

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ПАТОЛОГИЯ

по специальности

31.08.48 Скорая медицинская помощь

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.48 Скорая медицинская помощь утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. Пояснительная записка

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

Целью самостоятельной работы является подготовка квалифицированных врачей скорой неврологов для работы в области практического здравоохранения, приобретения знаний и умений, повышающих их профессиональный уровень и степень готовности к самостоятельной врачебной деятельности

2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено *в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине*, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно-методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 «Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)».

№	Тема самостоятельной работы	Форма самостоятельной работы ¹	Форма контроля самостоятельной работы (в соответствии с разделом 4 РП)	Форма контактной работы при проведении текущего контроля ²
1	2	3	4	5
<i>Самостоятельная работа в рамках практических занятий</i>				
1	Тема «Взаимодействие организма и окружающей среды в условиях патологии. Типовые патологические процессы	Для овладения, закрепления и систематизации знаний: работа с конспектом	Устный опрос, КСР	аудиторная – на практических занятиях; внеаудиторная – КСР, на базе

	при экстремальных состояниях организма»	лекции; работа над учебным материалом (основной и дополнительной литературы, ресурсов Интернет); подготовка ответа, составление плана и тезисов ответа, решение ситуационных задач.		практической подготовки
2	Тема «Патофизиология воспаления. Закономерности и формы нарушения иммунитета. Роль реактивности в патологии»	<i>для овладения, закрепления и систематизации и знаний:</i> работа над учебным материалом (основной и дополнительной литературы, ресурсов Интернет); подготовка ответа, составление плана и тезисов ответа; решение ситуационных задач. <i>Для формирования умений:</i> курация пациентов с ведением истории болезни	Устный опрос, КСР	аудиторная – на практических занятиях; внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки
3	Тема «Патофизиология опухолевого роста»	<i>для овладения, закрепления и систематизации и знаний:</i> работа над учебным материалом (основной и дополнительной литературы, ресурсов Интернет); подготовка ответа, составление плана и тезисов	Устный опрос, КСР, проверка историй болезни с контролем освоения практических навыков.	аудиторная – на практических занятиях; внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки

		ответа. <i>Для формирования умений:</i> курация пациентов с ведением истории болезни		
4	Тема «Нарушения системы гемостаза»	<i>для овладения, закрепления и систематизации и знаний:</i> работа над учебным материалом (основной и дополнительной литературы, ресурсов Интернет); подготовка ответа, составление плана и тезисов ответа; решение задач. <i>Для формирования умений:</i> курация пациентов с ведением истории болезни	Устный опрос, КСР, проверка историй болезни с контролем освоения практических навыков.	аудиторная – на практических занятиях; внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки

3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.

Методические указания обучающимся по формированию навыков конспектирования лекционного материала

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

- а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);
- б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;
- в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;
- г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[- сделать выписки;

[] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

- основные определения;

- не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливая связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малопригодный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы составляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность»,

«характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>». «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходу лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

Методические указания обучающимся по подготовке к практическим занятиям

Практическое занятие – форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

Рекомендации по построению композиции устного ответа:

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа
к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

Проверка практических навыков.

При проверке практических навыков выделяется 3 уровня их освоения: ознакомительный (1 уровень), репродуктивный (2 уровень), продуктивный характер (3 уровень)

1 уровень - Ознакомительный - происходит узнавание ранее изученных объектов, свойств, простое воспроизведение информации

2 уровень - Репродуктивный - происходит выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством, ординаторы пользуются подробными инструкциями, в которых указаны: цель работы, пояснения (теория, основные характеристики), оборудование, аппаратура, материалы и их характеристики, порядок выполнения работы, таблицы, выводы (без формулировки), контрольные вопросы, учебная и специальная литература.

3 уровень - Продуктивный - ординаторы не пользуются подробными инструкциями, им не дан порядок выполнения необходимых действий и требуется самостоятельный подбор оборудования, выбор способов выполнения работы в инструктивной и справочной литературе и др.; ординаторы проводят планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач, опираясь на имеющиеся у них теоретические знания.

Курация пациентов с ведением истории болезни.

Курация пациента подразумевает выполнение перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации, а также для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи.

В процессе курации пациента ведется медицинская карта стационарного пациента (история болезни) форма №003/у-80 или медицинская карта амбулаторного пациента в соответствии с правилами ведения медицинской документации.

Правила ведения истории болезни.

Медицинская карта пациента является юридическим документом, поэтому все записи в ней должны быть четкими, легко читаемыми. Сведения, внесенные в историю болезни, должны быть достоверными, в полной мере отражающими факты и результат деятельности медицинских работников, точными и в соответствии с хронологическим порядком оформленными, а также не подвергшимися изменениям. Исправления возможны в исключительных случаях, при этом нельзя использовать забеливающие средства – неверная информация зачеркивается и пишется рядом верная с подписью должностного лица и указанием «исправленному верить».

Паспортная часть.

При поступлении пациента сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне медицинской карты. Все строки первой и

второй страницы истории болезни должны быть заполнены (отмечены). Медицинская карта должна содержать дату и точное время обращения в приемный покой, госпитализации, выписки, смерти пациента. Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре пациента, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно. Обязательно указываются данные трудового анамнеза: с какого времени пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности, № листа нетрудоспособности. Запись о выдаче документа, удостоверяющего факт временной нетрудоспособности, осуществляет лечащий врач по установленным правилам.

Оформление диагноза.

В медицинской карте указывается диагноз направившего учреждения; диагноз при поступлении выставляется на лицевую часть карты сразу после осмотра пациента (диагноз оформляется полностью, с указанием сопутствующей патологии без сокращений). Клинический диагноз записывается на лицевую сторону медицинской карты в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Если за время лечения пациента клинический диагноз был изменен, это должно найти отражение в истории болезни, лучше в форме этапного эпикриза. Заключительный диагноз записывается при выписке пациента, в развернутом виде с указанием кода МКБ-10. Следует стремиться выделить одно основное заболевание, определяющее тяжесть и прогноз заболевания. Второе основное (комбинированное) заболевание устанавливается лишь в случае другой болезни, которая не менее значима для оценки тяжести и прогноза, чем основная. Клинический и заключительный диагноз должны быть обоснованы с указанием существенных критериев, определяющих диагноз. Диагноз должен включать осложнения и сопутствующие заболевания, оценку риска, имеющие значение для ведения пациента.

Госпитализация.

Экстренный пациент осматривается сразу после поступления с указанием даты и времени осмотра, фамилии врача. Плановый пациент должен быть осмотрен в течение 3 часов от момента поступления в стационар. При плановой госпитализации обязательно наличие направления, оформленное надлежащим образом, которое клеивается в историю болезни. Плановым пациентам приемный статус записывается в течение текущего рабочего дня, экстренным — во время осмотра. Записи в приемном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

Жалобы пациента и анамнез заболевания записываются подробно с указанием существенных признаков, важных для установления диагноза и разработки плана обследования и лечения.

В анамнезе заболевания отражаются факторы, имеющие отношение к установлению диагноза, оценке тяжести и прогноза заболевания или влияющие на тактику ведения пациента.

В анамнезе жизни указывается информация о наличии аллергических реакций, специфических инфекционных заболеваниях (туберкулез, заболевания, передаваемые половым путем, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция и т.д.), предшествующих гемотрансфузиях, ранее перенесенных заболеваниях и операциях.

Если собрать анамнез (в том числе аллергический) в день поступления невозможно по состоянию пациента, то при первой же возможности в историю болезни вносятся дополнения к анамнезу, оформленные отдельно с указанием даты или как часть дневниковой записи лечащего врача.

Данные первичного осмотра заполняются кратко по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов и синдромов.

В случаях повреждений, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у пациента повреждения описываются подробно.

В конце приемного статуса обязательно формулируется клинический диагноз, план обследования и лечение с указанием торгового наименования препаратов на латинском языке, доз, кратности и пути введения.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара, оформляются переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, цель перевода.

Информированное согласие.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, которое оформляется в письменном виде по установленному порядку и подписывается пациентом. Пациент информируется об имеющемся заболевании, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах.

Ведение медицинской карты.

Записи в медицинской карте должны оформляться в хронологическом порядке с указанием даты и времени. Ведение врачом дневников должно осуществляться не реже 3 раз в неделю. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести, а также пациентам, нуждающимся в ежедневном динамическом наблюдении, дневниковые записи оформляются ежедневно, а при необходимости — несколько раз в день.

В дневниках отражаются динамика состояния пациента, объективного статуса, лабораторных показателей, имеющие существенное значение для прогноза и тактики ведения, обосновываются изменения в плане обследования и лечения. В день выписки дневниковая запись обязательна и должна быть максимально подробной.

Заведующий отделением осматривает поступивших плановых пациентов не позднее трех дней с момента поступления. Пациенты, находящиеся в тяжелом состоянии или нуждающиеся в ежедневном динамическом наблюдении должны быть осмотрены заведующим в течение суток с момента госпитализации. Обходы заведующих отделениями проводятся один раз в неделю, оформляются записью в медицинской карте, отражающей состояние пациента в динамике с рекомендациями по диагностике и лечению и подписываются заведующим отделением лично.

Протоколы записей врачей-консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность и фамилию консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению.

Записи консилиумов должны включать согласованную позицию по диагнозу, рекомендации обследованию и лечению. В случае особой позиции одного из

участников консилиума, его мнение также регистрируется. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае, если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума и сделать соответствующую запись медицинской карте.

Назначение медикаментозных средств оформляется на латинском языке, запрещаются любые сокращения названия препарата; отмечается дата назначения, а при неотложных состояниях и час назначения каждого препарата; указывается обязательно концентрация, доза лекарственного средства, кратность применения (при однократном применении время суток), путь введения, отмечается дата отмены каждого препарата. Целесообразно использовать торговые названия препаратов, позволяющие учитывать различия в эффективности и документально регистрировать побочные эффекты лекарственных средств.

Выбор лечебного препарата определяется конкретной клинической ситуацией, рекомендациями профессиональных организаций, существующими надежными доказательствами эффективности средства и не может ограничиваться стандартами и перечнем жизненно-необходимых лекарственных средств.

В случае назначения 5 и более лекарственных препаратов, назначение подтверждается подписью заведующего отделением (приказ №1175н от 20.12.2012).

При назначении лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также имеющих противопоказания к назначению для данной нозологической формы, в истории болезни оформляется решение врачебной комиссии в виде краткого протокола с указанием №, даты и подписями председателя и членов врачебной комиссии с расшифровкой фамилий.

Наличие протокола решения врачебной комиссии также обязательно при превышении длительности лечения свыше 120% от норматива длительности по профилю отделения (или койки в отдельных случаях) в соответствии с Генеральным тарифным соглашением на текущий год.

Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом.

Этапный эпикриз, отражающий динамику заболевания, дальнейшую тактику ведения пациента оформляется не реже одного раза в две недели. Этапный эпикриз содержит динамические изменения в состоянии пациента; возникшие осложнения в ходе лечения; резюмировать результаты лабораторных исследований, а также консультации; исходя из диагноза, определить дальнейший способ лечения, указать на степень эффективности его, на причину безуспешности; причины длительной госпитализации; в эпикризе должно найти отражение не только то, что врач делал, но и что думал он о своем пациенте, о его болезни и лечении.

Передача пациента от одного врача к другому на курацию должна быть фиксирована записью в истории болезни.

При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одного стационара (в том числе на койку дневного пребывания) оформляется переводной эпикриз, содержащий краткий анамнез, проведенные лечебные и диагностические мероприятия, обоснование перевода.

Данные диагностических методов исследования.

Результаты лабораторных анализов, рентгенологических, функциональных и эндоскопических исследований должны быть закончены, записаны или вклеены в историю болезни в течение 24 часов с момента проведенного исследования.

В медицинской карте должны храниться оригиналы лабораторных тестов с указанием даты и времени их производства (а именно: время забора материала для теста и время выдачи результата), основные электрокардиограммы (при поступлении, выписке, важные для оценки динамики состояния), данные холтеровского мониторирования с ЭКГ, суточного АД с рисунками/графиками, отражающими имеющиеся отклонения, и расчетными параметрами.

Запись врача лучевой диагностики, врача эндоскописта, врача функциональной диагностики должна отражать полную картину исследуемого органа или системы, патологические изменения, функциональное состояние и ход проведения исследования. Заключение должно отражать найденные изменения или предполагаемый диагноз.

Листы назначений.

Лист назначений является составной частью медицинской карты. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены лекарственных средств. Медицинская сестра осуществляет выполнение в день назначения, удостоверяет своей подписью и указывает дату назначения.

Лекарственные препараты пишутся на латинском языке с указанием торгового названия препаратов, дозы, кратности и пути введения.

Вместо листа назначения в отделении интенсивной терапии ведется официальная форма 01 1/у, где кроме основных параметров жизнедеятельности фиксируются все врачебные назначения, подписывается врачом, медицинской сестрой.

Температурный лист ведется медицинской сестрой. Записи динамики температуры производятся минимум два раза в день.

Выписка.

Выписной эпикриз должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, диагноз, основные тесты его подтверждающие, проведенное лечение и результат. Необходимо перечислить лечебные мероприятия, проведенные в профильных отделениях и блоке интенсивной терапии, с указанием торговых названий препаратов, доз, пути и кратности введения.

В эпикризе должны содержаться рекомендации по дальнейшему ведению пациента, сведения о временной утрате нетрудоспособности (в том числе № и дата листка нетрудоспособности).

Рекомендации по дальнейшему приему лекарственных средств должны содержать для каждого лекарственного препарата название на русском языке, лекарственную форму (таблетки, раствор и т.д.), разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема. Медикаментозный препарата указывается в форме международного непатентованного названия препаратов (при отсутствии МНН указывается группировочное наименование). В случае непереносимости, существенных различий в эффекте, отсутствия международного непатентованного названия возможно употребление торгового названия препарата.

Выписка из медицинской карты выполняется в печатном виде в двух одинаковых экземплярах, один из которых остается в медицинской карте, второй выдается на руки пациенту. Выписка подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки пациенту, заверяется печатью. Пациент должен ознакомиться с выпиской и рекомендациями под роспись.

При выписке работающего пациента из стационара оформляется лист нетрудоспособности. Лист временной нетрудоспособности выдается пациенту на все время нахождения в стационаре. Если пациент имеет непрерывный листок нетрудоспособности более 15 дней, его продление оформляется через врачебную комиссию больницы.

Смерть пациента.

В случае смерти пациента в медицинской карте заполняется посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, динамику симптомов, лабораторные тесты, подтверждающие диагноз, проведенное лечение. Детально, в хронологической последовательности описываются причина и обстоятельства наступления летального исхода и проведенные реанимационные мероприятия с указанием доз и пути введения лекарственных препаратов, длительности сердечно-легочной реанимации, количества и мощности разрядов дефибриллятора, критериев прекращения реанимационной помощи.

Диагноз оформляется с указанием основного (конкурирующего, сочетанного) заболевания, его осложнений, фоновых и сопутствующих заболеваний. В диагнозе необходимо четко сформулировать причину смерти.

Проверка историй болезни

направлена на контроль освоения следующих практических навыков:

1. Обоснованность выбора методов диагностики для установления патологии и верификации диагноза.

2. Установление этиологии, патогенеза, течения, стадии заболевания, активности патологического процесса на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных.

3. Обоснованность выбора диагностических методов для контроля эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

4. Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.

Критерии оценивания выполненных заданий представлены ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.