



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ

16.08.2016

г. Владивосток

№ 808-о

Об организации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП

В целях совершенствования организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях Приморском крае и реализации на территории Приморского края мероприятий по снижению смертности населения от дорожно-транспортных происшествий в соответствии с постановлением Правительства РФ от 26.08.2013 № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф», приказами Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», и от 15.11. 2012 № 927н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», а также в целях улучшения качества оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП, оптимизации лечебного процесса и более рационального использования медицинского оборудования сопровождающимся шоком»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить перечень медицинских организаций Приморского края, участвующих в реализации мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП), на базе которых созданы травмоцентры 1-го, 2-го и 3-го уровней, согласно приложению №1 к настоящему приказу.
2. Утвердить зоны ответственности медицинских организаций и схемы эвакуации пострадавших в результате ДТП на участках федеральных автомобильных дорог, проходящих по территории Приморского края, а также на иных участках автомобильных дорог с твердым покрытием на всей территории Приморского края согласно приложению №2 к настоящему приказу.
3. Утвердить схемы медицинской эвакуации и алгоритм медицинской помощи пострадавшим с шокогенными травмами согласно приложению №3 к настоящему приказу.

4. Утвердить Положение о деятельности травмоцентров, функционирующих на базе медицинских организаций Приморского края, согласно приложению №4 к настоящему приказу.
5. Утвердить перечень индикаторов качества оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП в травмоцентрах различного уровня согласно приложению №5 к настоящему приказу.
6. Утвердить Положение о наделении полномочиями организационно-методического сопровождения мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при ДТП травмоцентр 1-го уровня на базе государственного автономного учреждения здравоохранения Приморского края «Владивостокская клиническая больница №2» согласно приложению №6 к настоящему приказу.
7. Утвердить порядок перевода пациентов в травмоцентры 2-го и 1-го уровней согласно приложению №7 к настоящему приказу.
8. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения края от 15 июля 2015 года - № 955-о «О распределении уровней оказания медицинской помощи для травмоцентров на территории Приморского края».
9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора департамента здравоохранения Приморского края Т.Л. Курченко.

Директор департамента

А.В. Кузьмин

Перечень медицинских организаций Приморского края, участвующих в реализации мероприятий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий (далее - ДТП), на базе которых созданы травмоцентры 1-го, 2-го и 3-го уровней.

№	Учреждение здравоохранения
Травмоцентр 1-го уровня	
1	КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2»
Травмоцентры 2-го уровня	
2	КГБУЗ «Артемовская ГБ №1»
3	КГБУЗ «Арсеньевская ГБ»
4	КГБУЗ «Кавалеровская ЦРБ»
5	КГБУЗ «Лесозаводская ЦГБ»
6	КГБУЗ «Находкинская ГБ»
7	КГБУЗ «Партизанская ГБ»
8	КГБУЗ «Спасская ГБ»
9	КГБУЗ «Уссурийская ГБ»
10	КГБУЗ «Хасанская центральная районная больница»
Травмоцентры 3-го уровня	
11	КГБУЗ «Дальнегорская ГБ»
12	КГБУЗ «Дальнереченская ГБ»
13	КГБУЗ «Михайловская ЦРБ»
14	КГБУЗ «Надеждинская ЦРБ»
15	КГБУЗ «Черниговская ЦРБ»
16	КГБУЗ «Чугуевская ЦРБ»
17	КГБУЗ «Пожарская ЦРБ»
18	КГБУЗ «Кировская ЦРБ»
19	КГБУЗ «Партизанская ЦРБ»
20	КГБУЗ «Пластунская РБ»

Зоны ответственности медицинских организаций и схемы эвакуации пострадавших в результате ДТП на участках федеральных автомобильных дорог, проходящих по территории Приморского края, а также на иных участках автомобильных дорог с твердым покрытием на всей территории Приморского края

№	Учреждение здравоохранения	Районы/округа
Травмоцентр 1-го уровня		
1	КГАУЗ «ВКБ№2»	Владивостокский ГО, все районы ПК
Травмоцентр 2-го уровня		
2	КГБУЗ «Артемовская ГБ №1»	Шкотовский МР, Артемовский ГО, Надеждинский МР
3	КГБУЗ «Арсеньевская ГБ»	Анучинский, Чугуевский, Яковлевский МР, Арсеньевский ГО
4	КГБУЗ «Кавалеровская ЦРБ»	Тернейский МР, Дальнегорский ГО Ольгинский МР Кавалеровский МР
5	КГБУЗ «Лесозаводская ЦГБ»	Пожарский МР; Дальнереченский МР; Дальнереченский ГО; Кировский МР Лесозаводский ГО, Красноармейский МР
6	КГБУЗ «Находкинская ГБ»	Находкинский ГО, Б-Камень, Фокино ГО
7	КГБУЗ «ПартизанскаяГБ»	Лазовский МР, Партизанский МР, Партизанский ГО
8	КГБУЗ «Спасская ГБ»	Черниговский МР. Спасский МР, Спасский ГО
9	КГБУЗ «Хасанская ЦРБ»	Хасанский МР
10	КГБУЗ «Уссурийская ГБ»	Михайловский МР, Уссурийский ГО, ХорольскийМР, ХанкайскийМР, Пограничный МР, Октябрьский МР
Травмоцентр 3-го уровня		
11	КГБУЗ «Дальнегорская ГБ»	Тернейский МР, Дальнегорский ГО
12	КГБУЗ «Дальнереченская ГБ»	Дальнереченский МР; Дальнереченский ГО
13	КГБУЗ «Михайловская ЦРБ»	Михайловский МР
14	КГБУЗ «Надеждинская ЦРБ»	Надеждинский МР
15	КГБУЗ «Черниговская ЦРБ»	Черниговский МР, Спасский МР
16	КГБУЗ «Чугуевская ЦРБ»	Чугуевский МР, Яковлевский МР
17	КГБУЗ «Пожарская ЦРБ»	Пожарский МР; Дальнереченский МР
18	КГБУЗ «Кировская ЦРБ»	Кировский МР, Спасский МР

Приложение №3
к приказу ДЗПК
от 16.08.2016 № 808-о

Схемы медицинской эвакуации и алгоритм медицинской помощи пострадавшим с шокогенными травмами и порядок взаимодействия учреждений здравоохранения Приморского края при оказании медицинской помощи пострадавшим при ДТП

1. До прибытия бригады СМП на место происшествия информация о ДТП диспетчером службы скорой медицинской помощи должна сообщаться в лечебное учреждение в соответствии с маршрутизацией. В процессе транспортировки пострадавших с места ДТП необходимо информировать медицинскую организацию на этапе эвакуации для своевременной подготовки сил и средств к приему пострадавших.
2. Оказание медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком на этапе стационарного лечения:
 - 2.1. Больные с политравмой, изолированными повреждениями, сопровождающимися травматическим шоком, должны быть доставлены в ближайшие стационары I, II уровней реанимобилями (при их отсутствии - линейными бригадами СМП).
 - 2.2. При отсутствии возможности оказания адекватной, своевременной и полноценной помощи пострадавшим с сочетанной травмой (тяжелая черепно-лицевая травма, тяжелые травмы позвоночника, торакальная травма в составе тяжелой сочетанной травмы) из травмоцентров 3-го уровня осуществлять перевод пострадавшего в кратчайшие сроки после стабилизации состояния (24-72 часа) в травмоцентры 2-го уровня, .
 - 2.3. При ведущей торакальной травме перевод осуществляется в торакальное хирургическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Владивостока по согласованию с дежурным (в не рабочее

время, в рабочее с администрацией учреждений) торакальным хирургом по линии отделения экстренной и плановой консультативной помощи (ОЭ и ПКП КГКУЗ «ТЦМК»).

2.4. При ведущей ожоговой травме перевод осуществляется в ожоговое отделение ДВОМЦ ФМБА по согласованию с дежурным (вне рабочее время, в рабочее с администрацией учреждений) хирургом) через диспетчерскую КГКУЗ ТЦМК.

2.5. Пострадавший доставляется в отделение реанимации и интенсивной терапии, где, независимо от характера повреждений, он должен быть в обязательном порядке осмотрен или консультирован дистанционно следующими специалистами: анестезиолог-реаниматолог, хирург, травматолог, нейрохирург. Врачи других специальностей приглашаются по необходимости. Пациент сразу должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, где осматривается вышеперечисленными специалистами. При отсутствии в лечебном учреждении узких специалистов пострадавший осматривается врачами - реаниматологом и хирургом; при необходимости выполняется обращение в отделение экстренной и плановой консультативной помощи (ОЭ и ПКП КГКУЗ «ТЦМК»).

2.6. Ответственным врачом, определяющим объем обследований и необходимость привлечения других специалистов для уточнения диагноза и тактики лечения, является дежурный реаниматолог; в других лечебных учреждениях - дежурный ответственный хирург.

2.7. В минимальный диагностический комплекс должны входить следующие исследования: рентгенография черепа в двух проекциях, костей таза, грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, лапароцентез, ЭКГ; эхоэнцефалография - по назначению нейрохирурга; при бессознательном состоянии пострадавшего - КТ головного мозга (при наличии КТ). Другие исследования - по необходимости, с учетом назначений смежных

специалистов.

2.8. Минимум лабораторной диагностики: общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты), мочи, группа крови и резус-фактор, биохимическое исследование крови, ЭДС, кровь на маркеры гепатитов, ВИЧ. Другие исследования - по необходимости, с учетом назначений смежных специалистов.

2.9. В палате реанимации и интенсивной терапии параллельно с диагностическими мероприятиями проводится катетеризация центральной вены, при необходимости с двух сторон (+ периферические вены), ИВЛ (ингаляция кислородом), инфузионная терапия, адекватное обезболивание; катетеризация мочевого пузыря, назогастральный зонд. По показаниям - коррекция симптоматической терапии.

2.10. Показания и последовательность выполнения оперативных вмешательств определяются коллегиально специалистами, участвующими в обследовании, в зависимости от тяжести и степени доминирования повреждений. Корректировку и ответственность за решения принимает дежурный реаниматолог.

2.11. По показаниям возможно выполнение одномоментных вмешательств разными специалистами.

2.12. В операционной выполняется полный объем необходимых вмешательств: декомпрессивная трепанация, декомпрессия спинного мозга при осложненной спинальной травме, лапаротомия, первичная хирургическая обработка ран, скелетное вытяжение, фиксация переломов конечностей АНФ (аппарат наружной фиксации), фиксация переломов таза АНФ или тазовыми щипцами, ручные репозиции и вправления вывихов с последующей гипсовой иммобилизацией.

2.13. Погружной остеосинтез переломов конечностей и таза в ночное время по экстренным показаниям не выполняется. Показания к выполнению данных видов вмешательств по экстренным показаниям определяются индивидуально, коллегиально, при наличии операционной бригады, по согласованию с дежурным реаниматологом.

2.14. После оказания помощи в приемном отделении в случае нестабильного состояния больной транспортируется в отделение реанимации. При стабильных показателях жизнедеятельности больной переводится для дальнейшего лечения в профильное отделение. Профиль отделения зависит от тяжести превалирующей патологии, необходимости дальнейших лечебных манипуляций и определяется хирургом (травматологом, нейрохирургом).

2.15. В отделении реанимации ответственным считается врач-реаниматолог, врачи других специальностей курируют данного больного круглосуточно по характеру имеющихся повреждений.

2.16. Тактика лечения в отделении реанимации согласовывается с заведующим реанимационным отделением и заведующим профильного отделения.

2.17. При необходимости повторных вмешательств на реанимационном этапе объем и место их проведения решаются коллегиально и/или совместно с заведующим реанимационным отделением и заведующим профильного отделения.

2.18. При возникновении летального исхода документацию оформляет врач отделения, за которым определен данный пострадавший (нейрохирургическое, травматологическое, хирургическое отделение).

2.19. Перевод больного в профильное отделение из реанимационного отделения производится после стабилизации состояния. При наличии у пациента диагноза сочетанной травмы пострадавший переводится в профильное отделение по превалирующей травме. При необходимости дальнейшего хирургического лечения пострадавший переводится в профильное отделение.

2.20. При наличии вегетативного статуса профиль отделения определяется по доминирующей патологии.

2.21. Лечение неосложненной травмы позвоночника (переломы,

переломовывихи), сопровождающейся шоком, проводится в условиях травматологического отделения. При наличии осложненной (спинальной) травмы позвоночника лечение данных пострадавших проводится в нейрохирургическом отделении.

2.22. Погружной остеосинтез в травматологическом отделении выполняется по стабилизации состояния пострадавшего (в плановом и срочном порядке) после дообследования и только в дневное время. При необходимости и при наличии операционной бригады возможно выполнение данных вмешательств в ночное время по согласованию с заведующим отделением.

2.23. После стабилизации состояния пострадавших и проведения первичной реабилитации дальнейшее лечение осуществляется амбулаторно либо в стационарах по месту жительства, с учетом рекомендаций при выписке.

2.24. Этапные госпитализации при необходимости коррекции лечения, в целях реабилитации пострадавших осуществляются в профильные отделения стационара 1-го, 2-го уровней и отделение сочетанной травмы при наличии направления из медицинской организации по месту жительства, по согласованию с заведующим профильным отделением.

3. Взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи пострадавшим с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком.

3.1. При доставке пострадавших в результате дорожно-транспортного происшествия с сочетанной, множественной и изолированной травмами, сопровождающимися шоком (попутным транспортом), в ближайшую к месту дорожно-транспортного происшествия медицинскую организацию

после выполнения жизнеспасаяющих операций, стабилизации показателей гемодинамики для дальнейшего лечения после проведенного минимума обследования и лечения больной транспортируется в учреждения 1-го, 2-го уровней реанимобилем класса «С».

3.2. При нестабильных показателях гемодинамики, критическом состоянии пострадавшего лечение проводится по месту госпитализации пострадавшего. При необходимости «на себя» привлекаются специалисты травмоцентров 2-го уровня, или проводятся дистанционные консультации с профильными специалистами через отделение экстренной и плановой консультативной помощи КГКУЗ «ТЦМК».

3.3. Оперативные вмешательства по жизненным показаниям проводятся в стационаре по месту госпитализации пострадавшего силами врачей стационара или совместно со специалистами травмоцентров 2-го уровня, при необходимости проводятся дистанционные консультации с профильными специалистами через отделение экстренной и плановой консультативной помощи КГКУЗ «ТЦМК».

3.4. Высокотехнологичные, реконструктивные вмешательства, ортопедические операции пострадавшим по поводу переломов конечностей выполняются в медицинской организации, имеющей в своем составе травмоцентр 1-го уровня после перевода по согласованию с заместителем главного врача по хирургической помощи.

**Порядок взаимодействия учреждений здравоохранения
Приморского края при оказании медицинской помощи
пострадавшим при ДТП**

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия учреждений здравоохранения Приморского края (далее -ПК) при оказании медицинской помощи пострадавшим при ДТП на территории ПК.

2. Порядок разработан в соответствии с постановлением Правительства РФ от 26.08.2013 № 734 «Об утверждении Положения о Всероссийской службе медицины катастроф», приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 927н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком», приказом Минздрава России от 15 июля 2016 года № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

3. Действие настоящего Порядка распространяется на медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи пострадавшим при ДТП на территории ПК.

4. В целях сокращения времени до прибытия бригады скорой медицинской помощи (СМП) к пострадавшему необходимо обеспечить направление непосредственно и немедленно к месту ДТП ближайшей бригады скорой медицинской помощи вне зависимости от территориальной её принадлежности и оснащённости.

5. Медицинская эвакуация пациента с места ДТП начинается бригадой СМП, прибывшей первой на место ДТП, вне зависимости от её территориальной принадлежности и оснащённости. При необходимости реанимационного сопровождения при эвакуации передача пациента

реанимационной бригаде осуществляется по пути следования (принцип «Клещей»).

6. При наличии показаний (большое число пострадавших, тяжелое состояние пациента) к оказанию помощи привлекаются дополнительные бригады СМП.

7. В целях сокращения времени от прибытия бригады СМП к пострадавшему до начала оказания стационарного этапа медицинской помощи в травмоцентре любого из уровней, необходимо обеспечить пострадавшему порядок транспортировки непосредственно и немедленно к месту проведения лечебно-диагностических мероприятий (в реанимационную палату, палату интенсивной терапии, операционную или кабинет компьютерной томографии и т.д.) в режиме «зеленого коридора».

8. Показанием к госпитализации по принципу «зеленого коридора» является угрожающее для жизни состояние пострадавшего. В целях реализации данного принципа администрации учреждений здравоохранения необходимо внедрить следующий алгоритм действий:

8.1. Обеспечение бесперебойной круглосуточной связи между членами выездной бригады и ответственным дежурным по травмоцентру.

8.2. Сообщение членом выездной бригады о состоянии пострадавшего и проведенных бригадой манипуляциях ответственному дежурному врачу травмоцентра по территориальному принципу, при необходимости согласование направления пострадавшего в травмоцентр I, II, III-го уровня и порядка медицинской эвакуации. Протоколирование в карте вызова всех сообщаемых данных с указанием времени сообщения в травматологический центр.

8.3. Организация ответственным дежурным врачом травмоцентра встречи автомобиля СМП, разработка маршрута перемещения пациента по стационару, а при медицинской эвакуации пациента в травмоцентр I, II-го уровней - передача в соответствующий стационар всей необходимой информации о проводимой эвакуации.

8.4. Оказание медицинской помощи пациенту медицинским персоналом выездной бригады вплоть до момента передачи пострадавшего дежурному врачу стационара для дальнейшего лечения.

8.5. Оформление медицинской документации без ущерба для эффективности осуществляемых медицинских манипуляций.

Порядок осуществления «зеленого коридора» утверждается главным врачом учреждения здравоохранения ПК в приказе по учреждению.

9. Выбор травмоцентра при осуществлении медицинской эвакуации пострадавшего с места ДТП осуществляется по следующим критериям:

9.1. При наличии угрожающего жизни состояния, требующего проведения реанимационных мероприятий, пациент эвакуируется в ближайшее к месту ДТП учреждение здравоохранения, имеющее отделение (койки) реанимации, вне зависимости от территориальности бригады СМП, оказывающей помощь.

9.2. При наличии признаков продолжающегося кровотечения пациент эвакуируется в ближайшее учреждение здравоохранения для проведения временного, а, при возможности, и окончательного гемостаза.

10. В травмоцентр III-го уровня госпитализируются следующие пострадавшие в ДТП:

- с изолированной травмой, сопровождающейся шоком I степени;
- с сотрясением головного мозга;
- с травмой грудной клетки и единичными переломами ребер без повреждения органов грудной клетки;
- с тупой травмой живота и повреждением паренхиматозных органов;
- с изолированным разрывом мочевого пузыря;
- с одиночными переломами костей, в том числе костей таза, без нарушения целостности тазового кольца;
- с повреждениями мягких тканей;

- самообратившиеся и доставленные попутным транспортом.

При наличии показаний в кратчайшие сроки организуется перевод пострадавших из травмоцентра III-го уровня в травмоцентры II-го уровня (после оказания реанимационной помощи, выполнения хирургического гемостаза и обеспечения фиксации переломов длинных трубчатых костей).

Противопоказанием к переводу является кома 1,2,3, агональное состояние пациента.

11. В травмоцентр II-го уровня для оказания специализированной травматологической помощи пострадавшие в ДТП госпитализируются по следующим критериям:

11.1. По характеру повреждений: при тяжелых сочетанных, множественных или изолированных травмах, представляющих опасность для жизни пострадавшего, требующих оказания специализированной медицинской помощи.

11.2. По принципу преемственности: перевод из травмоцентров III-го уровня для оказания специализированной медицинской помощи.

11.3. По территориальному принципу: в случаях, если травмоцентр II-го уровня расположен к месту ДТП ближе, чем травмоцентр III-го уровня, при наличии любых повреждений у пострадавшего.

12. В травмоцентр I-го уровня госпитализируются пациенты, требующие оказания узкоспециализированной или высокотехнологичной помощи.

Переводу из травмоцентров II-го уровня в травмоцентр I-го уровня подлежат пострадавшие:

- имеющие тяжелую черепно-мозговую травму, требующие оказания узкоспециализированной или высокотехнологичной нейрохирургической помощи (исключение составляют пациенты с признаками нарастания отека и дислокации головного мозга, комой 1,2,3, атонической комой, агональном состоянии);

- с осложненными переломами позвоночника, с синдромом нарушения проводимости спинного мозга, ушибами спинного мозга, которые сопровождаются неврологическим дефицитом;

- с черепно-лицевой травмой, требующей выполнения отсроченных операций;

- с множественными двусторонними переломами ребер;

- с сепсисом;

- пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой.

Правила перевода пациентов в травмоцентр 1-го уровня:

Пострадавшие в ДТП без нарушения витальных функций, нуждающиеся в узкоспециализированной и высокотехнологичной помощи, переводятся только после полноценной диагностики, целью которой является постановка диагноза и исключение признаков повреждений внутренних органов, требующих неотложных оперативных и реанимационных мероприятий.

Пострадавшие с тяжелой сочетанной травмой, нуждающиеся в переводе в реанимационное отделение травмоцентра 1-го уровня, могут быть переведены после выведения из шока и стабилизации состояния. Также должны быть выполнены мероприятия по стабилизации гемодинамики и функции внешнего дыхания, остановке наружного и внутреннего кровотечения, стабилизации переломов.

Пациенты нейрохирургического профиля с ушибом мозга тяжелой степени подлежат переводу в травмоцентр 1-го уровня после устранения компрессии головного мозга, которая выполняется на месте. Также подлежат переводу в травмоцентр 1-го уровня пострадавшие со спинальной травмой, с травмами периферической нервной системы, после выведения из шока и стабилизации состояния.

Для пострадавших с гнойными осложнениями или сепсисом показания к переводу ставятся после консультации со специалистами КГКУЗ «ТЦМК» и травмоцентра 1-го уровня. (приложение 1)

13. Все переводы в травмоцентры I и II-го уровней должны осуществляться при согласовании и руководстве специалистов данных травмоцентров.

14. В травмоцентрах I, II и III-го уровней должна быть обеспечена система приема информации о доставке пострадавших и оповещения всех заинтересованных лиц, в том числе врачей-специалистов, сотрудников диагностических служб, приемного отделения, при необходимости - администрации учреждения здравоохранения.

Перечень индикаторов качества оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП в медицинских организациях и травмоцентрах различного уровня Приморского края.

1. Число лиц, погибших в дорожно-транспортных происшествиях (далее - ДТП), в сравнении с данными за аналогичный период прошлого года. Снижение не менее чем на 14%.
2. Количество лиц, погибших в ДТП, не более 17,2 на 100 тыс. населения.
3. Время доезда бригады скорой медицинской помощи до места ДТП от момента получения вызова не должно превышать 20 минут.
4. Время начала оказания медицинской помощи на госпитальном этапе с момента возникновения ДТП не более 1 часа (правило «золотого часа»).
5. Доля пациентов с тяжелой сочетанной травмой в травмоцентрах 3-го уровня и центральных районных больницах должна составлять менее 5% от общего числа пострадавших с шокогенной травмой (пострадавшие, доставленные попутным транспортом или линейными бригадами скорой помощи с нестабильной гемодинамикой на фоне продолжающегося внутреннего кровотечения).
Все пациенты с тяжелой сочетанной и множественной травмой, сопровождающейся шоком, должны быть первично эвакуированы или переведены в кратчайшие сроки после стабилизации состояния (24 - 48 часа) в травмоцентры 1-го или 2-го уровня согласно зонам ответственности и схеме эвакуации.
6. Уровень летальности среди лиц, пострадавших в результате ДТП в травмоцентрах:
уровень летальности в травмоцентрах 1-го уровня - не более 15%;
уровень летальности в травмоцентрах 2-го уровня - не более 18%;

уровень летальности в травмоцентрах 3-го уровня, а также в центральных районных и городских больницах не должен превышать 10%. (Высокий процент летальности на данном этапе свидетельствует о несвоевременном переводе пострадавших с тяжелой травмой в травмоцентры 1-го и 2-го уровня.

Положение о наделении полномочиями организационно-методического сопровождения мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях травмоцентра 1-го уровня на базе КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница №2» совместно с «ТЦМК»

Главным учреждением в реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (далее - ДТП), является травмоцентр 1-го уровня краевого государственного автономного учреждения здравоохранения «Владивостокская клиническая больница №2».

На травмоцентр 1-го уровня КГАУЗ «ВКБ№2» возложены функции ежедневного контроля и координации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП в Приморском крае, научное и организационно-методическое обеспечение организации оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. В задачи травмоцентра входит разработка информационных писем и методических рекомендаций по различным аспектам проблемы оказания помощи пострадавшим в результате ДТП или вследствие других высокоэнергетических травм, проведение конференций различного уровня. Травмоцентр 1-го уровня г. Владивостока имеет право осуществлять консультативную помощь (в том числе на месте) с целью принятия решения о переводе, определения и коррекции тактики лечения пострадавших в результате ДТП или других высокоэнергетических травм. Травмоцентр совместно с КГКУЗ «ТЦМК» координирует работу травмоцентров различного уровня с целью обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП.

Травмоцентр совместно с «ТЦМК» имеет право запрашивать всю необходимую информацию из медицинских организаций Приморского края для анализа и оценки результатов лечения пострадавших в результате ДТП или других высокоэнергетических травм.

Вся текущая и ежедневная информация (с 8:00 до 10:00) по ДТП (форма прилагается), а также тяжелым сочетанным, множественным и иным шокогенным травмам должна поступать в «ТЦМК» и анализироваться совместно с травмоцентром 1-го уровня

ФИО	Адрес / место работы	Дата и место ДТП	Диагноз	Что сделано	Состояние на момент передачи донесения.

Функцию координации работы травмоцентров возложить на заместителей главных врачей КГАУЗ «ВКБ №2» и КГКУЗ «ТЦМК».

Порядок перевода в травмоцентры II и I уровней.

(Перевод осуществляется в строгом соответствии с Приказом МЗ РФ № 422ан от 07 июля 2015 года)

Для согласования перевода в травмоцентры II и I уровней, на адрес КГКУЗ «ТЦМК» doc.tcmk@mail.ru высылается выписка из карты стационарного больного с подробным статусом, данными обследования, результатами рентгенологического и КТ обследования, объемом проведенного лечения (оперативного и /или консервативного), заключения реаниматолога.

После анализа информации специалистами травмоцентров совместно со специалистами КГКУЗ «ТЦМК», по телефону 8(423)2400-700 решается вопрос о возможности транспортировки пациента, согласовывается дата перевода, профильность, способ транспортировки, вид транспортной иммобилизации. В случае ухудшения состояния пациента, во время транспортировки, пациент госпитализируется в ближайший стационар по пути следования.

Лист согласования к документу № 3712 от 07.09.2016
Инициатор согласования: Механцева О.Д. Начальник отдела
Согласование инициировано: 07.09.2016 10:35

Лист согласования

Тип согласования: **последовательное**

№	ФИО	Срок согласования	Результат согласования	Замечания
1	Механцева О.Д.		Согласовано 07.09.2016 - 10:35	-