Приложение №5

к приказу ГБУЗ «ИОКБ»

№ 1191 от 08.10.2019г.

**ПРОТОКОЛ ПОВТОРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ВРАЧЕБНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

|  |
| --- |
| **Поля, заполняемые лечащим врачом (в формате MS Word)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата заявки на консультацию: |  | Характер проведения ТМК (срочная/плановая): |  |
| Пациент (Ф. И. О.): |  |
| Дата рождения: |  | Возраст: |  | Время от начала заболевания |  |
| Пациент представлен на консультацию врачом: (специальность, фамилия, имя, отчество полностью): |
|  |
| В настоящее время пациент находится на стационарном лечении в отделении: |  |
|  | (наименование) |

с диагнозом:

|  |
| --- |
|  |

**ПРОВЕДЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ:**

|  |
| --- |
|  |

**ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ:**

Жалобы:

|  |
| --- |
|  |

Степень тяжести:

|  |
| --- |
|  |

Сознание:

|  |
| --- |
|  |

Цвет кожных покровов:

|  |
| --- |
|  |

Отеки, пастозность

|  |
| --- |
|  |

Температура (динамика в течение последних 3-х суток):

|  |
| --- |
|  |

Дыхательная система (обязательно указывать: Самотоятельное дыхание или на ИВЛ, ЧДД, SpO2 (на воздухе, при респираторной поддержке), параметры респираторной поддержки (поток кислорода, параметры НИВЛ, ИВЛ), когда переведен на следующую ступень респираторной поддержки)

|  |
| --- |
|  |

Сердечно сосудистая система (ЧСС, АД, инотропная поддержка дозы (мкг/кг/мин), синусовый ритм или нарушения (характер нарушений) динамика за последние 3 суток):

|  |
| --- |
|  |

Осмотр живота (данные объективного осмотра, стул, если жидкий, то кратность):

|  |
| --- |
|  |

Диурез за последние 3 суток (посуточно):

|  |
| --- |
|  |

Баланс за послезние 3 суток (посуточно):

|  |
| --- |
|  |

**Оценка транспортабельности больного с учетом шкалы оценки витальных систем**

1. Врач-анестезиолог-реаниматолог, принимающий решение о необходимости перевода пациента в ГБУЗ «ИОКБ» по срочным показаниям, несёт ответственность за разрешение транспортировки;
2. Врач-анестезиолог-реаниматолог, принимающий решение о необходимости перевода пациента в ГБУЗ «ИОКБ» по срочным показаниям, должен оценить транспортабельность больного по Шкале оценки витальных систем (**ВЫДЕЛИТЬ ЦВЕТОМ НУЖНЫЕ БАЛЛЫ, ТЕКСТ В ТАБЛИЦЕ НЕ МЕНЯТЬ**):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Системы | Показатели | Состояние витальных систем |
| Компенсация | Баллы | Субкомпенсация | Баллы | Декомпенсация | Баллы |
| Сердечно-сосудистая система | АДср, мм Hg | 90-130 | 0 | 50-89 | 1 | <50 | 4 |
| ЧСС, уд/мин | 60-120 | 0 | 40-59 или 121-140 | 1 | <40 / >160 | 4 |
| ЦВД, мм H2O | 60-120 | 0 | 0-59 или 121-140 | 1 | «Отрицательное» или >140 | 4 |
| Допмин мкг/кг/мин | - | 0 | До 5\* | 1 | >5\*\* | 4 |
| Дыхательная система | ЧДД в мин | 14-30 | 0 | 10-14/30-40 или на ИВЛ | 1 | <10 / >50 или на ИВЛ | 4 |
| FiO2, % | До 30 | 0 | 31-50 | 1 | >50 | 4 |
| SpO2, % | 95-100 | 0 | 90-94 | 1 | <90 | 4 |
| ПДКВ, см мм H2O | - | 0 | До 10 | 1 | >10 | 4 |
| Центральная нервная система | Баллы по шкале ком Глазго | 13-15 | 0 | 9-12 | 1 | <9 | 4 |

**\*-** или адреналин до 0,1 мкг/кг/мин или норадреналин до 0,3 мкг/кг/мин.

**\*\*-** или адреналин выше 0,1 мкг/кг/мин или норадреналин выше 0,3 мкг/кг/мин или любая комбинация инотропных и/или вазопрессорных средств;

1. Интерпретация результата:
	1. менее 9 баллов – Пациент транспортабелен;
	2. 9 и более баллов – Пациент условно нетранспортабелен (транспортировка может ухудшить состояние пациента и прогноз) – требуется очная («на месте») консультация специалистов выездной бригады ТЦМК и оценки риск/польза в отношении решения выполнить межгоспитальную транспортировку.

**ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ (лабораторных)**

**АНАЛИЗЫ:**

**ОАК (обязательно)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата | эр | гем | тромб | лейкоц | п/я | с/я | эоз | мон | баз | лимфоц | СОЭ |
|  Анализ от предыдущей консультации |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Анализ взятый за последние 24 часа |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Биохимический анализ **(обязательно)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ПараметрЕдиницы измеренияРефенрентные значения |  Анализ от предыдущей консультации | Анализ взятый за последние 24 часа | **Единицы измерения** |
| Альбумин  |  |  |  |
| Общий белок |  |  |  |
| Аланинаминотрансфераза |  |  |  |
| Аспартатаминотрансфераза |  |  |  |
| Билирубин Общий |  |  |  |
| Креатинин |  |  |  |
| Мочевина |  |  |  |
| Ферритин |  |  |  |
| Глюкоза |  |  |  |
| С-реактивный белок |  |  |  |
| Лактатдегидрогиназа |  |  |  |
| Прокальцитонин |  |  |  |

Коагулограмма **(обязательно)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ПараметрЕдиницы измеренияРефенрентные значения |  Анализ от предыдущей консультации | Анализ взятый за последние 24 часа | **Единицы измерения** |
| МНО |  |  |  |
| АЧТВ |  |  |  |
| Фибриноген |  |  |  |
| Д-димер |  |  |  |

ОАМ **(обязательно)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Анализ от предыдущей консультации | Анализ взятый за последние 24 часа | **Единицы измерения** |
| Уд вес |  |  |  |
| Белок |  |  |  |
| Цвет |  |  |  |
| Лейкоциты |  |  |  |
| Эритроциты |  |  |  |
| Бактерии |  |  |  |
| Соли |  |  |  |
| Глюкоза |  |  |  |
| кетоны |  |  |  |

КЩС **(обязательно)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Анализ от предыдущей консультации | Анализ взятый за последние 24 часа | **Единицы измерения** |
| pH |  |  |  |
| pO2 |  |  |  |
| pCO2 |  |  |  |
| SpO2 |  |  |  |
| BE |  |  |  |
| Лактат |  |  |  |

**ОА мокроты**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Параметр** | Анализ от предыдущей консультации | Анализ взятый за последние 24 часа | **Единицы измерения** |
| **Характер** |  |  |  |
| **Цвет** |  |  |  |
| **Лейкоциты** |  |  |  |
| **Эритроциты** |  |  |  |
| **Эозинофилы** |  |  |  |
| **Макрофаги** |  |  |  |
| **КУМ** |  |  |  |
| **грибы** |  |  |  |

**Дополнительные лабораторные данные, не внесенные в первичную консультацию (если имеются):**

ВИЧ

Гепатиты

Посев мокроты

Посев крови

**ДАННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЙ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ В ПРЕДЫДУЩЕЙ КОНСУЛЬТАЦИИ (инструментальных).**

**ЭКГ описание (сканы приложить в РМИС):**

|  |
| --- |
|  |

ЭХО-КГ:

|  |
| --- |
|  |

УЗИ (ОБП, плевральных полостей, УЗДГ сосудов):

|  |
| --- |
|  |

Рентгенография или МСКТ описание (для пульмонологов, торакальных хирургов, гнойных хирургов, травматологов приложить снимки рентген исследования или МСКТ)

|  |
| --- |
|  |

ФБС, ФГДС если необходимы для консультации (подробный протокол)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Поля, оформляемые консультантом (в печатной форме)** |

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра (со слов лечащего врача) и данных дополнительного обследования

**Заключение:**

|  |
| --- |
|  |

**Рекомендации (дообследование, лечебные):**

|  |
| --- |
|  |

**Маршрутизация пациента:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Перевод не требуется |  |  | Перевод в ИОКБ согласован |  |  | Перевод в ИОКБ после стабилизации и повторной консультации |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Перевод в другое лечебное учреждение возможен |  |  | Перевод в другое лечебное учреждение возможен после стабилизации и повторной консультации |  |

**Способ перевода:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Санавиация |  |  | Транспорт медучреждения / СМП |  |

Условия перевода:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Врач-консультант: |  | Подпись |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |

После распечатки и подписания протокол сканирован и направлен через РМИС медицинской организации, заказавшей дистанционную консультацию.