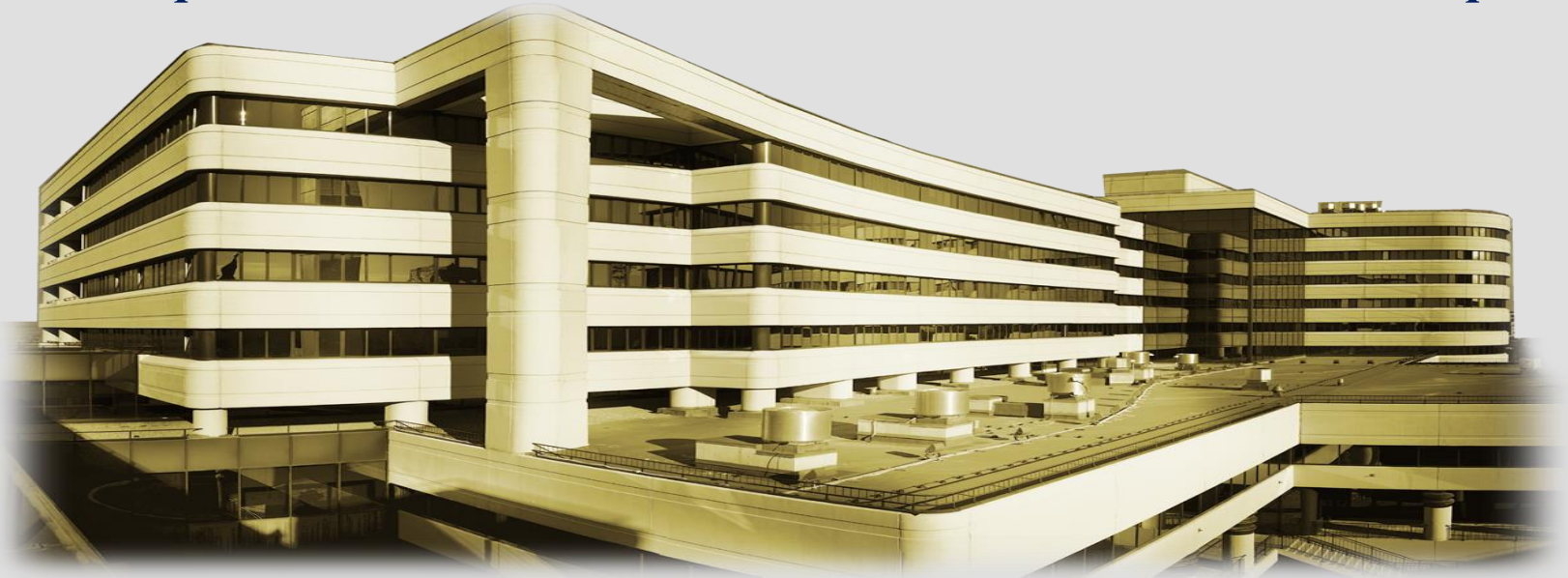


*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»*



*Инновационный подход
к внутреннему контролю качества работы
среднего и младшего медицинского персонала
в специализированной медицинской организации.*

*Старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии
Екатерина Александровна Богуш*

***Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 03.08.2018)
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»***

Качество медицинской помощи (п. 21 ст. 2) - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбранного методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Статья 90.
Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.

Внутренний контроль - это такой контроль, который осуществляется силами самой медицинской организации.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»*



Цели и задачи внутреннего контроля качества ГБУЗ СОКОД

Цели:

- ✓ получения объективной информации о дефектах и недостатках лечения и их негативных последствиях при оказании медицинской помощи;
- ✓ выявления причин недостатков;
- ✓ подготовка рекомендаций и проектов управленческих решений по улучшению КМП.

Задача внутреннего контроля КМП ГБУЗ СОКОД







- соблюдение гарантий медицинской помощи надлежащего качества, предоставляемых пациенту.

ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА ГБУЗ СОКОД на 2019 год

Ключевые стратегические приоритеты, выделенные в Плане в области качества в 2019 году	Цели в области качества и эффективности на 2019 год	Ответственный
1 Наивысший Обеспечение доступности медицинской помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, реабилитация, обучение, реабилитация Задачи: повышение уровня информированности пациентов о состоянии здоровья Задачи: повышение уровня информированности пациентов о состоянии здоровья	1.1 Провести мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи в ГБУЗ СОКОД и вне его территории (20%) 1.2 Обеспечить наличие оказания медицинской помощи в выходные дни и в праздники в соответствии с графиком работы	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью Ответствен: главный врач по лечебной работе
	2.1 В рамках реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе: реализации государственной программы в рамках бюджета ОМС, выполнить план на уровне 100% 2.2 Реализовать и применять мероприятия, направленные на снижение затрат медицинской помощи, в соответствии с программой	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью Ответствен: главный врач по лечебной работе
2 Интеграция Развитие и совершенствование лечебной помощи на основе комплексного подхода к реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях и в стационаре ГБУЗ СОКОД как в рамках территориальной программы государственных гарантий Самарской области	3.1 Актуализировать в срок до 15 июля 2019 года перечень услуг, оказываемых в стационаре (подрядчиками) в соответствии с требованиями профессиональных стандартов стандарта ИСО 9001:2015 3.2 Провести обучение персонала ГБУЗ СОКОД - 278 чел., включая специалистов с высшим образованием - 291 чел., средним образованием - 138 чел.	Ответствен: главный врач по кадрам
	4.1 Внедрить в практику использование единой системы учета, хранения, обработки информации о состоянии здоровья пациента в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по кадрам
3 Перспектива Развитие и совершенствование лечебной помощи на основе комплексного подхода к реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях и в стационаре ГБУЗ СОКОД как в рамках территориальной программы государственных гарантий Самарской области	5.1 Поддержать соответствие сертификата соответствия требованиям стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по качеству и безопасности в догоспитальной работе
	5.2 Обеспечить соответствие сертификата соответствия требованиям стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по качеству и безопасности в догоспитальной работе

ЦЕЛИ В ОБЛАСТИ КАЧЕСТВА ГБУЗ СОКОД на 2019 год

Ключевые стратегические приоритеты, выделенные в Плане в области качества в 2019 году	Цели в области качества и эффективности на 2019 год	Ответственный
3 Перспектива Развитие и совершенствование лечебной помощи на основе комплексного подхода к реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях и в стационаре ГБУЗ СОКОД как в рамках территориальной программы государственных гарантий Самарской области	6.1 Провести в амбулаторно-поликлинической службе мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи в соответствии с требованиями стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью Ответствен: главный врач по лечебной работе
	6.2 Обеспечить на уровне 100% выполнение плана на уровне 100%	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью Ответствен: главный врач по лечебной работе
4 Перспектива Развитие и совершенствование лечебной помощи на основе комплексного подхода к реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях и в стационаре ГБУЗ СОКОД как в рамках территориальной программы государственных гарантий Самарской области	7.1 Выпустить более 7 млн руб. на счет оплаты страховых взносов	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью
	7.2 Увеличить доходы ГБУЗ СОКОД за счет оказания платных медицинских услуг на сумму более 7 млн руб.	Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации и связи с общественностью
5 Перспектива Развитие и совершенствование лечебной помощи на основе комплексного подхода к реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях и в стационаре ГБУЗ СОКОД как в рамках территориальной программы государственных гарантий Самарской области	8.1 Обеспечить соответствие сертификата соответствия требованиям стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по качеству и безопасности в догоспитальной работе
	8.2 Обеспечить соответствие сертификата соответствия требованиям стандарта ИСО 9001:2015	Ответствен: главный врач по качеству и безопасности в догоспитальной работе

Главный врач:  Т.Н. Маслова
 Ответствен: главный врач по качеству и безопасности в догоспитальной работе
 Ответствен: главный врач по лечебной работе:  М.О. Возжежников
 Ответствен: главный врач по экономической политике и развитию:  С.Г. Шныалов
 Ответствен: главный врач по медицинской реабилитации, реабилитации и связи с общественностью:  Т.Г. Золотарева
 Глав. главного врача по технике и хозяйственной поддержке:  Н.Ю. Порвов
 Глав. главного врача по кадрам:  Е.Н. Шмалова
 Главная медицинская сестра: В.М. Петуков

Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СОКОД

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический онкологический диспансер»
(ГБУЗ СОКОД)**

ПРИКАЗ

15.06.2018

г. Самара

№ 244

Об организации и проведении внутреннего контроля
качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СОКОД

В соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа министерства здравоохранения Самарской области от 28.07.2016 № 1060 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, подведомственных министерству здравоохранения Самарской области» (вместе с «Рекомендациями по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области, подведомственных министерству здравоохранения Самарской области»), целях совершенствования организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ СОКОД

ПРИКАЗЫВАЮ:

Приложение № 2
к приказу главного врача ГБУЗ СОКОД
от «15» 06 2018 № 244

**ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке организации и проведения
внутреннего контроля качества медицинской помощи**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано в целях совершенствования внутреннего контроля качества медицинской помощи (далее КМП) в ГБУЗ СОКОД.

1.2. Настоящее Положение регулирует отношения, возникающие в процессе организации и проведения внутреннего контроля КМП.

1.3. Внутренний контроль КМП осуществляется с целью получения объективной информации о дефектах и недостатках лечения и их негативных последствиях при оказании медицинской помощи (оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, степени достижения запланированного результата), выявления причин недостатков, подготовки рекомендаций и проектов управленческих решений по улучшению КМП.

1.4. Задачей внутреннего контроля КМП является соблюдение гарантий медицинской помощи надлежащего качества, предоставляемых пациенту в ГБУЗ СОКОД.

1.5. Объектом внутреннего контроля являются медицинская помощь, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной технологии.

1.6. Система внутреннего контроля КМП включает следующие элементы:

- целевую экспертизу (экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретному пациенту);
- тематическую экспертизу (экспертиза совокупности случаев);
- изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью;
- расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи по моделям конечного результата;
- выявление и анализ дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказавших негативное влияние и повлекших за собой снижение качества и эффективности медицинской помощи,
- подготовка рекомендаций, направленных на предупреждение дефектов в работе для принятия управленческих решений;
- контроль реализации управленческих решений.

Карта внутреннего контроля качества медицинской помощи

1. Медицинская организация _____
отделение _____
2. Ф.И.О. больного _____
3. Дата рождения _____
N полиса, СМО _____
- Срок лечения с _____ по _____ года
- N медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного _____
4. Клинический диагноз _____

Шифр МКБ _____
Сопутствующий (клинически значимый) диагноз _____

Патологоанатомический диагноз _____

**Карта внутреннего контроля соблюдения условий
и правил хранения лекарственных препаратов**

Дата	Структурное подразделение	Ф.И.О. лица, ответственного за проведение внутреннего контроля	Наличие лекарственных препаратов хранения	Наличие нарушений установленных условий хранения (Да/нет)	Наименование лекарственных препаратов	Количество упаковок и лекарственных препаратов в серии	Ведение журнала учета лекарственных препаратов в с/ограниченном сроками годности (Да/нет)	Наличие нарушений сроков годности (Да/нет)	Наименование лекарственных препаратов	Количество упаковок и лекарственных препаратов	Хранение в картриджах (Да/нет)	Привязка к номеру акта учета	Подпись ответственного за проведение внутреннего контроля
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

Карта внутреннего контроля соблюдения безопасных условий труда

Дата	Структурное подразделение	Ф.И.О. лица, ответственного за проведение внутреннего контроля в структурном подразделении	Количество рабочих мест в соответствии со штатным расписанием медицинской организации	Количество рабочих мест с оптимальными условиями труда	Количество рабочих мест с вредными и (или) опасными условиями труда, в том числе с классом (подклассом) условий труда:	Количество работников, получающих гарантии в компенсации за работу во вредных и (или) опасных условиях труда, в том числе:						
				1 и 2	3.1	3.2	3.3	3.4	дополнит. оценку	дополнит. сильный отпуски	сокращенное рабочее время	льготный выход на пенсию
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер»

По состоянию на 31.12.2018 г. в диспансере работают 1061 специалист.

Из них:

- врачей различных специальностей – 303 + 25 (высшее не медицинское)
- средних медицинских работников - **580**
- младшего медицинского персонала – 153
- прочего персонала - 725



Укомплектованность сестринским персоналом составляет 81%

Цели и задачи внутреннего контроля качества среднего медицинского персонала

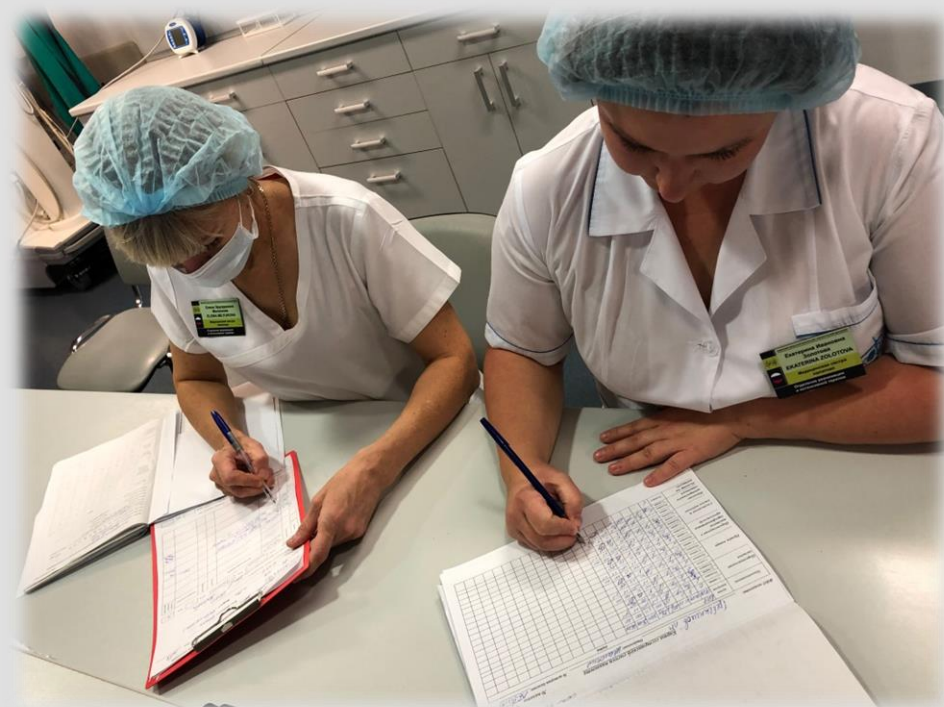
Задачами контроля КМП являются:

- ❖ раннее предупреждение и выявление возникновения дефектов оказания МП;
- ❖ снижение риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения у него нового патологического процесса;
- ❖ рациональное использование имеющихся ресурсов;
- ❖ обеспечение удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием;
- ❖ обеспечение контроля за соблюдением стандартов МП, утвержденных в установленном порядке;
- ❖ соблюдение Стандартных операционных процедур, разработанных службой главной медицинской сестры и утвержденных главным врачом учреждения;
- ❖ соблюдение требований к качеству оформления документации.

Организация и порядок проведения контроля работы внутри структурного подразделения

Самоконтроль (первый уровень контроля) -

осуществляется работниками самостоятельно и ежедневно.



Совет по сестринскому делу



В.М. Пятикоп

Главная медицинская
сестра, председатель
Совета по
Сестринскому делу

СЕКТОР КАЧЕСТВА

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ СЕКТОР

**УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКИЙ
СЕКТОР**

**САНИТАРНЫЙ
СЕКТОР**

**СЕКТОР
СЕСТЕР - ХОЗЯЕК**

АПТЕЧНЫЙ СЕКТОР

Критерии оценки качества работы среднего медицинского персонала

Приложение № 5
к приказу главного врача
от 29.12.2018 № 6034

Критерии оценки качества работы среднего медицинского персонала стационарных отделений

№ п/п	Критерий (К) Содержание критерия	Оценочный балл
1	<p>Общественная деятельность и трудовые отношения (К₁):</p> <ul style="list-style-type: none"> подготовка докладов, выступления на конференциях ГБУЗ СОКОД (+ 0,1) участие в разработках отделения (+ 0,1) участие в конкурсах учреждения (+ 0,1) подготовка печатных работ (тезисов, статей) (+ 0,1) результаты тестирования (внутри структурного подразделения) посещение собраний (семинаров, конференций) в отделении (+ 0,1) помощь и участие в организации мероприятий (+ 0,1) ведение наставничества (+ 0,1) <p>• соблюдение трудовой и исполнительской дисциплины (- 0,1)</p> <p>• контроль / сохранность материальных ценностей (- 0,1)</p> <p>• ведение здорового образа жизни (- 0,1)</p> <p>• несвоевременное информирование заведующего отделением и старшей медицинской сестры обо всех ЧП, случившихся в отделении и мерах по их устранению (- 0,1)</p> <p>• не четкое выполнение распоряжений заведующего отделением и старшей медицинской сестры (- 0,1)</p>	от 0,5 до 1*
2	<p>Соблюдение санитарно - эпидемиологического режима (К₂):</p> <ul style="list-style-type: none"> соблюдение мер индивидуальной защиты и личной гигиены своевременное прохождение медицинских осмотров отрицательные результаты бактериологического контроля соблюдение технологии дезинфекции, предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения соблюдение техники разведения дезинфицирующих средств и их использования маркирование ёмкостей и своевременность её обновления наличие инструкций к дезинфицирующим средствам, применяемым в ГБУЗ СОКОД соблюдение правил проведения всех видов уборок соблюдение графика кварцевания и графиков генеральных 	0 - 1

	<ul style="list-style-type: none"> уборок соблюдение сроков стерильности санитарное состояние рабочего места и т.д. соблюдение правил работы с отходами в отделении содержание кабинетов строгой асептики (оснащение, санитарное состояние) 	
3	<p>Выполнение врачебных назначений (К₃):</p> <ul style="list-style-type: none"> выполнение врачебных назначений и рекомендаций своевременное выполнение и соблюдение технологий манипуляций (сеансов), согласно назначений врача соблюдение стандартов подготовки пациентов к исследованиям, манипуляциям, операционным вмешательствам и т.д. своевременное (в полном объеме) оказание медицинской помощи отсутствие осложнений, связанных с выполнением процедур, манипуляций, операционных вмешательств и т.д. 	0 - 1
4	<p>Этико - деонтологические взаимоотношения + внешний вид (К₄):</p> <ul style="list-style-type: none"> соблюдение этики и деонтологии при работе, в соответствии с этическими нормами, принятыми в ГБУЗ СОКОД культура общения с пациентами, соблюдение прав пациентов и медицинской тайны внешний вид 	0 - 1
5	<p>Качественные показатели (К₅):</p> <ul style="list-style-type: none"> соблюдение лечебно-охранительного режима своевременность оформления и качество ведения медицинской документации согласно номенклатуре дел проведение профилактической работы с пациентами своевременное получение медикаментов и расходных материалов знание и соблюдение правил хранения учета и списания лекарственных средств и расходных материалов сроки годности ЛС и расходных материалов укомплектованность аптек своевременность и доступность разъяснения пациенту подготовки к различным видам исследований и выполнения врачебных рекомендаций соблюдение правил техники безопасности, охраны труда и мероприятий ЧС 	0 - 1

Оценочные баллы выставляются следующим образом: 1.0 – соответствие критериям; 0 – несоответствие критериям. Итоговый балл (ИБ) персонала определяется по формуле:

$$ИБ = \frac{K_1 + K_2 + K_3 + K_4 + K_5}{5} \quad , \text{ где } K_1 - K_5 \text{ это оценочный балл за каждый критерий.}$$

Карта сестринской оценки пациента



ФИО пациента: _____

Карта сестринской оценки пациента

№ палаты _____

Отделение: _____ № истории болезни _____

Наименование	время контроля	дата																	
Персональная гигиена	1 смена																		
	Подпись																		
	2 смена																		
	Подпись																		
Прием пищи	1 смена																		
	Подпись																		
	2 смена																		
	Подпись																		
Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе	1 смена																		
	Подпись																		
	2 смена																		
	Подпись																		
Состояние и риски падения	1 смена																		
	Подпись																		
	2 смена																		
	Подпись																		
Наличие центрального катетера	1 смена																		
	Подпись																		
	2 смена																		
	Подпись																		
Осмотр на педикулёз	Подпись																		

Карта сестринской оценки пациента (пояснения к заполнению)

<i>Наименование</i>	<i>баллы</i>	<i>Пояснения по присвоению и проставлению баллов</i>
Персональная гигиена	10	Нуждается в помощи при проведении процедур личной гигиены (чистка зубов, умывание лица, бритье, подмывание)
	5	Частично нуждается в помощи медперсонала
	0	Независим при проведении личной гигиены
Прием пищи	10	Полностью зависит от помощи медперсонала (необходимо кормление через зонд, гастростому)
	5	Частично нуждается в помощи медперсонала
	0	Не нуждается в помощи медицинского персонала (способен есть самостоятельно, обучен питанию через гастростому)
Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе	10	По назначению лечащего врача подлежит наблюдению дежурной смены и дежурного врача. Нуждается в индивидуальном уходе.
	0	По назначению лечащего врача не подлежит наблюдению дежурной смены и дежурного врача. Не нуждается в индивидуальном уходе.
Поведение (состояние) и риски падения	10	Возможен риск падения
	5	Агрессивное поведение (возбужденное состояние)
	0	Спокойное адекватное поведение
Уход за центральным катетером	"+"	Наличие центрального венозного доступа (осуществление ухода за центральным катетером на основании алгоритма)
	"_"	Отсутствие центрального венозного доступа

Образец заполнения карты сестринской оценки пациента



ФИО пациента:

Ульянов В. В.

Карта сестринской оценки пациента

Отделение: абдоминальное

№ палаты 2015

№ истории болезни 15143191

Наименование	время контроля	дата																			
		07.09.19.	08.09.19.	09.09.19.	10.09.19.	11.09.19.	12.09.19.	13.09.19.	14.09.19.	15.09.19.	16.09.19.	17.09.19.	18.09.19.	19.09.19.							
Персональная гигиена	1 смена	0	0	10	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
	2 смена	0	10	10	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
Наличие стомы	1 смена	0	0	10	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
	2 смена	0	10	10	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе	1 смена	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
	2 смена	0	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
Состояние и риски падения	1 смена	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
	2 смена	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
Наличие центрального катетера	1 смена	-	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
	2 смена	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	-	-					
	Подпись	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>					
Осмотр на педикулез	Подпись							<i>[Signature]</i>												<i>[Signature]</i>	

Лист оценки риска развития пролежней



Лист оценки риска развития образования пролежней по шкале Д. Нортон

ФИО пациента _____ Номер палаты _____ Номер истории болезни _____

Физическое состояние	Психическое состояние	Активность	Подвижность	Недержание
Хорошее 4	Ясное 4	Ходит без посторонней помощи 4	Полная 4	Нет 4
Удовлетворительное 3	Апатия (безучастное) 3	Ходит с посторонней помощью 3	Немного ограниченная 3	Иногда 3
Тяжелое 2	спутанное 2	Нуждается в инвалидном кресле – коляске 2	Значительно ограничена 2	Недержание мочи 2
Крайне тяжелое 1	Ступор 1	Лежачий больной 1	Обездвиженность 1	Недержание мочи и кала 1

Оценка результатов:

- При 12 баллах или меньше очень вероятно образование пролежней;
- При 14 баллах или меньше имеется опасность образования пролежней;
- Более 14 баллов опасность образования пролежней не велика

Дата																				
Количество баллов																				
Подпись м\с																				

Лист регистрации противопролежневых мероприятий (оборотная сторона)

Лист регистрации противопролежневых мероприятий

Дата проведения																
Смена	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00	8.00- 16.00	16.00- 8.00
Изменение положение пациента и проверка состояния постели при перемене положения																
Положение Фаулера																
Положение «на левом боку»																
Положение «на правом боку»																
Положение Симса																
Положение на спине																
Массаж кожи около участков риска																
Туалет кожных покровов																
Применение средств противопролежневых																
Подпись м/с																



Карта оценки интенсивности боли пациента

№ палаты 8026

ФИО пациента: Шварев А.В.

Отделение: 202, Ленинский 164

№ истории болезни 1956181

дата и время	07.09.2018				08.09.2018				09.09.2018				10.09.2018				11.09.2018				12.09.2018				13.09.2018			
интенсивность боли	9 ⁰⁰	12 ⁰⁰	18 ⁰⁰	23 ⁰⁰	8 ⁰⁰	18 ⁰⁰	19 ⁰⁰	20 ⁰⁰	4 ⁰⁰	11 ⁰⁰	16 ⁰⁰	20 ⁰⁰	4 ⁰⁰	6 ⁰⁰	12 ⁰⁰	19 ⁰⁰	6 ⁰⁰	12 ⁰⁰	18 ⁰⁰	23 ⁰⁰	2 ⁰⁰	13 ⁰⁰	19 ⁰⁰	23 ⁰⁰	8 ⁰⁰	12 ⁰⁰	18 ⁰⁰	23 ⁰⁰
сильная боль																												
боль средней интенсивности																												
слабая боль																												
нет боли																												
Локализация боли																												
Подпись ответственной м/с смены																												

Карта оценки интенсивности боли заводится во всех отделениях хирургического профиля, а так же пациентам других отделений при первых признаках появления болевого синдрома.

Дата и время интенсивности боли фиксируется не менее 4х раз в сутки, с отметкой в соответствующей графе в виде графика (измененной кривой линии "от точки до точки").

При фиксации различной интенсивности боли, необходимо провести повторный контроль за пациентом, с отметкой об интенсивности боли, после проведения обезболивания (в соответствии с назначением врача).

При частом возникновении боли и активным наблюдением за пациентом, более 4х раз в сутки, возможно оформление изменения интенсивности боли с продолжением текущей даты в следующей графе.

В графе "локализация боли", место наибольшей болезненности пометьте крестиком "X".

Поставьте подпись под записью.

Карта оценки интенсивности боли составлена на основании 4-балльной вербальной рейтинговой шкалы оценки боли (Ohnhaus E. E., Adler R., 1975).

Вербальная рейтинговая шкала позволяет оценить интенсивность выраженности боли путем качественной словесной оценки. Интенсивность боли описывается определенными терминами в диапазоне от 0 (нет боли) до 4 (самая сильная боль). Из предложенных вербальных характеристик пациенты выбирают ту, которая лучше всего отражает испытываемые ими болевые ощущения.

Пациенту можно предложить оценить интенсивность боли по линейке:

нет боли (0 – 10 мм), слабая боль (11 – 44 мм), умеренная боль (45 – 74 мм), сильная боль (75 – 100 мм).

Данная шкала может быть полезна для оценки как хронической, так и острой боли.



Лист динамического наблюдения в отделении реанимации и интенсивной терапии

ГБУЗ СОКОД ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Лист динамического наблюдения Ped abs

(Ф.И.О.) Иванов И.И.

№ и/б 54389181 Код пациента 374833

Дата "19" августа 2017 г. Возраст 48 лет

Диагноз Злокач. новообразование предст. жел.

Отделение (за кот. числ. больной) онкоурологическое

Смену принял (а) медицинская сестра Шеф Петрова И.А.

ПРОЛЕЖНИ МАЦЕРАЦИИ есть нет ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВА СИСТЕМА (матрас) есть нет

Время	Температура	АД, ЧСС, ЧД, Pz, ЦВД, Sat O ₂ (по показаниям)	Внутривенно введено	Выпито	Выделено	Особые отметки	Смена положен- ния тела
8:00							
9:00							
10:00	36,4	АД 120/78 Pz 74 Sat 100%	Sol matrix chelobol 10% 100			- ШВЛ -	на спине
11:00	36,5	АД 120/80 Pz 72 Sat 100%				каротидный (с'отм 4/6) V=3 см/сек	
12:00	36,6	АД 118/70 Pz 74 Sat 100%	инсулина 5% - 100,0	моча 200			
13:00	36,8	АД 120/78 Pz 72 Sat 100%				13 ¹² эпиступус	
14:00			20 NaCl 0,9% - 100,0			оливиа поведен	на правом боку
15:00	36,8	АД 120/75 Pz 74 Sat 100%		зубы 100			
16:00			Калия хлорид 5% - 100,0 L пачакини - 10,0	моча 200			на левом боку

Смену сдал (а) Шеф Петрова И.А. Смену принял (а) С. Сидорова И.А.

ПРОЛЕЖНИ МАЦЕРАЦИИ есть нет ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВА СИСТЕМА (матрас) есть нет

Время	Температура	АД, ЧСС, ЧД, Pz, ЦВД, Sat O ₂ (по показаниям)	Внутривенно введено	Выпито	Выделено	Особые отметки	Смена положен- ния тела
17:00	36,1	АД 110/80 Pz 72 Sat 100%		50			
18:00					моча 400		на спине
19:00	36,9	АД 120/70 Pz 72 Sat 100%					
20:00							на правом боку
21:00	36,8	АД 114/72 Pz 72 Sat 100%	NaCl 0,9% - 100,0				
22:00							на левом боку
23:00	36,7	АД 120/70 Pz 74 Sat 100%					
0:00							на спине
1:00				50			
2:00						Сидорова И.А. 100	на правом боку
3:00	36,6	АД 110/70 Pz 72 Sat 100%					
4:00							на левом боку
5:00							
6:00	36,4	АД 120/70 Pz 74 Sat 100%			моча 800	оливиа поведен	на спине
7:00				50	зубы 200	оливиа поведен	
8:00	36,6	АД 120/70 Pz 74 Sat 100%		зубы 100			на правом боку

За сутки внутривенно введено: 2.200 За сутки выпито: 150

Выделено из организма: _____

По дренажам: 100 По зонду: 300

Диурез: 1.400 Стул: н.т.

ПРОЛЕЖНИ МАЦЕРАЦИИ есть нет ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВА СИСТЕМА (матрас) есть нет

Дежурный врач Сидорова И.А. Ответственная медсестра смены Усачева И.А.

Смену сдал (а) дежурная медсестра С. Сидорова И.А.

План обходов комиссии, с участием Главного врача



«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач ГБУЗ СОКОД

А.Е.Орлов

2018 г.

График комплексных обходов отделений ГБУЗ СОКОД в 2018 году


с участием: главного врача ГБУЗ СОКОД Орлова А.Е.,
зам. главного врача по лечебной работе Воздвиженского М.О.,
зам. главного врача по КЭР и догоспитальной работе Подусовой Т.Н.,
зав. кафедрой онкологии, д.м.н. профессора Козлова С.В.

№ п/п	Отделение	Дата
1.	Онкологическое отделение (онкоурология)	02.03.2018
2.	Нейрохирургическое отделение	16.03.2018
3.	Отделение интервенционных методов диагностики и лечения	23.03.2018
4.	Консультативно-диагностическая поликлиника	30.03.2018
5.	Онкологическое отделение наружных локализаций	06.04.2018
6.	Хирургическое торакальное отделение	13.04.2018
7.	Отделение ультразвуковых исследований (УЗИ) Эндоскопическое отделение	20.04.2018
8.	Патологоанатомическое отделение	27.04.2018
9.	Отделение анестезиологии-реанимации Отделение реанимации и интенсивной терапии	04.05.2018
10.	Онкологическое отделение (общая онкология)	11.05.2018
11.	Онкологическое отделение (колопроктология)	18.05.2018
12.	Онкологическое отделение (абдоминальная онкология)	25.05.2018
13.	Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения	01.06.2018
14.	Онкологическое отделение (онкогинекология)	08.06.2018
15.	Онкологическое отделение (опухоли головы, шеи)	15.06.2018
16.	Химиотерапевтическое отделение ХТО №1	22.06.2018
17.	Химиотерапевтическое отделение ХТО №2	29.06.2018
18.	Радиологическое отделение №1	06.07.2018
19.	Радиологическое отделение №2	13.07.2018
20.	Радиологическое отделение №3	20.07.2018
21.	Консультативно-диагностическая поликлиника	27.07.2018

Составление планов работы секторов и предоставление по ним отчётов

План <u>аптечного</u> сектора на <u>август</u> 2019			
планы	мероприятия	цель	сроки
Контроль использования и хранения, лекарственных средств, медицинских изделий с соблюдением сроков годности и стерильности, с соблюдением температурного режима, источников финансирования и по способу введения	кабинет для хранения лекарственных средств у старшей медсестры	сроки годности, температурный режим, правила хранения, корректирующие действия	в течении месяца Черная Т. К., Шагиахметова А. С.
	процедурный кабинет	сроки годности, температурный режим, правила хранения, корректирующие действия	в течении месяца Черная Т. К., Шагиахметова А. С.
	перевязочный и смотровой кабинеты	сроки годности, температурный режим, правила хранения, корректирующие действия	в течении месяца Гришунина С. А., Топоркова Г. В.
Осуществление контроля за ПКУ, списанием, ведение учетной медицинской документации в отделениях КД.	Проверка номенклатуры дел у старших медсестер: - папка по ПКУ, - «Бухгалтерский учет», - «Экономическая служба».	перечень документов.	в течении месяца Черная Т. К.
	Совместный обход с производственным сектором	правильность заполнения журнала учета процедур, корректирующие действия	в течении месяца
по решению Совета по СД	обход отделений согласно графику обходов главного врача		по плану
	обход	контроль работы дежурной смены	1 раз в месяц

Обходов по плану аптечного сектора 5

Председатель сектора:  Черная Т. К.

Отчёт <u>аптечного</u> сектора за <u>август</u> 2019			
по плану сектора на месяц	мероприятия	сроки исполнения	результат (причина невыполнения плана)
Контроль использования и хранения, лекарственных средств, медицинских изделий с соблюдением сроков годности и стерильности, с соблюдением температурного режима, источников финансирования и по способу введения	кабинет для хранения лекарственных средств у старшей медсестры	03.09.2019	акт проверки
	процедурный кабинет	26.08.2019	Акт проверки
	перевязочный и смотровой кабинеты	26.08.2019	Акт проверки
Осуществление контроля за ПКУ, списанием, ведение учетной медицинской документации в отделениях КД.	Проверка номенклатуры дел у старших медсестер: - папка по ПКУ, - «Бухгалтерский учет», - «Экономическая служба»	перечень документов.	перенесено на сентябрь
	Совместный обход с сектором качества	21.08.2019	Акт проверки
по решению Совета по СД	обход отделений согласно графику обходов главного врача	30.08.2019	по плану
	обход	контроль работы дежурной смены	26.08.2019

*** Выявленные проблемы в учреждении:**
Все замечания отражены в актах проверок.


Предложения по устранению выявленных проблем (сроки):
Старшим медсестрам исправить все замечания до 07.09.18

Итого за 3 месяца:

проведено: 5 (из них 1 совместный обход с производственным сектором, 1 совместный обход с сектором качества)

в разработке: 1 СОП "Кормление пациента через назогастральный зонд" - на согласовании у юристов
 2. СОП "Порядок получения НС и ПВ" на согласовании.

внедрено: 0
 прочее (индивидуально по работе сектора)

Председатель сектора:  Черная Т. К.

Акты обходов (третий уровень контроля)

Акт проверки сектора качества «протоколов оценки качества работы отделений»

Проверка проводилась, старшей медицинской сестрой отделения реанимации и интенсивной терапии, членом Сектора качества в Совете медицинских сестер. Выверка проведена на основании предоставленных протоколов отделений среднего медицинского персонала за «апрель» и сестер-хозяек за период «январь - апрель», без соответствия записей в журнале.

Цель проверки: качество заполнения протоколов, в соответствии с Приказом Главного врача № 657 от 29.12.2018г. «О работе с критериями оценки качества среднего, младшего медицинского персонала, медицинских регистраторов и прочего персонала (уборщиков служебных помещений и буфетчиков)».

Результат проверки:

1. **Отделение лучевой терапии, радиотерапии №1.** Изменена ориентация страницы с горизонтальной на вертикальную (*Приложение №12*).
2. **Отделение общей онкологии.** Значение оцениваемого показателя в К₂ – К₅ у среднего медицинского персонала продолжают оформлять в десятых измерениях (0,9 вместо 0) – (*Приложение №10*).
3. **Отделение функциональной диагностики, химиотерапии № 2, интервенционных методов диагностики и лечения, радиотерапии №3, лаборатории цитологии и молекулярной генетики опухолей.** Сотрудники отделений, где численность среднего медицинского персонала меньше 10, должны отправляться на тестирование в соответствии с утвержденным графиком (*Приложение №13*).
4. **Эндоскопия, нейрохирургия, ИМДиТ, ОФД, отделение паллиативной помощи, реабилитации.** Оформление протокола на сестер – хозяек ведется с нарушением: стартовый коэффициент «0,5» выставляется в К₅ «Качественные показатели», вместо К₁ «Внешний вид + этико - деонтологические взаимоотношения» или во всех графах проставлена «1».
5. Не все отделения отправляют на тестирование как сестер-хозяек, так и, средний медицинский персонал, при численности более 10 человек.

Предложение по улучшению качества оформления документации:

1. Старшим медицинским сестрам формировать протоколы, только в соответствии с графиком, утвержденным в приказе № 657 от 29.12.2018 года (приложение № 13), с оформлением заявленного в нём интервала;
Например: сестры-хозяйки тестировались в апреле, но за период январь - апрель, а следующий период их будет май - сентябрь. По такому же принципу и все остальные категории.
2. Проводить контроль посещения сотрудников на этапе тестирования, с учётом численности среднего медицинского персонала в каждом структурном подразделении.
3. Учитывая результат работы сотрудников за весь месяц и возможность внесения замечаний в последние рабочие дни текущего месяца, прошу рассмотреть возможность назначения дат тестирования не в последние дни месяца, а в 1 - 5 число месяца (в зависимости от праздничных и выходных дней).
4. Сектору качества провести семинарские занятия в режиме «вопрос-ответ» со старшими медицинскими сестрами и их резервом 22 и 29 мая в 15:00 в учебных классах на 5 этаже, с предоставлением отчёта о посещении.

Старшим медицинским сестрам, имеющим замечания, акт отправлен для ознакомления по почте 13.05.2019г.

Член сектора качества,
старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии



Е.А. Богуч

Ознакомлена:
Главная медицинская сестра

В.М. Пятикоп

Каталог нежелательных событий

Проведение корректирующих мероприятий

Каталог нежелательных событий (дефектов)

№ п/п	Функция, описание деятельности	Ответственный	Нормативная документация (требования)	Несоответствие (дефект)	Последствие для пациента / диспансера	Критичность*	Обнаруживающие и контролируемые действия	Коррекция (сроковые действия)	Причина	Корректирующие действия
Лечебно-диагностический										
1	Нарушение постановки уретрального катетера	Операционный врач, операционная м.с.	Алгоритм выполнения стрессинских манипуляций Стандарт врачей манипуляций	Выпадение уретрального катетера	Оттек слизистой уретры, боль Опасность для здоровья пациента	10	Устное сообщение лечащему врачу.	Постановка нового катетера.	Дефект катетера	Постановка нового катетера
15	Лечебно-диагностическое эндоскопическое вмешательство «ЭХВ»	Врач эндоскопист, младшая сестра	Стандарт ЭХВ Протокол ЭХВ Журнал регистрации операций	Кровотечение /интра-, после-/ Перфорация полого органа /интра-, после-/	Опасность для здоровья пациента	5	устное сообщение бригаде; Доказ зам. главного Врача по лечебной работе, главной медсестре	Эндоскопический гемостаз Каутеризация перфорации	Заполнение баллончика катетера физ.р-ром большого объема Распространенность и объем опухолевого процесса Анатомические особенности и сопут. патология	Консилиум Эндоскопическая или хирургическая коррекция осложнений
Санитарно-эпидемиологический режим										
1	Нарушение правил асептики и антисептики и при работе в манипуляционных кабинетах	Старшая мед.сестра Мед.сестры, процедур. кабинет	СанПиН 2.1.3.2630-10 Алгоритм выполнения стрессинских манипуляций	Не проведение гигиенической обработки рук перед манипуляцией Проведение манипуляций не стерильными инструментами Не смена перчаток после предыдущей манипуляции	Постманипуляционное осложнение, Опасность для здоровья пациента Инфицирование раны. Сепсис.	5	При проведении манипуляций. При проверке старшей мед.сестры	Систематический контроль.	Недостаточная квалификация медицинской сестры	Вести четкое временное планирование и мониторинг времени этапов манипуляций Провести дополнительное обучение в симуляционном центре
11	Отсутствие, неисправность гигрометра и термометра в помещениях для хранения лекарственных препаратов, ИМН, дез. средств.	старшая м.с.	Нормативная база по хранению лекарственных средств, ИМН, дез. средств.	- нарушение правил хранения лекарственных средств, нарушение режима;	Опасность для жизни и здоровья пациента.	5	Самоконтроль. Контроль аптечного сектора.	Строго исполнять приказы и МР по хранению лекарственных средств, ИМН, дез. средств.	Человеческий фактор. Невнимательность м.с. Недостаточный контроль.	Планирование рабочего времени. Изучение нормативных документов. Самоконтроль.
Этические нормы										
1	Не соблюдение медицинской этики и их родственников	Старшая м.с. отделение палатн. прол.перл. м.с.	Этические нормы медицинской сестры ГБУЗ СОКОД	не оказание качественной медицинской помощи пациентом и их родственниками не компетентное отношение моральных и юридических прав пациента	Недовольство пациента /жалобы в администрацию ГБУЗ СОКОД	5	Жалобы пациента	Профессиональная этическая обязанность медицинской сестры оказывать неотложную медицинскую помощь.	Не достоящая квалификация медицинской сестры	Построить взаимоотношения с пациентом и их родственников
4	Не соблюдение внешнего вида сотрудника	Старшая и палатн. м.с. с.с. отделение.	Этические нормы медицинской сестры ГБУЗ СОКОД	(яркий маникюр), макияж, медицинский й халяв (кошачья) не соответствием цветовой гамме, ювелирные украшения, отсутствия бейджика, без прочная обувь.	Не доверие к медицинской сестре, в ануретированное отсутствие комфорта раздрозительность пациента	1	Контроль ст м.с за соблюдением этических норм и требования к внешнему виду.	Повышать самодисциплину при выполнении требований «взаимоотношения с пациентами»	Нарушение этических норм	Требования, соблюдения этических норм
Документооборот										
1	Ошибки в оформлении и медицинский карты стационарны	м.сестра	Оформление пациента в стационаре	Недовольство пациент, собой в неподходящее отделение, не правильное оформление	Недовольство пациента, собой в стационарных отделениях	5	устное сообщение постовой м.с отделения	Переоформлен ие истории болезни	Невнимательность м.с. Большое количество	Проводить плановый инструктаж Вести четкое временное планирование

План корректирующих мероприятий на несоответствие от « 15 » 05 2019г.

Отделение реанимации и интенсивной терапии

№ п/п	Краткое содержание несоответствия	Причина несоответствия (почему возникло несоответствие)	Коррекция (немедленные действия)	Корректирующие действия (мероприятия) должны быть разработаны так, чтоб исключить повтор данного несоответствия	Ответственный	Срок выполнения
1	Не весь персонал отделения ознакомлен под подписи с положением об отделении реанимации и интенсивной терапии под роспись.	Сотрудники находились в очередных отпусках и не были ознакомлены вновь принятые сотрудники.	Устранить замечания немедленно, по факту присутствия сотрудников.	Провести дополнительно ознакомление всех сотрудников с положением об отделении реанимации и интенсивной терапии под роспись.	Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии В.А. Вишняков Старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии Е.А. Богуш	2 недели месяц
2	Не предоставлен отчет по Целям в области качества и эффективности отделения за 2018г.	Отчет находился на исправлении, после предоставления его на согласование.	Вынесены в отчет рекомендуемые корректировки.	Отчет отправить на согласование, после внесения в него рекомендуемой корректировки.		

27.05.2019г.

Заведующий отделением

В.А. Вишняков

Старшая медицинская сестра отделения

Е.А. Богуш

План корректирующих мероприятий на несоответствие от « 18 » июля 2019 г.

Отделение реанимации и интенсивной терапии

№ п/п	Краткое содержание несоответствия	Причина несоответствия (почему возникло несоответствие)	Коррекция (немедленные действия)	Корректирующие действия (мероприятия) должны быть разработаны так, чтоб исключить повтор данного несоответствия	Ответственный	Срок выполнения
1	При проведении лабораторного контроля (посев воздуха) в первичной чистой блока обнаружен - S.aureus	Некачественное проведение дезинфекционных мероприятий	Проведение внеплановой генеральной уборки 22.07.19г.	Провести дополнительно проработку по МР «Организация и проведение всех видов уборок в помещениях с асептическим режимом и усилить контроль за работой в первичной, как в дневное, так и в дежурное время.	Старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии Е.А. Богуш	1 неделя

30.07.2019г.

Исполняющий обязанности
заведующего отделением

Т.Ш. Тимирбулатов

Старшая медицинская сестра отделения

Е.А. Богуш

Благодарю за внимание



*Старшая медицинская сестра
отделения реанимации и интенсивной терапии
Екатерина Александровна Богуш
Email: BogushEA@samaraonko.ru*