



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

ВНУТРИГОСПИТАЛЬНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

МКБ 10: **Z/41/8; Z/41/9; Z/51/8; Z/51/9**

Год утверждения (частота пересмотра): 2018 (каждые три года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов»

Утверждены

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
— _____ 2018 г.

Оглавление

Ключевые слова	2
Список сокращений	2
1. Краткая информация	3
1.1. Определения	3
1.2. Эпидемиология	3
1.3. Кодирование по МКБ 10	3
1.4. Кодирование по номенклатуре медицинских услуг	3
1.5. Классификация внутригоспитальной транспортировки	3
2. Показания и противопоказания для проведения ВГТ	4
2.1. Показания	4
2.2. Противопоказания	4
2.3. Условные противопоказания	4
3. Выполнение транспортировки	5
3.1. Подготовка пациента к транспортировке	5
3.2. Проведение транспортировки	6
3.3. Этап, после транспортировки	6
4. Критические инциденты и осложнения	6
5. Критерии оценки качества медицинской помощи	7
Приложение А 1. Состав рабочей группы	9
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	9
Приложение А3. Связанные документы	10
Приложение Б1. Алгоритм оценки риска транспортировки пациента в критическом состоянии	11
Приложение Б2. Алгоритм проведения транспортировки пациента в критическом состоянии	12
Приложение В1. Информация для пациента	13
Приложение Г1. Протокол внутригоспитальной транспортировки	15
Использованная литература	16

Ключевые слова

Внутригоспитальная транспортировка, критические состояния, критические инциденты,

Список сокращений

ВГТ – внутригоспитальная транспортировка
ВДП – верхние дыхательные пути
ДН – дыхательная недостаточность
КИ – критический инцидент
КС – критическое состояние
ОИТ – отделение интенсивной терапии
ССС – сердечно-сосудистая система
УК РФ – уголовный кодекс Российской Федерации
ЦНС – центральная нервная система
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭКГ – электрокардиография

1. Краткая информация

1.1. Определения

Внутригоспитальная транспортировка — процесс перемещения пациентов, осуществляемый медицинским персоналом, внутри лечебного учреждения, из одного отделения в другое для проведения лечебных или диагностических мероприятий.

Критическое состояние — состояние, при котором развившаяся дисфункция органов и систем организма, без внешнего воздействия приведет к необратимым функциональным и органическим повреждениям с гибелью организма.

Критический инцидент — событие, ошибка человека либо поломка оборудования, которые, не будучи вовремя распознаны и устранены, могли бы привести или привели к нежелательным явлениям и неблагоприятным последствиям, вплоть до летального исхода.

1.2. Эпидемиология

Транспортировка пациента в критическом состоянии, является одной из важных задач отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Ежедневно внутригоспитальная транспортировка, составляет до нескольких десятков раз в сутки, в зависимости от категории лечебного заведения [6, 7, 14].

1.3. Кодирование по МКБ 10

Z41.8 — Другие процедуры, не имеющие лечебных целей;

Z41.9 — Неуточненная процедура, не имеющая лечебных целей;

Z51.8 — Другой уточненный вид медицинской помощи;

Z51.9 — Медицинская помощь неуточненная

1.4. Кодирование по номенклатуре медицинских услуг

Кодирование по номенклатуре медицинских услуг, согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» [4].

A14.30.002 — Транспортировка тяжелобольного пациента внутри учреждения

1.5. Классификация внутригоспитальной транспортировки [8]

По способу транспортировки:

- на каталке;

- на функциональной кровати;

- автомобильным транспортом (при наличии многокорпусной структуры стационара).

По времени:

- короткие (менее 1 часа);

- длительные (более 1 часа).

По потребности:

- с диагностической целью;

- с целью проведения лечебных манипуляций, процедур;

- с лечебно-диагностической целью.

По назначению:

- в операционную;

- из операционной;
- в профильное отделение из ОРИТ;
- из профильного отделения в ОРИТ;
- в диагностическое подразделение
- из диагностического подразделения

2. Показания и противопоказания для проведения внутригоспитальной транспортировки

Цель проведения внутригоспитальной транспортировки (ВГТ) – обеспечение максимально безопасного и эффективного перемещения пациента для проведения диагностических и/или лечебных мероприятий. Транспортировка пациента в критическом состоянии является потенциально дестабилизирующим фактором и сопровождается риском развития вторичных осложнений. Для принятия решения о необходимости проведения этой процедуры необходимо оценить вероятные риски развития осложнений до начала транспортировки. Если предполагаемая польза от диагностической или лечебной процедуры не превышает риск от транспортировки, то следует пересмотреть необходимость ее проведения [6, 8, 20].

По экстренным и неотложным показаниям ВГТ должна осуществляться по крайней необходимости (ст. 39 УК РФ) и с учетом обоснованного риска (ст. 41 УК РФ), когда опасность, угрожающая здоровью пациента, не может быть устранена иными способами, а риск отказа от данной манипуляции может превышать риск возможных осложнений и смертельного исхода, по сравнению с таковым при ВГТ [2].

2.1. Показания

1. Выполнение диагностических мероприятий за пределами ОИТ.
2. Выполнение лечебных мероприятий за пределами ОИТ.
3. Перевод в другое отделение.

2.2. Противопоказания

1. Прогрессирующая декомпенсация функции сердечно-сосудистой системы (ССС), на фоне продолжающегося введения адреномиметиков и увеличением дозировок выше «терапевтических».
2. Дыхательная недостаточность с прогрессирующим нарушением оксигенации на фоне проводимой респираторной терапии, что определяется по снижению индекса оксигенации менее 100.

2.3. Относительные противопоказания

1. Психомоторное возбуждение.
2. Судорожный синдром.
3. Контагиозный период инфекционного заболевания.

*Примечание: При транспортировке по абсолютным жизненным показаниям (крайняя необходимость) с целью выполнения экстренных и неотложных диагностических или лечебных вмешательств, противопоказания являются условными и

рассматриваются как дополнительный фактор риска развития осложнений при транспортировке.

При наличии условных противопоказаний необходимо отложить транспортировку до разрешения и/или стабилизации состояния.

Транспортировка пациентов с инфекционными заболеваниями по экстренным и неотложным показаниям, в контагиозный период, должна осуществляться с соблюдением противоэпидемического режима.

3. Выполнение транспортировки

Оценка соотношения «риск/польза» проводится на основании профессионального суждения специалиста, объективных данных о состоянии пациента, лабораторных и дополнительных методов исследования. Врач объясняет пациенту (если это возможно) или его законному представителю, необходимость проведения лечебной и/или диагностической процедуры, и возможные осложнения и риски связанные с проведением транспортировки, и получает согласие (приложение В1). [14].

При неоднозначности оценки «риск/польза» и сомнительных ситуациях, решение принимается консилиумом врачей, с участием заведующего отделением, лечащего (дежурного) врача и, при необходимости, с привлечением смежных специалистов. В случае, если собрать консилиум невозможно, — непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации) [20].

Рекомендация:

У отдельных пациентов возможно выполнение оценки риска развития ранних осложнений с использованием модифицированной шкалы ранней оценки систем (Приложение Г2). Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – III).

Рекомендация

Согласие или отказ от проведения транспортировки должны быть оформлены соответствующим протоколом (Приложения В1, В2). Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

3.1. Подготовка пациента к транспортировке

Подготовительные мероприятия, перед транспортировкой, должны быть направлены на стабилизацию жизненно важных функций организма пациента.

Рекомендация:

Обеспечение поддержания достаточной оксигенации и элиминации углекислоты, с параметрами газообмена на уровне p_aO_2 более 98–100 мм рт. ст. и p_aCO_2 - в пределах 35–45 мм рт. ст. может снижать риск развития тяжелой гипоксемии во время транспортировки. Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIa) [6, 13, 19].

Рекомендация:

Поддержание среднего артериального давления выше 80 мм рт.ст. может обеспечивать адекватный сердечный выброс и поддержание оптимального уровня тканевой перфузии. *Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIa) [9].*

Рекомендация:

Выполнение контрольного перечня мероприятия по чек-листу до начала транспортировки снижает риск развития критических инцидентов. *Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).*

3.2. Проведение транспортировки

Повышение безопасности транспортировки пациента в критическом состоянии может быть достигнуто привлечением опытных специалистов, обеспечением достаточного объема мониторинга и принятием организационных решений для конкретного лечебного учреждения [7,9].

Рекомендация:

Обеспечение во время ВГТ мониторинга функции дыхания, сердечно-сосудистой системы и (при необходимости) уровня сознания снижает частоту развития нежелательных явлений и осложнений. *Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).*

Рекомендация:

Привлечение специалиста (-ов), имеющего опыт проведения ВГТ пациентов в критическом состоянии, снижает риск развития критических инцидентов, связанных с «человеческим фактором». *Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).*

3.3. Действия после транспортировки

После выполнения лечебных и/или диагностических процедур и возвращения пациента в ОИТ или перевода в другое отделение проводится оценка витальных функций и при необходимости выполняются мероприятия, направленные на коррекцию и стабилизацию состояния [13].

Передача пациента в отделение под наблюдение персонала должна быть задокументирована, все изменения в период транспортировки должны быть внесены в протокол транспортировки (приложение Г1).

Рекомендация:

Проведение транспортировки пациента в критическом состоянии должно быть оформлено соответствующим протоколом (приложение 2). *Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств IIa).*

4. Критические инциденты и осложнения

Факт транспортировки влияет на состояние пациента посредством нескольких механизмов: необходимость в применении транспортных вариантов аппаратов для ИВЛ, средств гемодинамической поддержки и мониторинга, изменение положения тела и перемещение с одной поверхности на другую. Большое значение может иметь ускорение и замедление в процессе движения влияет на гемодинамику, функцию дыхания, неврологический статус и болевую восприимчивость. В процессе транспортировки происходит изменение условий оказания помощи, изменение характера вентиляции и смены режимов вентиляции. Шум, дискомфорт, температурные изменения окружающей среды собственно факт проведения диагностической/лечебной процедуры формирует дополнительный физиологический стресс [16].

У пациентов в критическом состоянии могут быть частично или полностью истощены физиологические резервы. Неблагоприятные факторы транспортировки, у такой категории пациентов, могут декомпрессировать состояние и привести к необратимым последствиям и смерти [15]

Рекомендация:

Проведение детального разбора причин развития критических инцидентов, неблагоприятных явлений и осложнений во время транспортировки может способствовать повышению и совершенствованию уровня подготовки персонала и его анализа работы. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – Ia)

5. Критерии оценки качества медицинской помощи.

№	Критерии качества	Да/нет
1.	Транспортировка выполнена с соблюдением показаний и противопоказаний.	
2.	Получено согласие на проведение транспортировки	
3.	До начала транспортировки обеспечена проходимость и поддержание ВДП	
4.	Во время транспортировки проводилось мониторирование витальных функций (ЦНС, дыхание и ССС)	
5.	Медицинская документация оформлена полностью	

Использованная литература

- 1) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017).
- 2) Федеральный закон от 13 июня 1996 г. № 64-ФЗ "О введении в действие Уголовного кодекса Российской Федерации"
- 3) Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (с

изменениями и дополнениями).

- 4) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
- 5) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 1999 г. №303 “О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования”.
- 6) Ajizian S.J., Nakagawa T.A. Interfacility transport of the critically ill pediatric patient. *Chest* 2007, 4 (132): 1361–1367.
- 7) Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P: Incidents relating to the intra-hospital transfer of critically ill patients. An analysis of the reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study in Intensive Care. *Intensive Care Med* 2004, 30: 1579-1585.
- 8) Damm C, Vandelet P, Petit J, Richard JC, Veber B, Bonmarchand G, Dureuil B. Complications during the intrahospital transport in critically ill patients. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005, 24:24-30.
- 9) Fanara B. et al. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical Care*. 2010, 3 (14): 87.
- 10) Ferdinande P: Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient. Working Group on Neurosurgical Intensive Care of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1999, 25:1441-1443.
- 11) Gillman L, Leslie G, Williams T, Fawcett K, Bell R, McGibbon V: Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. *Emerg Med J* 2006, 23:858-861.
- 12) Jarden R.J., Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: Development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2010, 2 (26): 101–107.
- 13) Jones H.M. et al. Intrahospital Transport of the Critically Ill Adult. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2016, 3 (35): 133–146.
- 14) Knight P. et al. Complications during intrahospital transport of critically ill patients: Focus on risk identification and prevention. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*. 2015, 4 (5): 256.
- 15) Lovell MA, Mudaliar MY, Klineberg PL: Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. *Anaesth Intensive Care* 2001, 29:400-405.
- 16) Papsen JP, Russell KL, Taylor DM: Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med* 2007, 14:574-577.
- 17) Schwebel C. et al. Safety of Intrahospital Transport in Ventilated Critically Ill Patients.

Critical Care Medicine. 2013, 8 (41): 1919–1928.

- 18) SIAARTI Study Group for Safety in Anesthesia and Intensive Care: Recommendations on the transport of critically ill patient. *Minerva Anesthesiol* 2006, 72: XXXVII-LVII.
- 19) Thim T et al. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*. 2012, 5: 117–121.
- 20) Warren J. et al. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Critical care medicine* 2004, 1 (32): 256–62.

Приложение А 1. Состав Рабочей группы

№	ФИО	Ученая степень, звание	Должность	Конфликт интересов
1.	Е. В. Григорьев	Д. м. н., профессор	Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»	Конфликт интересов отсутствует
2.	И. В. Братищев		Заведующий отделением выездных бригад анестезиологов-реаниматологов ГБУЗ ГМ ГКБ им Боткина	Конфликт интересов отсутствует
3.	А. Л. Левит	Д. м. н., профессор	Заведующий отделением реанимации и анестезиологии Свердловской областной клинической больницы	Конфликт интересов отсутствует
4.	А. В. Щеголев	Д. м. н., доцент	Начальник кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им Кирова»	Конфликт интересов отсутствует
5.	В. В. Шустров	к. м. н.	Адъюнкт кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им Кирова»	Конфликт интересов отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи анестезиологи-реаниматологи;
2. врачи скорой медицинской помощи.

Таблица П1. Уровни достоверности доказательств с указанием использованной классификации уровней достоверности доказательств (GRADE2012).

Уровни достоверности	Определение
----------------------	-------------

Класс I	Доказательства и/или общее согласие, что данные методы диагностики/лечения — благоприятные, полезные и эффективные
Класс II	Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно полезности/эффективности лечения
Класс IIa	Большинство доказательств/мнений в пользу полезности/эффективности
Класс IIb	Полезность/эффективность не имеют достаточных доказательств/определенного мнения или сомнительны
Класс III	Доказательства и/или общее согласие свидетельствует о том, что лечение не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может быть вредным

Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций с указанием использованной классификации уровней убедительности рекомендаций.

Уровень доказательности А	Большие двойные слепые плацебо контролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
Уровень доказательности В	Небольшие рандомизированные и контролируемые исследования, при которых статистические данные построены на небольшом числе больных.
Уровень доказательности С	Нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
Уровень доказательности D	Выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме

Приложение А3. Связанные документы

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2017).
2. Федеральный закон от 13 июня 1996 г. N 64-ФЗ "О введении в действие Уголовного кодекса Российской Федерации"
3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 г. N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (с изменениями и дополнениями).
4. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52623.3-2015 "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода" (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии Российской Федерации от 31 марта 2015 г. N 199-ст)

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 1999 г. №303 “О введении в действие отраслевого стандарта "Протоколы ведения больных. Общие требования”.

Приложение Б1. Алгоритм оценки риска транспортировки пациента в критическом состоянии

Модифицированная шкала ранней оценки систем (Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST) (2007) Guidelines on the Use of Physiological Early Warning Systems. Clinical Resource Efficiency Support Team – Northern Ireland.)

Балл	3	2	1	0	1	2	3
ЧСС		<40	40-50	51-100	101-110	111-129	>130
АД сист	<70	71-80	81-100	101-170	171-199	>200	
ЧД		<7		9-14	19-22	23-29	>30
Температура		<34,9		35,0-38,3		>38,4	
ЦНС		Вновь возникшее возбуждение или оглушение		Спокойный пациент	Разговорчивый	Боль	Неконтактный

Стратификация риска ВГТ

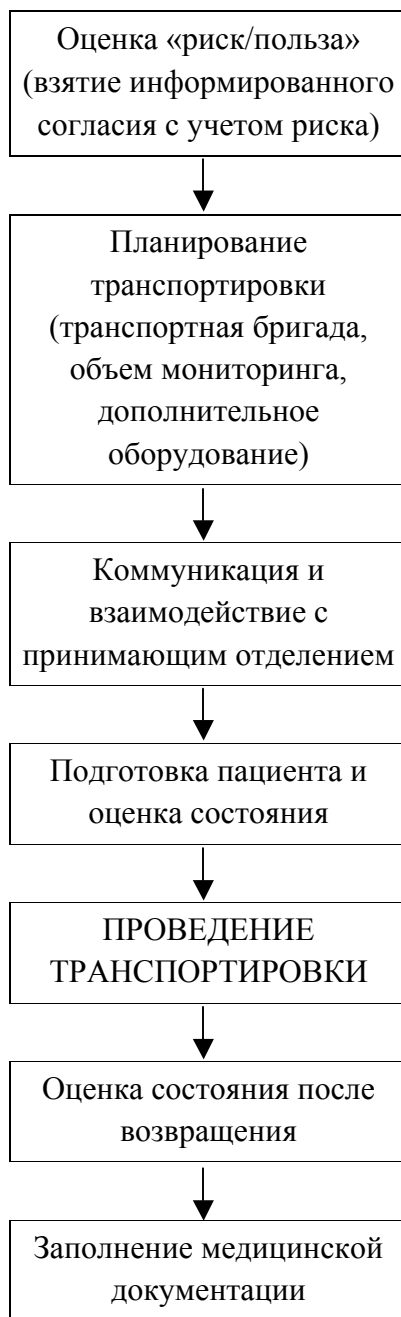
Показатель	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Шкала ранней оценки, баллов <i>и/или</i>	Менее 3	3–5	Более 5
Сатурация, % <i>и/или</i>	> 92	88–92 или	< 88
ШКГ, баллов <i>и/или</i>	ШКГ > 13	13–12	< 12
BE, ммоль/л	< 5	–5 ... –10	Менее –10

Группа низкого риска: низкая степень риска ухудшения состояния в ходе ВГТ.

Группа среднего риска: группа требует более детального планирования ВГТ.

Группа высокого риска: группа требует привлечения дополнительного оборудования, специалистов и оценки риск/польза в отношении решения выполнить ВГТ.

Приложение Б2. Алгоритм проведения транспортировки пациента в критическом состоянии



Приложение В1. Информированное согласие пациента

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (проведение внутригоспитальной транспортировки)

На основании ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323–ФЗ я, _____ пациент отделения _____ (Название МО) (или законный представитель пациента)

(Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

даю информированное добровольное информированное согласие на предложенное мне медицинское вмешательство в виде проведения внутригоспитальной транспортировки в _____ отделение, с целью проведения лечебных, диагностических манипуляций (нужное подчеркнуть).

О своем заболевании: _____ информирован.
(диагноз)

Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях проведения транспортировки, связанном с ней риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. По моей просьбе были объяснены непонятные медицинские термины, мною были заданы все интересующие меня вопросы. Я не буду иметь каких-либо претензий к _____ (Название МО), в случае развития негативных последствий моего решения.

Пациент (законный представитель) _____
нужное подчеркнуть Подпись

«__» _____ 201_ г. _____ часов __ мин.

Врач анестезиолог-реаниматолог: _____
Подпись Ф.И.О.

Примечание. Если речь идет о несовершеннолетних детях, пациентах, находящихся в бессознательном состоянии или с различными степенями нарушения сознания, речевыми нарушениями, на основании ст. 20 № 323-ФЗ — все моменты обсуждаются между медицинским работником (врачом анестезиологом-реаниматологом) и одним из родителей или иным законным представителем. В экстренном случае, при отсутствии сознания у пострадавшего, отсутствия одного из родителей или иного законного представителя, при необходимости начала проведения интенсивной терапии или оказания реанимационных мероприятий, принятие решения осуществляется консилиумом медицинской организации.

Если получить информированное (осознанное) согласие пациента на проведение транспортировки не представляется возможным вследствие тяжести состояния больного (энцефалопатия, кома, шоковое состояние, др.), _____ катетеризация проводится по экстренным показаниям. Альтернативных методов проведения интенсивной терапии нет.

Решение о проведении транспортировки принято решением консилиума в составе:

1. Ф.И.О. _____ Должность _____

Подпись _____ Дата _____

2. Ф.И.О. _____ Должность _____

Подпись _____ Дата _____

3. Ф.И.О. _____ Должность _____

Подпись _____ Дата _____

В случае если собрать консилиум или провести его по телефону невозможно, решение принимается непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации).

Приложение В2. Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства

Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства (проведения внутригоспитальной транспортировки)

На основании ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г № 323-ФЗ, я, _____

пациент отделения _____ (Название МО) (или законный представитель пациента) _____

(Ф.И.О. законного представителя, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы больного)

отказываюсь от предложенного мне медицинского вмешательства проведения внутригоспитальной транспортировки в _____ отделение, с целью проведения лечебных, диагностических манипуляций (нужное подчеркнуть).

О своем заболевании: _____ информирован.
диагноз _____

Мне разъяснены возможные последствия отказа от проведения транспортировки, а именно: _____.

Последствия отказа мне были разъяснены в доступной для меня форме, по моей просьбе были объяснены непонятные медицинские термины, мною были заданы все интересующие меня вопросы и получен на них подробный ответ.

Я не буду иметь каких-либо претензий к _____ (Название МО),

в случае развития негативных последствий моего решения.

Пациент (законный представитель) _____

Подпись

«__» _____ 201__ г. ____ часов ____ мин.

Врач анестезиолог-реаниматолог _____

Подпись, ФИО

Приложение Г1. Протокол внутригоспитальной транспортировки
ПРОТОКОЛ
Транспортировки тяжелого пациента внутри медицинского учреждения
(кодový номер А14.30.002)

1. ФИО пациента

2. ФИО врача (ей)

3. Медицинская карта № _____

4. Название отделения

5. Дата, время: ____ / ____ / 20__ года. **Начало** ____ : ____ . **Окончание** ____ : ____ .
Длительность _____ мин.

6. Показания к транспортировке:

1. Потребность в проведении диагностических манипуляций
_____ ;
Указать, каких именно

2. Потребность в проведении лечебных манипуляций
_____ ;
Указать, каких именно

3. проведение транспортировки с целью перевода в другое отделение
_____ ;
Указать, какое именно

7. Место назначения: операционная, рентгеноперационная; палата реанимации и интенсивной терапии; прочее

Указать, какое именно

8. Способ транспортировки: **1**– на каталке, **2** — на функциональной кровати; **3** — с использованием автомобильного транспорта.

9. Состояние до проведения транспортировки: _____. Показатели газообмена _____, показатели гемодинамики _____, неврологический статус _____.

10. Проводимый мониторинг: _____.

11. Состояние после проведения транспортировки: _____. Показатели газообмена _____, показатели гемодинамики _____, неврологический статус _____.

12. Критические инциденты / осложнения во время выполнения транспортировки и предпринятые действия:

1 – не выявлено. **2** – сложности / осложнения
(описать): _____

Предприняты

следующие

действия:

ФИО врача _____ **подпись** _____
