



ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»



Карта текущего состояния процесса приема больного в стационар (по материалам НМХЦ им.Пирогова)





Возможные стандарты и лайфхаки:

1. Перекладывание больного с каталки кареты СМП на каталку приемного отделения
2. Вызов по рации бригады санитаров, приглашение в смотровую по громкой связи
3. Стандарт уборки кабинета КТ после каждого обследования
4. Гибкая численность, по мере создания очередей усиливаем персонал (при условии оборудованных рабочих мест)

Возможные решения по ускорению процесса:

1. 11 документов заполнять уже в палате, оптимизировать бланк (единый бланк)

Пациенты заполняют и подписывают:

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства.

Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию.

Информированное добровольное согласие на проведение компьютерной томографии.

Добровольное информированное согласие пациента на применение лекарственного средства вне показаний, изложенных в официальной инструкции ("off-label").

Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на проведение магнитно – резонансной томографии.

Согласие на обработку персональных данных.

Информированное добровольное согласие на операцию.

Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови.

Добровольное согласие пациента о предоставлении информации.

Информированное добровольное согласие на эндоскопическое исследование.

2. Можно распараллелить процессы сбора крови и осмотра при очередях

Обозначенные проблемы:

1. Не выровненный по времени привоз больных как следствие ожидание на осмотр и больных и карет СМП (!)

Не хватает информации:

1. Точные времена с мин и макс по каждой операции и перемещению (важен размах времен)
2. Трудоемкость каждой операции по всем участникам, чтобы потом выровнять и снизить потери



Процесс оформления больного при поступлении в приемное отделение инфекционного госпиталя



1. Порядок движения от машины СМП до кушетки-каталки-стула

Пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (с явлениями сердечной и дыхательной недостаточности) доставляются бригадой СМП от машины до приемного отделения лежа на каталке, затем совместно члены бригады и сотрудники приемного отделения перекадывают больного на каталку приемного покоя с подключением кислорода для дыхания.

Больные средней степени тяжести (фибрильная лихорадка, слабость и т.д.) транспортируются от машины до приемного отделения сидя на каталке, персаживаются на каталку приемного отделения и на ней далее транспортируются между кабинетами и до палаты.

Пациенты в относительно удовлетворительном состоянии передвигаются самостоятельно в сопровождении членов бригады СМП.

2. Время ожидания начала осмотра

Цель: Больной не должен ждать начала осмотра. При поступлении в приемное отделение, он сразу перемещается в одну из трех смотровых палат, где его осматривает врач приемного отделения, выясняя эпиданамнез и определяя степень тяжести по шкале. Мы используем шкалу NEWS2 для выделения пациентов, требующих госпитализации в ОРИТ. Для оценки по шкале медсестра измеряет ЧСС, определяет АД, сатурацию и температуру, а также снимает ЭКГ. Общее время пребывания в смотровой -10 мин. Далее все больные, которым показано лечение в ОРИТ транспортируются реанимационной бригадой в ОРИТ без дальнейшего обследования в приемном отделении. Если сразу поступает несколько пациентов, то в смотровую направляются в первую очередь пациенты в тяжелом состоянии (поступившие лежа на каталке), затем пациенты в состоянии средней тяжести (сидячие), затем остальные.

3. Что делается с больным до осмотра.

Если смотровые заняты, пациенты в относительно удовлетворительном состоянии читают и заполняют и подписывают документы (заполняют 11 протоколов и согласий) с помощью м/ сестры- регистратора приемного покоя, а затем по мере освобождения смотровых препровождаются туда.

4. Сколько медсестер и врачей в приемном покое

В приемном покое необходимо иметь три одноврачебные бригады с м/сестрой, двух м/ сестер - в процедурном кабинете, 2 регистраторов, 2 санитарок, рентгентехника в кабинете КТ. Одновременно в приемном покое может находиться 6 пациентов! В случае увеличения потока больных врачебные бригады увеличиваются.

5. Как происходит сортировка пациентов по тяжести и экстренности вмешательства, есть ли принцип FIFO или работает только cito

Больные разделяются четыре потока: 1. ОРИТ 2.отделение для лечения подтвержденных больных или контактных по коронавирусу, 3.отделение для лечения внебольничной пневмонии 4. отделение для лечения гриппа, ОРВИ и т.д.

6. Какую информацию заносят в карту стационарного больного, сколько подписей в разного рода согласиях он ставит, какой набор данных может быть отнесен на более позднее время – уже в палате

Пациенты заполняют и подписывают:

1. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства.
2. Информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию.
3. Информированное добровольное согласие на проведение компьютерной томографии.
4. Добровольное информированное согласие пациента на применение лекарственного средства вне показаний, изложенных в официальной инструкции ("off-label").
5. Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство.
6. Информированное добровольное согласие на проведение магнитно – резонансной томографии.
7. Согласие на обработку персональных данных.
8. Информированное добровольное согласие на операцию.
9. Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови.
10. Добровольное согласие пациента о предоставлении информации.
11. Информированное добровольное согласие на эндоскопическое исследование.

7. Проводится ли опрос с кем он контактировал, чтобы их срочно проверить и изолировать.

В приемном отделении на этот нет времени. Кроме того в этот момент диагноз COVID19 не подтвержден. Поэтому в приемном отделении задают только один вопрос – был ли контакт с больным.

8. Когда начинается процесс поиска контактеров и организации для них диагностики

Поиск начинается после того, как приходит положительный результат лабораторного исследования. Сотрудники госпиталя в этом процессе не участвуют. При положительном анализе об этом первыми узнают сотрудники Роспотребнадзора. Они сами созваниваются с пациентом и проводят опрос.

9. Как можно сократить времена дополнительной диагностики, как организована логистика ОАК, отбираемых при поступлении, как принимается решение о направлении на КТ, или рентгенографию, что происходит с пациентом от принятия решения до реализации

Все пациенты после смотровой перемещаются в процедурный кабинет, где у них берут мазок из зева и анализы крови. (15 мин) (Сократить время можно, направив пациентов на сбор материала в том случае, если в момент поступления все смотровые и столы для оформления документов заняты.

После процедурного кабинета пациент перемещается на КТ грудной клетки и легких. (10мин продолжается исследование, 10 мин - сан.обработка стола и кабинета КТ). В данном случае исследование КТ является обязательным. После проведения исследования и получения заключения рентгенолога определяется предварительный диагноз, на основании которого происходит внутripунктовая сортировка с определением отделения, в котором будет продолжено лечение пациента. Больной в сопровождении санитарки транспортируется или сопровождается в соматическое отделение.(15 мин).

10. Как быстро забирают

Транспортировка пациентов в коечные отделения осуществляется по окончании сортировки персоналом приемного отделения (специальными бригадами). На отделение по рации передается информации о транспортировке пациента и запрашивается номер палаты.

При появлении в приемном отделении пациента в критическом состоянии вызывается бригада реаниматологов. Время ожидания менее 5 мин. Эта бригада оказывает помощь и транспортирует пациента в ОРИТ. Таким пациентам дальнейшее обследование (включая КТ, анализы) проводят сотрудники ОРИТ, там же оформляются первичные документы.

11. Проведение Р-графии легких

В приемном покое проведение рентгенографии пациентам с подозрением на COVID19 нецелесообразно из низкой чувствительности.

12. Средне- статистическое время нахождения больного в приемном отделении от поступления до вынесения предварительного диагноза по данным осмотра и КТ и транспортировки его в отделение составляет 35 - 45 мин. Время пребывания в приемном покое может быть сокращено за счет оформления 11 соглашений, постановлений и документов, которые больной может заполнить уже находясь в палате соматического отделения. Для пациентов в тяжелом состоянии действует именно этот алгоритм.



Проблемы взаимодействия городской службы скорой помощи и приемного отделения инфекционного госпиталя, открывающегося на базе медицинской организации (на опыте открытия инфекционного госпиталя в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России)

1. Массовость поступления.

Госпиталь на 250 коек был открыт 6 апреля в 12 часов. График поступления пациентов первые двое суток представлен в табл.1 и на рис.1

Время	06.04.2020	07.04.2020
00.00-01.00		1
01.00-02.00		
02.00-03.00		
03.00-04.00		
04.00-05.00		
05.00-06.00		
06.00-07.00		
07.00-08.00		
08.00-09.00		
09.00-10.00		
10.00-11.00		8
11.00-12.00	Открытие	6
12.00-13.00	1	9
13.00-14.00	4	11
14.00-15.00	7	9
15.00-16.00	6	6
16.00-17.00	10	8
17.00-18.00	5	2
18.00-19.00	4	8
19.00-20.00	9	9
20.00-21.00	10	3
21.00-22.00	9	1
22.00-23.00	3	
23.00-00.00	2	
Всего	70	81





В течение этого времени в приемном отделении работали 4 врача (1 – на первичной сортировке и 3 – в смотровых), 2 оператора ввода данных в МИС, 2 процедурных сестры и по 1 медсестре в каждой смотровой. Всего 11 человек круглосуточно.

По нашим расчетам время, затраченное на одного пациента (включая первичный осмотр, забор материала на исследование, оформление документации), составляет 13 мин. При более частом поступлении формируется очередь, в которой вместе находятся пациенты с разными диагнозами.

Как видно из представленных в таблице данных среднее число поступлений в 1-е сутки составило 5,8 человек/час, во 2-е сутки - 3,3 человека в час (без ночного перерыва – 5,4/час), т.е в среднем в госпиталь привозили пациента каждые 11 мин, что близко к расчетной величине. Однако частота поступлений была неравномерной и в определенные часы составляла не менее 1 пациента в 6 мин, а по факту - 1 пациента каждые 3-4 мин. В таком случае на территории больницы начинала скапливаться очередь из бригад СМП.

Основным методом диагностики внебольничной пневмонии является компьютерная томография. Обследование одного пациента с учетом времени уборки помещения составляет в среднем 30 мин. Таким образом, при такой интенсивности поступления время постановки предварительного диагноза может увеличиваться до 3-4 часов.



2. Первичная сортировка пациентов.

Не менее чем у 10% больных, поступивших по скорой помощи, не подтвердился диагноз ОРВИ, пневмония или COVID19, т.е. они не должны были быть госпитализированы в инфекционный госпиталь. Большинство из них люди, относящиеся к группе риска. Поступление их в общем потоке с инфекционными больными представляет для них дополнительную угрозу, а также ведет к дополнительному расходу сил и средств, предназначенных для лечения инфекционных пациентов. Перевод пациентов из госпиталя. К моменту, когда оказывается, что больной поступил не по профилю, бригада скорой медицинской помощи уже покинула стационар. Перевести такого больного в другое медицинское учреждение сложно, так как теперь он стал контактным.

Сортировка пациентов по тяжести. Госпитализация пациентов в стационар без учета его возможностей и потребности пациента в кислороде и интенсивной терапии ведет к заполнению оснащенных коек пациентами, которые в такой терапии не нуждаются.

Для решения этих проблем необходим регламент взаимодействия городской службы скорой помощи и приемного отделения инфекционного госпиталя, открывающегося на базе медицинской организации в условиях эпидемии COVID19. Наши предложения:

1. При направлении пациента на госпитализацию в конкретное учреждение учитывать интервалы между направлениями с учетом времени подвоза.
2. Разделить стационары по уровню оказания медицинской помощи для последующей сортировки пациентов уже на этапе выбора медицинской организации
3. В спорных ситуациях, оставлять бригаду скорой помощи в ожидании результатов предварительной оценки состояния пациента. Это даст возможность в случае отсутствия показаний сразу транспортировать пациента в стационар по профилю или иного уровня оснащенности. При этом можно строго регламентировать время возможной задержки бригады.

Учитывая, что это регламент взаимодействия, его надо обсуждать вместе с представителями службы СМП.



Санкт-Петербург ГПБ-40



Краткие итоги встречи 19.04.2020 у вице-губернатора Е.И. Елина

1. Разработать внутренние планы-графики подготовки МО для приема пациентов с диагнозом COVID-19. Для этого:
 1. А.М. Сарана организовать ВКС с главными врачами, направить в МО примерную форму планов-графиков и организовать их представление МО.
 2. А.В. Курникову в ходе ВКС провести обучение по подготовке планов-графиков.
 3. Е.И. Елину провести «ручеек» с участием главных врачей МО, курирующего вице-губернатора, представителей КЗ и А.В. Курникова, в ходе которого уточнить представленные планы-графики и принять их к исполнению.

Проблемы и решения

№	Проблема	Предложения	
1	Сложность обработки поступающей информации о пациенте от СМП и больниц города	Разработка единого формата чек-листа для СМП и больниц города	Разработан и согласован чек-лист для переводного пациента
2	Большие затраты времени на оформление первичной медицинской документации	Использование диктофона (с переводом в текстовый формат), онлайн видеокамеры (на голове врача), выделение мед.сестры (оператор) для обработки документов	<ol style="list-style-type: none">1. Определение и согласование с ИТ-службой модели диктофонов и видеокамер.2. Определение необходимого количества диктофонов и видеокамер.3. Закупка диктофонов и видеокамер.



Готовность СПб ГБУЗ "Городская больница Святого Великомученика Георгия" к оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19

На 00:00 17 апреля 2020 года СПбГБУЗ "Городская больница Святого Великомученика Георгия" готова* к оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19. На данный момент имеются возможности для оказания помощи 192 пациентам. Из них 14 пациентов, требующих инвазивной ИВЛ, 10 пациентов, требующих неинвазивной ИВЛ, 60 пациентов, требующих увлажненного кислорода, но не требующих ИВЛ, 108 пациентов, не требующих кислорода.

Возможности приемного отделения принимать 6 пациентов в час.

Для дальнейшего оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 и использования максимальной коечной мощности - 479 коек - необходимо реализовать следующий план мероприятий предварительно назначив ответственных за исполнение:

* - Готовность учреждения должна быть определена комиссионно с участием специалистов городского Роспотребнадзора



РОСАТОМ

**План-график подготовки 479 коек СПб ГБУЗ "Городская больница Святого
Великомученика Георгия" к оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной
инфекцией COVID-19 и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19**

Мероприятия			17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3
Разделение потоков и СМР																			
1.	Подключение 88 кислородных точек	план																	
		факт																	
2.	Утверждение схемы санпропускника	план																	
		факт																	
3.	Реализация схемы санпропускника	план																	
		факт																	
Обеспечение СИЗ и лекарствами																			
4.	Обеспечение средствами индивидуальной защиты ежедневно: • Костюм защитный - 1437 шт. • Респиратор типа FFP3 - 1437 шт. • Бахилы высокие - 1437 шт. • Перчатки одноразовые - 5748 пар	план																	
		факт																	
5.	Обеспечение многоразовыми хирургическими костюмами по 500 шт.	план																	
		факт																	
6.	Обеспечение лекарственными средствами 1 раз в месяц: • Гидрохлороахин - 1200 уд. • Азитромицин - 3000 фл. • Калстра - 112 уд. • Интерферон-альфа - 4000 фл.	план																	
		факт																	
Обеспечение медицинским оборудованием																			
7.	Обеспечение банками типа Боброва для увлажнения кислорода: 120 шт.	план																	
		факт																	
8.	Обеспечение комплектами аппаратами ИВЛ для инвазивной вентиляции + монитор пациента: 20 шт.	план																	
		факт																	
9.	Подключение аппаратов ИВЛ для инвазивной вентиляции и мониторов пациента	план																	
		факт																	
10.	Обеспечение электрореспираторами : 36 шт.	план																	
		факт																	
11.	Обеспечение шприцевыми насосами: 67 шт.	план																	
		факт																	
12.	Обеспечение аппаратами ИВЛ для инвазивной вентиляции: 30 шт.	план																	
		факт																	
13.	Подключение аппаратов ИВЛ для инвазивной вентиляции	план																	
		факт																	
14.	Обеспечение масками для инвазивной вентиляции: 154 шт.	план																	
		факт																	
Создание условий для персонала																			
15.	Обеспечение персонала больницы гостиницей для изолированного проживания. 348 мест	план																	
		факт																	
16.	Обеспечение транспортом (автобусом) для доставки сотрудников из гостиницы на работу и обратно	план																	
		факт																	
17.	Допуск к работе клинических ординаторов по специальности анестезиология-реаниматология	план																	
		факт																	



ТОМ



ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна

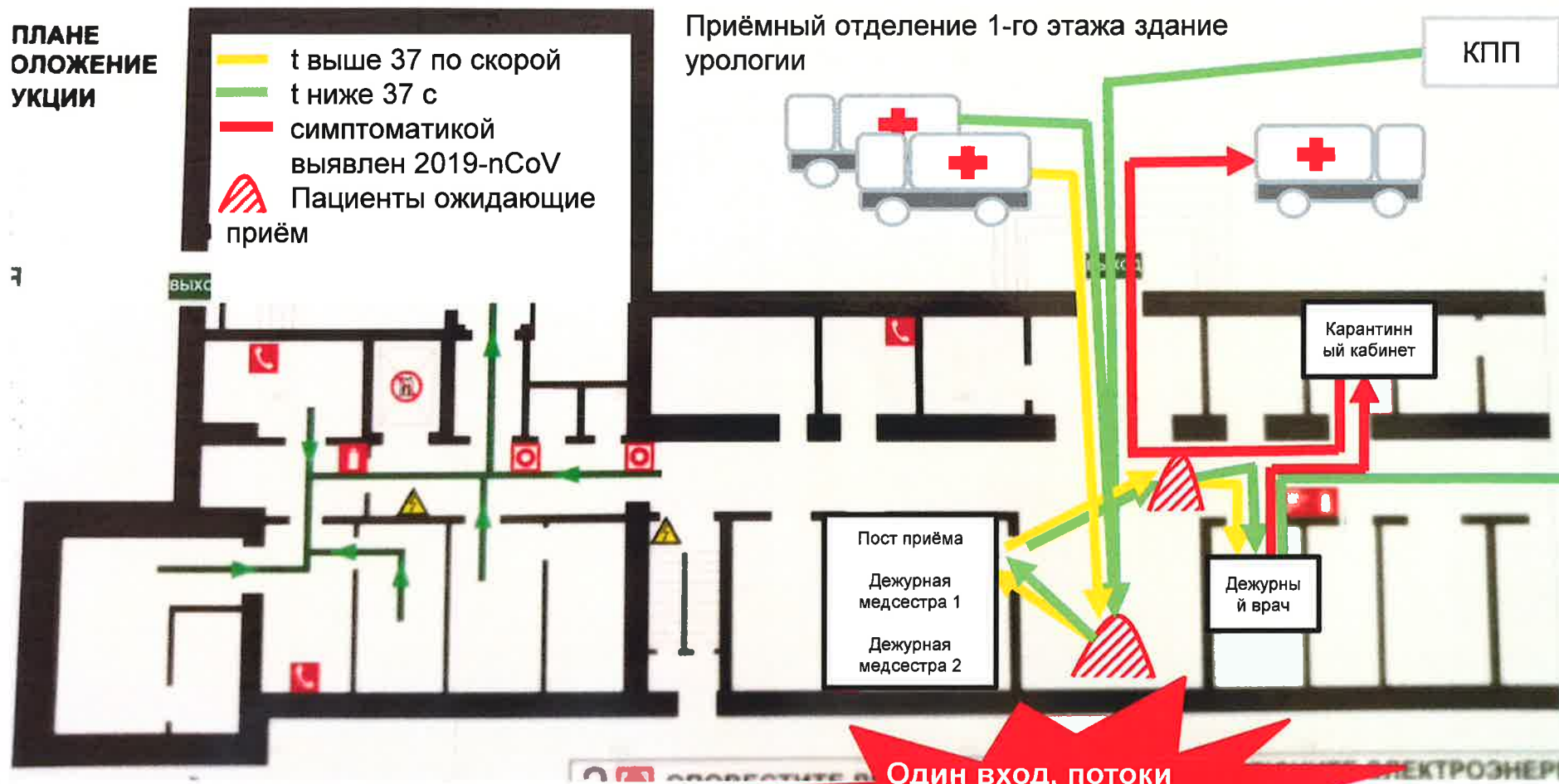


2

Приемное отделение



ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка приемного отделения Клиники-1 ФМБЦ с перемещением пациентов



Один вход, потоки смешаны. Риск заражения пациентов



ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка корпуса с перемещением пациентов в неврологическое отд. на КТ





ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка корпуса с перемещением пациентов в неврологическое отд. на КТ(ПРОДОЛЖЕНИЕ)



РОСАТОМ





ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка корпуса с перемещением пациентов в неврологическое отд. на КТ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)



РОСАТОМ

Подвальное помещение 2-го корпуса





ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка неврологического отд. с перемещением пациентов на КТ и их дальнейшее распределение



Отделение неврологии 2-й этаж

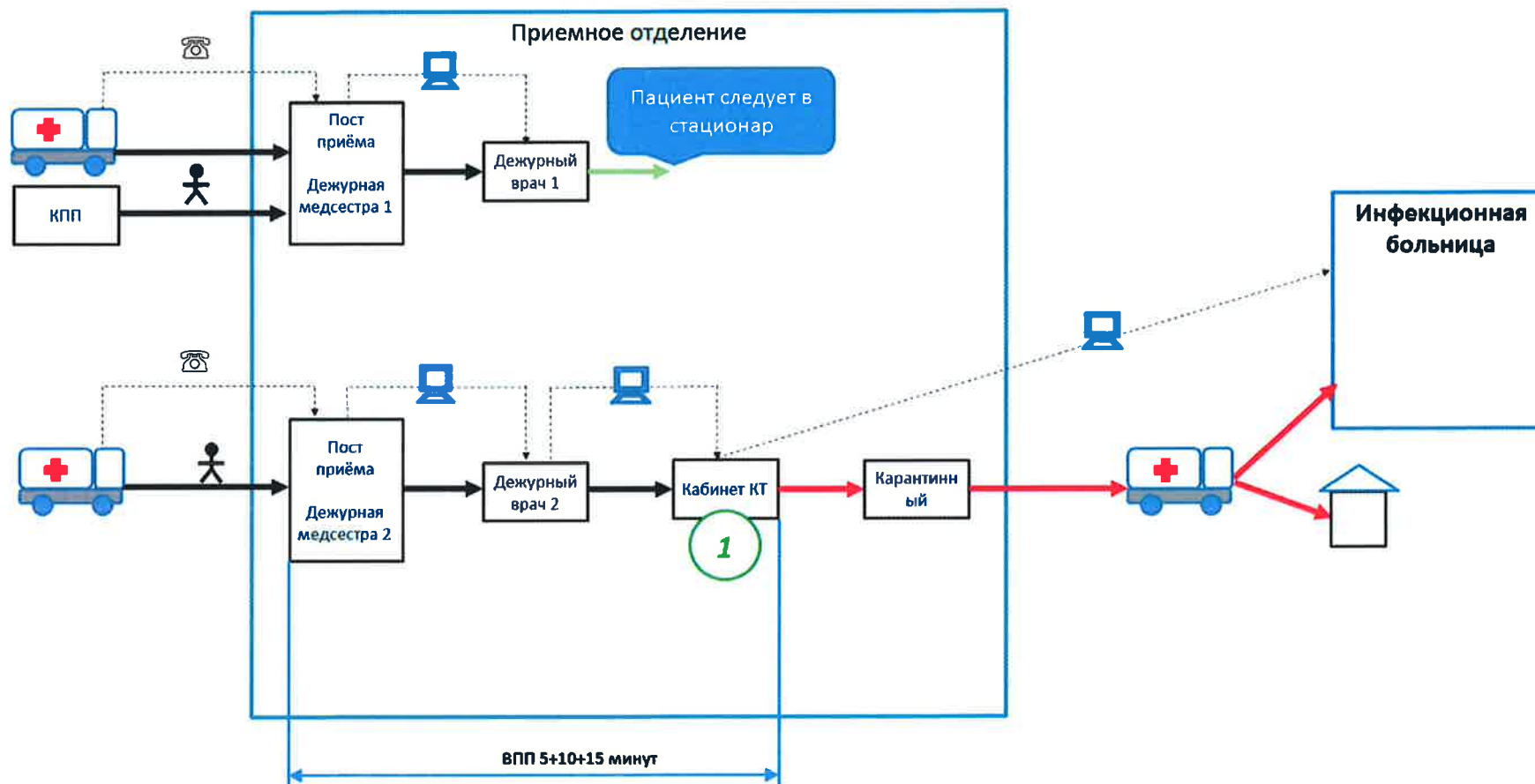




ИДЕАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ - Карта потоков по разделению потоков пациентов, поступивших в стационар Клиники-1 ФМБЦ



РОСАТОМ



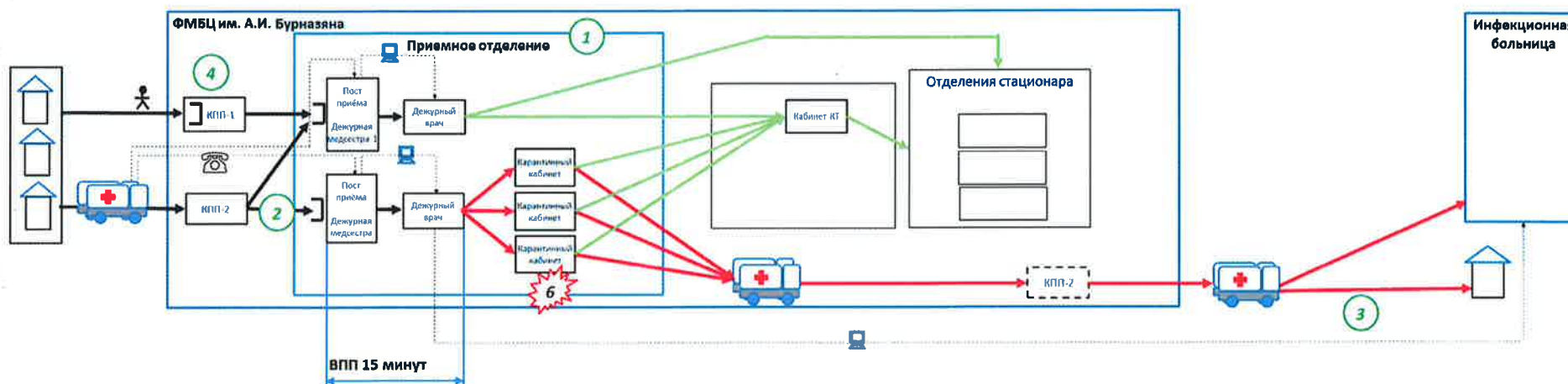
1 Исключение попадания инфицированного пациента в стационарную зону
Необходимо приобретение аппарата компьютерной томографии



ИДЕАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка приемного отделения Клиники-1 ФМБЦ с перемещением пациентов



Гарантировано предотвращение заражения пациентов в стационаре
Необходимо приобретение аппарата компьютерной томографии



МЕРОПРИЯТИЯ:

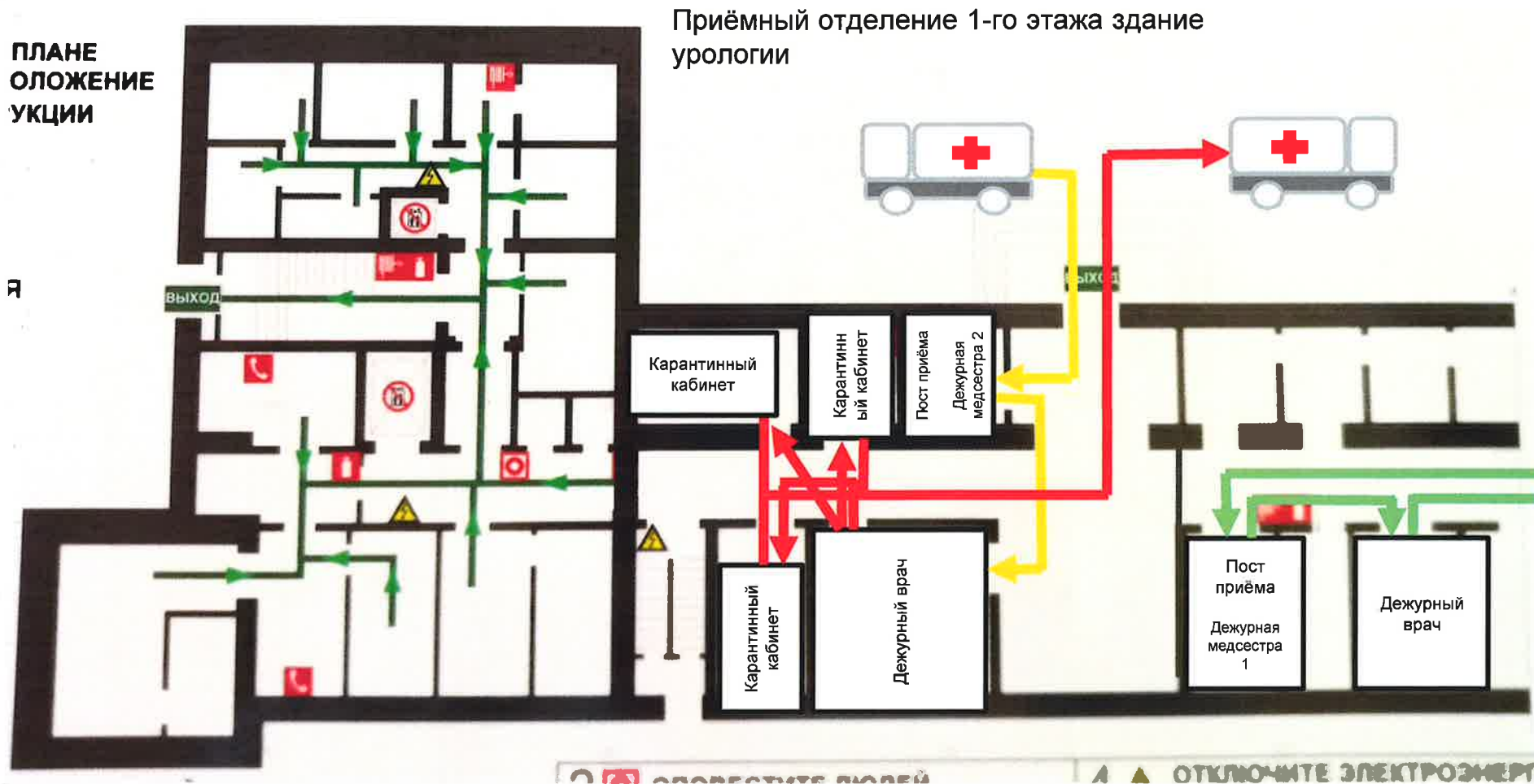
- 1. Разделение потоков пациентов.
- 2. Исключение контакта между потенциально зараженным пациентом и плановым.
- 3. При выявлении лёгкой степени 2019-nCoV пациент следует на домашний карантин.
- 4. Разработка и внедрение правил и маршрутизации пациентов.
- 5. Электронная история болезни.
- 6. Длительное ожидание результатов теста на 2019-nCoV.



ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка приемного отделения Клиники-1 ФМБЦ с перемещением пациентов, потенциальных с COVID-19 (вход и выход)



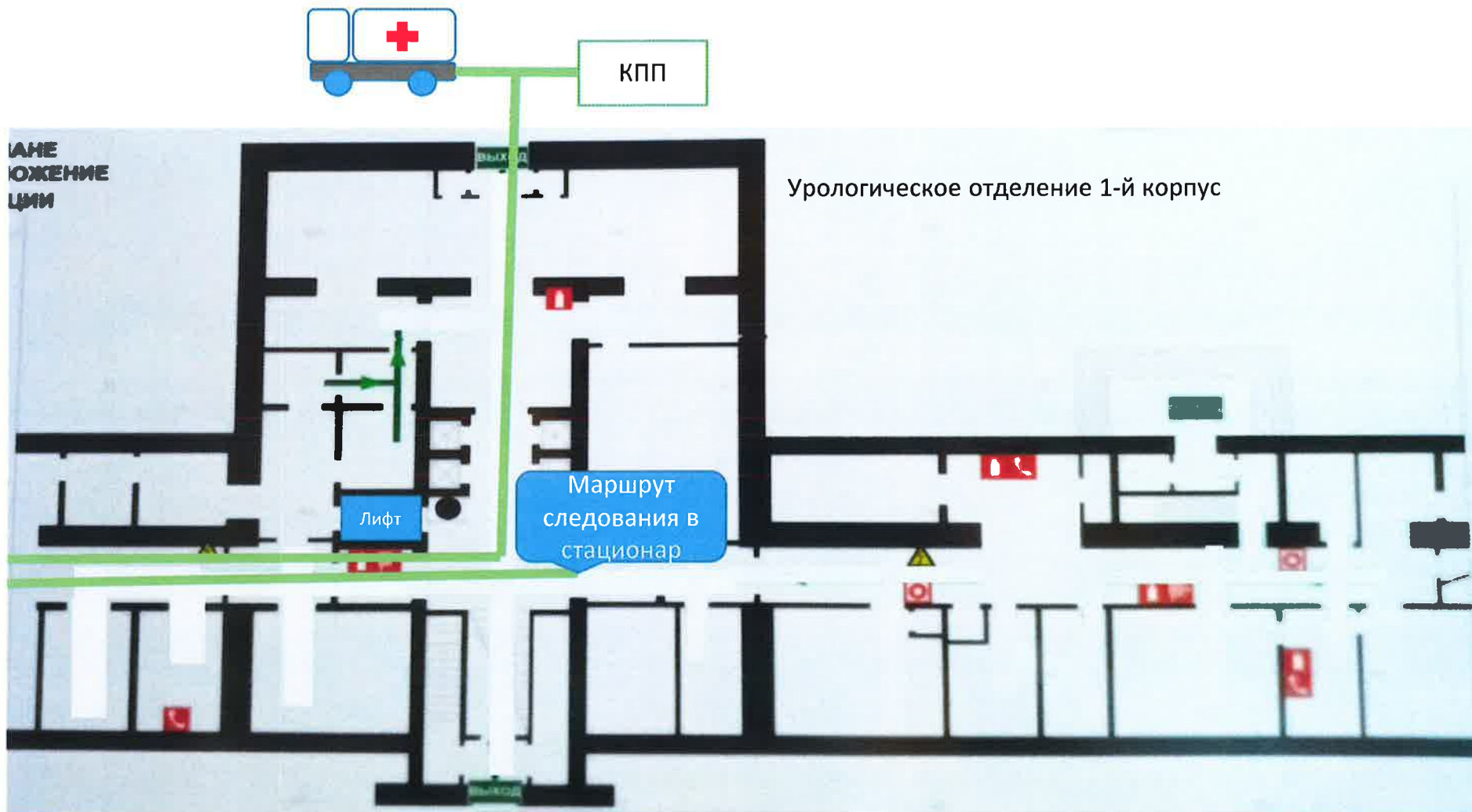
РОСАТОМ



Минимизировано предотвращение заражения пациентов в стационаре
Требуется: 3 кабинета карантина, +1 дежурный врач, 2 отдельных
выхода



ЦЕЛЕВОЕ СОСТОЯНИЕ - Планировка приемного отделения Клиники-1 ФМБЦ с перемещением плановых пациентов с отрицательным COVID-19 (вход и распред.)



Минимизировано предотвращение заражения пациентов в стационаре
Плановые пациенты отделены от потенциальных с COVID-19



План работ по разделению потоков пациентов в Клинике-1 ФМБЦ



Зоны	№	Мероприятие	Отв.	Дата		Примечание
				начало	окончание	
КПП	1	Визуализировать потоки пациентов в зоне нахождения КПП (регистратура)		21.04.2020	24.04.2020	
	2	Организовать работу администратора по управлению потоками и контролю по соблюдению правил нахождения в помещении		21.04.2020	24.04.2020	
Приёмное отделение	3	Организовать прием плановых пациентов с подтвержденными отрицательными результатами на COVID-19		Выполнено		
	4	Разделить на две зоны приемное отделение согласно планировочному решению		21.04.2020	30.04.2020	
	5	Организовать новый пост дежурной медсестры согласно планировочному решению		21.04.2020	30.04.2020	
	6	Организовать передачу документов (карта пациента) внутри ФМБЦ, в электронном виде		21.04.2020	24.04.2020	
	7	Организовать новый пост дежурного врача согласно планировочному решению		21.04.2020	30.04.2020	
	8	Организовать карантинные кабинеты согласно планировочному решению		21.04.2020	30.04.2020	
	9	Визуализировать потоки пациентов на входе в приёмное отделение согласно планировочному решению		21.04.2020	30.04.2020	с учетом рекомендаций АО "ПСП"



**Предположительные сроки реализации мероприятий 9 рабочих дней
Ответственные будут определены 22.04.2020 на встрече руководством ФМБЦ**

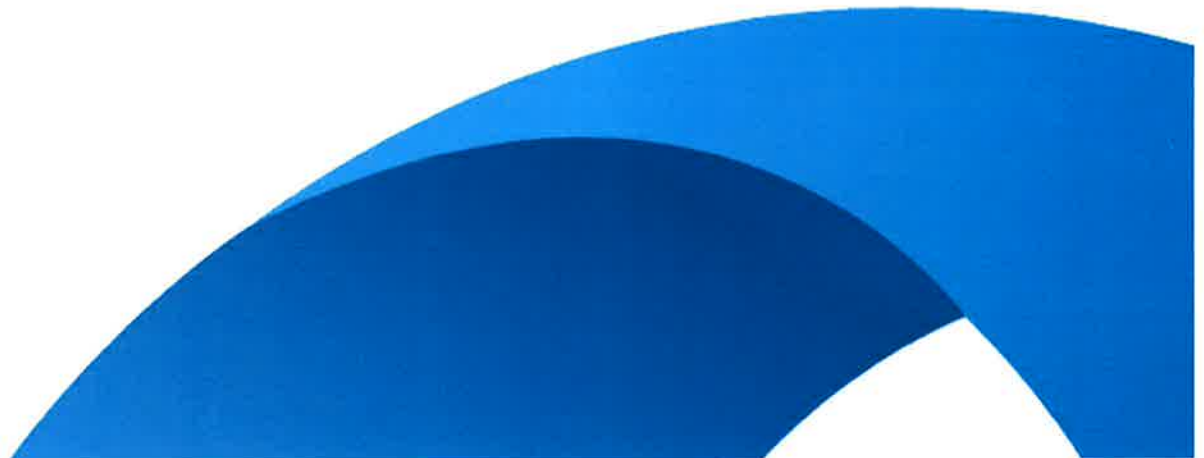


РОСАТОМ



ГОСУДАРСТВЕННАЯ КОРПОРАЦИЯ ПО АТОМНОЙ ЭНЕРГИИ «РОСАТОМ»

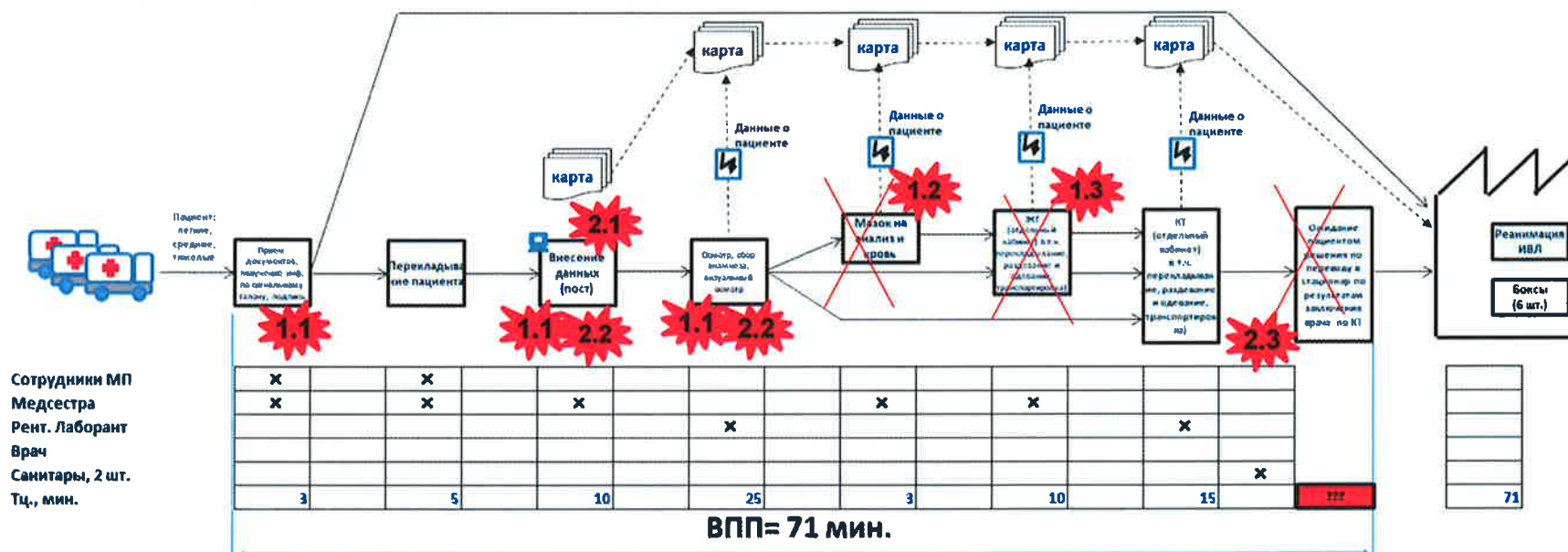
**ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России
(Клиническая больница №119)**





ROSATOM

II. Приемное отделение. Карта потока приемного отделения. Текущее состояние.



Проблемы:

1. Взаимодействие со СМП

- 1.1 Затрата времени на проверку документов, опрос и осмотр пациента;
- 1.2 Затрата времени на взятие мазка для анализа ПЦР и крови;
- 1.3 Затрата времени на проведение ЭКГ

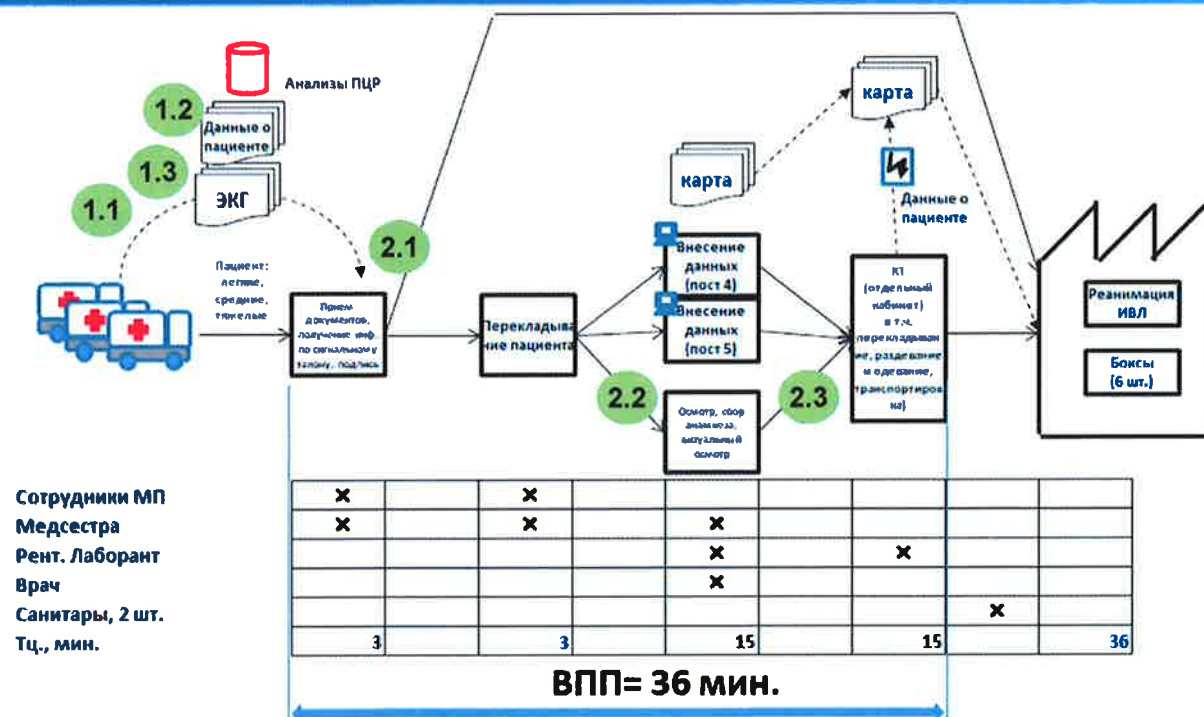
2. Проблемы в приемном отделении

- 2.1 Длительное внесение данных в информационную систему, неподготовленность для поставленных целей медперсонала при работе с компьютером и программой;
- 2.2 Последовательное выполнение операций по вводу данных и осмотру пациента и проблемы с обеспечением двух постов персоналом;
- 2.3 Затраты времени в организации процесса проведения КТ

Комментарии:

- 1. Перемещение: в зависимости от степени тяжести пациента
- 2. Стандартное звено: 1 врач, 2 медсестры
- 3. Пропускная способность:
 - 1 звено: узкое место осмотр врача 25 мин.
 - 2 звена: узкое место КТ 15 мин.

II. Приемное отделение. Карта потока приемного отделения. Целевое состояние.



1. Взаимодействие со СМП

- 1.1 предварительный сбор информации о пациенте бригадой СМП по шаблону, проверка наличия первичных документов;
- 1.2 забор мазков ПЦР и крови в машине СМП;
- 1.3 выполнение ЭКГ в машине СМП и передача кардиограммы дистанционно в приемное отделение)

Эффект: - 25 мин.

2. Улучшения в приемном отделении

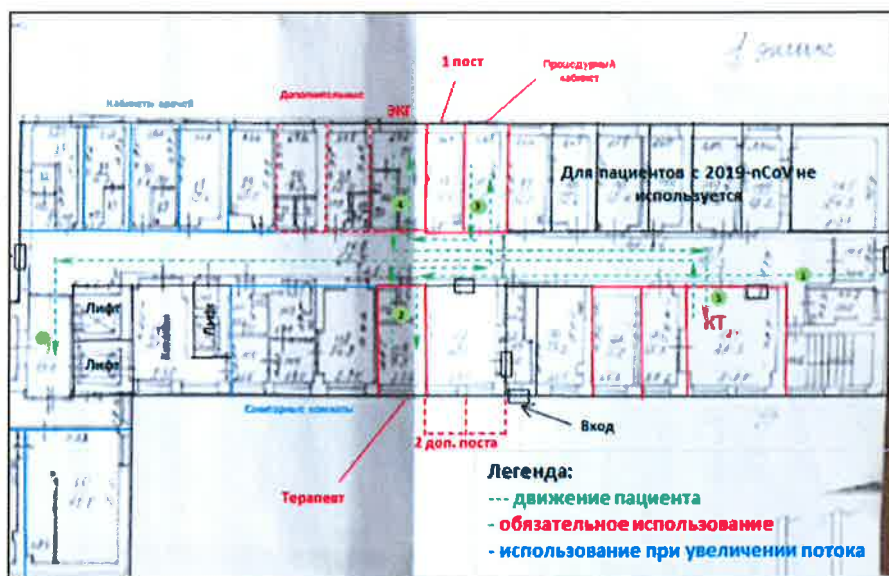
- 2.1 переподготовка медперсонала для работы на других функционалах в программе Медиалог;
- 2.2 параллельное выполнение операций по вводу данных и осмотру пациента и обеспечение доп. поста персоналом;
- 2.3 улучшения в организации процесса проведения КТ

Эффект: - 10 мин.

II. Приемное отделение. Планировочные решения. Диаграмма «спагетти»

Текущее состояние –
В существующей планировке приемного отделения (расположение кабинетов) присутствуют лишние перемещения пациента

L перемещений ≈ 60 м



Целевое состояние –
Предложена планировка с минимальной длиной перемещений пациента - (готовое решение для стационаров, готовящихся к массовому приему пациентов)

L перемещений ≈ 27 м



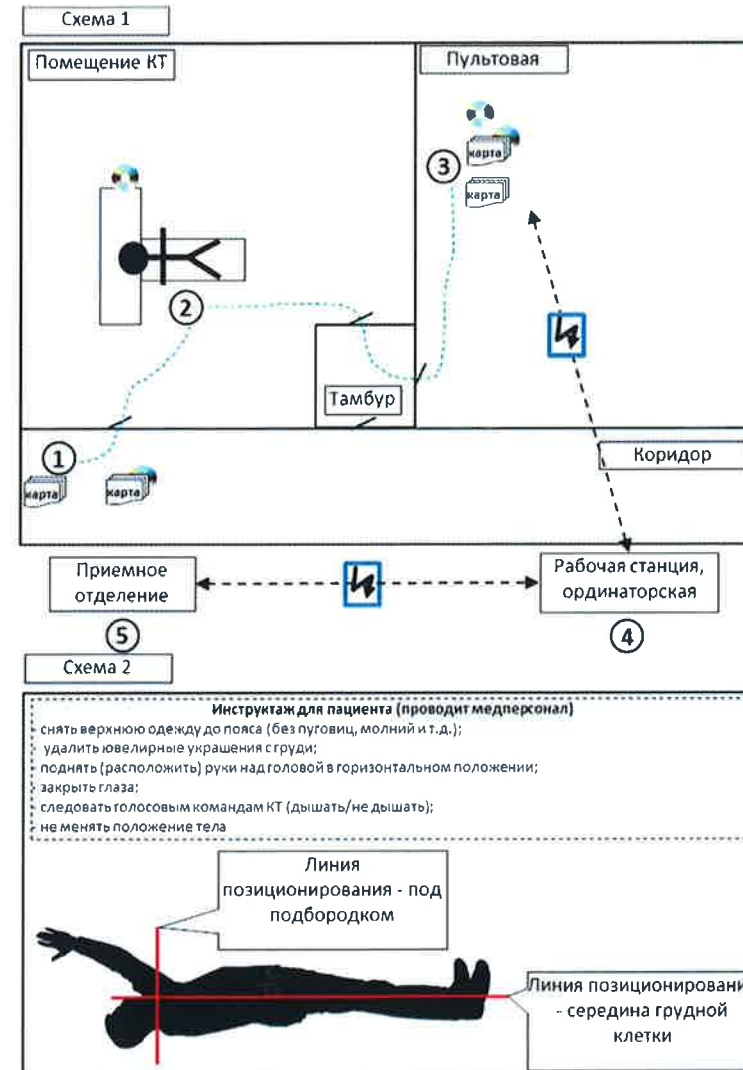
ЭФФЕКТ: за счет изменения расположения кабинетов и передачи функций по проведению ЭКГ и сбора мазков ПЦР бригадам СМП возможно

сокращение перемещений на 55%

II. Приемное отделение. Разработка стандарта проведения КТ легких в приемном отделении (текущее состояние).

№ п/п	Текущее состояние					Время, ММ:СС
	Операция (схема 1)	Точка на схеме	Медсестра (1 чел.)	Лаборант (1 чел.)	Врач прием	
1	Привоз (сопровождение) пациента из точки 1 в точку 2		x			
2	Переход в пультавую (из точки 2 в точку 3)		x			
3	Ввод данных в компьютер томографа	3	x			
4	Переход из точки 3 в точку 2		x			
5	Поддача деки стола КТ	2	x			
6	Проведение инструктажа пациенту (см. схему 2)	2	x			
7	Раздевание пациента по пояс	2	x			
8	Снятие ювелирных украшений с груди	2	x			
9	Перекладывание пациента с каталки на деку	2	x	x		
10	Отцентровка пациента (см. схему 2)	2	x			
11	Обнуление КТ (запоминание контрольной точки)	2	x			
12	Переход в пультавую (из точки 2 в точку 3)		x			
13	Выполнение снимка SCOUT	3	x			
14	Запуск программы	3	x			
15	Переход из точки 3 в точку 2		x			
16	Извлечение пациента в исходное положение	2	x			
17	Переход из точки 2 в точку 1		x			
18	Голосовой вызов и ожидание медсестры	1	x			
19	Переход из точки 1 в точку 2		x			
20	Перекладывание пациента с деки на каталку	2	x	x		
21	Переход: пациент и медсестра из т.2 в т.1 (ожидание), лаборант из т.2 в т.3		x	x		
22	Отправка данных на рабочую станцию в ординаторскую	3	x			
23	Переход из точки 3 в точку 2		x			
24	Установка DVD диска в аппарат КТ	2	x			
25	Переход из точки 2 в точку 3		x			
26	Запись диска	3	x			
27	Переход из точки 3 в точку 2		x			
28	Извлечение DVD диска	2	x			
29	Переход из точки 2 в точку 3		x			
30	Вложение диска в карту (историю болезни)	3	x			
31	Переход из точки 3 в точку 1		x			
32	Голосовой вызов и ожидание медсестры	1	x			
33	Передача карты медсестре	1	x	x		
34	Переход из точки 1 в точку 2		x			
35	Дезинфекция деки стола (смена подложки, протираю деки стола)	2	x			
36	Переход из точки 2 в точку 3		x			
	Итого, ММ:СС:					
23	Обработка результатов КТ	4			x	
24	Телефонный звонок в приемное отделение в формате (КТ 1,2,3,4)	4			x	
25	Запись результата КТ в карту	5			x	
26	Передача карты медсестре	5			x	
27	Переход с пациентом из коридора приемного отделения в стационар		x			
	Итого, ММ:СС:					
	переход					

Влияние на время процесса для пациента от начала КТ. Движения в стационаре. Влияние на время процесса проведения КТ (от пациента до пациента).



Дальнейшие действия – хронометражи и выявление потерь

**ФГУЗ ПОМЦ
Н. НОВГОРОД**

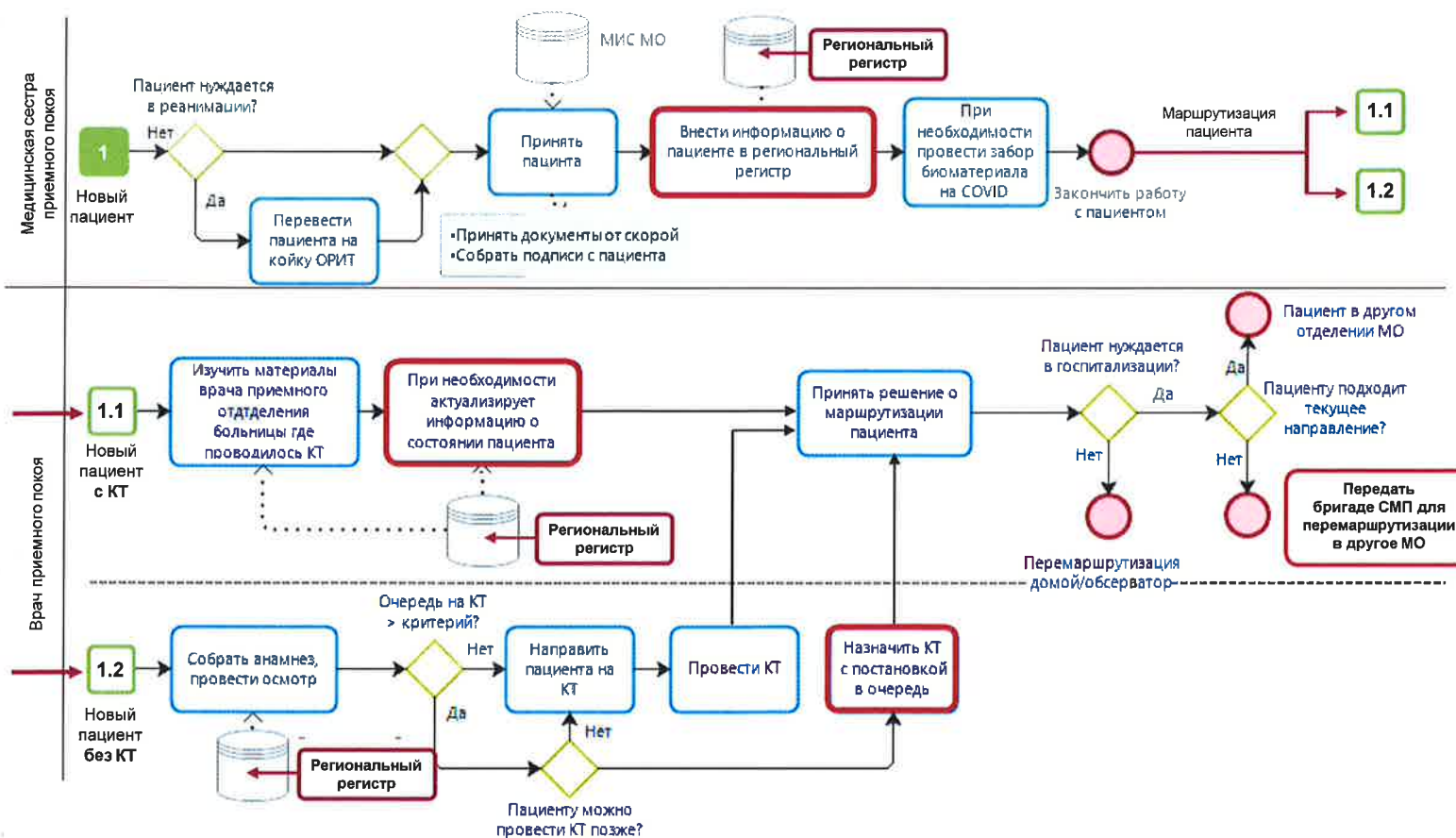
II. ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ. ФГУЗ ПОМЦ Н. НОВГОРОД



Стационар COVID-19 - карта целевого состояния Приемное отделение



Правительство
Нижегородской области



Повышенная опасность персонала при контакте с бумажной документацией, передаваемой СМП, личными вещами пациента и самим пациентом

Пропускная способность приемного отделения, очереди на КТ

Необходима строгая регламентация и ситуационное моделирование процессов в приемном отделении

В случае очереди на КТ, госпитализация пациента на койку с постановкой в очередь на КТ

Для пациентов, имеющих ключевые признаки выздоровления, не взирая на сроки госпитализации, отправлять в обсервацию или на дом под амбулаторное наблюдение