ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМС ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯНА ТЕРРИТОРИИ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях области.
2. Для целей настоящего Порядка к острым нарушениям мозгового
кровообращения (далее - ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).
3. Медицинская помощь больным с ОНМК (далее - медицинская помощь)
оказывается в виде:

первичной медико-санитарной помощи;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;

паллиативной медицинской помощи.
4. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:
 амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
5. Медицинская помощь оказывается на основе Порядков, стандартов
медицинской помощи и клинических рекомендаций.
6. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

первичную врачебную медико-санитарную помощь;

первичную специализированную медико-санитарную помощь.
 Первичная доврачебная медико-санитарная помощь осуществляется
медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь - врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), первичная специализированная медико-санитарная помощь - врачами-специалистами.
 При оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется раннее выявление больных с признаками ОНМК и направление их в медицинские организации, в структуре которых организовано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - Отделение).

Для транспортировки больного с признаками ОНМК в указанные организации вызывается бригада скорой медицинской помощи.
7. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь
больным с ОНМК, оказывается выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (Зарегистрированном в Минюсте России 16 августа 2013 г. № 29422)».
8. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь
оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в стационарных условиях медицинской организации.
9. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости
осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя и санитарную эвакуацию.
10. Диспетчер СМП при поступлении вызова проводит опрос вызывающего СМП к пациенту с ОНМК и в соответствии с каналами госпитализации, а также с другими клинико-анамнестическими данными определяет канал транспортировки пациента.
Бригаде скорой медицинской помощи, принявшей решение о транспортировке пациента с признаками ОНМК, необходимо созвониться с соответствующим Отделением и оповестить медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления (доезда) и приблизительного времени начала развития симптоматики.
11. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с признаками
ОНМК в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю «неврология», в которых создано Отделение.
 Госпитализация пациентов с ОНМК в неврологические отделения медицинских организаций области, не имеющих в своем составе Отделений, считается непрофильной госпитализацией, за исключением:
 случаев госпитализации по жизненным показаниям для оказания экстренной медицинской помощи (медицинская карта стационарного больного должна содержать описание клинических признаков «нетранспортабельности»);
 случаев отказа пациента или его законного представителя от госпитализации в Отделение, оформленного в установленном законодательством порядке.
12. Специализированная медицинская помощь оказывается в медицинских
организациях области, в структуре которых организовано Отделение, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.
13. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной,
медицинской помощи в медицинской организации, в которой создано Отделение, осуществляется по медицинским показаниям в соответствии с обозначенными каналами госпитализации:
 при самостоятельном обращении больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение;
 при доставлении больного с признаками ОНМК бригадой скорой медицинской помощи.
14. Специализированная медицинская помощь с использованием хирургических методов лечения оказывается больным с ОНМК в неотложной и экстренной форме с учетом соблюдения объема, сроков и условий ее оказания в медицинской организации, в которой организовано Отделение. При отсутствии необходимых условий вышеуказанный вид медицинской помощи оказывается профильными специалистами регионального сосудистого центра посредством санавиации.
15. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская
помощь включает в себя диагностику, лечение ОНМК, иных заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, проведение мероприятий, направленных на предотвращение развития повторных ОНМК, поддержания функций жизненно важных органов, а также медицинскую реабилитацию.
16. С целью обеспечения своевременного и эффективного оказания
высокотехнологичной медицинской помощи больным с признаками ОНМК, в том числе рентгенэндоваскулярных методов лечения, в случаях возникновения признаков ОНМК не позднее 6 часов от начала симптоматики, появления неврологического дефицита впервые, при отсутствии отягощенного онкологического анамнеза, клинических признаков декомпенсации тяжелой соматической патологии и нарушения сознания врач (фельдшер) скорой медицинской помощи, участковый врач-терапевт,
невролог профильного отделения медицинской организации области или дежурный врач Отделения строго обязательно и незамедлительно информирует о профильном больном дежурного невролога регионального сосудистого центра по телефону, который в свою очередь принимает решение о возможности госпитализации пациента для проведения высокотехнологичной медицинской помощи.
17. Больные с признаками ОНМК при поступлении в смотровой кабинет
Отделения осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:
 оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;

по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;

организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения общего клинического анализа крови, количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ).
18. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.
19. После проведения мероприятий, указанных в пункте 18 настоящего Порядка, больной с признаками ОНМК направляется в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано Отделение, в котором осуществляется проведение компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза.
20. Заключение по результатам проведения исследований, указанных в пункте 19 настоящего Порядка, передается дежурному врачу-неврологу Отделения.
21. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом Отделения заключения КТ-исследования или МРТ- исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.
22. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в
остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии Отделения.
 Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.
23. Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ- исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга (очно или дистанционно) в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.
24. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой
артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.
25. Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.
26. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с
момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:
 оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал;
 оценка соматического статуса;
 оценка функции глотания;
 оценка нутритивного статуса;
 лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;
 дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;

дуплексное сканирование транскраниальное;

определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.
27. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение
всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:
 мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при
необходимости чаще);

мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно - сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

мониторинг лабораторных показателей;

мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;

оценка нутритивного статуса;

ранняя медицинская реабилитация.
28. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и
интенсивной терапии больному с ОНМК проводятся:

транскраниальная микроэмболодетекция;

транскраниальное допплеровское мониторирование;

эхокардиография трансторакальная;

системная тромболитическая терапия и (или) тромбоэмболэктомия, стентирование.
29. В случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной
вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, больной по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации по месту жительства пациента.
30. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.
31. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных
вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится бригадой специалистов Отделения, включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача-физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую реабилитацию.
32. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях
дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК
определяются консилиумом врачей.
33. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются в
неврологическое отделение медицинской организации по месту жительства для дальнейшего стационарного лечения в условиях круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами) для больных с инсультами.
34. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для
проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.
35. При определении медицинской организации для дальнейшего оказания
медицинской помощи и медицинской реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале мобильности Ривермид и шкале реабилитационной маршрутизации.
36. При выписке профильных пациентов из Отделения на амбулаторный этап
долечивания необходимо уведомить медицинскую организацию по месту жительства пациента посредством телефонной связи или электронной почты о необходимости активного посещения пациента на дому с отметкой в медицинской карте стационарного больного.
37. Для пациентов, нуждающихся в мероприятиях по восстановительному
лечению, врачебной комиссией медицинской организации в обязательном порядке разрабатывается и утверждается индивидуальный план реабилитации. Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжаются непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях, согласно рекомендациям. Индивидуальная вторичная профилактика продолжается под наблюдением врача первичного звена, невролога по месту жительства пациента.
38. Охват диспансерным наблюдением больных, перенесших ОНМК должен составлять 100%.
39. Больные, перенесшие ОНМК и имеющие существенно ограниченные
физические или психические возможности, нуждающиеся в интенсивной
симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе, должны направляться в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

40. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с ОНМК, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями № 1-7 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 15 ноября 2012 года №928н.

СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. Организация и функционирование Регионального сосудистого центра (БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница») и четырех первичных сосудистых отделений (БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница №2», БУЗ ВО «Вологодская городская больница №1», БУЗ ВО «Великоустюгская ЦРБ», БУЗ ВО «Тотемская ЦРБ») предполагает госпитализацию больных с ОНМК.
2. Госпитализация пациентов с ОНМК в медицинские организации области, не имеющие в своем составе сосудистых отделений, считается непрофильной, за исключением:

- случаев госпитализации по жизненным показаниям для оказания экстренной медицинской помощи (медицинская карта стационарного больного должна содержать описание клинических признаков «нетранспортабельности»);

- случаев отказа пациента или его законного представителя от госпитализации в сосудистое отделение ПСО/РСЦ, оформленного в установленном законодательством порядке.

1. Маршрутизация пациентов с симптомами ОНМК осуществляется в соответствии с приказом департамента здравоохранения Вологодской области от 18.07.2013 г. № 884 «О трехуровневой системе оказания специализированной помощи населению Вологодской области, маршрутизации при оказании медицинской помощи и соблюдении порядков оказания медицинской помощи (с изменениями на 28.03.2018 г.).
2. Основной задачей первичных сосудистых отделений и Регионального сосудистого центра является максимально ранняя госпитализация пациентов с признаками ОНМК в рамках «терапевтического окна», диагностика инсульта и его патогенетического подтипа с использованием методов нейровизуализации (СКТ, МРТ, ангиография) и оказание высокотехнологичной помощи: системная тромболитическая терапия, рентгенэндоваскулярные методы лечения (селективная ТЛТ, тромбоэкстракция, стентирование) и нейрохирургическое вмешательство.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАНИЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕГИОНАЛЬНЫЙ СОСУДИСТЫЙ ЦЕНТР**

**Показания к госпитализации**

1. Подозрение на острое нарушение мозгового кровообращения.

**Ограничения к госпитализации**

1. Терминальная кома.

2. Деменция, выраженные психические нарушения в анамнезе, стойкая инвалидизация до инсульта.

3. Острая стадия инфекционных заболеваний (в т.ч. опасных для окружающих).

4. Терминальная стадия онкологических, декомпенсация других хронических соматических заболеваний.

**Муниципальные образования Вологодской области, закрепленные за Региональным сосудистым центром по оказанию медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения**

1. Вашкинский район
2. Верховажский район
3. Вожегодский район
4. Вытегорский район
5. Кирилловский район
6. Междуреченский район
7. Сямженский район
8. Харовский район

**Порядок перевода из первичных сосудистых отделений (ПСО) в Региональный сосудистый центр (РСЦ)**

 Перевод из первичного сосудистого отделения в Региональный сосудистый центр пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения осуществляется по медицинским показаниям для инвазивной диагностики и хирургических методов лечения после согласования с заведующими отделениями неотложной неврологии и нейрохирургии (при отсутствии противопоказаний).

**Перевод больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и постреанимационной болезнью, нуждающихся в продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более 7 суток, для дальнейшего лечения осуществляется из РСЦ в отделения интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации общего профиля стационаров по месту жительства пациента. Транспортировка этих больных из РСЦ осуществляется силами РСЦ (санитарной авиации).**

**ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАНИЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПЕРВИЧНОЕ СОСУДИСТОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

**Показания к госпитализации**

1. Подозрение на острое нарушение мозгового кровообращения.

**Ограничения к госпитализации**

1. Терминальная кома.

2. Деменция, выраженные психические нарушения в анамнезе, стойкая инвалидизация до инсульта.

3. Острая стадия инфекционных заболеваний (в т.ч. опасных для окружающих).

4. Терминальная стадия онкологических, декомпенсация других хронических соматических заболеваний.

**АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Настоящий Алгоритм регламентирует оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с острым нарушением мозгового кровообращения (далее - ОНМК) медицинскими работниками медицинских организаций Вологодской области (далее - МО) (фельдшером ФАП, фельдшером участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики, врачом-неврологом поликлиники, врачом или фельдшером скорой медицинской помощи).

При постановке предварительного диагноза ОНМК на догоспитальном этапе медицинский работник МО (фельдшер, врач-терапевт участковый, врач общей практики, врач-невролог поликлиники и др.) срочно вызывает на себя бригаду скорой медицинской помощи (далее - бригада СМП).

До приезда бригады СМП проводятся следующие мероприятия:

1. Сбор жалоб и анамнеза (по возможности с учетом состояния пациента):

1.1. Характер и время возникновения симптомов.

1.2. Сопутствующие заболевания (факторы риска): сахарный диабет, артериальная гипертензия, перенесенные ОНМК в анамнезе, перенесенные оперативные вмешательства на сосудах и др.

1.3. Самостоятельная медикаментозная терапия (с момента появления жалоб).

2. Оценка гемодинамики:

2.1. Измерение артериального давления (на двух руках).

2.2. Частота сердечных сокращений.

2.3. Аускультация сердца и легких.

3. Исследование неврологического статуса.

По прибытии бригады СМП выполняется:

запись электрокардиограммы (далее - ЭКГ);

определение глюкозы крови;

пульсоксиметрия.

4. Проведение базисной терапии (недифференцированной) ОНМК в соответствии со стандартом для скорой медицинской помощи:

4.1. Коррекция дыхательных нарушений - оксигенотерапия обязательна.

4.2. При снижении уровня сознания до сопора и ниже, а также при аспирации, брадипноэ частота дыхательных движений (далее - ЧДД) менее 12/мин или тахипноэ (ЧДД выше 30/мин), показана интубация трахеи - "золотой стандарт", также возможна установка Combitube.

Важно! Транспортировка интубированных больных только на аппарате искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ), на фоне медицинской седации короткодействующими гипнотиками (пропофол, дормикум). Транспортировка на спонтанном дыхании через эндотрахеальную трубку недопустима.

4.3. Коррекция артериального давления (далее - АД) при цифрах более 200/110 мм рт. ст. при подозрении на ишемический или недифференцированный инсульт, при цифрах АД более 170/100 мм рт. ст. при подозрении на геморрагический инсульт. Целевой уровень снижения АД до цифр, превышающих "обычное" АД конкретного пациента на 15 - 20 мм рт. ст. Избегать применения препаратов, резко снижающих давление (нифедипин).

4.4. Коррекция водно-электролитного обмена - использовать раствор хлорида натрия 0,9%, а также гидроксиэтилкрахмал 6%.

4.5. Борьба с отеком головного мозга и повышением внутричерепного давления. Использовать маннитол 0,5 - 1,0 г/кг. Транспортировка больного с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!).

4.6. Купирование судорожного синдрома - использовать диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно 10 мг в/в через 3 - 4 минуты. Избегать введения лазикса, гипоосмолярных растворов.

5. По приезде бригады СМП при наличии показаний осуществляется экстренная госпитализация в Региональный сосудистый центр (далее - РСЦ) или первичное сосудистое отделение (далее - ПСО). Транспортировка с последующей экстренной госпитализацией пациентов с ОНМК должна производиться максимально быстро в "терапевтическое окно" (до 3 часов от момента начала заболевания) для возможности проведения тромболитической терапии. Следует учесть, что по истечении времени "терапевтического окна" пациент также подлежит обязательной госпитализации. Бригада СМП начинает заполнять контрольный листок – опросник о возможном проведении тромболитической терапии (ТЛТ).

6. Для госпитализации в ПСО или РСЦ бригада СМП самостоятельно или через диспетчера оповещает дежурного невролога о профильном пациенте с ОНМК и предположительном времени госпитализации (доезда), предположительном времени от начала развития симптоматики.

**Алгоритм догоспитальной помощи при подозрении на ОНМК**

(фельдшер ФАП, врач-терапевт (врач общей практики),

фельдшер или врач СМП)

|  |
| --- |
| Сбор жалоб и анамнеза. Оценка общего состояния больного и его жизненно важных функций (АД, ЧСС, ритмичность сердечных сокращений, ЧДД, ритмичность дыхания). Оценка возможных нарушений функций внешнего дыхания (цианоз лица и кистей, дыхательные шумы, западение языка, наличие рвотных масс на лице и одежде). Оценка неврологических расстройств, анализ ЭКГ и уровня гликемии (портативным глюкометром). Заключение о наличии ОНМК (экспресс диагностика (FAST): речевые нарушения, асимметрия лица, парез конечности. |

**↓**

|  |
| --- |
| Транспортировка больного в профильный стационар + оказание догоспитальной помощи. |

**↓**

|  |
| --- |
| Начать заполнение контрольного листа о вероятном проведении тромболитической терапии больному с ОНМК |

↓

|  |
| --- |
| Стабилизация витальных функций: -коррекция АД на уровне 190-180/110-100; избегать резкого снижения АД-нормализация функций внешнего дыхания (освобождение полости рта от рвотных масс, заведение воздуховода за корень языка, интубация трахеи и ИВЛ, подача увлажненного кислорода)-купирование судорожного синдромаСтараться осуществлять в/в инфузии преимущественно в вены кистей или стопНе применять фуросемид (лазикс), пирацетам (ноотропил), вазоактивные препараты, кортикостероиды! |

↓

|  |
| --- |
| Оповещение приемного отделения ПСО (РСЦ) по телефону, сообщение о тяжести состояния больного: АД, ЧСС, ЧДД, степени нарушения сознания, наличие судорожного синдрома. Сообщает о необходимости осмотра реаниматологом. Экстренная транспортировка больного минуя приемное отделение в смотровой кабинет невролога ПСО (РСЦ). Завершение заполнения опросника в кабинете СКТ.  |

**Контрольный лист о вероятном проведении тромболитической терапии, заполняемый врачебно-фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи, транспортирующей больного с ОНМК**

1. ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Время начала заболевания:

А. известно – (чч/мм) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Б. не известно (во время сна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В. Более 3-х часов назад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Имеющиеся симптомы: головная боль, головокружение, слабость в руке или ноге, нарушения речи, менингеальные знаки (нужное подчеркнуть)

 4. Был ли судорожный припадок в дебюте заболевания? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5. Данные анамнеза жизни:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | «Да» | «Нет» |
| Переносил ли инсульт за последние 3 месяца |  |  |
| Переносил ли пациент геморрагический инсульт |  |  |
| Инсульт в анамнезе + сахарный диабет |  |  |
| Оперативные вмешательства в последние 3 месяца |  |  |
| Была ли травма головы в последние 3 месяца |  |  |
| Пункция центральных вен в последние 3 месяца |  |  |
| Выполнялся ли аборт в последние 3 месяца |  |  |
| Экстракция зубов в последние 2 недели |  |  |
| Имеется ли менструальное кровотечение у пациентки |  |  |
| Беременна ли сейчас пациентка |  |  |
| Обострение язвенной болезни желудка и 12-ти ПК за последние 3 месяца |  |  |
| Операции на головном или спинном мозге |  |  |
| Диагностировались ли ранее опухоли мозга, аневризмы, АВМ |  |  |
| Имеется ли почечная или печеночная недостаточность |  |  |
| Страдает ли пациент острым панкреатитом, гепатитом, эндокардитом |  |  |
| Отмечалась ли ранее повышенная кровоточивость, проводилось ли обследование или лечение |  |  |
| Уровень сознания менее 12 баллов по шкале Глазго |  |  |
| Получал ли пациент за 48 часов до инсульта гепарин, варфарин или другие антикоагулянты |  |  |

Если в разделе анамнеза жизни отмечен хоть один квадратик в столбце **«Да»**, то проведение тромболитической терапии больному **противопоказано!**

Лист заполнил врач/фельдшер (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контрольный лист передается с больным в стационар для внесения в медицинскую карту.