**Кузбасский центр общественного здоровья и медицинской профилактики**

 **ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛИЦ ВТОРОЙ ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ С ВЫСОКИМ И ОЧЕНЬ ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫМ РИСКОМ в ОМП/КМП, ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ.**

(методические материалы для руководителей, специалистов по медицинской профилактике)

 

Кемерово 2024г

Из общего числа случаев смерти от острых форм ИБС только у 46 % умерших в анамнезе имелось указание на ишемическое заболевание сердца, а у лиц младше 55 лет ИБС в анамнезе выявлялась еще реже – в 31% случаев. Такие пациенты в большинстве своем могут быть своевременно выявлены достаточно простым способом – путем определения величины абсолютного сердечно-сосудистого риска **по шкале SCORE** на основании оценки таких факторов риска как пол, возраст, статус курения, уровень артериального давления (АД) и общего холестерина (ОХ) при неблагоприятном сочетании этих факторов имеют место высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск с вероятностью смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет более 5% (от 5% до 9% при высоким риске и от 10% и более при очень высоком риске) и отсутствие клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний.

**Шкала SCORE абсолютного риска применяется:**

* для пациентов в возрасте 40-65 лет без доказанных сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, поражения периферических артерий)
* для пациентов без сахарного диабета I типа с поражением органов мишеней, сахарного диабета II типа, хронических болезней почек.

**Шкала SCORE абсолютного риска не применяется:**

* у пациентов с доказанными сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, сахарным диабетом и/или хроническими заболеваниями почек, когда **уровень абсолютного сердечно-сосудистого риска является высоким**,
* у граждан старше 65 лет (в возрасте старше 65 лет имеется высокий сердечно-сосудистый риск вследствие фактора возраста).
* у граждан моложе 40 лет (риск оценивается по шкале относительного риска).

**Абсолютный сердечно-сосудистый риск оценивается как:**

* Низкий-менее 1%
* Средний (умеренный) - от1% до 5%
* Высокий – от 5% до 9%
* Очень высокий – 10% и более.

 **Методика определения абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале** **SCORE**

Выберете ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, соответствующую индивидуальному уровню измеренного систолического артериального давления и общего холестерина. Цифра, указанная в клетке, показывает 10-летний суммарный сердечно-сосудистый риск данного пациента.

Пример:

* Пациент 56 лет: курит10-12 сигарет в день, ИМТ 24,4кг/м2, уровень общего холестерина крови 5,4 ммоль/л, АД 145/85 мм рт. ст., без установленных диагнозов
* Риск по шкале **SCORE= 9%**
* **Высокий**

  

**Определение второй группы здоровья.**

**II группа здоровья –** граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития этих заболеваний **при высоком или очень высоком абсолютном ССРиске**, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

**Состояния, при которых также устанавливается вторая группа здоровья:** **Ожирение** – Е66, Е66.0, Е66.1, Е66.2, Е66.8, Е66.9
- **Гиперхолестеринемия** с уровнем общего холестерина **8 ммоль/л и более** – Е78
- Лица, **курящие более 20 сигарет в день** – Z72.0
- Лица с выявленным **риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потребления наркотических и психотропных веществ** без назначения врача и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) – Z72.1, Z72.2

 **Граждане II группы здоровья с высоким или очень высоким абсолютным ССР подлежат диспансерному наблюдению.**

**Осуществляют диспансерное наблюдение** за лицами, отнесенными по результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ко II группе здоровья, имеющими высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, за исключением пациентов с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, которые подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом:

* Врач по медицинской профилактике (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья;

фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта в случае
возложения на них руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача, в том числе по
проведению диспансерного наблюдения, в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. N 252н "Об утверждении Порядка возложения на
фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты".

При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник обеспечивает:

* формирование списков лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном году, их поквартальное
распределение;
* информирование лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения;
* обучение пациентов навыкам самоконтроля показателей состояния здоровья, определённых врачом-терапевтом
(фельдшером) или врачом-специалистом, осуществляющим диспансерное наблюдение, и алгоритмам действия в случае развития жизнеугрожающих состояний.

**Группы граждан, которые в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | **II группа здоровья включает в себяследующие группы граждан:** | **Из них: подлежащие диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, а также фельдшеромфельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта** |
| 1  | Граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, ноимеющие факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске и не находящиеся под ДН врача терапевта или иного специалиста по поводукакого-либо заболевания. | Граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но имеющие факторы риска развития таких заболеваний **при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске**и не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания. |
| 2  | Граждане, у которых выявлено ожирение, но только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу этого ожирения или иного заболевания. | Граждане, у которых выявлено ожирение, **но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска**, и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу этого ожирения или иного заболевания. |
| 3  | Граждане, у которых выявлена гиперхолестеринемия с уровнем общегохолестерина менее 8 ммоль/л, в том числе – не имеющие высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания. | Граждане, у которых выявлена **гиперхолестеринемия** с уровнем общего холестерина менее 8 ммоль/л, **но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска**, итолько в случаях если пациент не находится подДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания. |
| 4.  | Граждане, выкуривающие более 20 сигарет в день, в том числе не имеющие высокого или очень высокого абсолютного сердечнососудистого риска, не находящиеся под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания. | Граждане, выкуривающие более 20 сигарет в день, **но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно сосудистого риска**, и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания |
| 5.  | Граждане, у которых выявлен рискпагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначенияврача, в том числе не имеющих высокого или очень высокого абсолютного сердечно сосудистого риска, не находящихся под ДНврача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания | Граждане, у которых выявлен риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, но только при наличии у них высокого или очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, и только в случаях если пациент не находится под ДН врача-терапевта или иного специалиста по поводу какого-либо заболевания. |

**Целевой показатель охвата диспансерным наблюдением лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском составляет не менее 70%.**

Гражданам II группы здоровья при наличии медицинских показаний назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции выявленных факторов риска.

Всем лицам с высоким нормальным АД рекомендовано изменение образа жизни как способ немедикаментозной коррекции АД.

 Снижение уровней ФР ХНИЗ является способом немедикаментозного снижения **высокого нормального АД** (САД 130-139 и ДАД 85-89 мм рт.ст.) **до оптимального уровня** (САД<120 мм рт.ст. и ДАД <80 мм):

* снижение избыточной массы тела – на 5-20 мм рт.ст. при снижении массы тела на каждые 10
кг;
* повышение физической активности – на 4-9 мм рт.ст.;
* соблюдение принципов здорового питания – на 8-14 мм рт.ст.;
* ограничение потребления соли – на 2-8 мм рт.ст.;
* отказ от алкоголя – на 2-4 мм рт.ст.;
* отказ от употребления табачных изделий.

и приводит к существенному снижению абсолютного ССР ([www.fammed.wisc.edu/integrative](http://www.fammed.wisc.edu/integrative)).

**Цели и задачи профилактики и коррекции устранимых факторов для снижения сердечно-сосудистого риска**

|  |  |
| --- | --- |
| **Курение** | Прекращение воздействия табака в любой форме.Установить степень никотиновой зависимости, информировать о вреде курения: - сколько выкуривает сигарет в день (≤10 — 0 баллов; 11-20 — 1 балл; 21-30 — 2 балла;≥31 — 3 балла)- когда выкуривает первую сигарету утром после подъема (более, чем через 60 мин — 0 баллов; 31-60 мин — 1 балл; 6-30 мин — 2 балла; в течение 5 мин — 3 балла)Индекс интенсивности курения = сумма указанных баллов, которая указывает на степеньникотиновой зависимости: (0-1) низкая зависимость; (2-4) средняя зависимость; (5-6) высокая зависимость. Информировать о возможности и доступности отказа от курения, в том числе с использованием лекарственных средств и физиотерапевтических вмешательств; |
| **Рационпитания** | Здоровое питание с исключением трансжиров, с низким содержанием насыщенных жиров,с акцентом на потребление цельнозерновых продуктов, овощей, фруктов и рыбы. |
| **Физическаяактивность** | не менее 150-300 минут умеренной физической активности в неделю / не менее 75-150минут в неделю физической активности высокой интенсивности |
| **Масса тела**  | ИМТ в норме - 18,5 – 24,9 кг/м2, окружность талии <94 см (мужчины) и <80 см (женщины). |
| **Артериальноедавление** | САД <140 мм рт., целевой уровень ДАД <90 мм рт. |
| **ХС-ЛНП** | **Очень высокий сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE (для первичной иливторичной профилактики):**• Рекомендуется схема лечения, при которой достигается снижение уровня ХС-ЛНП≥50% по сравнению с исходным уровнем\*, а целевой уровень ХС-ЛНП составляет<1,4 ммоль/л (<55 мг/дл).• Если у пациента в настоящее время не используется гиполипедемическая терапия,вероятно, потребуется интенсивная терапия статинами для снижения уровня ХСЛНП.• Если проводится адекватное лечение статинами, то потребуется повышеннаяинтенсивность такого лечения или использование комбинированной терапии.**Высокий риск:**рекомендуется схема лечения, при которой достигается снижение уровня ХС-ЛНП≥50% по сравнению с исходным уровнем, а целевой уровень Х-ПНП составляет<1,8 ммоль / л (<70 мг / дл).**Умеренный риск:**• целевой уровень <2,6 ммоль / л (<100 мг / дл).**Низкий риск:**• целевой уровень <3,0 ммоль / л (<116 мг / дл). |
| **Триглицериды**  | Нет цели, но <1,7 ммоль / л (<150 мг / дл) указывает на более низкий риск, а более высокиеуровни указывают на необходимость поиска других факторов риска. |
| \*Термин «исходный или базовый уровень» относится к уровню ХС-ЛНП у человека, не принимающегоникаких гиполипидемических препаратов, или к экстраполированному базовому значению для тех, ктонаходится на текущем лечении. |

**Приложение1**

**Стандарт операционных процедур (СОП) диспансерного наблюдения лиц II группы здоровья с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском**

Разработал:

Согласовано:

С Положением ознакомлены:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование МО | СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯПРОЦЕДУРА (образец) | Номер: |
|  |
| Лист: 1 Всего:5 |
| **НАЗВАНИЕ: Порядок диспансерного наблюдения лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким ССР** | Подразделение: отделение/кабинет медицинской профилактики. Центр здоровья |
| Действует с: «\_\_» \_\_\_\_\_2024 год | ЗАМЕНЯЕТ:Водится впервые | ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА: | Дата следующего пересмотра |
| СОСТАВИЛ:Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО | Утвердил:Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года |
| **Цель:**1. Снижение риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта, инсульта путем коррекции факторов риска)
 |
| **Область применения****Где:** отделение медицинской профилактики**Когда:** при проведении диспансерного наблюдения II группы здоровья взрослого населения; Высокий и очень высокий ССР по шкале SCORE: Z51.8 Другой уточненный вид медицинской помощи; Z72.0 Употребление табака; Z71.6 Консультация и наблюдение по поводу курения**Кратность проведения**: при прохождении ПМО и ДОГВН, затем не менее 2х раз в год**Ответственность:** заведующая отделением медицинской профилактики |
| **Основная часть** **1.Подготовительные операции*** 1. Врач - терапевт составляет списки граждан, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем календарном году, их поквартальное распределение.

2.2. информирует лиц, подлежащих диспансерному наблюдению в текущем году, или их законных представителей о необходимости явки в целях диспансерного наблюдения; 2.3. Врач - терапевт активно привлекает население участка к прохождению диспансерного наблюдения, повышает мотивацию граждан к прохождению диспансерного наблюдения, в том числе путем разъяснительных бесед на уровне семьи, организованного коллектива.**2. Первое посещение проведение 1 этапа диспансеризации:** 2.1. Администратор (регистратор) отделения медицинской профилактики: - проводит инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию; - оформляет информированное добровольное согласие гражданина на проведение диспансеризации; - распечатывает из ЭМК лицевую часть амбулаторной карты, персонифицированную анкету (для пришедших на диспансеризацию); - заносит сведения о пациенте в электронный журнал учета направленных пациентов; - в конце рабочего дня заносит данные о направленных пациентах в сводную таблицу, в течение рабочего дня проводит мониторинг записанных на прием к специалистам пациентов, подлежащих диспансеризации, оформление списков для специалистов.**2.2. Медицинская сестра:**Выполнение доврачебных медицинских исследований ПМО и первого этапа диспансеризации:**2.3. Врач-терапевт:*** устанавливает диагноз
* определяет группу состояния здоровья
* определяет группы диспансерного наблюдения
* проводит краткое профилактическое консультирование
* определяет медицинские показания для обследования и консультации в рамках второго этапа диспансеризации.
* регистрация в первичной медицинской документации данных о проведении диспансеризации.
 |
| 1. **Посещение для проведения диспансерного наблюдения**

**Врач (фельдшер):**3. 1. И**зучает карту учета ПМО и диспансеризации ф** №131/у пациента: - выявленные при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации факторы риска и другие патологические состояния, повышающие вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний;- уточняет, назначались ли пациенту гиполипидемические препараты и проводилась ли фармакотерапия табачной зависимости (при ее наличии)- если фармакотерапия назначалась – оценить приверженность к назначенному лечению и его эффективность;3.2.**Оценивает уровень общего холестерина и холестерина липопротеинов крови:** **-** пациентов с уровнем ОХ в сыворотке крови **8 ммоль/л и выше** ***направляет*** для диспансерного наблюдения и дообследования врачом-терапевтом участковым / врачом общей практики (семейным врачом); - с уровнем ОХ в сыворотке крови **от 5 до 8 ммоль/л** ***дополнительно проводится*** определение уровня ХС-ЛНП, ХС-ЛВП и ТГ в сыворотке крови. - при уровне **ХС-ЛНП 1,8 ммоль /л и более при высоком ССР, и уровне 1,4 ммоль/л. и более при очень высоком ССР** **пациента направляет** на консультацию к врачу-терапевту для решения вопроса о назначении гиполипидемической фармакотерапии;- пациента **с уровнем ТГ более 10 ммоль/л (900 мг/дл)** **направляет** для диспансерного наблюдения и обследования врачом-терапевтом участковым / врачом общей практики (семейным врачом);3.3. **Измеряет уровень АД** после 5 минут отдыха пациента **при уровне АД, равном или выше 140/90 мм рт. ст.,** пациента **направляет** к врачу-терапевту участковому / врачу общей практики (семейному врачу) для уточнения диагноза АГ;­3.4. О**пределяет в присутствии пациента по шкале SCORE уровень ССР** фатальных сердечно-сосудистых событий на предстоящие 10 лет его жизни;3.5. О**ценивает уровень грамотности** пациента в вопросах здоровья, здорового образа жизни, знания конкретных значений целевых показателей терапии (коррекции) выявленных и устранимых факторов риска развития ССЗ;3.6. Р**азъясняет пациенту:** * значение величины ССР по шкале SCORE;
* роль каждого из 5 факторов, оказывающих основное влияние на величину ССР по шкале SCORE, обратив особое внимание на устранимые фактора риска (уровень ОХ и АД, курение табака и электронных сигарет, низкий уровень физической активности и нерациональное питание), а также на сопутствующий риск пагубного потребления алкоголя; значимость необходимых лечебно-профилактических вмешательств по коррекции дислипидемии;
* значения целевых показателей\*, которые необходимо достичь для снижения ССР;
* патологические последствия курения табака и электронных средств доставки никотина (ЭС), необходимость лечебно-профилактических мероприятий по оказанию помощи по отказу от курения;
* влияние других факторов, модифицирующих ССР, как в сторону его понижения (отказ от вредных привычек, достаточная физическая активность, здоровое питание, повышение уровня ХС-ЛВП)2, так и в сторону его повышения (недостаточная ФА, избыточная масса тела, нерациональное питание, психосоциальный стресс); обратить внимание на наследственную отягощенность в случае её присутствия;
* алгоритм действий при сердечном приступе и мозговом инсульте;
* **возможность получения медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака и иных никотинсодержащих препаратов**; целесообразность прохождения углублённого профилактического консультирования по коррекции факторов риска (по наличию их у пациента):
* увеличение физической активности;
* здоровое питание;
* снижение избыточной массы тела.

 **3.7. Мотивирует пациента на** **-**  устранение или снижение уровня любого из этих факторов, что прямо приведет к снижению риска его смерти в предстоящие 10 лет жизни от сердечно сосудистого события: - демонстрирует пациенту на шкале SCORE, насколько процентов действительно снизится его ССР при успешной коррекции имеющихся у него указанных ФР при адекватной коррекции выявленной у него гиперхолестеринемии; при отказе от курения, а также при сохранении нормального артериального давления**3.8. Оформляет медицинскую документацию\*\*:****заполнить** пункты 12 и 29 **учетной формы № 025/у** (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) и **учетную форму № 030/у** (контрольная карта диспансерного наблюдения) на пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.**3.9. Снятие пациента с ДН** при снижении ССР менее 5% по **шкале SCORE** **4. В случае отказа пациента от прохождения в явочном порядке очередного диспансерного осмотра проведение дистанционного опроса и консультирования** пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в рамках диспансерного наблюдения врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП (Алгоритм дистанционного опроса и форма таблицы для заполнения)\*\*\* прикрепить к контрольной карте диспансерного наблюдения (учетной форме №030/у)**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ –** уточнить у пациента, удобно ли ему проведение телефонного консультирования в настоящее время.Если нет, то уточнить у него, когда ему удобно будет проведение телефонного консультирования или явка на очный приём в рамкахдиспансерного наблюдения врачом (фельдшером, медицинской сестрой) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центраздоровья (ОМП/КМП/ЦЗ). Информацию о результате звонка внести в формы №025/у и №030/у**Нормативно-справочная информация.**1.Приказ МЗ РФ от 27.04.2021г № 404н. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;2.Приказ МЗ РФ от 15.03.2022г № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».4.Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском» ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2024г |

 Ответственные исполнители ознакомлены и обязуются исполнять:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия | Подпись | Дата  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*\* Образцы заполнения медицинской документации пациента II группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском** Согласно пунктам 14, 15 Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (приказ Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н) (далее – Порядок), сведения о диспансерном наблюдении вносятся **в медицинскую документацию пациента**, а также **в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»** (далее – контрольная карта). Врач (фельдшер) отделения (кабинета)
медицинской профилактики или центра здоровья, фельдшер (акушер) фельдшерско-акушерского пункта, фельдшер фельдшерского здравпункта **проводит анализ результатов проведения диспансерного наблюдения** на основании сведений, содержащихся в контрольных картах

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ №025/у «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» (пункты 12 и 29)
12**. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата началадиспансерногонаблюдения | Дата прекращениядиспансерногонаблюдения | Диагноз  | Код поМКБ-10 | Врач |
| ***2 декабря 2022 г***  | ***Высокий риск сердечнососудистых заболеваний*** | Z51.8  | ***ФельдшерИванов И. И.*** |  |

стр. 3 ф. N 025/у

**29**. Диспансерное наблюдение Дата ***2 декабря 2022 г***

Жалобы и динамика состояния ***Жалоб не предъявляет. При проведении профилактического медицинского осмотра у пациента выявлены следующие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: курение табака, АД 135/75 мм рт.ст., уровень общего холестерина 5,9 ммоль/л, индекс массы тела 29,8 кг/м2, абсолютный сердечно-сосудистый риск 10 %, отягощенная наследственность по ИБС и сахарному диабету, недостаточная физическая активность***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Проводимые лечебно-профилактические мероприятия
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Диагноз основного заболевания: ***Высокий абсолютный риск сердечно-сосудистых заболеваний***код по МКБ-10 Z51.8
Осложнения: \_\_\_\_\_\_\_***не выявлено***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Сопутствующие заболевания \_\_\_ ***не выявлено*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_
Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_
Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_***Направлен:***

|  |  |
| --- | --- |
| ­  | ***- на консультацию к врачу-терапевту участковому для решения вопроса о назначении гиполипидемической фармакотерапии,- в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** |

Врач \_ ***Фельдшер Иванов И. И.*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ №030/у «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ»**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № \_325\_\_\_\_\_\_
1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению*:* ***Высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний****\_* Код по МКБ-10 Z51.8
2. Дата заполнения карты: число ***\_\_2\_\_*** месяц **\_\_*12*\_\_**год *\_\_****2022****\_\_\_*3. Специальность врача *\_\_\_****фельдшер кабинета медицинской профилактики \_****\_\_*4. ФИО врача **\_ *фельдшер Иванов И.И****.*\_\_
5. Дата установления диагноза \_***2 декабря 2022 г****.\_*6. Диагноз установлен: *впервые* ***- 1*** повторно -2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением -1, ***профилактическом осмотре - 2.***8. Дата начала диспансерного наблюдения \_\_***2 декабря 2022 г****.\_*\_\_
9. Дата прекращения диспансерного наблюдения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района
обслуживания - 2, смерть - 3.
11. Фамилия, имя, отчество пациента **\_*Сидоров С.С.\_***12. Пол: ***муж. - 1,*** жен. -2 13. Дата рождения: число ***12\_\_*** месяц ***\_\_10\_\_*** год ***\_1969\_\_\_***14. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_***Архангельская обл.*** район ***\_Устьянский\_\_*** город \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_населенный пункт \_***д. Алферовская\_\_***улица \_***им. Романова М.И.\_*** дом \_\_***12***\_\_ квартира \_\_-\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Код категории льготы \_\_\_\_\_\_\_\_\_
16. Контроль посещений:

|  |
| --- |
| Даты посещений |
| Назначено явиться  | ***2 июня.2023*** |
| Явился(лась) |  |

|  |
| --- |
| Даты посещений |
| Назначено явиться |
| Явился(лась) |

17. Сведения об изменении диагноза

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата  | Формулировка диагноза  | Код по МКБ-10  | ФИО врача |

18. Сопутствующие заболевания ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_не выявлено\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
19. Лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п | Мероприятия  | Датаначала | Датаокончания | Отметка овыполнении | ФИО врача |
| 1.  | ***Индивидуальное углубленноепрофилактическое консультирование(повторное)*** | ***16.12.202216:00*** | ***16.12.202217:00*** | ***Выполнено***  | ***фельдшер Иванов И. И.*** |
| ***Пешие прогулки (скандинавская ходьба) средней интенсивности не менее 30 мин. в день*** | ***2.12.2022***  | ***постоянно***  | ***фельдшер Иванов И. И.*** |  |  |
| ***Гиполипидемической диета сограничением потребления соли и сахара*** | ***2.12.2022***  | ***постоянно***  | ***фельдшер Иванов И. И.*** |  |  |
| ***Регулярный (не менее 1 раза в неделю) самоконтроль массы тела, частоты пульса и АД с записью результатов в дневнике*** | ***2.12.2022***  | ***постоянно***  | ***фельдшер Иванов И. И.*** |  |  |
| ***Направлен на консультацию к врачу терапевту участковому для решения вопроса о назначении гиполипидемической фармакотерапии*** | ***29.12.2022***  | ***фельдшер ИвановИ.И*** |  |  |  |
| ***Направлен в кабинет медицинской помощи по отказу от табака и никотина*** | ***29.12.2022***  | ***фельдшер ИвановИ.И*** |  |  |  |

**\*\*\*Алгоритм дистанционного опроса и консультирования пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в рамках диспансерного наблюдения врачом (фельдшером) ОМП/КМП/ЦЗ/ФАП**Проводится в случае отказа пациента от прохождения в явочном порядке очередного диспансерного осмотра
Настоящая таблица в заполненном виде является дополнением к контрольной карте диспансерного наблюдения (учетной форме №030/у)
**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ –** уточнить у пациента, удобно ли ему проведение телефонного консультирования в настоящее время.
Если нет, то уточнить у него, когда ему удобно будет проведение телефонного консультирования или явка на очный приём в рамках
диспансерного наблюдения врачом (фельдшером, медицинской сестрой) отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра
здоровья (ОМП/КМП/ЦЗ). Информацию о результате звонка внести в формы №025/у и №030/у

|  |
| --- |
| ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Уровень ССР по шкале SCORE \_\_\_\_\_% и дата установления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата взятия под диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| №п/п  | Показатель | Дата опроса и результаты консультации (*дд.мм.гг*.) |
| **1**  | **Курение (оценить в баллах):** |  |
| 1.1  | Число выкуриваемых сигарет в день• ≤10 – 0 баллов;• 11-20 – 1 балл;• 21-30 – 2 балла;• ≥31 – 3 балла |  |
| 1.2  | Когда выкуривает первую сигарету утром после подъема:• более, чем через 60 мин – 0 баллов;• 31-60 мин – 1 балл;• 6-30 мин – 2 балла;• в течение 5 мин – 3 балла |  |
| 1.3  | Индекс интенсивности курения (ИИК) (см.табл.6, стр.27):• 0-1 балл – низкая зависимость;• 2-4 балла – средняя зависимость;• 5-6 баллов – высокая зависимость |  |
| 1.4 | Оценка готовности отказаться от курения:предложить оценить по шкале от 0 до 10 балловстепень своей готовности прекратить курить |  |
| 2. | **Физическая активность:**• менее 30 минут в день• 30 и более минут в день |  |
| 3. | **Характеристика питания:**- не менее 400-500 граммов овощей и фруктов в день– да/нет- рыба не менее 2 раз в неделю– да/нет- досаливание готовой еды – да/нет- употребляет ли алкоголь – да/нет |  |
| 4. | **Масса тела:** |  |
| 4.1 | Уточнить у пациента рост и массу тела (МТ) |  |
| 4.2 | Рассчитать индекс массы тела по формуле:ИМТ = масса тела (кг)/ рост2 (м)Дать разъяснения пациенту:дефицит МТ <18,5нормальная МТ 18,5-24,9избыточная МТ 25-29,9ожирение 1 степени 30,0-34,92 степени 35-393 степени ≥40 |  |
| 5. | Последний по дате **уровень АД**, определенный пациентом(указать дату измерения) |  |
| 6. | **Уровень липидов крови:** |  |
| 6.1 | Спросить у пациента, сдавал ли он анализы:- уровень общего холестерина крови- липидный профильПри положительном ответе – указать:- дату исследования- помнит ли показатели |  |

**При подготовке использованы:**

Приказ МЗ РФ от 15.03.2022г № 168н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

«Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском»

 Методические рекомендации, 2024г ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

«Алгоритм определения группы здоровья при проведении диспансеризации взрослого населения» <https://gnicpm.ru/speczialistam/library/mediczinskaya-profilaktika.html> <https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/dn-2.pdf>

**Иванова Екатерина Сергеевна** Руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах (презентация) ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России [**https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/07/ivanova-e.s.-algoritm-opredeleniya-grupp-zdorovya-telemediczina-27.06.2024.pdf**](https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/07/ivanova-e.s.-algoritm-opredeleniya-grupp-zdorovya-telemediczina-27.06.2024.pdf)