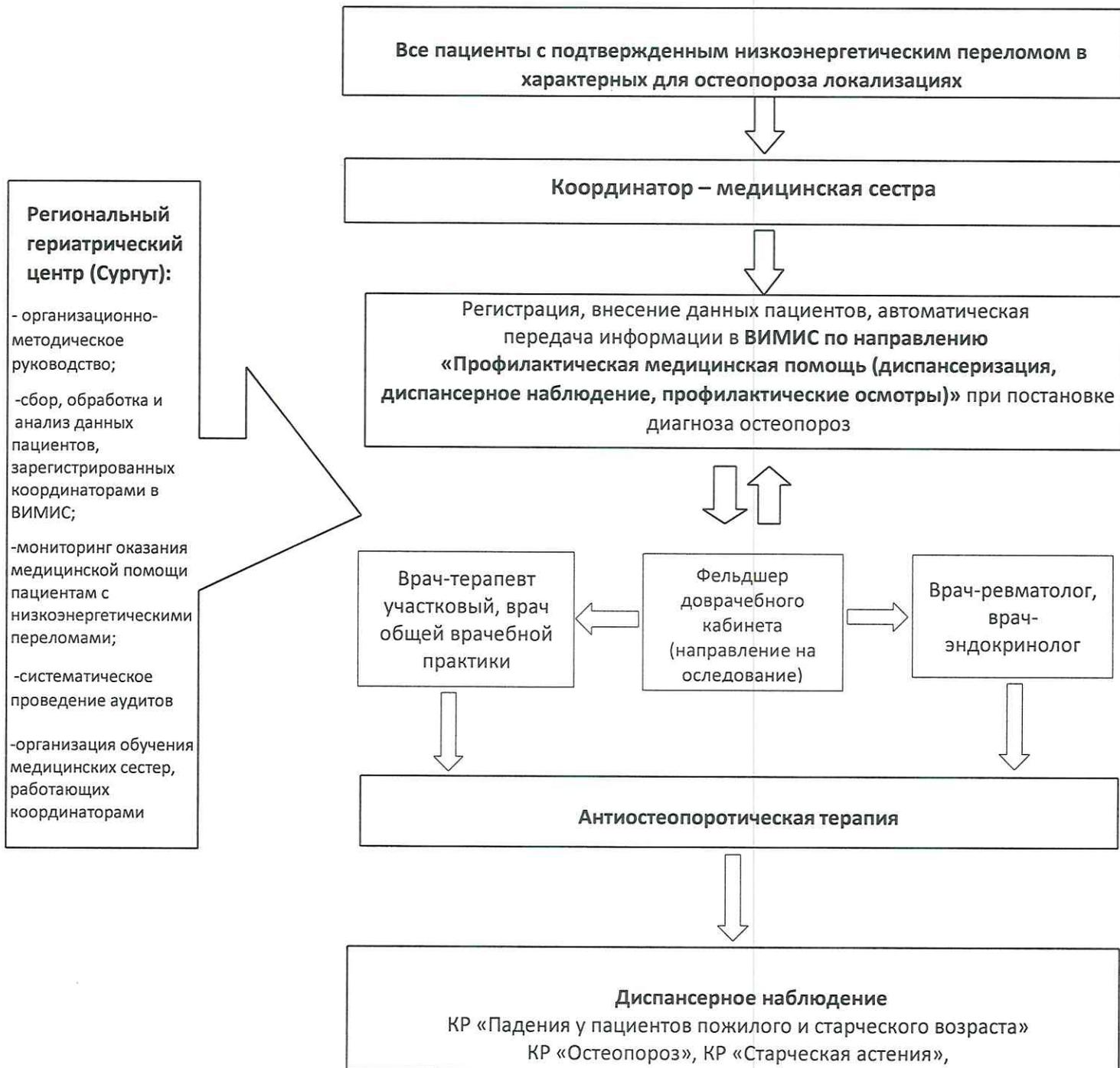


Схема маршрутизации пациентов в возрасте 60 лет и старше
с низкоэнергетическими переломами



Порядок профилактики повторных переломов

1. Организационно-методическое руководство и координацию работы службы профилактики повторных переломов (далее – СППП) осуществляет гериатрический центр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская окружная клиническая больница» (далее – Гериатрический центр).

2. Функциональные обязанности Гериатрического центра:

2.1. Сбор, обработка и анализ данных пациентов с низкоэнергетическими переломами, зарегистрированных в вертикально интегрированной медицинской информационной системе (далее – ВИ МИС).

2.2. Мониторинг оказания медицинской помощи пациентам с низкоэнергетическими переломами.

2.3. Систематическое проведение аудитов с оценкой качественных и количественных показателей работы СППП.

2.4. Организация обучения медицинских сестер, работающих координаторами.

3. В структуру СППП входят координаторы – медицинские сестры медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

4. Координаторы назначаются в целях выявления, регистрации, обеспечения эффективной маршрутизации пациентов с низкоэнергетическими переломами, взаимодействия с Гериатрическим центром по вопросам работы СППП.

5. Врачи травматологи-ортопеды, врачи-хирурги БУ «Урайская городская клиническая больница», осуществляющие оказание специализированной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», «хирургия», «нейрохирургия», для эффективной работы СППП обязаны:

5.1. Обозначить пациенту с низкоэнергетическим переломом в характерных для остеопороза локализациях необходимость направления к специалисту, занимающемуся диагностикой и лечением остеопороза.

5.2. При формировании структурированных электронных медицинских документов «Эпикриз в стационаре выписной» установить признак, определяющий необходимость проведения координатором оценки риска переломов и падений в целях включения пациента в СППП.

5.3. Передавать структурированные электронные медицинские документы «Эпикриз в стационаре выписной» в поликлинику БУ «Урайская городская клиническая больница» (медицинской сестре-координатору) в течение 3 (трех) рабочих дней после выписки пациента.

6. Медицинская сестра-координатор проводит:

6.1. Идентификацию пациентов, нуждающихся во включении в СППП. Регистрация, внесение данных пациентов, передача информации и маршрутизация пациентов с низкоэнергетическими переломами осуществляется в ВИ МИС по направлению «Профилактическая медицинская помощь (диспансеризация, диспансерное наблюдение, профилактические осмотры)».

6.2. Организует пациентам, включенным в систему профилактики повторных переломов, запись на амбулаторный прием к фельдшеру доврачебного кабинета.

7. Фельдшер доврачебного кабинета проводит:

7.1. Оценку риска падений;

7.2. Расчет 10-летнего абсолютного риска переломов по алгоритму FRAX;

7.3. Назначение (по показаниям) рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции для определения морфометрии позвонков, лабораторное

обследование для исключения вторичных причин остеопороза и оценки безопасности назначения препаратов для лечения остеопороза.

7.4. При высоком риске переломов и падений информирует пациента о необходимости наблюдения и лечения. Информирование пациентов, их родственников о профилактике падений и повторных переломов проводится с вручением брошюры для пациентов с информацией о факторах риска падений и переломов, мерах профилактики падений и переломов, остеопороза, о необходимости физической активности, физических упражнениях для профилактики падений, организации безопасного быта, правильному подбору обуви, поведению после падения.

7.5. Обеспечивает (с письменного информированного согласия пациента) его запись на амбулаторный прием к врачу-специалисту (терапевту, врачу общей практики, ревматологу, эндокринологу) для разработки индивидуальной программы по снижению риска падений - в сроки, не превышающие 3 месяцев после случившегося перелома.

7.6. При выявлении высокого риска падений решает (совместно с лечащим врачом) вопрос о направлении пациента к врачу-гериатру.

8. Лечение остеопороза проводится в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и включает все немедикаментозные и медикаментозные методы, в том числе групповые и индивидуальные образовательные программы, назначение антиостеопоротических препаратов, препаратов кальция и витамина D.

9. Рекомендуемые сроки повторного наблюдения – через 3-6 и 12-18 месяцев с целью оценки приверженности к выполнению рекомендаций, оценки состояния и разработки плана дальнейшего лечения.

10. Если у пациента с высоким риском переломов нет других показаний для дальнейшего наблюдения врачом-специалистом (например, сахарного диабета, являющейся показанием для диспансерного наблюдения врачом-эндокринологом), дальнейшее наблюдение пациента проводит врач общей практики/врач-терапевт участковый, который проводит и мониторирует эффективность и безопасность антиостеопоротической терапии.