**«Утверждаю»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Главный врач МУЗ**

**«Киреевская станция скорой**

**медицинской помощи»**

**Петровский И.В.**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009г.**

 **мп**

**ОТЧЕТ**

**о работе фельдшера**

**МУЗ «Киреевская станция**

**скорой медицинской помощи»**

**за 2008 год**

**Лазаревой**

**Юлии Витальевны**

**г. Киреевск 2009 год**

Скорая помощь нацелена на работу в необычных экстренных ситуациях, когда недуг принимает угрожающий характер. Оказание экстренной медицинской помощи в самые ранние сроки при неотложных состояниях и несчастных случаях является нередко решающим фактором для спасения жизни больного и пострадавшего, а также влияет на продолжительность заболевания и скорейшее выздоровление больного. Поэтому, развитию и совершенствованию работы скорой и неотложной медицинской помощи всегда уделялось повышенное внимание.

Темпы роста и развития скорой помощи напрямую связаны с экономическим положением страны. Но, несмотря на экономический кризис, все же вводится компьютерная техника, применяются новые лекарственные средства и препараты, медицинская аппаратура, улучшается организация труда. В настоящее время здравоохранение России располагает развитой сетью лечебно-профилактических учреждений. В том числе и учреждений по оказанию скорой медицинской помощи. Основными требованиями к организации работы станции скорой и неотложной медицинской помощи являются:

* Полная доступность для населения в любое время суток;
* Высокое качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе;
* Обеспечение быстрой госпитализации в медицинские учреждения в зависимости от профиля заболевания или повреждения.

От рациональной организации зависит эффективность медицинской помощи в целом. Система учреждений СМП в большинстве населенных пунктов складывается и развивается по принципу территориального деления населенных пунктов с учетом их архитектурно-планировочного районирования. Сетевая система СМП получила развитие в городах, где принцип организации этой службы предусматривает создание центральной и районных подстанций. Подстанции скорой помощи располагаются по всей территории города с учетом численности населения, расчетом 20-ти минутной транспортной доступности, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности движения.

В 2002 году я закончила Узловское медицинское училище. С января 2003 года работаю на Бородинской подстанции Киреевской станции скорой медицинской помощи фельдшером в выездной бригаде.

Киреевская станция скорой помощи относится к 4 категории.

Станция скорой помощи имеет 4 подстанции, 9 санитарных автомашин. Открыта по приказу Райздравотдела 30 ноября 1971 года. Радиус обслуживания около 35 км. Затем, приказом по ЦРБ, были организованы подстанции в городах Липки и Болохово, посёлках Шварцевский и Бородинский.

 В настоящее время на Киреевской станции скорой помощи круглосуточно работают 9 линейных бригад. По данным городского Бюро на 01.01.2007г. население составило 76700 жителей города Киреевска и Киреевского района. Для максимального приближения скорой медицинской помощи организована сеть из 5-ти подстанций.

-Центральная станция скорой помощи в городе Киреевске. Оказывает скорою помощь жителям города Киреевска и Киреевского врачебного участка;

-Липковская подстанция – населению города Липки и Липковского врачебного участка.

-Болоховская подстанция – населению города Болохово и Болоховского врачебного участка;

-Бородинская подстанция – населению поселка Бородинский и Бородинского врачебного участка;

-Шварцевская подстанция – населению поселка Шварцевский и Шварцевского врачебного участка.

При необходимости существует взаимопомощь между подстанциями.

На центральной подстанции города Киреевская работают 3-и линейные бригады.

Липковская подстанция – 2-е линейные бригады.

Болоховская подстанция – 2-е линейные бригады.

Шварцевская подстанция – 1-а линейная бригада.

На Бородинской подстанции круглосуточно работает одна линейная бригада, состоящая из:

* Фельдшер по приему вызовов
* Фельдшер выездной бригады
* Санитарка выездной бригады
* Водитель

Подстанция скорой помощи подразделяется на:

* 1. Диспетчерская
	2. комната отдыха фельдшеров
	3. комната водителей
	4. процедурный кабинет, где оказывается амбулаторная помощь населению.

***Я владею следующими практическими навыками:***

* Владею техникой проведения внутримышечных, внутривенных и подкожных инъекций.
* Техникой инфузионной терапии.
* Техникой снятия ЭКГ
* Промывания желудка
* Катетеризация мочевого пузыря
* Методами иммобилизации на догоспитальном этапе
* Наложения защитных повязок
* Техникой временной остановки кровотечения
* Умею производить переднюю тампонаду носовых ходов
* Принятие родов в машине и на дому, оказание помощи при асфиксии новорожденных
* Техникой проведения непрямого массажа сердца и искусственной вентиляции легких.

 За время работы на станции скорой помощи я постоянно стараюсь усовершенствовать свои профессиональные знания и опыт. Регулярно посещала фельдшерские и врачебные конференции. За 2008 год посещала и принимала участие в конференцях по следующим темам:

* + Атипичная пневмония
	+ Карантийные инфекции
	+ Отек легких
	+ Гипертонический криз
	+ ИБС. Стенокардия (стабильная, нестабильная)
	+ Сердечно-легочная реанимация при клинической смерти
	+ Закрытые и открытые переломы верхних и нижних конечностей
	+ МКБ. Почечная колика.
	+ Острый холецистит. Острый панкреатит.
	+ Апоплексия яичника.
	+ Этика и деонтология фельдшера

В 2007 году я проходила специализацию о повышении квалификации на базе «Станции скорой медицинской помощи г.Тулы»

 Часто на вызовах я провожу беседы с больными и родственниками на темы:

* профилактика и предупреждение возможных заболеваний
* правила принятия таблетированных препаратов
* здоровый образ жизни
* предупреждение и развитие заболеваний ССЗ
* профилактика и предупреждение простудных заболеваний
* правильное питание при сахарном диабете
* о вреде алкоголя и курения
* образ жизни при гипертонической болезни
* профилактика ожирения и гиподинамии

С каждым годом продолжает увеличиваться количество вызовов с сердечно-сосудистой патологией. Это происходит за счет неблагоприятной экологической обстановки, стрессов, экологической нестабильности. Увеличилось число инсультов, инфарктов, гипертонических кризов. Одна из причин этого в том, что больные иногда просто не знают, как нужно принимать лекарства и какие именно, что говорит о слабости поликлинической службы. Количество травм и несчастных случаев остается примерно на одном и том же уровне. Очень много вызовов приходится на больных, которые находятся в алкогольном опьянении.

***Почечная колика.***

Это симптокомплекс, возникающий при остром нарушении оттока мочи из почки, что приводит к развитию чашечно-лоханочной гипертензии, рефлекторному спазму артериальных почечных сосудов, венозному стазу и отеку паренхимы, ее гипоксии и перерастяжению фиброзной капсулы.

 Наиболее часто обструкция верхних мочевых путей обусловлена камнем в мочеточнике. Окклюзия мочеточника может также наступить при стриктурах, перегибах и перекрутах мочеточника, при обтурации его просвета сгустком крови, слизи или гноя, казеозными массами (при туберкулезе почки), отторгнувшимся некротизированным сосочком.

Почечная колика является синдромом, который, не раскрывая причины заболевания, лишь свидетельствует о вовлечении в патологический процесс почки или мочеточника.

Для почечной колики характерно внезапное появление интенсивных болей в поясничной области, нередко ночью, во время сна, иногда после физической нагрузки, длительной ходьбы, тряской езды, приема большого количества жидкости или мочегонных препаратов.

Нередко почечную колику сопровождает тошнота, многократная рвота, задержка стула и газов, вздутие живота, что затрудняет диагноз. При пальпации выявляется резкая болезненность в области почки, резистентность мышц на стороне заболевания. Иногда удается прощупать увеличенную и болезненную почку. Нередко может быть микрогематурия. В ряде случаев наблюдается повышение температуры, озноб, лейкоцитоз при отсутствии других признаков мочевой инфекции.

Обычно боли начинаются в костовертебральном углу и иррадиируют в подреберье, по ходу мочеточника в половые органы, по внутренней поверхности бедра. Реже боли начинаются по ходу мочеточника, а затем распространяются на область поясницы с соответствующей стороны и иррадиируют в яичко или большие половые губы.

Возможна атипическая иррадиация болей (в плечо, лопатку, в область пупка), что объясняется широкими нервными связями почечного нервного сплетения. Часто наблюдаются парадоксальные боли в области здоровой почки. У некоторых больных отмечается превалирование болевых ощущений в месте иррадиации.

Характерно беспокойное поведение больных, которые стонут, мечутся, принимают невероятные позы и не могут найти положения, в котором бы интенсивность болей уменьшилась. Появляются бледность, холодный пот. Иногда повышается АД. Дизурические явления довольно часто сопутствуют приступу почечной колики. Дизурия проявляется учащенным, болезненным мочеиспусканием: чем ближе к мочевому пузырю локализуется камень, тем резче дизурия.

Возраст больных – старше 60 лет.

***Обострение бронхиальной астмы.***

**Бронхиальная астма –** это заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов, клинически проявляющееся бронхиальной обструкцией, изменяющейся с течением времени. Повторные эпизоды, навязчивый непродуктивный кашель, особенно ночью или ранним утром – это симптомы распространенной, но вариабельной обструкции бронхиального дерева, частично обратимой спонтанно или исчезающей под влиянием лечения.

Известны 4-е механизма обструкции дыхательных путей:

* Спазм гладких мышц
* Отек слизистых дыхательных путей
* Гиперсекреция с образованием слизистых пробок
* Склероз стенки бронхов при длительном и тяжелом течении заболевания

Таким образом, бронхиальная астма представляет собой хроническое, аллергическое воспаление дыхательных путей, приводящее к гиперреактивности бронхов, их обструкции в следствии бронхоабструкции, отека слизистой и обтурации вязким секретом, клинически проявляющееся респираторными симптомами.

Диагноз на догоспитальном этапе ставится на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического обследования.

**Жалобы и анамнез.** Наличие приступов удушья или одышки, появление свистящих хрипов, кашля и их исчезновение спонтанно или после применения препаратов. Наличие в анамнезе у больного или его родственников установленной бронхиальной астмы или других аллергических заболеваний.

**Клиническое обследование.** Вынужденное положение, участие вспомогательной дыхательной мускулатуры в акте дыхания, сухие хрипы, которые слышны на расстоянии или аускультации над легкими. Обострение может протекать в виде острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции. Приступ бронхиальной астмы – остро развившееся или прогрессивно ухудшающееся экспираторное удушье, затрудненное или свистящее дыхание, спастический кашель, или сочетание этих симптомов.

Обострение в виде затяжного состояния бронхиальной обструкции, на фоне которого могут повторяться острые приступы различной тяжести.

Обострение по степени тяжести может быть, легким, среднетяжелым, тяжелым и в виде астматического статуса.

***Острые нарушения мозгового кровообращения***

**Инсульт –** это вызванное патологическим процессом острое нарушение кровообращения в головном или спинном мозге, сопровождающиеся развитием стойких симптомов поражения ЦНС. Приходящие нарушения мозгового кровообращения – это такие нарушения церебральной гемодинамики, которые характеризуются внезапностью и кратковременностью дисциркуляторных расстройств в головном мозге, проявляющихся очаговыми или общемозговыми симптомами, проходящими в течение 24 часов.

Основными причинами развития ишемического инсульта (инфаркта мозга) являются атеросклероз крупных артериальных сосудов; заболевания, сопровождающиеся тромботической эмболизацией мозговых артерий; заболевания, характеризующиеся поражением артериол; гематологические заболевания.

В патогенезе инфаркта мозга основную роль играет критическое снижение мозгового кровотока вследствие расстройства общей гемодинамики или срыва саморегуляции мозгового кровообращения. Основными причинами внутримозгового кровоизлияния являются артериальная гипертензия, внутричерепная аневризма, церебральная амилоидная ангиопатия, использование антикоагулянтов или тромболитиков.

Субарахноидальные кровоизлияния в основном обусловлены разрывом мешотчатой аневризмы, артериовенозной мальформацией. В 30% случаев причину установить не удается.

Геморрагический инсульт развивается в результате разрыва сосуда или как следствие вазомоторных нарушений, приводящих к длительному спазму, порезу или параличу сосудов мозга, что вызывает замедление тока крови и развитие гипоксии мозга.

**Классификация:**

1. Приходящие нарушения мозгового кровообращения:
	* Транзиторные ишемические атаки
	* Гипертонические церебральные кризы
2. Острая гипертоническая энцефалопатия
3. Инсульты:

- Геморрагические

* Паренхиматозные
* Субарахноидальные
* Субдуральные и эпидуральные гематомы
* Сочетанные

-Ишемические

Для диагностики геморрагического инсульта имеет значение следующее сочетание признаков:

* Данные в анамнезе, указывающие на высокое артериальное давление и гипертонические церебральные кризы.
* Острое начало заболевания, чаще днем, во время активной деятельности. Быстрое, прогрессирующее ухудшение состояния пациента.
* Выраженные вегетативные нарушения: гиперемия или, в особенно тяжелых случаях, бледность лица, потливость, повышение температуры тела.
* Ранее появление симптомов, обусловленных смещением и сдавливанием мозгового ствола. При этом, кроме нарушения сознания, дыхания и сердечной деятельности, отмечаются глазодвигательные расстройства, нистагм, расстройства мышечного тонуса.

Возраст больным 40-55 лет.

Диагностические признаки, характерные для ишемического инсульта:

* Указание в анамнезе на ИБС, инфаркт миокарда, мерцательную аритмию и транзиторные ишемические остатки.
* Менее бурное, чем при геморрагическом инсульте развитие, часто во сне или сразу после сна.
* Преобладание очаговых симптомов над общемозговыми, относительная устойчивость жизненно важных функций, сохранность сознания.

Медработник обязан заслужить доверие и уважение больного. Только в этом случае можно рассчитывать, что различные советы и рекомендации будут им выполняться. Без контакта с больным, при формальном выполнении служебных обязанностей, без внимания, чуткости, доброжелательности невозможно достигнуть хорошего эффекта лечения.

Фельдшер скорой помощи должен уметь сохранять спокойствие, быть собранным и готовым к решению задач при оказании экстренной помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе. При любых обстоятельствах фельдшер должен быть добрым и приветливым, простым и внимательным, скромным и общительным, тактичным и аккуратным.

В работе фельдшера скорой помощи отводится очень короткое время на постановку диагноза и оказание первой медицинской помощи. Для этого требуется полная отдача духовных и физических сил, большого нервного и эмоционального напряжения. Все внимание фельдшера должно быть сосредоточено на больном человеке.

Свою задачу на будущее вижу в постоянном усовершенствовании своих практических и теоретических навыков, более внимательном и качественном обслуживании пациентов.

Усовершенствование знаний в своевременной диагностике и оказание помощи на догоспитальном этапе лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Улучшение навыков при расшифровке ЭКГ при диагностике острой сердечной патологии.

*Фельдшер Лазарева Ю.В.*

***Список использованной литературы:***

1. «Современная энциклопедия фельдшера» 2007г. Бородулин.
2. «Справочник практического врача» под редакцией академика РАМН А.И. Воробьева 2008 г.
3. «Руководство по скорой медицинской помощи» 2007 г. Верткин.

За 2008 год по Бородинской подстанции Киреевской скорой медицинской помощи было обслужено 2579 вызова, что составляет 10,6 % от общего кол-ва вызовов.

Из них:

Внезапные – 2170

Безрезультатные – 95

Несчастные случаи – 272

Роды – 20

Хронические больные – 266

Транспортировка больных – 35

Мною обслужено: 648 вызовов

Что составляет – 23,3%

Из них взрослых – 569 вызовов

Дети – 35

Безрезультатные – 44

 ***По профилю заболевания:***

Сердечно-сосудистые заболевания – 157

Хирургические – 87

Гинекологические – 18

Терапевтические и прочие – 126

Урологические – 12

Неврологические – 55

Психиатрические – 35

Лица в алкогольном опьянении – 40

Инфекционные заболевания – 26

Несчастные случаи – 48



За 2008 год мною было доставлено 270 больных, из них 31 по направлению врача.

Госпитализировано 211 человек.

***Анализ вызовов с сердечно-сосудистой патологией***

ВСЕГО – 157



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | всего | доставлено | госпитализировано |
| Гипертоническая бол. | 93 | 19 | 15 |
| Стенокардия | 26 | 10 | 7 |
| Нарушение ритма | 28 | 8 | 8 |
| О.инфаркт миокарда | 10 | 10 | 10 |

***Анализ вызовов хирургического профиля***

ВСЕГО – 87



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего** | **Доставлено** | **Госпитализировано** |
| МКБ. Почечная колика | 22 | 7 | 6 |
| ЖКБ. Печеночная колика  | 4 | 4 | 2 |
| Холецистит | 22 | 7 | 6 |
| Панкреатит | 19 | 4 | 1 |
| Аппендицит | 11 | 10 | 8 |
| Кишечная непроходимость | 2 | 2 | 2 |
| Ущемленная грыжа | 3 | 3 | 3 |
| Язвенная болезнь | 4 | 4 | 3 |

***Анализ несчастных случаев.***

ВСЕГО – 48



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| Ушибы, переломы, вывихи | 26 | 9 | 4 |
| Раны, ожоги | 18 | 8 | 1 |
| Черепно-мозговые травмы | 3 | 3 | 3 |
| Отравления | 1 | 1 | 1 |

***Анализ вызовов урологического профиля***

ВСЕГО – 12



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| О.задержка мочи | 2 | 2 | 2 |
| Цистит | 4 | 0 | 0 |
| Пиелонефрит | 6 | 2 | 2 |

***Анализ вызовов гинекологического профиля***

ВСЕГО – 18



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| Роды  | 12 | 12 | 12 |
| Воспалительные заболевания | 4 | 2 | 2 |
| Кровотечения | 2 | 2 | 2 |

***Анализ вызовов терапевтического и прочего профиля.***

ВСЕГО – 126



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| Пневмония, бронхиты | 20 | 5 | 5 |
| Бронхиальная астма | 29 | 11 | 10 |
| Сахарный диабет | 6 | 4 | 3 |
| Цирроз печени | 10 | 5 | 4 |
| Комы | 6 | 4 | 3 |
| О.распираторные заб. и прочие | 55 | 16 | 16 |

***Анализ вызовов инфекционного профиля.***

ВСЕГО – 26



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| КИНЭ | 6 | 5 | 5 |
| Гастроэнтериты/энтероколиты | 11 | 10 | 10 |
| Ларингиты | 5 | 4 | 4 |
| Рожистое воспаление | 4 | 3 | 3 |

***Анализ вызовов психиатрического профиля.***

ВСЕГО – 35



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| Болезнь Блейера | 2 | 2 | 1 |
| Старческие психозы | 2 | 2 | 1 |
| Синдром отмены алкоголя с делирием | 31 | 31 | 30 |

***Анализ вызовов к лицам с алкогольным опьянением.***

ВСЕГО – 40



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| Алкогольное опьянение | 33 | 3 | 0 |
| Алкогольная интоксикация | 7 | 2 | 1 |

***Анализ вызовов неврологического профиля.***

ВСЕГО – 55



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование болезни | **Всего**  | **Доставлено**  | **Госпитализировано**  |
| ОНМК | 5 | 5 | 5 |
| Хондрозы | 32 | 6 | 4 |
| Порезы | 3 | 3 | 3 |
| ВСД | 15 | 0 | 0 |

***ПРИМЕР №1***

В 12 часов дня поступил вызов к больной 46 лет с жалобами на боль в пояснице, частое болезненное мочеиспускание, тошноту, рвоту 2-х кратно.

Из анамнеза стало известно, что больная в течение двух лет страдает МКБ, хр.пиелонефрит. Боли возникли после поездки в транспорте.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больная стонет, мечется, не находит себе места от боли. Кожные покровы – бледные. Cor тоны – ясные, ритмичные PS = ЧСС = 100 в'

AD – 130/80. В легких визикулярное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот – мягкий, резко болезнен по ходу левого мочеточника. С-м поколачивания резко положительный слева. Диурез – болезнен, частный с примесью крови (со слов).

Стул - N t-37.1'

Осмотрев больную и собрав анамнез, я поставила диагноз: МКБ. Левосторонняя почечная колика.

***Оказанная помощь:***

1. Снято ЭКГ (без патологии)
2. Р-р Баралгин 5,0 в/в

После оказания помощи, боли купировались не полностью, состояние улучшилось незначительно.

1. Доставлена в ЦРБ, госпитализирована.

***ПРИМЕР №2.***

В 17 часов я была вызвана к больной 60 лет. Женщина находится без сознания. Со слов соседей: страдает долгое время сахарным диабетом, делает самостоятельно инъекции инсулина, назначенные врачом, но диету не соблюдает.

Объективно: состояние больной тяжелое, сознание отсутствует, кожные покровы – чистые, бледные, влажные, зрачки равномерно сужены, подергивание мышц верхних конечностей, зев чистый, язык влажный, не обложен. Тоны сердца ясные, ритмичные PS = ЧСС = 88 в'AD – 120/80 мм.рт.ст. При аускультации дыхание визикулярное, хрипов нет. ЧДД – 22 в'.

Живот – мягкий при пальпации. Содержание сахара в крови меньше 1 ммоль/на глюкометре. Осмотрев больную и проанализировав анамнез, я поставила следующий диагноз:

 Сахарный диабет 2 тип в стадии декомпенсации. Гипогликемическая кома.

***Оказанная помощь:***

Р-р глюкозы 40% - 60,0 в/в.

Больная пришла в сознание.

Состояние улучшилось. От доставки в больницу отказалась, взята расписка. Через 20 минут содержание сахара на глюкометре – 4,2 ммоль.

***ПРИМЕР №3.***

В 9-30 вызов к женщине 55 лет. Со слов родственников вечером жаловалась на сильную головную боль, а утром не смогла встать с кровати, нарушилась речь.

Из анамнеза стало известно: женщина в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. Регулярно наблюдалась участковым терапевтом.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы – обычной окраски, гипиримия лица. Соr тоны усилены, ритмичные PS = ЧСС = 90 в'AD – 250/130 мм.рт.ст.

В легких дыхание визикулярное, хрипов нет. Живот – мягкий, безболезненный. При осмотре лица – сглаживание носогубного треугольника слева, ассиметрия «оскала». Мышечный тонус слева в верхней и нижней конечностях резко снижен.

Справа тонус в конечностях сохранен. Речь смазана, по типу «каши во рту». Стул и диурез со слов в N.

Осмотрев больную и собрав анамнез, я поставила диагноз:

Инфаркт мозга с левосторонним гемипарезом.

***Оказанная помощь:***

1. Снято ЭКГ
2. Р-р магния сульфата 25%-10,0 +р-р хлорида натрия 0,9%-10,0 – в/в
3. таблетку глицин №4 п/я

После оказания помощи, состояние больной стабильное, через 20 минут АD – 190/100

1. транспортировка на носилках в ЦРБ, госпитализирована в ПИТ.

В своей работе я соблюдаю дезинфекционный и санитарно-противоэпидемический режим, согласно санитарным правилам.

На вызовах я работаю в перчатках и маске. Отходы собираю в два контейнера:

А-обертки от шприцев, пустые ампулы.

Б-использованные ватные шарики и иглы от шприцев и шприцы.

Все использованные шприцы подлежат первичной дезинфекции в 1,5% р-ре бионола в емкости для обработки шприцев, а иглы в емкости для обработки игл. После дезинфекции составляется заключительный акт на всю партию обработанных шприцев за определенный период. На рабочем месте персонала, занимающегося сбором и транспортировкой отходов, находится аптечка первой помощи Ф-50.

В настоящее время на Бородинской подстанции для дезинфекции изделий из металла, резины и стекла используется 1,5% р-р бианола, для обработки мед.техники в машине – 1.5% р-р бианола, для обработки мед.сумки – 0,25% р-р бианола.

Ежедневно проводится текущая уборка с использованием 0,5% р-ра бионола с включением бактерицидной лампы дважды в день на 30 минут, один раз в семь дней – генеральная уборка с использованием 0,5% р-ра бионола и однократного включения бактерицидной лампы на два часа.

Фельдшера производят предстерелизационную обработку изделий медицинского назначения.

Металлические медицинские изделия и стерильный материал дезинфицируются в автоклаве при t132 градуса 20 минут. Изделия из резины и пластмассы – в автоклаве при t120 градусв 45 минут.

Я работаю, основываюсь на следующие нормативные документы:

-Основы законодательства РФ «О здравоохранении»

-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» №52-03 от 30.03.1999 г.

-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» №157-03 от 14.07.1998 г.

-Закон РФ «Психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» №3185-1 от 02.07.1992 г.

1. ОЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» №3-03 от 08.01.1998г.
2. СП 3.1.958-99 «Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпиднадзору за вирусными гепатитами».
3. СП 3.1.3.2.558-96 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний»
4. Сан Пин 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ».
5. СП 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

СП 3.1.1.1086-02 «Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой».

- ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

-МУ 287-113 от 30.12.1998г. «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения».

1. MP 3.1.683-98 «Профилактика инфекционных болезней. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха и поверхности в помещении».
2. МУ 3.4.1028-01 «Организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа) подозрительного на заболевание карантинными инфекциями, КВГЛ, малярией, и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение».
3. «Рекомендации по оказанию экстренной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях на догоспитальном этапе, показаниях к госпитализации и виду транспортировки» Тула, 1990г.
4. Приказ МЗ РФ от 08.04.1998г. № 108 «О скорой психиатрической помощи».

- МУ 3.1.1.2232-07 «Профилактика холеры, организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий на случай возникновения очага холеры»

- МУ 3.1.2313-08 «Требования к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев инъекционных однократного применения»

За отчетный период по Киреевской станции скорой медицинской помощи было обслужено 24304 вызова, из них:

* Внезапные заболевания – 20542
* Безрезультатные – 693
* Несчастные случаи – 2497
* Роды – 237
* Дети – 2568
* Несчастные случаи у детей – 398

**Обращаемость по селу**  - 3856, из них:

* Внезапные – 3370
* Несчастные случаи – 451

Всего доставленных – 6578.

Госпитализировано – 5159.