экстренные профилактические мероприятия при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинского персонала. – Проводить оценку мер эффективности профилактического медицинского осмотра и диспансеризации на фельдшерском участке в соответствии с критериями эффективности.	
	Специалист должен уметь: – Рекомендации по вопросам личной гигиены, контрацепции, здорового образа жизни, профилактики заболеваний. – Информационные технологии, организационные формы и методы формирования здорового образа жизни населения, в том числе программы снижения веса, потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ.	

№ п/п	Раздел	Важность в %
	– Виды медицинских осмотров, правила проведения медицинских осмотров с учетом возрастных особенностей в соответствии с нормативными правовыми актами. – Порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров. – Диагностические критерии факторов риска заболеваний и (или) состояний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, с учетом возрастных особенностей. – Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, роль и функции фельдшера в проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации населения. – Основные критерии эффективности диспансеризации взрослого населения. – Порядок проведения диспансерного наблюдения, профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий с учетом факторов риска развития неинфекционных заболеваний, диагностические критерии факторов риска. – Национальный календарь профилактических прививок, календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. – Порядок и правила организации санитарно-противоэпидемических, профилактических мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний в соответствии с нормативными правовыми актами. – Порядок проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний. – Медицинские показания для стационарного наблюдения и лечения по виду инфекционного заболевания и тяжести состояния пациента. – Подходы и методы многоуровневой профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. – Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, в том числе к фельдшерско-акушерскому пункту, амбулатории (к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда). – Санитарные правила обращения с медицинскими отходами, комплекс экстренных профилактических мероприятий при возникновении аварийных ситуаций с риском инфицирования медицинских работников.	

1.3. Спецификация оценки компетенции

Оценка Конкурсного задания будет основываться на критериях, указанных в таблице №2:

Таблица №2

Оценка конкурсного задания		
Критерий		Методика проверки навыков в критерии
А	Диагностическая деятельность	Наблюдение за действиями конкурсанта при выполнении диагностических манипуляций. Оценка соответствия выполнения задания алгоритмам. Оценка качества выполняемых диагностических исследований. Оценка заполнения медицинской документации согласно инструкциям.
Б	Профилактическая деятельность	Наблюдение за действиями конкурсанта при проведении первичного патронажа к новорожденному. Оценка правильности демонстрации методов ухода за новорожденным и соответствия их выполнения алгоритмам. Оценка качества консультирования, соблюдения этических норм. Оценка заполнения медицинской документации согласно инструкциям.

1.4. Содержание конкурсного задания

Общая продолжительность Конкурсного задания¹: 3 ч.

Количество конкурсных дней: 1 день.

Вне зависимости от количества модулей, КЗ должно включать оценку по каждому из разделов требований компетенции.

Оценка знаний участника должна проводиться через практическое выполнение Конкурсного задания. В дополнение могут учитываться требования работодателей для проверки теоретических знаний / оценки квалификации.

1.4.1. Разработка/выбор конкурсного задания

Конкурсное задание состоит из 2 модулей, включает обязательную к выполнению часть (инвариант) – 2 модуля. Общее количество баллов конкурсного задания составляет 100.

1.4.2. Структура модулей конкурсного задания

Модуль А. (Диагностическая деятельность) (инвариант)

Время на выполнение модуля – 1,5 часа

На прием к фельдшеру ФАП обратился пациент Иванов Иван Петрович, 44 года.

Восемь недель тому назад, в результате перелома средней трети голени, наложена гипсовая повязка. Жалобы на отеки, боль в области средней трети голени при ходьбе, ограничение подвижности в голеностопном суставе.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура 36,6°C, АД 130/90 мм рт.ст., ЧСС 84 удара в минуту, ЧДД 21 в минуту, вес 97 кг, рост 166 см. Отмечает уменьшение объема мышечной ткани в области правой голени, а также увеличение массы тела в связи с уменьшением физической активности и увеличенным аппетитом. После снятия

¹ Указывается суммарное время на выполнение всех модулей КЗ одним конкурсантом.

лангеты обнаружена рана в области перелома.

Диагноз: S82.2 - Перелом тела большеберцовой кости. I10 Эссенциальная (первичная) гипертензия.

Со слов пациента мать и сестра страдают сахарным диабетом.

Пациент расстроен, угнетен, испытывает чрезмерную тревогу при мысли о том, что не сможет больше двигаться в прежнем объеме.

Пациент считает, что будет обузой для родных, с которыми проживает.

Задания:

1. Выполните диагностические вмешательства, назначенные фельдшером:

- снятие гипсовой лангеты;
- измерение артериального давления;
- проведение пульсоксиметрии;
- проведение термометрии;
- определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови;
- проведение ЭКГ.

2. Обработайте рану голени.

3. Дайте рекомендации пациенту:

- по питанию;
- по соблюдению ЗОЖ;
- по физическим нагрузкам и физической активности;
- по профилактике осложнений;
- о возможных видах психологической помощи.

4. Заполните медицинскую документацию.

Модуль Б. (Профилактическая деятельность) (инвариант)

Время на выполнение модуля – 1,5 часа

Вы – фельдшер ФАП. Пришли на патронаж к новорожденному ребенку.

Девочка родилась на 37 неделе беременности с массой тела 2800 гр., длиной 48 см. Окружность головы 33 см, окружность грудной клетки 31 см. Закричала после принятия реанимационных мер, оценка по шкале Апгар 6 баллов.

Ребенок от I беременности, I родов. На грудном вскармливании. Мама не придерживается диетического питания. Девочка беспокойная, нарушены сон и аппетит.

Объективно: кожа щек гиперемирована, опрелости. ЧДД 40 в минуту, пульс 130 в минуту.

У мамы (в детстве) были часты кожные высыпания. В квартире с ребенком проживают собака и три кота.

Задания:

1. Проведите антропометрическое исследование.
2. Дайте рекомендации по уходу.
3. Дайте рекомендации по организации гипоаллергенного быта.
4. Дайте рекомендации по питанию.
5. Проведите беседу на тему «Физиологические роды».
6. Заполните необходимую медицинскую документацию.

2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВИЛА КОМПЕТЕНЦИИ²

2.1. Особенности проведения Чемпионата

2.1.1. Привлечение статистов

Привлечение статистов для выполнения роли пациента является обязательным условием в рамках реализации конкурсного задания.

² Указываются особенности компетенции, которые относятся ко всем возрастным категориям и чемпионатным линейкам без исключения.

Легенда статистов является закрытой (секретной) частью задания и используется только организаторами чемпионата для подготовки.

2.1.2. Особые требования к конкурсантам

Для допуска к участию в Чемпионате конкурсант должен предоставить справку, подтверждающую обучение в образовательном учреждении на момент проведения чемпионата.

Требования к внешнему виду: конкурсант должен быть одет в медицинский костюм (халат), шапочку, медицинскую обувь (с фиксирующим задником, нескользящей подошвой, из материала, устойчивого к обработке дезинфицирующими средствами).

2.1.3. Особые требования к экспертам

Эксперт должен иметь высшее (квалификация – врач) или среднее профессиональное (квалификация – фельдшер, медицинская сестра) медицинское образование, подтвержденное дипломом об образовании.

Требования к внешнему виду: эксперт должен быть одет в медицинский халат белого цвета, иметь сменную обувь.

2.2. Назначение главного эксперта

2.2.1. Назначение на должность главного эксперта осуществляется по согласованию с Менеджером компетенции.

Главный эксперт напрямую взаимодействует с менеджером компетенции, техническим администратором площадки и представителями Дирекции этапа Чемпионата по вопросам подготовки и организации соревнования по компетенции.

2.2.2. Главный эксперт должен соответствовать требованиям:

- наличие официальной и признанной квалификации;
- производственный и практический опыт в представляемой области;
- знание нормативных документов чемпионата;
- отсутствие нарушений кодекса этики, взысканий по организации и проведению чемпионатов профессионального мастерства прошлых лет.

2.3. Разработка конкурсного задания

2.3.1. Разработка Конкурсного задания проводится Главным экспертом совместно с Менеджером компетенции и индустриальными партнерами.

2.3.2. Назначение и согласование Индустриальных экспертов, Руководителей группы оценки проводится Менеджером компетенции.

2.4. Хранение конкурсной документации

Конкурсная документация подлежит хранению в течение 1 года (до следующего чемпионата) в образовательной организации, проводящего Муниципальный отборочный этап Чемпионата.

2.5. Комната Главного эксперта

Комната Главного эксперта - помещение, в которое ЗАПРЕЩЕН допуск иным лицам!!! В исключительных случаях разрешается допуск:

- Руководителю группы оценки (по рабочим моментам ОЭ);
- Техническому эксперту (в случае непредвиденной ситуации или по приглашению главного эксперта);
- Эксперту-наставнику при подписании оценочной ведомости представляемого конкурсанта;
- Экспертам группы оценки при обсуждении критериев оценивания конкурсанта с экспертом-наставником (решение спорных вопросов оценивания);
- Инженеру-программисту (в случае неисправности компьютерной оргтехники, отсутствия интернет сообщения и др. по приглашению главного эксперта);
- Медицинскому работнику (в случае непредвиденной ситуации или по приглашению главного эксперта).

2.6. Личный инструмент конкурсанта

Нулевой - нельзя ничего привозить.

2.7. Материалы, оборудование и инструменты, запрещенные на площадке:

- Книги, содержащие справочную информацию по сфере компетенции;
- Электронные устройства (мобильные телефоны, iPod, наушники, умные часы и т.д.);
- Bluetooth-устройства;
- Иные видео, фото и звуковые материалы, не предоставленные в качестве задания;
- Программное обеспечение, не указанное в инфраструктурном листе;
- Иное оборудование, не указанное в инфраструктурном листе;
- Украшения, в том числе: цепочки, браслеты.

Эксперт имеет право запретить использование любых предметов, которые будут сочтены не относящимися к выполнению задания, потенциально опасными для статистов и участников или же могущими дать участнику несправедливое преимущество.

3. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Лечебно-профилактическое учреждение (далее ЛПУ) _____
Я, _____, _____, _____, _____
(нижеподписавшаяся) _____, _____, _____, _____
проживающий _____ (проживающая) _____ по _____ адресу:

паспорт: _____
(Серия, номер, дата и место выдачи)

_____, подтверждаю свое согласие на обработку ЛПУ моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и др. в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну. В процессе оказания ЛПУ мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам лечебно-профилактического учреждения в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ЛПУ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС) в Российской Федерации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я разрешаю (не разрешаю) лечащему (дежурному) врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей (результаты исследования могут быть представлены на медицинских конференциях и опубликованы) при условии соблюдения врачебной тайны (сведения личного характера опубликованы не будут).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано _____ 20 ____ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес ЛПУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ЛПУ. В случае получения моего письменного заявления ЛПУ обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Пациент:

_____/_____.
(Ф.И.О., подпись)

Если пациент вследствие его физического недостатка, болезни или неграмотности не может собственноручно подписаться, то согласие может подписать другой гражданин, являющийся его доверенным лицом (законным представителем), с обязательным заверением его подписи зав. отделением:

Доверенное лицо: _____/_____.
(Ф.И.О., подпись)

Реквизиты документа доверенного лица:

(Указать паспортные данные или данные документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Зав. отделением: _____/_____.
(Ф.И.О., подпись)

Контактная информация: _____

(Ф.И.О., телефон законного представителя)

Лечащий (дежурный) врач: _____/_____.
(Ф.И.О., подпись)

Дата: ____/____/20____ г.
_____ час _____ мин.

Время:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ,
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я _____
_____ года рождения
(фамилия, имя, отчество - полностью)

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

_____ являюсь законным
Представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим полностью подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о предварительном диагнозе;
- о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения;
- формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому), указанных ниже видов и методов обследования;
- о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая, независящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью);

Я извещен(извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне (представляемому мною лицу) обследование, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, добровольно даю свое согласие на проведение диагностических исследований:

1. Различные виды диагностических пункция полостей и органов (стернальная, плевральная, суставная, _____ брюшной _____ полости _____ и _____ т.д.)

2. Лучевые методы диагностики с использованием гадолиний содержащих, рентген-контрастные вещества и радиофрампрепаратов: _____

3. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопия с катетеризацией мочеточечников) с возможной лечебно- диагностической биопсией: _____

4. Операция и пункционная биопсия: _____

5.Функциональные и ультразвуковые методы исследований с использованием нагрузочных и провокационных проб: _____

6. Ультразвуковые методы исследования. В том числе трансректальные и трансвагинальные исследования: _____

7.Измерение внутриглазного давления, инсталляции капель для проведения исследований органов зрения: _____

Я _____ согласен (согласна) на осмотр студентами медицинских ВУЗов и ССУЗов исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, также для участия на медицинских конференциях и публикациях в медицинских изданиях, но без указания моих персональных данных.

“ ____ ” _____ 2023г.

_____/_____/_____
Подпись пациента (законного представителя)

Расшифровка подписи

“ ____ ” _____ 2023г.

_____/_____/_____
Подпись врача

Расшифровка подписи

(наименование медицинской
организации)

(адрес, телефон)

Медицинская документация
Учетная форма N 114/у
Утверждена Приказом
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 2 декабря 2009 г. N 942

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ И ТАЛОН К НЕМУ

I. СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ № _____

станции (отделения) скорой медицинской помощи

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество _____

4. Возраст: _____ лет, _____ месяцев

(пункты с 1 по 4 заполняются со
слов больного или по его
документам – нужное подчеркнуть)

5. Пол: мужской - 1, женский - 2

6. Серия и номер документа, удостоверяющего личность (при наличии):

7. Место жительства _____

8. Место оказания скорой медицинской помощи: улица, квартира, рабочее место,
медицинская организация, общественное место (нужное - подчеркнуть), другое (указать)

9. Диагноз врача (фельдшера) бригады скорой медицинской помощи; направление
поликлиники, другой медицинской организации (нужное подчеркнуть и вписать диагноз):

10. Доставлен в _____
(наименование медицинской организации)

« . . . » час. « . . . » мин. _____ 20 . . г.

(число, месяц)

по вызову, принятому в « . . . » час. « . . » мин. _____ 20 . . г.

(число, месяц)

11. Врач (фельдшер) _____
(подпись) (Ф. И.О.)

Оборотная сторона сопроводительного листа

В случае необходимости получения дополнительных сведений следует звонить на станцию
(подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи.

Особенности, связанные с транспортировкой и оказанием скорой медицинской помощи
больному:

Прочие замечания:

II. ТАЛОН
к сопроводительному листу станции (отделения) скорой медицинской помощи №

1. Фамилия _____ 2. Имя _____ 3. Отчество _____	4. Возраст: _____ лет, _____ месяцев (пункты с 1 по 4 заполняются со слов больного или по его документам – нужное подчеркнуть)
---	---

5. Пол: мужской - 1, женский - 2

6. Серия и номер документа, удостоверяющего личность (при наличии):

7. Место жительства _____

8. Место оказания скорой медицинской помощи: улица, квартира, рабочее место,
медицинская организация, общественное место (нужное - подчеркнуть), другое (указать)

9. Обстоятельства несчастного случая _____
(указать)

« . . . » час. « . . . » мин. _____ 20 . . г.
(число, месяц)

10. Оказанная медицинская помощь _____

11. Способ транспортировки: на носилках, на руках, пешком (нужное подчеркнуть)

12. Доставлен в

_____ (наименование медицинской организации)
в « . . . » час. « . . . » мин. _____ 20 . . г.
(число, месяц)

по вызову, принятому в « . . . » час. « . . . » мин. _____ 20 . . г.
(число, месяц)

13. Врач (фельдшер) _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Оборотная сторона Талона

14. Диагноз врача (фельдшера) скорой медицинской помощи, отделения (пункта)
неотложной помощи, поликлиники _____

_____ (нужное подчеркнуть и вписать диагноз)

15. Диагноз врача приемного отделения _____

16. Заключительный клинический диагноз (патологоанатомическое заключение)

17. Операция « . . . » час. « _____ » _____ 20 . . г.
(число, месяц)

Наименование операции

18. Провел в стационаре _____ дней _____ час.

19. Оказана помощь амбулаторно

20. Больной выписан: 1 - здоровым, 2 - с улучшением, 3- без улучшения, 4 - с ухудшением, 5 – умер (нужное - подчеркнуть)

21. Дата выписки больного из стационара « _____ » _____ 20 .. г.

22. Замечания медицинской организации к работе бригады скорой медицинской помощи:

Заведующий отделением (врач отделения) _____
(подпись) (Ф.И.О.)

 наименование учреждения

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Группа крови _____
 Резус-принадлежность _____ Внимание: измененная реактивность

1. Фамилия ребенка _____
 имя _____ отчество _____

2. Дата рождения ". . ." _____ 19 г.

3. Пол: муж., жен. (подчеркнуть) _____

4. Место жительства: район _____ город, село _____,
 улица _____, кв. _____ телефон _____

5. Проживает постоянно (временно): приезжий, из другого города, села (подчеркнуть)

6. Дата взятия на учет в данное учреждение		Откуда прибыл	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
число, месяц, год			
7. Дата снятия с учета		Причина снятия с учета (при переезде указать адрес выбытия)	
число, месяц, год			
число, месяц, год			
8. Показания к диспансерному наблюдению в связи с заболеванием			
Дата взятия на учет	Возраст ребенка	Диагноз	
9. Отметка о посещении детских учреждений			
Дата оформления в детское учреждение	Возраст ребенка	Наименование учреждения	Дата выбытия из детского учреждения

Сведения о семье

Родители и дети (фамилия, И. О.)	Год рождения	Место работы, должность, телефон (для детей - детские учреждения)	Наличие хронических заболеваний
Мать			
Отец			
Дети:			

Хронические заболевания у других лиц, проживающих в квартире _____

Жилищно-бытовые условия _____

Дополнительные данные _____

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные диагнозы). Впервые установленный отметить знаком "+"	+	Подпись врача (фамилия разборчиво)	Отметки о госпитализации (название стационара, даты с ".." по "..")

и т.д. до конца страницы

Учет антибиотиков, примененных при лечении ребенка

Дата назначения	Наименование антибиотика и доза	Продолжительность курса лечения	Реакция на применение антибиотика

и т.д. до конца страницы

продолжение

Учет рентгенологических исследований

Дата исследования	Возраст ребенка	Характер и область исследования (R-графия, R-скопия, Ф-графия)

и т.д. до конца страницы

Сведения о новорожденном

Дата выписки из роддома № _____		Дата получения извещения о новорожденном из роддома № _____	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Место для приклеивания обменной карты

Первичный врачебный патронаж к новорожденному _____

"..." _____ 19... г. _____ в возрасте,

дата посещения

на _____ день после выписки из роддома

Жалобы матери _____

Характер вскармливания _____

Общее состояние ребенка _____

Физиологические рефлексы новорожденного _____

Мышечный тонус _____ телосложение _____

Кожа _____ зев _____

Слизистые _____ состояние питания _____

Костная система _____

_____ череп, швы, роднички, ключицы, состояние тазобедренных суставов

Дыхание _____

частота, характер, форма грудной клетки, перкуссия и аускультация органов дыхания

Сердечно-сосудистая система _____

_____ видимая пульсация, звучность тонов

Пупочная ранка _____

Живот _____ печень _____ селезенка _____

Половые органы _____

Мочепускание _____ характер стула _____

Условия, режим, уход за новорожденным _____

Заключение _____

Назначения и
рекомендации

Подпись врача

ЛИСТ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

Даты профилактических осмотров ребенка врачами и наблюдений медицинской сестрой

Специальность врача (медицинской сестры)	Возраст ребенка при осмотре											
	Месяцы первого года жизни											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Дата осмотра ребенка											
В поликлинике												
1. Педиатр на дому												
2. Травматолог-ортопед												
3. Невропатолог (психонев.)												
4. Офтальмолог												
5. Стоматолог												
6. Другие специалисты												

продолжение

Специальность врача (медицинской сестры)	Кварталы 2-го года				Полугодие 3-го года		Годы жизни			
	I	II	III	IV	I	II	4	5	6	7
В поликлинике										
1. Педиатр на дому										
2. Травматолог-ортопед										
3. Невропатолог (психонев.)										
4. Офтальмолог										
5. Стоматолог										
6. Другие специалисты										

Участковая медсестра _____

Профилактика и лечение рахита

Цель назначения	Назначение витамина D ₂					Ультрафиоле- товое облучение
	Вид пре- парата	Разовая доза и кратность приема	Дата назна- чения	Дата отмены	Всего получил на курс	
Профилак- тическая						
Лечебная						

продолжение

Гимнастика в массах

Наименование комплекса	Возраст	Дата назначения	Отметка о выполнении
I комплекс	1,5-3 мес.		
II комплекс	3-4 мес.		
III комплекс	4-6 мес.		
IV комплекс	6-9 мес.		
V комплекс	9-12 мес.		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВРАЧА О ХАРАКТЕРЕ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА

Вскармливание			
	Грудное	Смешанное	Искусственное
С какого возраста			
По какой возраст			

Срок введения первого прикорма	
Дата введения прикорма	Возраст ребенка

Причины перевода		
На смешанное вскармливание	На искусственное вскармливание	
1	Болезнь матери	1
2	Отсутствие матери	2
3	Гипоталактия	3
4	Отсутствие лактации	4
5	Выход на работу (учебу)	5
6	По желанию матери	6
7	Особенности и патологические состояния ребенка	7
8	Другие причины	8

Примечание: соответствующая цифра обводится кружком, при переводе на смешанное вскармливание в колонке слева, на искусственное - в колонке справа.

Антропометрические данные на первом году жизни				
Возраст (месяцев)	Масса (вес) в гр.	Прирост массы (веса)	Окружность	
			грудной клетки	головы
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

ЭТАПНЫЕ ЭПИКРИЗЫ НА 1-ОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Краткие анамнестические данные

Общие заключения	К 3-м месяцам Дата	К 6-ти месяцам Дата	К 9-ти месяцам Дата	К 12-ти месяцам Дата
Характер вскармливания				
Количество зубов				
Размер большого родничка				
Уровень физического развития (оценка)				
Уровень нервно-психического развития (оценка)				
Перенесенные острые заболевания				
Наличие хронических заболеваний				
Заключение о состоянии здоровья				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 2-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка 3-го года жизни

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Окружность головы				
Состояние питания				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотр педиатром				
Осмотр стоматологом				
Осмотр офтальмологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Профилактические наблюдения и результаты осмотров ребенка с 3-х до 7
(6 лет 11 мес. 29 дней) лет

Дата осмотра				
Возраст ребенка				
Масса (вес)				
Рост				
Окружность груди				
Физическое развитие				
Нервно-психическое развитие				
Осмотры:				
Педиатром				
Ортопедом (хирургом)				
Офтальмологом				
Невропатологом				
Логопедом				
Стоматологом				
Лабораторные исследования				
Заключение				
Назначения				
Подпись врача				

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

Лист текущих наблюдений

Дата и место осмотра	Возраст ребенка	Характер посещения (профилактик. лечебный)	Анамнез, клинические данные	Заключение (диагноз)	Назначения, включая питание	Специальность и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: запись каждого посещения следует отчеркивать линией.

КАРТА УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИММУНИЗАЦИЙ

1. Плановые прививки

Прививка против			Дата проведения	Возраст ребенка	Доза	Серия	Реакция	
							местная	общая
1			2	3	4	5	6	7
Туберкулеза	Вакцинация							
	1. Ревакцинация							
	2. Ревакцинация							
	Вакцинация	1-я прививка						
		2-я прививка						
		3-я прививка						
Полиомиелита	1 ревакцинация	1 прививка						
		2 прививка						
	2 ревакцинация	1 прививка						
		2 прививка						
	3 ревакцинация	1 прививка						
	4 ревакцинация							
Дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС)	Вакцинация							
		1-я прививка						
		2-я прививка						
		3-я прививка						
	1 ревакцинация							
Дифтерии, столбняка (АДС)	1 ревакцинация							
	2 ревакцинация							
Кори	Вакцинация							
Паротита	Вакцинация							
	2. Внеплановые и вновь введенные плановые прививки							

и реакций на прививки

Название пробы	Дата проведения	Возраст ребенка	Серия	Размер инфильтрата	Результат
1	2	3	4	5	6
Реакция Манту	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				

продолжение

Противопоказаний к проведению прививок

Наименование прививки	Отвод прививки		
	дата	причина	указать на какой срок

Лист текущих наблюдений ребенка патронажной сестрой

Дата посещений	Порядковый № патронажа	Возраст ребенка	Цель посещения (патронаж, выполнение назначений врача, приглашение на прививку и др.)	Отметка о выполнении назначений, совет и др.

Место для приклеивания результатов анализов и справок

Инструкция по заполнению учетной формы № 112/у
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

«История развития ребенка» является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и об его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников — до окончания средней школы).

История развития ребенка заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике — при первичном патронаже (вызове на дом) или первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка — с момента поступления в дошкольное учреждение.

Паспортная часть истории развития ребенка, в т. ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (форма № 113/у) «Обменная карта» (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. № 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Медицинская сестра (в детской поликлинике — участковая) заполняет также раздел «Сведения о семье» при первом посещении ребенка на дому или первом обращении его в детскую поликлинику в части, касающейся наличия хронических заболеваний в семье. Для регистрации данных текущих наблюдений патронажной медицинской сестры за ребенком предназначен последний раздел истории развития ребенка.

Все остальные записи производятся врачами всех специальностей в порядке текущих наблюдений. Все записи, сделанные врачами, должны быть ими подписаны.

Истории развития ребенка хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе «Истории развития ребенка» делается соответствующая отметка; указывается дата снятия с учета и причина (переезд, смерть; выбытие из детского учреждения). При переезде указывается обязательно — куда выбыл (адрес). В этом случае в целях обеспечения преемственности в наблюдении за ребенком его «История развития» по запросу с нового места жительства должна передаваться в соответствующую детскую поликлинику. При отсутствии запроса «История» хранится в картотеке регистратуры 3 года, а затем сдается в архив.

При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) «История развития» передается в поликлинику для взрослых по месту жительства.

«История развития ребенка» не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

*«История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 30 и отчета № 31 «О медицинской помощи детям и подросткам-школьникам».**

* Редакция абзаца по Типовой инструкции к заполнению форм первичной мед. документации от 1983 года: «История развития ребенка» используется для составления годового «Отчета лечебно-профилактического учреждения» — форма № 1 (табл. 6.3 и др.) и отчета-вкладыша № 2 «О медицинской помощи детям».

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц ____ год ____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Местность: городская - 1, сельская - 2.
7. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
9. Наименование страховой медицинской организации _____
10. Код категории льготы ____ 11. Документ _____: серия ____ N _____
12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагн оз	Код по МКБ-10	Вр ач

стр. 2 ф. N 025/у

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
17. Место работы, должность _____
18. Изменение места работы _____
19. Изменение места регистрации _____
20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов: _____

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови ____ 22. Rh-фактор ____ 23. Аллергические реакции _____

стр. 3 ф. N 025/у

24. Записи врачей-специалистов:
Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

стр. 4 ф. N 025/y

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

стр. 7 ф. N 025/y

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

стр. 8 ф. N 025/у

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению _____

Листок нетрудоспособности _____

Зав. отделением _____ Лечащий врач _____

стр. 9 ф. N 025/у

28. Заключение врачебной комиссии

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Заключение врачебной комиссии: _____

Рекомендации _____

Председатель _____ Члены комиссии _____

стр. 10 ф. N 025/y

29. Диспансерное наблюдение

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации _____

Врач _____

стр. 11 ф. N 025/y

30. Сведения о госпитализациях

Инструкция для участников

В начале выполнения модуля конкурсного задания у Вас есть 5 минут для ознакомления с обстановкой. Внимательно прочитайте описание ситуации. Выполняйте задания, которые указаны в описании. Обстановка приближена к реальной, действуйте исходя из этой ситуации.

Время на выполнение модулей А, Б по 1,5 часа.

Общаетесь со статистом по вопросам конкурсного задания. Проводите объективный осмотр, диагностические методы исследования, назначаете лечение, рекомендации согласно заданиям модуля.

По окончании выполнения модуля участник приводит в порядок рабочее место.

Инструкция для статистов

- Ко всем конкурсантам проявляете одинаково независимое отношение.
- Ждете представления конкурсанта, затем отвечаете на вопросы, поясняете.
- На заданные вопросы отвечаете односложно да /нет или в рамках легенды.
- На вопросы по объективному статусу отвечаете в рамках данных тестового проекта.
- Даете возможность говорить конкурсанту.
- Четко следуете всем инструкциям.
- Вы не умеете пользоваться тонометром, не контролируете АД.
- Отвечаете на вопросы участника так, как вы поняли.
- Вы не имеете представление о режиме дня, ограничении физической нагрузки, диетическом питании.