

**Первичная специализированная аккредитация  
специалистов здравоохранения**

**Паспорт  
экзаменационной станции**

**Наложение гипсовых повязок при закрытых  
переломах костей конечностей**

**Специальность:**

*Травматология и ортопедия*

**2020**

## **Оглавление**

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции) .....	4
2. Продолжительность работы станции .....	4
3. Задачи станции.....	4
4. Информация для организации работы станции.....	4
4.1. Рабочее место члена АПК .....	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого.....	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования .....	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования .....	6
4.2.3. Расходные материалы .....	6
4.2.4. Симуляционное оборудование .....	6
5. -Перечень ситуаций (сценариев) станции.....	7
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого.....	7
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции).....	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции.....	8
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции.....	9
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1) .....	10
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого .....	10
12. Алгоритм выполнения навыка.....	10
13. Оценочный лист (чек-лист) .....	12
14. Медицинская документация .....	13
15. Сведения о разработчиках паспорта.....	16
Приложение 1.....	17
Приложение 2.....	18

**Общие положения.** Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

### **1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)**

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 12.11.2018 г. № 698н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-травматолог-ортопед».

Трудовая функция: А/02.8 Назначение лечения пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями костно-мышечной системы, контроль его эффективности и безопасности.

### **2. Продолжительность работы станции**

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»)

Таблица 1

**Тайминг выполнения практического навыка**

<b>Время озвучивания команды</b>	<b>Голосовая команда</b>	<b>Действие аккредитуемого лица</b>	<b>Время выполнения навыка</b>
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

### **3. Задачи станции**

Демонстрация аккредитуемым лицом алгоритма обследования пациента с подозрением на закрытый перелом костей конечностей, описание выявленных клинических симптомов, интерпретация полученных рентгенологических данных, выполнение обезболивания, проведение репозиции и гипсовой иммобилизации перелома.

Примечание: оценка навыков сбора анамнеза, выполнения местной анестезии не проводится.

### **4. Информация для организации работы станции**

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

#### 4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2	Стул	2 шт.
3	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
4	Устройство для трансляции видео и аудио изображения <sup>1</sup> с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции.	1 шт.
5	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых
6	Шариковая ручка	2 шт.

#### 4.2. Рабочее место аккредитуемого

##### 4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Стол рабочий	1 шт.
2.	Стул	1 шт.
3.	Кушетка для размещения симулятора	1 шт.
4.	Стол для работы с гипсом	1 шт.
5.	Раковина с однорычажным смесителем <sup>2</sup>	1 шт.
6.	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
7.	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
8.	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

<sup>1</sup> По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

<sup>2</sup> В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала

#### 4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Пинцет	1 шт.
2.	Источник света	1 шт.
3.	Ножницы для резки бинта	1 шт.
4.	Ножницы для резки гипсовых бинтов	1 шт.
5.	Сантиметровая лента	1 шт.
6.	Контейнер для сбора отходов класса А объемом 10 литров	1 шт.
7.	Контейнер для сбора отходов класса Б объемом 10 литров	1 шт.
8.	Емкость для замачивания бинтов	1 шт.

#### 4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1	Смотровые перчатки разных размеров	1 пара
2	Антисептическая салфетка	1 шт.
3	Кожный антисептик в пульверизаторе	3 спрей порции (10 мл)
4	Марлевые шарики	2 шт.
5	Одноразовые шприцы разного объема	по 1 шт.
6	Обезболивающие препараты различной концентрации (имитация)	по 1 амп.
7	Бинты различной ширины	по 2 шт.
8	Гипсовые бинты различной ширины	по 2 шт.
9	Пеленка медицинская (условно одноразовая)	1 шт.
10	Бланк информированного добровольного согласия пациента	1 шт.

#### 4.2.4. Симуляционное оборудование

Симулятор с возможностью имитации перелома костей конечностей.

Предполагается, что на пациенте есть одежда (футболка с длинным рукавом, брюки).

**5. -Перечень ситуаций (сценариев) станции**

Таблица 6

**Перечень ситуаций (сценариев) станции**

<b>№ п.п.</b>	<b>Ситуация (сценарий)</b>
1.	Диагностика и консервативное лечение закрытого перелома дистального метафиза лучевой кости
2.	Диагностика и консервативное лечение закрытого перелома лодыжек
3.	Диагностика и консервативное лечение закрытого перелома проксимального метафиза плечевой кости
4.	Диагностика и консервативное лечение закрытого перелома дистального метафиза плечевой кости
5.	Диагностика и консервативное лечение закрытого перелома V пястной кости

**6. Информация (брифинг) для аккредитуемого**

Вы врач- травматолог-ортопед. В смотровом кабинете Вас ждёт пациент, которого Вы видите впервые. Коллега пригласил Вас помочь подтвердить свои диагностические гипотезы. Необходимо, собрать анамнез, провести осмотр пациента, используя все известные Вам приёмы клинического обследования пациента с повреждением костно-мышечной системы, провести дополнительное обследование, последовательно выполнить все необходимые этапы консервативного лечения выявленного повреждения.

Пациент в сознании (используется модель). Предполагается, что в начале приёма он ждёт Вас в кабинете сидя на стуле.

Озвучивайте всё, что считаете необходимым при общении с пациентом.

**7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала<sup>3</sup> на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)**

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, готовность симулятора (пациента) к работе, наличие нужного сценария).

<sup>3</sup> для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

5. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
6. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

#### **8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции**

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого лица (при необходимости).
3. Запуск симулятора и управление программным обеспечением тренажера.
4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
6. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 7).
7. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать требования типа: «Продолжайте!», «Не так часто!» и т.п.; задавать вопросы: «И что дальше?», и т.п.
8. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид:
  - уборка помещения и кушетки;
  - удаление использованного материала (спиртовые салфетки);
  - проверка наличия на модели пациента (манекена) одежды.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).



**Примерные тексты вводной информации  
в рамках диалога члена АК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1.	При уточнении аккредитуемым лица ФИО и возраста пациента	«Иванов Иван Иванович, 30 лет» / «Иванова Мария Ивановна, 30 лет»
2.	При попытке аккредитуемого лица начать мыть руки	«Будем считать, что руки обработаны»
3.	При вопросе аккредитуемого лица о самочувствии	«Болят в области луче-запястного сустава (сценарий 1) / лодыжек (сценарий 2) / верхней трети плеча (сценарий 3) / нижней трети плеча (сценарий 4) / внешней стороны кисти (сценарий 5)»
4.	При вопросе аккредитуемого лица о причине болей	«Упал с упором на кисть» (сценарий 1) «Упал, подвернув ногу» (сценарий 2) «Упал на вытянутую руку» (сценарии 3, 4, 5)
5.	При вопросе аккредитуемого лица об отеке и деформации	«Да, есть»
6.	При вопросе аккредитуемого лица о движениях	«Ограничены и пружинящие»
7.	При попытке аккредитуемого лица начать выполнять пальпацию	«Боли усиливаются»
8.	При попытке аккредитуемого лица направить пациента на рентгенографию	«Рентгенограммы сделаны»
9.	При вопросе о наличии аллергических реакций на лекарственные средства	«Аллергии нет»
10.	При попытке аккредитуемого лица провести местную анестезию	«Будем считать, что анестезия выполнена»
11.	При вопросе о самочувствии после выполнения процедур	«Самочувствие хорошее»

### 9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 N 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»

2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. №34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.)

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 N 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"»

4. Приказ Минтруда России от 12.11.2018 N 698н «Об утверждении профессионального стандарта "Врач - травматолог-ортопед"»

## 10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

### 11. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

### 12. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

№ п/п	Действие аккредитуемого
1.	Установить контакт с пациентом
2.	<ul style="list-style-type: none"><li>• поздороваться</li></ul>
3.	<ul style="list-style-type: none"><li>• представиться</li></ul>
4.	<ul style="list-style-type: none"><li>• обозначить свою роль</li></ul>
5.	Спросить ФИО и возраст пациента, сверить с мед. документацией
6.	Обработать руки гигиеническим способом
7.	Уточнить самочувствие пациента
8.	Спросить о наличии болей
9.	Оценить наличие отека, деформации конечности
10.	Оценить функцию сустава
11.	Провести общий и локальный осмотр пациента: <ul style="list-style-type: none"><li>– кожных покровов,</li><li>– частоту пульса,</li><li>– припухлость,</li><li>– деформацию,</li><li>– укорочение конечности</li></ul>
12.	Пальпировать пораженный сегмент
13.	Оценить объем движений в суставах выше и ниже перелома
14.	Провести исследование периферических сосудов дистальнее места перелома
15.	Провести исследование нервов дистальнее места перелома с определением

	тактильной и болевой чувствительности
16.	Направить пациента на рентгенографию
17.	Постановить диагноз
18.	Спросить у пациента о наличии аллергических реакций
19.	Надеть перчатки
20.	Обработать перчатки с помощью антисептического спрея
21.	Обработать операционное поле с помощью антисептического спрея
22.	Выбрать наиболее оптимальный вид и концентрацию анестетика – прокаин 1% и 2% (код АТХ №01ВА02), объем препарата зависит от поврежденного сегмента, с целью выполнения местной анестезии с введением препарата в гематому.
23.	Имитировать проведение местной анестезии одним из имеющихся обезболивающих препаратов после обработки операционного поля: <ul style="list-style-type: none"> <li>– подвести шприц без иглы к кожным покровам и прокомментировать, что делается «лимонная корочка», по ходу введения иглы вводится обезболивающий препарат,</li> <li>– когда игла вводится в гематому, поршень потягивается на себя для убедительности нахождения иглы в гематоме, после чего вводится препарат.</li> </ul>
24.	Определить длину гипсовой повязки: <ul style="list-style-type: none"> <li>– обычным бинтом определяют длину гипсовой лонгеты с захватом двух смежных суставов</li> </ul>
25.	Подготовить гипсовую повязку: <ul style="list-style-type: none"> <li>– на столе раскатать гипсовые бинты 6-8 слоев по заранее измеренной длине с расширением в проксимальном отделе</li> </ul>
26.	Имитировать на пациенте выполнение закрытой ручной репозиции
27.	Выполнить этапы гипсовой иммобилизации на пациенте: <ul style="list-style-type: none"> <li>– приготовленную лонгету замочить в теплой воде,</li> <li>– отжать, разровнять на столике, чтобы не было складок,</li> <li>– наложить на пораженный сегмент,</li> <li>– сделать надрезы в области суставов,</li> <li>– смоделировать лонгету,</li> <li>– обрезать излишки краев гипса,</li> <li>– зафиксировать бинтами</li> </ul>
28.	Фиксировать гипсовую повязку бинтом
29.	Провести исследование состояния пульсации на периферических сосудах после иммобилизации
30.	Провести исследование чувствительности нервов после иммобилизации
31.	Уточнить самочувствие пациента после выполнения процедур
32.	Дать рекомендации по использованию дополнительных средств фиксации конечности в гипсовой повязке: <ul style="list-style-type: none"> <li>– при повреждении верхней конечности использовать косыночную повязку,</li> <li>– при повреждении нижней конечности ходьба на костылях без нагрузки на больную ногу</li> </ul>

33.	Дать рекомендации по лечебной физкультуре в гипсовой повязке
34.	Дать рекомендации по необходимости применения обезболивающей медикаментозной терапии
35.	Дать рекомендации по необходимости применения медикаментозной терапии, стимулирующей репаративные процессы костной ткани
36.	Дать рекомендации о необходимости и сроке повторного осмотра
37.	Дать рекомендации по необходимости и сроке повторного рентгенологического обследования

### 13. Оценочный лист (чек-лист)

Чек-лист используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	√ да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, сверил с мед. документацией)	√ да <input type="checkbox"/> нет
3.	Уточнил самочувствие пациента	√ да <input type="checkbox"/> нет
4.	Получил информированное согласие пациента (рассказал о процедуре, уточнил наличие вопросов и ответил на вопросы)	√ да <input type="checkbox"/> нет
5.	Правильно осмотрел пациента	√ да <input type="checkbox"/> нет
6.	Правильно провел пальпацию пораженного сегмента	√ да <input type="checkbox"/> нет
7.	Правильно провел исследование смежных суставов	√ да <input type="checkbox"/> нет
8.	Правильно провел исследование периферических сосудов	√ да <input type="checkbox"/> нет
9.	Правильно провел исследование нервов	√ да <input type="checkbox"/> нет
10.	Правильно объяснил направление пациента на рентгенографию	√ да <input type="checkbox"/> нет
11.	Правильно поставил диагноз	√ да <input type="checkbox"/> нет
12.	Собрал анамнез о наличии аллергических реакций	√ да <input type="checkbox"/> нет
13.	Правильно надел перчатки	√ да <input type="checkbox"/> нет
14.	Правильно провел обработку перчаток	√ да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно провел обработку операционного поля	√ да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно выбрал вид анестезии	√ да <input type="checkbox"/> нет
17.	Правильно выбрал вид анестетика	√ да <input type="checkbox"/> нет
18.	Правильно выбрал процент концентрации анестетика	√ да <input type="checkbox"/> нет
19.	Правильно имитировал проведение местной анестезии	√ да <input type="checkbox"/> нет
20.	Правильно провел определение длины гипсовой повязки	√ да <input type="checkbox"/> нет
21.	Правильно провел подготовку гипсовой повязки	√ да <input type="checkbox"/> нет
22.	Правильно имитировал выполнение закрытой ручной репозиции	√ да <input type="checkbox"/> нет
23.	Правильно выполнил гипсовую иммобилизацию	√ да <input type="checkbox"/> нет
24.	Правильно выполнил фиксацию гипсовой повязки бинтом	√ да <input type="checkbox"/> нет

25.	Правильно оценил состояние периферических сосудов после иммобилизации	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Правильно оценил состояние нервов после иммобилизации	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Правильно оценил общее состояние после выполнения процедур	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Правильно дал рекомендации по использованию дополнительных средств фиксации конечности в гипсовой повязке (косыночная повязка и др.)	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Правильно дал рекомендации по лечебной физкультуре в гипсовой повязке	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Правильно дал рекомендации о необходимости применения обезболивающей медикаментозной терапии	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Правильно дал рекомендации о необходимости применения медикаментозной терапии, стимулирующие репаративные процессы костной ткани	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Правильно дал рекомендации о необходимости и сроке повторного осмотра	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Правильно дал рекомендации о необходимости и сроке повторного рентгенологического обследования	<input checked="" type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

#### 14. Медицинская документация

### МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

№ XXXXXX

1. Фамилия Иванов
2. Имя Иван
3. Отчество Иванович
4. Пол: муж.
5. Дата рождения: 11 сентября XX год
6. Место регистрации: г. Москва, ул. XXXXXXX, 18
7. Полис ОМС: серия 000000 № 0000000000
8. СНИЛС 000-000-000 00
9. Наименование страховой медицинской организации «СНРО-G»
10. Код категории льготы \_\_\_\_\_
11. Документ паспорт: серия 0000 № 000000

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

№ XXXXXX

1. Фамилия Иванова
2. Имя Марина
3. Отчество Ивановна
4. Пол: муж.
5. Дата рождения: 11 сентября XX год
6. Место регистрации: г. Москва, ул. XXXXXXXX, 18
7. Полис ОМС: серия 000000 № 0000000000
8. СНИЛС 000-000-000 00
9. Наименование страховой медицинской организации «СНРО-Г»
10. Код категории льготы \_\_\_\_\_
11. Документ паспорт: серия 0000 № 000000

### Бланк добровольного информированного согласия

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)  
проживающий \_\_\_\_\_ (проживающая) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ (госпитализирован) \_\_\_\_\_ (госпитализирована)

\_\_\_\_\_ (указать наименование отделения и название ЛПУ)

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя отчество - полностью)  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_,  
ф.и.о. ребенка или недееспособного гражданина (полностью), год рождения \_\_\_\_\_,  
госпитализированного \_\_\_\_\_  
(указать профиль отделения и название ЛПУ)

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной медицинской организации, и обязуюсь их соблюдать;

Я добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): опроса, в том числе выявления жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации; риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии; вагинального исследования (для женщин), ректального исследования, антропометрического исследования, термометрии; тонометрии; неинвазивных исследований органа зрения и зрительных функций; неинвазивных исследований органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);

лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических, исследований крови на наличие вирусных гепатитов, бледной трепонемы, функциональных методов обследования, в том числе электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвуковых исследований, доплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; медицинского массажа, лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения.

Я добровольно даю свое согласие на другие виды обследований, лечения и вмешательств \_\_\_\_\_ (нужное вписать)

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я извещен(а) 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 предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставил(а) 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и меня (представляемого) лечение в предложенном объеме;

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(Должность, И.О. Фамилия)

(подпись)

\_\_\_\_\_

## **15. Сведения о разработчиках паспорта**

### **15.1. Организация-разработчик**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный Медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России).

### **15.2. Авторы-составители**

Загородний Н.В. – директор ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Очкуренко А.А. – заместитель директора по организационно-методической работе и образовательной деятельности ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Дорохин А.И. – заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н.

Коньшина А.В. – заведующая учебной частью кафедры травматологии и ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, к.б.н.

Сергеев С.В. – профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Колесник А.И. – профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н., профессор.

Шестерня Н.А. – профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, д.м.н., профессор.



## Приложение 1

### Справочная информация

При клиническом обследовании пациента с повреждениями костно-мышечной системы необходимо:

1. Последовательно провести анамнез травмы, общий осмотр, в том числе кожных покровов, сосудов и нервов, отеков периферических отделов сегмента конечности;
2. Выявить признаки нарушения целостности поврежденного сегмента;
3. Провести пальпацию поврежденного сегмента;
4. Изучить функцию смежных суставов;
5. Оценить состояние периферических сосудов и нервов;
6. Назначить метод лучевой диагностики;
7. Интерпретировать полученные данные лучевых методов обследования;
8. Имитировать выполнение местной анестезии;
9. Имитировать выполнение закрытой ручной репозиции;
10. Выполнить гипсовую иммобилизацию;
11. Изучить состояние периферических сосудов и нервов после гипсовой иммобилизации.

## Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

### ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена                      Специальность Травматология и ортопедия  
 Дата \_\_\_\_\_ Номер кандидата \_\_\_\_\_  
 Номер ситуации \_\_\_\_\_

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, сверил с мед. документацией)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Уточнил самочувствие пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Получил информированное согласие пациента (рассказал о процедуре, уточнил наличие вопросов и ответил на вопросы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Правильно осмотрел пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Правильно провел пальпацию пораженного сегмента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Правильно провел исследование смежных суставов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Правильно провел исследование периферических сосудов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Правильно провел исследование нервов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Правильно объяснил направление пациента на рентгенографию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Правильно поставил диагноз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Собрал анамнез о наличии аллергических реакций	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Правильно надел перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Правильно провел обработку перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно провел обработку операционного поля	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно выбрал вид анестезии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Правильно выбрал вид анестетика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Правильно выбрал процент концентрации анестетика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Правильно имитировал проведение местной анестезии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Правильно провел определение длины гипсовой повязки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Правильно провел подготовку гипсовой повязки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Правильно имитировал выполнение закрытой ручной репозиции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Правильно выполнил гипсовую иммобилизацию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Правильно выполнил фиксацию гипсовой повязки бинтом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Правильно оценил состояние периферических сосудов после иммобилизации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Правильно оценил состояние нервов после иммобилизации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Правильно оценил общее состояние после выполнения процедур	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Правильно дал рекомендации по использованию дополнительных средств фиксации конечности в гипсовой повязке (косыночная повязка и др.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Правильно дал рекомендации по лечебной физкультуре в гипсовой повязке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Правильно дал рекомендации о необходимости применения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	обезболивающей медикаментозной терапии	
31.	Правильно дал рекомендации о необходимости применения медикаментозной терапии, стимулирующие репаративные процессы костной ткани	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Правильно дал рекомендации о необходимости и сроке повторного осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Правильно дал рекомендации о необходимости и сроке повторного рентгенологического обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

ФИО члена АПК \_\_\_\_\_

подпись