



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Ставропольского края

ПРИКАЗ

06 августа 2018 г.

г. Ставрополь

№ 01-05/738

О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854 «О некоторых мерах по реализации Порядка оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи на территории Ставропольского края»

В целях повышения доступности, качества и эффективности оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи при осуществлении медицинской эвакуации пациентов, во исполнение требований Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» и от 22 января 2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» в части осуществления медицинской эвакуации пациентов (далее соответственно – Порядок, Приказ № 388н, Приказ № 36н)

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести в приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854 «О некоторых мерах по реализации Порядка оказания скорой и скорой специализированной медицинской помощи на территории Ставропольского края» (далее – приказ) следующие изменения:

1.1. Наименование приказа изложить в следующей редакции «О некоторых мерах по реализации Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи на территории Ставропольского края».

1.2. Методические рекомендации по медицинской эвакуации больных на территории Ставропольского края в режиме повседневной деятельности, утвержденные приказом, изложить в редакции в соответствии с приложением 1 к настоящему приказу.

1.3. Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации больных специализированной реанимационной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе, утвержденные приказом, изложить в редакции в соответствии с приложением 2 к настоящему приказу.

1.4. Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации больных врачебной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе, утвержденные приказом, изложить в редакции в соответствии с приложением 3 к настоящему приказу.

1.5. Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации больных фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе, утвержденные приказом, изложить в редакции в соответствии с приложением 4 к настоящему приказу.

1.6. В пункте 2:

1.6.1. Подпункт 2.5 изложить в следующей редакции:

«2.5. Осуществлять контроль стандарта оснащения санитарных автомобилей класса «А», «В» и «С» в соответствии с Приложением № 5 «Стандарт оснащения станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи» Порядка, утвержденного Приказом № 388н».

1.6.2. Подпункт 2.6 изложить в следующей редакции:

«2.6. Привести комплектацию лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи в санитарном транспорте в соответствии с требованиями Приказа № 36н.».

1.6.3. Подпункт 2.7 изложить в следующей редакции:

«2.7. Каждый случай межбольничной медицинской эвакуации пациентов всех возрастных групп администрация медицинской организации, из которой переводится больной, должна согласовывать с медицинской организацией, в которую планируется перевод больного на дальнейшее лечение».

1.6.4. Подпункт 2.8 изложить в следующей редакции:

«2.8. На каждый случай межбольничной медицинской эвакуации пациентов с целью формирования единого подхода, учета и анализа объемов оказанной медицинской помощи рекомендовать оформление Карты межбольничной медицинской эвакуации в соответствии с формой, прилагаемой к Методическим рекомендациям по медицинской эвакуации пациентов на территории Ставропольского края, утверждаемым министерством здравоохранения Ставропольского края.».

1.6.5. Подпункт 2.9 признать утратившим силу.

1.7. Пункты 3, 4, 5, 6, 7 признать утратившими силу.

1.8. Пункт 8 изложить в следующей редакции:

«3. Главному внештатному специалисту по скорой медицинской помощи министерства здравоохранения Ставропольского края, главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольско-

го края «Кисловодская городская станция скорой медицинской помощи» Фарсиянцу А.В.:

3.1. Постоянно осуществлять организационно-методическое руководство и консультативную помощь медицинским организациям Ставропольского края по вопросам организации и приведения в соответствие с требованиями законодательства данного вида медицинской помощи.

3.2. Проводить постоянный мониторинг объемов скорой и скорой специализированной медицинской помощи по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации больных на территории Ставропольского края.

3.3. Обеспечить координацию деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края по реализации Порядка, утвержденного Приказом № 388н.»

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителей министра здравоохранения Ставропольского края Козлову Н.А., Кузьменко М.П.

Министр



В.Н. Мажаров

Приложение 1

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «06» августа 2018 г. № 01-05/738 _____

«УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по медицинской эвакуации пациентов на территории Ставропольского края в режиме повседневной деятельности

1. Настоящие Методические рекомендации по медицинской эвакуации пациентов на территории Ставропольского края в режиме повседневной деятельности направлены на реализацию на территории Ставропольского края Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи» в части осуществления медицинской эвакуации пациентов (далее соответственно - методические рекомендации, Порядок, Приказ № 388н).

2. Понятия и термины, используемые в настоящих методических рекомендациях, применяются в тех же значениях, что и в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказе 388н и методических рекомендациях «Организации оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации», утвержденных главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Минздрава России академиком РАН, профессором С.Ф. Багненко от 04.02.2015 года.

3. По месту осуществления медицинская эвакуация подразделяется на эвакуацию внутри муниципальных образований, в границах Ставропольского края и в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, за пределами Ставропольского края.

4. Право осуществлять медицинскую эвакуацию определяется наличием лицензии на соответствующий вид деятельности.

5. Для проведения медицинской эвакуации используются санитарные автомобили, оснащенные в соответствии с требованиями комплектации, установленными Приказом № 388н и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими

изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» (далее – Приказ № 36н).

6. Медицинская эвакуация при направлении пациента для госпитализации в стационар.

6.1. Медицинскую эвакуацию при направлении пациента для госпитализации в стационар осуществляет бригады скорой и скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология», «неонатология», «психиатрия», «педиатрия» станций и отделений медицинских организации государственной системы здравоохранения Ставропольского края.

6.2. При осуществлении медицинской эвакуации при направлении пациентов для госпитализации в стационар медицинскими работниками бригады скорой медицинской помощи заполняется карта вызова скорой медицинской помощи (статистическая форма № 110/у). Медицинская помощь в пути следования оказывается на основе стандартов скорой медицинской помощи.

6.3. Оплата вызова скорой медицинской помощи по медицинской эвакуации при направлении пациентов для госпитализации в стационар осуществляется с учетом профиля бригады по тарифам вызова скорой медицинской помощи, утверждаемым тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края.

7. Межбольничная медицинская эвакуация.

7.1. Межбольничная медицинская эвакуация находящегося на стационарном лечении пациента осуществляется в медицинские организации, расположенные в муниципальном образовании (городской округ, муниципальный район), в специализированные медицинские организации на территории Ставропольского края и за его пределы. Проводится в тех случаях, когда пациент нуждается в специализированной или высокотехнологичной медицинской помощи, которая не может быть ему предоставлена в медицинской организации, где он находится.

7.2. Межбольничную медицинскую эвакуацию находящегося на стационарном лечении пациента осуществляют бригады скорой и скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология», «неонатология», «психиатрия», «педиатрия» станций и отделений медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, в том числе специализированных медицинских организаций Ставропольского края (государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Ставропольская краевая клиническая больница», ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр», ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1», ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», ГБУЗ СК «Ессентукская городская клиническая больница», ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница № 1», ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» города Пятигорска,

ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя).

7.3. Межбольничную медицинскую эвакуацию пациента, находящегося на стационарном лечении, рекомендуется осуществлять с оказанием медицинской помощи с учетом методических рекомендаций, утверждаемых министерством здравоохранения Ставропольского края.

7.4. При осуществлении межбольничной медицинской эвакуации руководителю выездной бригады скорой и скорой специализированной медицинской помощи в дополнение к карте вызова скорой медицинской помощи (статистическая форма № 110у) рекомендуется заполнять карту межбольничной медицинской эвакуации в соответствии с формой, прилагаемой к настоящим методическим рекомендациям.

7.5. Оплата вызовов скорой медицинской помощи по межбольничной медицинской эвакуации пациентов при их перегоспитализации из стационара в стационар, осуществляется с учетом профиля бригады, пройденного расстояния санитарным автомобилем по тарифам вызовов скорой медицинской помощи по межбольничной медицинской эвакуации, утверждаемым тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края.

8. Решение о транспортабельности пациента принимает врач выездной бригады скорой или скорой специализированной медицинской помощи при очной консультации.

9. При необходимости выездные бригады скорой и скорой специализированной медицинской помощи проводят медицинскую эвакуацию пациентов с железнодорожных вокзалов и аэропортов в медицинские организации и из медицинских организаций на вокзалы и в аэропорты с применением санитарного автотранспорта класса «В» и «С».

10. Пациенты, доставленные бригадами скорой медицинской помощи при осуществлении медицинской эвакуации при межбольничном переводе, подлежат обязательному и немедленному приему в приемных отделениях медицинских организаций.

Заместитель министра



М.П. Кузьменко

Приложение

к Методическим рекомендациям по медицинской эвакуации пациентов на территории Ставропольского края в режиме повседневной деятельности, утвержденным приказом министерства здравоохранения Ставропольского края

ФОРМА

КАРТА

межбольничной медицинской эвакуации

вызов № _____

Врач _____
Фельдшер, М/С _____

Дата/время _____ / _____
Время транспортировки _____

Ф.И.О. пациента (ки) _____	дата рождения _____	возраст _____
Место жительства _____		
Место вызова (медицинская организация (далее – МО), отделение) _____		-телефон _____
Кто вызывает (Ф.И.О. врача, должность) _____		
Цель вызова _____		
Пункт назначения (МО, отделение) _____		
Диагноз направляющей МО _____		

Пациент осмотрен (Ф.И.О. врача) _____
Совместно с (Ф.И.О., должность) _____
Дата и время осмотра « _____ » 201 _____ г. « _____ - _____ »

Жалобы на момент осмотра _____
Данные анамнеза _____
Данные объективного осмотра _____
Получает лечение _____
Заключение о транспортабельности _____
Показано: катетеризация центральной вены ; катетеризация периферической вены ; интубация трахеи ; санация ВДП, ТДБ ; ингаляционный наркоз ; ИВЛ, ВВЛ , $Fi O_2$ _____ ; ЧДД _____, Рвд _____ см H_2O -маска, носовой катетер; плевральная пункция ; желудочный зонд ; промывание желудка ; уретральный катетер ; ЭКГ ; мониторинг ; дефибрилляция/кардиоверсия ; пульсоксиметрия ; другие мероприятия _____

-----линия отреза-----
Сопроводительный талон № _____

Ф.И.О. пациента _____ возраст _____
Доставлен из _____
Диагноз _____

Пациент доставлен в _____, « _____ » 201 _____ г. _____ ч. _____ мин.
Общее время в пути _____
Динамика состояния ДА/ НЕТ _____

Врач/ фельдшер _____ Водитель _____
Принял (Ф.И.О. врача, должность) _____

Во время транспортирования проведено: катетеризация центральной вены; катетеризация периферической вены; интубация трахеи; санация ВДП, ТДБ; ингаляционный наркоз; ИВЛ, ВВЛ, Fi O² __; ЧДД __, Рвд __ см Н²О-маска, носовой катетер; плевральная пункция; желудочный зонд; промывание желудка; уретральный катетер; ЭКГ; мониторинг; дефибрилляция/кардиоверсия; пульсоксиметрия; другие мероприятия _____

Медикаментозная помощь: _____

Мониторинг состояния пациента (интервал _____ мин).

Время																				
АД																				
ЧСС																				
Пульс																				
ЧД																				
Т°С																				
SpO ²																				

Данные ЭКГ: Ритм _____, ЧСС _____, Эл.ось _____, P=P _____, PQ _____, QT _____, QRS _____,

Пациент доставлен в _____, « ____ » _____ 201 ____ г. ____ ч. ____ мин.
 Принял (Ф.И.О. врача, должность) _____
 Замечание дежурного врача _____

----- линия отреза ----- линия отреза -----
 Во время транспортирования проведено: катетеризация центральной вены; катетеризация периферической вены; интубация трахеи; санация ВДП, ТДБ; ингаляционный наркоз; ИВЛ, ВВЛ, Fi O² __; ЧДД __, Рвд __ см Н²О-маска, носовой катетер; плевральная пункция; желудочный зонд; промывание желудка; уретральный катетер; ЭКГ; мониторинг; дефибрилляция/кардиоверсия; пульсоксиметрия; мониторинг (с интервалом _____ мин.).

Время																				
АД																				
ЧСС																				
Пульс																				
ЧД																				
Т°С																				
SpO ₂																				

Медикаментозная помощь: _____

Заместитель министра



М.П. Кузьменко

Приложение 2

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «06» августа 2018 г. № 01-05/738 _____

«УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов специализированной реанимационной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе

1. Настоящие Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов специализированной реанимационной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе направлены на реализацию на территории Ставропольского края Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее соответственно - методические рекомендации, Порядок, Приказ № 388н), и приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» в части осуществления медицинской эвакуации больных (далее - Приказ № 36н).

Положения настоящих методических рекомендаций направлены на формирование единого подхода к осуществлению межбольничной медицинской эвакуации на территории Ставропольского края, повышение доступности данного вида медицинской помощи и урегулирование организационных вопросов, возникающих при взаимодействии медицинских организаций.

2. Понятия и термины, используемые в настоящих методических рекомендациях, применяются в тех же значениях, что и в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказе № 388н и методических рекомендациях «Организации оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации», утвержденных главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Минздрава России академиком РАН, профессором С.Ф. Багненко от 04.02.2015 года.

3. Медицинская эвакуация организуется и осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом № 388н, обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

4. Вид санитарного транспорта, состав бригады и категория пациентов.

Санитарный автомобиль класса «С» и состав бригады формируется в соответствии с требованиями, установленными Приказом № 388н и Приказом № 36н.

Межбольничная медицинская эвакуация реанимационной бригадой скорой медицинской помощи показана:

- пациентам, находящимся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, нуждающимся в межбольничном переводе, в случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи в той медицинской организации, где он находится;

- пациентам, находящимся в среднетяжелом состоянии, угрожаемом по развитию декомпенсации витальных функций, нуждающимся в межбольничном переводе в случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи в той медицинской организации, где он находится;

- пациентам, находящимся на лечении в медицинских организациях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, за пределами Ставропольского края, находящимся в тяжелом состоянии, нуждающимся в межбольничном переводе на предыдущий этап эвакуации, в случае наличия возможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинской организации при длительных сроках стационарного лечения.

5. Противопоказания для межбольничной медицинской эвакуации анестезиолого-реанимационной бригадой:

5.1. Терминальное состояние.

5.2. Рефрактерный гиповолемический шок 2- 3 степени.

5.2.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватной инфузионной терапии (обеспечения нормоволемии) достигнута стабилизация гемодинамики или гемодинамика поддерживается стабильными дозами вазопрессоров/инотропов (дофамин не более 10 мкг/кг/мин, мезатон не более-0,6мкг/кг/мин, норадреналин не более-0,1мкг/кг/мин).

5.3. Рефрактерный септический шок.

5.3.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватной инфузионной терапии (обеспечения нормоволемии) достигнута стабилизация гемодинамики, или гемодинамика поддерживается стабильными дозами вазопрессоров/инотропов (дофамин не более 10 мкг/кг/мин, мезатон не более-0,6мкг/кг/мин, норадреналин не более-0,1мкг/кг/мин).

- обязательное проведение хирургической санации первичного очага.

5.4. Рефрактерный кардиогенный шок.

5.4.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватной инфузионной терапии (обеспечения нормоволемии) достигнута стабилизация гемодинамики или гемодинамика поддерживается стабильными дозами вазопрессоров/инотропов (дофамин не более 10 мкг/кг/мин, мезатон не более-0,6мкг/кг/мин, норадреналин не более-0,1мкг/кг/мин).

- если межбольничная медицинская эвакуация проводится для хирургического лечения острого коронарного синдрома (противопоказанием к эвакуации является терминальное состояние пациента).

5.5. Некупированная артериальная гипертензия.

5.5.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- достигнуто (в том числе на фоне постоянного введения гипотензивных препаратов) артериальное давление не выше 170/100 мм.рт.ст.;

- достигнуто (в том числе на фоне постоянного введения гипотензивных препаратов) не более чем на 20% выше адаптированных значений.

5.6. Продолжающееся наружное или внутреннее кровотечение (в том числе на фоне коагулопатии).

5.6.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после окончательной или временной (при невозможности окончательной) остановки кровотечения.

5.6.2. При подозрении на внутреннее кровотечение необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (ультразвуковое исследование (далее – УЗИ), лапароскопия, пункция плевральных полостей и т.д.) для исключения внутреннего кровотечения.

5.7. Недренированный пневмоторакс.

5.7.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после выполнения дренирования плевральной полости.

5.7.2. При подозрении на пневмоторакс необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (рентгенография органов грудной полости, УЗИ, пункция плевральных полостей) для исключения пневмоторакса.

5.8. Некупированный болевой синдром (в том числе коронарный).

5.8.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватного обезболивания.

5.8.2. Критерий адекватности обезболивания у пациентов в сознании – выраженность болевого синдрома по десятибалльной визуально-аналоговой шкале менее 3 баллов.

5.9. Сложные нарушения ритма и проводимости:

5.9.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- купирование тахикардии с достижением частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС) не выше 120 в минуту;

- купирование брадикардии с достижением ЧСС не ниже 50 в минуту.

5.9.2. Если медикаментозная коррекция неэффективна, то до начала эвакуации необходима установка временного кардиостимулятора.

5.10. Гидроторакс объемом более 1000 мл.

5.10.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена диагностическая пункция плевральной полости при подозрении на пио- или гемоторакс;

- устранение гидроторакса пункционным методом или дренированием плевральной полости;

- дренирование плевральной полости при наличии гемоторакса.

5.10.2. При наличии признаков гидроторакса на рентгенограмме органов грудной полости необходимо оценить его объем с помощью доступных методов (УЗИ, компьютерной томографии и т. д.).

5.11. Отсутствие адекватной иммобилизации переломов трубчатых костей.

5.11.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена адекватная иммобилизация наложением гипсовых повязок с захватом двух ближайших суставов, либо наложением фиксирующей металлоконструкции;

- выполненная иммобилизация исключает любую патологическую подвижность отломков;

- при не исключенной травме шейного отдела позвоночника - обязательная иммобилизация шейного отдела позвоночника.

5.12. Некупированная гипоксия.

5.12.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- пациент находится на самостоятельном, обеспечивающем дыхании (SaO_2 более 93% при FiO_2 менее 60%, при газотоке кислорода менее 6 л/мин., частоте дыхания не более 25 в минуту);

- пациент находится на искусственной вентилиции легких (далее – ИВЛ), с обеспечением нормоксии (нормоксемии) (SaO_2 не менее 93%, PaO_2 не менее 70 мм. рт. ст. при FiO_2 не более 70%).

5.12.2. В ситуации, когда разрешить гипоксемию удастся лишь с помощью «жестких»/«агрессивных» параметров ИВЛ, эвакуация возможна только в тех случаях, если класс транспортного респиратора не ниже стационарного.

5.12. Если у пациента предполагается «трудный дыхательный путь», и/или в процессе медицинской эвакуации прогнозируется необходимость в проведении ИВЛ - необходимо до начала эвакуации обеспечить проходимость верхних дыхательных путей (далее – ВДП) (интубация трахеи).

5.13. Отсутствие адекватного венозного доступа.

5.13.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- наличие центрального или периферического венозного катетера;
- количество и диаметр периферических катетеров должны соответствовать запланированной во время медицинской эвакуации инфузионной программе.

5.13.2. Показания к катетеризации центральной вены совпадают с «общереанимационными».

5.14. Острая анемия.

5.14.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- проведена коррекция анемии с достижением гемоглобина не менее 90 г/л.

5.15. Внутричерепная гипертензия.

5.15.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- обеспечено поддержание адекватного церебрального перфузионного давления (артериальное давление (далее – АД) среднее не ниже 100 мм рт. ст.) стабильными дозами вазопрессоров/инотропов (дофамин не более 10 мкг/кг/мин, мезатон не более-0,6мкг/кг/мин, норадреналин не более-0,1мкг/кг/мин);

- выполнена герметизация верхних дыхательных путей (интубация трахеи или трахеостомия) при угнетении сознания до сопора и глубже (кома 1-2 степени) и/или наличии бульбарных расстройств;

- обеспечена адекватная анальгоседация (отсутствует реакция на эндо-трахеальную трубку, судороги, патологическая активность головного мозга (клинически), психомоторное возбуждение и т. д.).

6. Организация межбольничной медицинской эвакуации.

Решение о необходимости межбольничной медицинской эвакуации принимается заведующим или ответственным врачом смены того отделения, где находится пациент.

Решение о возможности межбольничной медицинской эвакуации согласовывается руководителями или заместителями руководителя соответствующих медицинских организаций. Сроки медицинской эвакуации, вид медицинской бригады определяется только после согласования с принимающим стационаром.

Порядок проведения и объем предэвакуационной подготовки, время начало транспортировки, транспортабельность пациента определяет врач, непосредственно ответственный за осуществление межбольничной медицинской эвакуации после очного осмотра пациента.

7. Предэвакуационная подготовка включает в себя следующие мероприятия:

- мероприятия по стабилизации гемодинамики;
- мероприятия по обеспечению адекватного газообмена;
- обеспечение адекватного венозного доступа;
- транспортную иммобилизацию;

- установку мочевого катетера, назогастрального зонда;
- гемотрансфузию, плазмотрансфузию;
- диагностические мероприятия, необходимые для определения транспортабельности пациента;
- адекватное обезболивание и седацию;
- расчет потребности в расходных материалах и медикаментах.

Предэвакуационная подготовка осуществляется силами и средствами того отделения, из которого производится медицинская эвакуация.

8. Медицинская помощь при осуществлении межбольничной медицинской эвакуации может включать в себя:

- мониторинг (частота сердечных сокращений, АД, SaO₂, частота дыхательных движений, температура тела, параметры ИВЛ, гликемия).
- профилактику переохлаждения или перегревания пациента;
- транспортную иммобилизацию;
- обеспечение проходимости ВДП;
- проведение ИВЛ (по показаниям);
- инфузионную терапию (по показаниям);
- введение курсовых лекарственных препаратов с соблюдением временных интервалов;
- при изменении состояния пациента в процессе транспортировки проведение симптоматической терапии (по показаниям);
- нутритивную поддержку (по показаниям);
- ведение медицинской документации с временным интервалом внесения данных мониторинга – не реже 15 мин.

9. После завершения межбольничной медицинской эвакуации производится совместный осмотр с врачом принимающего отделения. В карте медицинской эвакуации фиксируется время перевода пациента из санитарного транспорта в отделение стационара и описывается его состояние. Отрывной сопроводительный талон карты межбольничной медицинской эвакуации вкладывается в стационарную карту.

Заместитель министра



М.П. Кузьменко

Приложение 3

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «06» августа 2018 г. № 01-05/738 _____

«УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов врачебной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе

1. Настоящие Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов врачебной бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе направлены на реализацию на территории Ставропольского края Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее соответственно – методические рекомендации, Порядок, Приказ № 388н), и приказа Министерства здравоохранения России от 22 января 2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» в части осуществления медицинской эвакуации больных (далее - Приказ № 36н).

Положения настоящих методических рекомендаций направлены на формирование единого подхода к осуществлению межбольничной медицинской эвакуации на территории Ставропольского края, повышение доступности данного вида медицинской помощи и урегулирование организационных вопросов, возникающих при взаимодействии медицинских организаций.

2. Понятия и термины, используемые в настоящих методических рекомендациях, применяются в тех же значениях, что и в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказе 388н и методических рекомендациях «Организации оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации», утвержденных главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Минздрава России академиком РАН, профессором С.Ф. Багненко от 04.02.2015 года.

3. Медицинская эвакуация организуется и осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом № 388н, обязательными для ис-

полнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

4. Вид санитарного транспорта, состав бригады и категория больных.

Санитарный автомобиль класса «В» и состав бригады формируется в соответствии с требованиями, установленными Приказом № 388н и Приказом № 36н.

Медицинская эвакуация при межбольничном переводе врачебной бригадой показана:

- пациентам, находящимся в тяжелом и среднетяжелом состоянии, на последующий этап эвакуации в случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи в той медицинской организации, где находится пациент;

- пациентам, находящимся в тяжелом и среднетяжелом состоянии, на предыдущий этап эвакуации в случае наличия возможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинской организации.

Межбольничная медицинская эвакуация врачебной бригадой показана пациентам, находящимся в тяжелом и среднетяжелом состоянии с компенсированными или субкомпенсированными витальными функциями, имеющим показания для межбольничного перевода. Время эвакуации не должно превышать 3 часа. При предполагаемой продолжительности эвакуации свыше 3 часов следует использовать реанимобиль класса «С» и применять соответствующий протокол эвакуации.

5. Противопоказания для межбольничной медицинской эвакуации врачебной бригадой:

5.1. Терминальное состояние.

5.2. Шок любой этиологии.

5.3. Некупированная артериальная гипертензия.

5.3.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- достигнуто (без постоянного введения гипотензивных препаратов) артериальное давление (далее – АД) не выше 170/100 мм.рт.ст.;

- достигнуто (без постоянного введения гипотензивных препаратов) АД не более чем на 20% выше адаптированных значений.

5.4. Продолжающееся наружное или внутреннее кровотечение (в том числе на фоне коагулопатии).

5.4.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после окончательной или временной (при невозможности окончательной) остановки кровотечения.

5.4.2. При подозрении на внутреннее кровотечение необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (ультразвуковое исследование (далее – УЗИ), лапароскопия, пункция плевральных полостей и т.д.) для исключения внутреннего кровотечения.

5.5. Недренированный пневмоторакс.

5.5.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после выполнения дренирования плевральной полости.

5.5.2. При подозрении на пневмоторакс необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (рентгенография органов грудной полости (далее – ОГП), УЗИ, пункция плевральных полостей) для исключения пневмоторакса.

5.6. Некупированный болевой синдром (в том числе коронарный).

5.6.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватного обезболивания.

5.6.2. Критерий адекватности обезболивания у пациентов в сознании – выраженность болевого синдрома по десятибалльной визуально-аналоговой шкале менее 3 баллов.

5.7. Сложные нарушения ритма и проводимости.

5.7.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- купирование тахикардии с достижением частоты сердечных сокращений (далее - ЧСС) не выше 120 в минуту;

- купирование брадикардии с достижением ЧСС не ниже 50 в минуту.

5.7.2. Если медикаментозная коррекция неэффективна, то до начала эвакуации необходима установка временного кардиостимулятора.

5.8. Гидроторакс объемом более 1000 мл.

5.8.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена диагностическая пункция плевральной полости при подозрении на пио- или гемоторакс;

- устранение гидроторакса пункционным методом или дренированием плевральной полости;

- дренирование плевральной полости при наличии гемоторакса.

5.8.2. При наличии признаков гидроторакса на рентгенограмме органов грудной полости необходимо оценить его объем с помощью доступных методов (УЗИ, компьютерной томографии и т. д.).

5.9. Отсутствие адекватной иммобилизации переломов трубчатых костей.

5.9.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена адекватная иммобилизация наложением гипсовых повязок с захватом двух ближайших суставов, либо наложением фиксирующей металлоконструкции;

- выполненная иммобилизация исключает любую патологическую подвижность отломков;

- при не исключенной травме шейного отдела позвоночника - обязательная иммобилизация шейного отдела позвоночника.

5.10. Некупированная гипоксия.

- пациенты на искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ);

- пациенты с предполагаемым «трудным дыхательным путем», и/или если в процессе медицинской эвакуации прогнозируется необходимость проведения ИВЛ.

5.10.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- пациент находится на самостоятельном, обеспечивающем дыхании (SaO_2 более 95% при FiO_2 менее 50 %, при газотоке кислорода менее 5 л/мин., частоте дыхания не более 25 в минуту).

5.11. Отсутствие адекватного венозного доступа.

5.11.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- наличие центрального или периферического венозного катетера;
- количество и диаметр периферических катетеров должны соответствовать запланированной во время медицинской эвакуации инфузионной программе.

5.11.2. Показания к катетеризации центральной вены совпадают с «общереанимационными».

5.12. Острая анемия.

5.12.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- проведена коррекция анемии с достижением гемоглобина не менее 90 г/л.

5.13. Внутричерепная гипертензия.

5.13.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- обеспечено поддержание адекватного церебрального перфузионного давления (АД среднее не ниже 100 мм рт. ст.) без использования вазопрессоров/инотропов;

- угнетении сознания не достигают степени сопора;
- отсутствуют бульбарные расстройства;
- обеспечена адекватная аналгоседация (отсутствуют: судороги, патологическая активность головного мозга (клинически), психомоторное возбуждение и т. д.).

6. Организация межбольничной медицинской эвакуации.

Решение о необходимости межбольничной медицинской эвакуации принимается заведующим или ответственным врачом смены того отделения, где находится пациент. Рекомендуются согласовывать тактику ведения пациентов, подлежащих эвакуации с врачами-консультантами отделения экстренной консультативной помощи.

Решение о возможности межбольничной медицинской эвакуации согласовывается руководителями или заместителями руководителя соответствующих медицинских организаций. Сроки медицинской эвакуации, вид медицинской бригады определяется только после согласования с принимающим стационаром.

Порядок проведения и объем предэвакуационной подготовки, время начало транспортировки, транспортабельность пациента определяет врач,

непосредственно ответственный за осуществление межбольничной медицинской эвакуации после очного осмотра пациента.

При сомнениях в достаточности врачебной бригады для обеспечения эвакуации - организовать эвакуацию реанимационной бригадой.

7. Предэвакуационная подготовка включает в себя:

- мероприятия по стабилизации гемодинамики;
- мероприятия по обеспечению адекватного газообмена;
- обеспечение адекватного венозного доступа;
- транспортную иммобилизацию;
- установку мочевого катетера, назогастрального зонда;
- гемотрансфузию, плазмотрансфузию;
- диагностические мероприятия, необходимые для определения транспортабельности пациента;
- адекватное обезболивание и седативную терапию;
- расчет потребности в расходных материалах и медикаментах.

Предэвакуационная подготовка осуществляется силами и средствами того отделения, из которого производится эвакуация.

8. Медицинская помощь при осуществлении межбольничной медицинской эвакуации включает в себя:

- мониторинг (частота сердечных сокращений, АД, SaO₂, частота дыхательных движений, температуру тела);
- профилактику переохлаждения и перегревания пациента;
- транспортную иммобилизацию;
- кислородотерапию (по показаниям);
- инфузионную терапию (по показаниям);
- введение курсовых лекарственных препаратов с соблюдением временных интервалов (по показаниям);
- при изменении состояния пациента в процессе транспортировки проведение симптоматической терапии (по показаниям);
- ведение медицинской документации с временным интервалом внесения данных мониторинга – не реже 20 минут.

После завершения межбольничной медицинской эвакуации производится совместный осмотр с врачом принимающего отделения. В карте межбольничной медицинской эвакуации фиксируется время перевода пациента из санитарного транспорта в отделение стационара и описывается его состояние. Отрывной сопроводительный талон карты межбольничной медицинской эвакуации вкладывается в стационарную карту.

Заместитель министра



М.П. Кузьменко

Приложение 4

к приказу министерства здравоохранения
Ставропольского края
от «06» августа 2018 г. № 01-05/738_____

«УТВЕРЖДЕНЫ

приказом министерства здравоохранения
Ставропольского края
от 22 декабря 2014 г. № 01-05/854

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе

1. Настоящие Методические рекомендации по осуществлению межбольничной медицинской эвакуации пациентов фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи при межбольничном переводе направлены на реализацию на территории Ставропольского края Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (далее соответственно - методические рекомендации, Порядок, Приказ № 388н), и приказа Министерства здравоохранения России от 22 января 2016 г. № 36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи» в части осуществления межбольничной медицинской эвакуации больных (далее - Приказ № 36н).

Положения настоящих методических рекомендаций направлены на формирование единого подхода к осуществлению межбольничной медицинской эвакуации на территории Ставропольского края, повышение доступности данного вида медицинской помощи и урегулирование организационных вопросов, возникающих при взаимодействии медицинских организаций.

2. Понятия и термины, используемые в настоящих методических рекомендациях, применяются в тех же значениях, что и в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказе 388н, Приказе № 36н и методических рекомендациях «Организации оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации», утвержденных главным внештатным специалистом по скорой медицинской помощи Минздрава России академиком РАН, профессором С.Ф. Багненко от 04.02.2015 года.

3. Межбольничной медицинской эвакуация организуется и осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом № 388н, обяза-

тельными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

4. Вид санитарного транспорта, состав бригады и категория больных.

Санитарный автомобиль класса «В» и состав бригады формируются в соответствии с требованиями, установленными Приказом № 388н.

Медицинская эвакуация при межбольничном переводе фельдшерской бригадой показана:

- пациентам, находящимся в среднетяжелом и удовлетворительном состоянии, на последующий этап эвакуации в случае отсутствия возможности оказания необходимой медицинской помощи в той медицинской организации, где находится пациент;

- пациентам, находящимся в среднетяжелом и удовлетворительном состоянии, на предыдущий этап эвакуации в случае наличия возможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинской организации.

5. Противопоказания для межбольничной медицинской эвакуации фельдшерской бригадой:

5.1. Крайне тяжелое состояние.

5.2. Шок любой этиологии.

5.3. Некупированная артериальная гипертензия.

5.3.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- достигнуто (без постоянного введения гипотензивных препаратов) артериальное давление (далее – АД) не выше 170/100 мм.рт.ст.;

- достигнуто (без постоянного введения гипотензивных препаратов) АД не более чем на 20% выше адаптированных значений.

5.4. Продолжающееся наружное или внутреннее кровотечение (в том числе на фоне коагулопатии).

5.4.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после окончательной или временной (при невозможности окончательной) остановки кровотечения.

5.4.2. При подозрении на внутреннее кровотечение необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (ультразвуковое исследование (далее – УЗИ), лапароцентез, пункция плевральных полостей и т.д.) для исключения внутреннего кровотечения.

5.5. Недренированный пневмоторакс.

5.5.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после выполнения дренирования плевральной полости.

5.5.2. При подозрении на пневмоторакс необходимо использовать весь доступный комплекс диагностических мероприятий, показанных в данной ситуации (рентгенография органов грудной полости, УЗИ, пункция плевральных полостей) для исключения пневмоторакса.

5.6. Некупированный болевой синдром (в том числе коронарный).

5.6.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- после проведения адекватного обезболивания.

5.6.2. Критерий адекватности обезболивания у пациентов в сознании – выраженность болевого синдрома по десятибалльной визуально-аналоговой шкале менее 3 баллов.

5.7. Сложные нарушения ритма и проводимости.

5.7.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- купирование тахиаритмии с достижением частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС) не выше 120 в минуту.

- купирование брадиаритмии с достижением ЧСС не ниже 50 в минуту.

5.7.2. Если медикаментозная коррекция неэффективна, то до начала эвакуации необходима установка временного кардиостимулятора.

5.8. Гидроторакс объемом более 1000 мл.

5.8.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена диагностическая пункция плевральной полости при подозрении на пио- или гемоторакс;

- устранение гидроторакса пункционным методом или дренированием плевральной полости;

- дренирование плевральной полости при наличии гемоторакса.

5.8.2. При наличии признаков гидроторакса на рентгенограмме органов грудной полости необходимо оценить его объем с помощью доступных методов (УЗИ, компьютерной томографии и т. д.).

5.9. Отсутствие адекватной иммобилизации переломов трубчатых костей.

5.9.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- выполнена адекватная иммобилизация наложением гипсовых повязок с захватом двух ближайших суставов, либо наложением фиксирующей металлоконструкции;

- выполненная иммобилизация исключает любую патологическую подвижность отломков;

- при неисключенной травме шейного отдела позвоночника - обязательная иммобилизация шейного отдела позвоночника.

5.10. Некупируемая гипоксия.

- пациенты на искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ);

- пациенты с предполагаемым «трудным дыхательным путем», и/или если в процессе медицинской эвакуации прогнозируется необходимость проведения ИВЛ.

5.10.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- пациент находится на самостоятельном, обеспечивающем дыхании (SaO_2 более 95% при FiO_2 менее 50 %, при газотоке кислорода менее 5 л/мин., частоте дыхания не более 25 в минуту).

5.11. Отсутствие адекватного венозного доступа.

5.11.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- наличие центрального или периферического венозного катетера;
- количество и диаметр периферических катетеров должны соответствовать запланированной во время межбольничной медицинской эвакуации инфузионной программе.

5.11.2. Показания к катетеризации центральной вены совпадают с «общереанимационными».

5.12. Острая анемия.

5.12.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- проведена коррекция анемии с достижением гемоглобина не менее 90 г/л.

5.13. Внутричерепная гипертензия.

5.13.1. Пациент признается транспортабельным в следующей ситуации:

- обеспечено поддержание адекватного церебрального перфузионного давления (АД среднее не ниже 100 мм рт. ст.) без использования вазопрессоров/инотропов;

- угнетение сознания не достигает глубокого оглушения;

- отсутствуют бульбарные расстройства;

- обеспечена адекватная аналгоседация (отсутствуют: судороги, патологическая активность головного мозга (клинически), психомоторное возбуждение и т. д.).

б. Организация межбольничной медицинской эвакуации.

Решение о необходимости межбольничной медицинской эвакуации принимается заведующим или ответственным врачом смены того отделения, где находится пациент. Рекомендуется согласовывать тактику ведения пациентов, подлежащих эвакуации с врачами-консультантами отделения экстренной консультативной помощи.

Решение о возможности межбольничной медицинской эвакуации согласовывается руководителями или заместителями руководителя соответствующих медицинских организаций. Сроки медицинской эвакуации, вид медицинской бригады определяется только после согласования с принимающим стационаром.

Порядок проведения и объем предэвакуационной подготовки, время начало транспортировки, транспортабельность пациента определяет старший врач смены или заместитель руководителя медицинской организации, курирующий службу скорой помощи.

При сомнениях в достаточности фельдшерской бригады для обеспечения эвакуации, необходимо организовывать эвакуацию врачебной бригадой.

7. Предэвакуационная подготовка может включать в себя:

- обеспечение адекватного венозного доступа;

- транспортную иммобилизацию;

- установку мочевого катетера, назогастрального зонда;

- гемотрансфузию, плазмотрансфузию;

- диагностические мероприятия, необходимые для определения транспортабельности пациента;

- адекватное обезболивание;

- расчет потребности в расходных материалах и медикаментах.

Предэвакуационная подготовка осуществляется силами и средствами того отделения, из которого производится эвакуация.

8. Медицинская помощь при осуществлении межбольничной медицинской эвакуации может включать в себя:

- мониторинг (ЧСС, АД, SaO₂, частота дыхательных движений, температуру тела);

- профилактику переохлаждения и перегревания пациента;

- транспортную иммобилизацию;

- кислородотерапию (по показаниям);

- инфузионную терапию (по показаниям);

- введение курсовых лекарственных препаратов с соблюдением временных интервалов;

- при изменении состояния пациента в процессе транспортировки проведение симптоматической терапии (по показаниям);

- ведение медицинской документации с временным интервалом внесения данных мониторинга – не реже 30 минут.

После завершения межбольничной медицинской эвакуации производится совместный осмотр с врачом принимающего отделения. В карте медицинской эвакуации фиксируется время перевода пациента из санитарного транспорта в отделение стационара и описывается его состояние. Отрывной сопроводительный талон карты межбольничной медицинской эвакуации вкладывается в медицинскую карту стационарного больного.

Заместитель министра



М.П. Кузьменко