

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ФПО

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

До практичного заняття з дисципліни «Загальна практика – сімейна
медицина»

для україномовних студентів VI курсу Спеціальність «Медицина»

**Змістовний модуль № 1: «Організаційні аспекти системи
первинної медичної допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної
медицини в системі охорони здоров'я»**

**Тема № 1: Організація та зміст роботи лікаря загальної
практики-сімейного лікаря в сучасних умовах фінансування системи
охорони здоров'я. Порядок надання первинної медичної допомоги..**

Дніпро 2021

Мета: поглиблення знань щодо структури охорони здоров'я України, організації надання первинної медичної допомоги, на засадах сімейної медицини; напрямків роботи та функціональних обов'язків сімейного лікаря: завдань сімейного лікаря; видів лікувально-діагностичної роботи; профілактичної спрямованості у роботі

Задачі:

ознайомитись із нормативно-правовою базою МОЗ України щодо організації надання первинної медичної допомоги та роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря;

уточнити завдання та роль первинної медичної допомоги в структурі охорони здоров'я;

ознайомитись із правами та обов'язками сімейного лікаря, організацією надання медичної допомоги в амбулаторії ЗПСМ

Основні поняття

надавач ПМД – заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи – підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД;

лікар з надання ПМД – професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить

господарську діяльність з медичної практики як фізична особа -
підприємець та особисто надає ПМД;

команда з надання ПМД – група медичних працівників, що функціонує в
межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного лікаря з
надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної
практики – сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює
спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом;

практика ПМД – лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право
на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з
надання ПМД (особи, що належать до цієї практики);

обсяг практики ПМД – кількість осіб, які здійснили своє право на вільний
вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та
належать до однієї й тієї самої практики ПМД;

оптимальний обсяг практики ПМД – кількість осіб, яким лікар з надання
ПМД може забезпечити надання якісної ПМД;

групова практика ПМД – команда з надання ПМД, до складу якої входять
два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше
практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД,
які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного
між надавачами ПМД.

Організація та надання послуг з ПМД ґрунтується на принципах:
доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання;

безпеки, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує
ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти,
а також зменшує можливість медичних помилок;

результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

своєчасності;

економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат;

недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками;

орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

За визначенням Всесвітньої асоціації сімейних лікарів (**WONCA**) сімейний лікар є фахівцем, який надає необхідну первинну медико-санітарну допомогу всім членам сім'ї, незалежно від віку, статі, характеру захворювання, з урахуванням психологічних, соціальних, культурних та особистих особливостей пацієнта та родини. Вони визнають, що несуть також професійну відповідальність за громади, якими опікуються. При обговоренні плану дій зі своїми пацієнтами вони об'єднують фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенційні чинники, базуючись на знаннях та довірі, породжених тривалими стосунками. Лікарі ЗП/СМ виконують свою професійну роль шляхом

зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, забезпечення лікування, організації догляду, надання паліативної допомоги, а також шляхом сприяння розширенню власних можливостей пацієнтів і самопомозі. Це робиться або особисто лікарями ЗП/СМ, або за допомогою інших служб охорони здоров'я відповідно до медико-санітарних потреб та наявних ресурсів громади, в якій вони працюють, сприяючи пацієнтам у разі необхідності в доступі до цих послуг. Лікарі ЗП/СМ повинні нести особисту відповідальність за розвиток своїх професійних навичок та особистих якостей, необхідних для ефективного і безпечного лікування пацієнтів. Як і інші медичні працівники, вони повинні брати на себе відповідальність за постійний контроль (моніторинг), забезпечення належного рівня і, при необхідності, поліпшення клінічних аспектів організації медичної допомоги, а також за безпеку пацієнтів та їх задоволеність отриманою допомогою.

ДИСЦИПЛІНА І СПЕЦІАЛЬНІСТЬ ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА / СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

Загальна практика / сімейна медицина є академічною і науковою дисципліною зі своїми власними змістом освіти, науковими дослідженнями, доказовою базою та клінічною діяльністю; це також клінічна спеціальність орієнтована на надання первинної медичної допомоги.

I. Характеристики (ознаки) дисципліни "Загальна практика / сімейна медицина":

1) як правило, вона є точкою першого медичного контакту пацієнтів з системою охорони здоров'я, що забезпечує їм відкритий і необмежений

доступ до системи з усіма проблемами здоров'я, незалежно від віку, статі або будь-яких інших характеристик людини.

2) забезпечує ефективне використання ресурсів охорони здоров'я через координацію допомоги, співробітництво з фахівцями на рівні первинної медичної допомоги, а також управління взаємодією зі спеціалістами на інших рівнях, виконуючи роль захисника інтересів пацієнта в разі потреби.

3) розвиває підхід, орієнтований на пацієнта, його сім'ю та громаду.

4) сприяє розширенню власних можливостей пацієнтів.

5) має унікальний процес консультування, який забезпечує довготривалі стосунки, через ефективну взаємодію між лікарем і пацієнтом.

6) відповідає за надання тривалої та безперервної медичної допомоги, виходячи з потреб пацієнта.

7) має специфічний процес прийняття рішень на основі поширеності хвороб та захворюваності прикріпленого населення.

8) одночасно вирішує як гострі, так і хронічні проблеми зі здоров'ям окремих пацієнтів.

9) забезпечує ведення пацієнтів із захворюваннями на самих ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу.

10) сприяє здоров'ю та благополуччю пацієнтів належними та ефективними заходами.

11) несе особливу відповідальність за здоров'я громади.

12) вирішує проблеми із здоров'ям, враховуючи їх фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенційні аспекти.



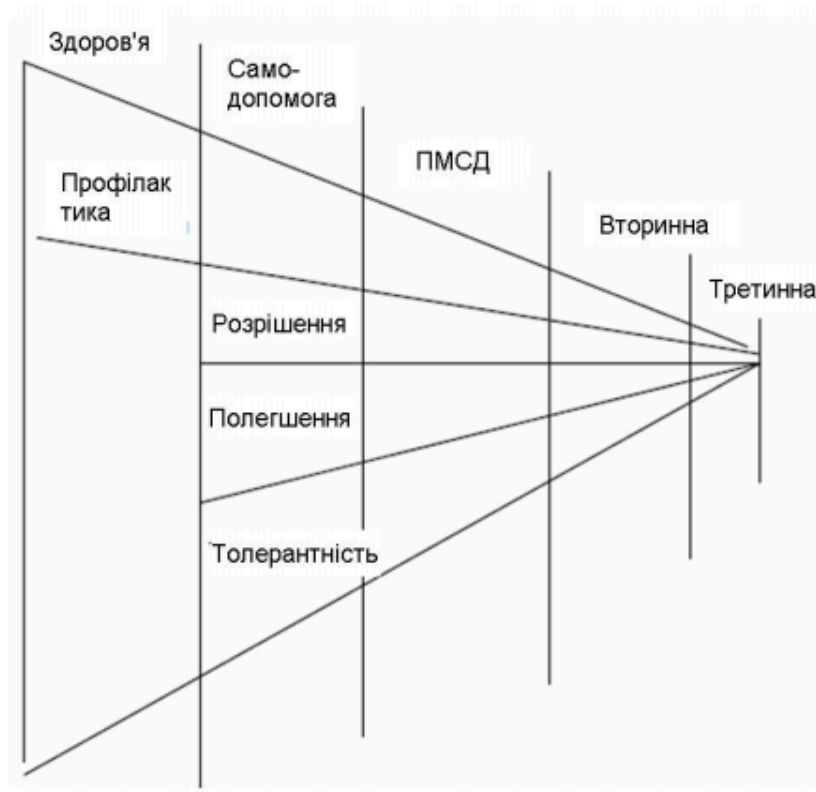
ДЕРЕВО WONCA – РОЗРОБКА ШВЕЙЦАРСЬКОГО КОЛЕДЖУ ПМСД
(Перегляд 2011)

Як наукова дисципліна, що орієнтована на особистість, ЗП/СМ включає три додаткових характеристики, що мають важливе значення в застосуванні основних компетенцій:

а. Контекст: Розуміння особистого контексту лікарів і контексту середовища, в якому вони працюють, включаючи умови їх праці, освіти, культуру, фінансову та нормативно-правову бази.

б. Відношення (ставлення): що виходить з професійних можливостей лікаря, його цінностей та етичних принципів

в. Науковий підхід: запровадження критичного, ґрунтованого на результатах наукових досліджень, підходу до практики і підтримці його шляхом безперервного навчання та підвищення якості.



При розгляді систем охорони здоров'я загальноприйнятною в даний час є модель медичної допомоги, що показана на рисунку. Якщо ми використовуємо визначення первинної медико-санітарної допомоги, яке наведено у введенні - "ділянка в системі охорони здоров'я, як правило, наближена до місця проживання пацієнта, в якій відбувається перший контакт з працівником охорони здоров'я", - ми зважаємо на контекст, в якому сімейний лікар працює. Важливо також розглянути взаємозв'язок між самодопомогою, первинною, вторинною і третинною медичною допомогою, а також взаємодію між різними надавачами медичних послуг. Є різні моделі надання первинної медико-санітарної допомоги в Європі, з

відмінностями в кількості пацієнтів, якими опікуються сімейні лікарі і зростаюча кількість інших медичних працівників різних спеціальностей, що працюють в первинній ланці охорони здоров'я. Контексти, в яких такі сімейні лікарі працюють дуже різні, але чинними повинні залишатися основні принципи дисципліни. Очевидно, що деякі системи охорони здоров'я можуть бути менш сприятливими для розвитку сімейної медицини, і, хоча такі системи не так легко піддаються змінам, ми не повинні боятися висувати ідеальну модель системи охорони здоров'я, яка може забезпечити кращі результати стану здоров'я і економічну ефективність. Зазначених результатів можна досягти завдяки сімейній медицині високої якості.

Характеристики дисципліни "Загальна практика / сімейна медицина" передбачають, що вона:

1) як правило, є точкою першого медичного контакту пацієнтів з системою охорони здоров'я, забезпечуючи їм відкритий і необмежений доступ з усіма проблемами здоров'я, незалежно від віку, статі або будь-яких інших характеристик людини. Термін "як правило" використовується, щоб вказати, що за деяких обставин, наприклад, при серйозній травмі, вона не є точкою першого контакту. Однак вона повинна бути точкою першого контакту в більшості інших ситуацій. До закладів ЗП/СМ не повинно бути жодних перешкод для доступу, а сімейні лікарі повинні надавати допомогу усім пацієнтам незалежно від віку, статі або від виду проблеми із здоров'ям. Загальна практика є найважливішим і найпершим ресурсом. Вона охоплює широке поле діяльності, що визначається потребами та бажаннями пацієнтів. Такий підхід розглядає

багато аспектів дисципліни, а також можливість їх використання у вирішенні проблем як на рівні індивідууму, так і громади.

2) забезпечує ефективне використання ресурсів охорони здоров'я через координацію допомоги, співробітництво з фахівцями на рівні первинної медичної допомоги, а також управління взаємодією зі спеціалістами на інших рівнях, виконуючи роль захисника інтересів пацієнта в разі потреби. Ця координуюча роль є ключовою особливістю економічної ефективності ПМСД належної якості, яка забезпечує, щоб пацієнт отримав допомогу у медичного працівника найбільш відповідного до його конкретної проблеми. Об'єднання різних ланок охорони здоров'я, відповідне поширення інформації, а також організація необхідного лікування залежать від наявності координаційного підрозділу. Загальна практика може виконувати цю основну роль, якщо дозволяють структурні умови. Організація командної роботи навколо пацієнта з усіма медичними працівниками іде на користь якості обслуговування. Через управління взаємодією з іншими спеціальностями дисципліна ЗП/СМ гарантує, що пацієнти, які потребують послуг високотехнологічної медицини на вторинному рівні, можуть отримати до неї найбільш адекватний доступ. Ключовою роллю дисципліни є забезпечення захисту пацієнтів від шкоди, яка може настати через непотрібні обстеження, тестування та лікування, а також надання пацієнтам супроводу у подоланні складнощів системи охорони здоров'я. Дисципліна визнає свою відповідальність за моніторинг та систематичну оцінку якості і безпеки медичної допомоги, що надається лікарями загальної практики та їх закладами, з подальшою розробкою заходів для підвищення якості.

3) розвиває підхід, орієнтований на пацієнта, його сім'ю та громаду. Сімейна медицина має справу з людьми та їх проблемами в контексті їх життєвих обставин, а не з безособовими патологіями або "клінічними випадками". Відправною точкою процесу є пацієнт. Однаково важливо зрозуміти і те, як пацієнт переживає свою хворобу, які має на неї погляди, і те, як розвивається сам процес. Спільним знаменником є людина зі своїми переконаннями, страхами, очікуваннями і потребами.

4) сприяє розширенню власних можливостей пацієнтів
Стратегічна позиція сімейної медицини полягає у сприянні досягненню цілей і розвитку власних можливостей пацієнтів та самопомоги. Довготривала допомога, міждисциплінарний підхід, тісні відносини на основі довіри і унікального процесу консультування, людино-орієнтований підхід є відправними точками для безперервного освітнього процесу, спрямованого на розширення власних можливостей пацієнтів.

5) має унікальний процес консультування, який забезпечує довготривалі стосунки, через ефективну взаємодію між лікарем і пацієнтом. Кожен контакт між пацієнтом і його сімейним лікарем робить свій внесок до історії розвитку їх взаємин, і кожна індивідуальна консультація може спиратися на набутий попередній досвід. Цінність цих особистих відносин, які самі по собі є терапевтичними, визначається навичками спілкування сімейного лікаря.

6) відповідає за надання тривалої та безперервної медичної допомоги, виходячи з потреб пацієнта. Охоплення допомогою в загальній практиці повинно бути постійним з моменту народження (а іноді й раніше) до смерті (а іноді й пізніше). Це забезпечує безперервність догляду за пацієнтами через все їх життя. Медичні записи є явними

доказами цієї сталості. Амбулаторна карта містить об'єктивні дані про проведені консультації, але це тільки частина історії взаємин лікаря і пацієнта. Сімейні лікарі надають допомогу на протязі значної частину життя своїх пацієнтів через багато окремих епізодів захворювань. Вони також повинні забезпечувати доступність цілодобової медичної допомоги, організовуючи та координуючи діяльність інших служб охорони здоров'я, коли не в змозі надати допомогу особисто.

7) має специфічний процес прийняття рішень на основі поширеності хвороб та захворюваності прикріпленого населення. Проблеми із здоров'ям прикріпленого населення, з якими працюють сімейні лікарі, значно відрізняються від тих, що зустрічаються на вторинному рівні медичної допомоги. Поширеність хвороб та захворюваність населення на первинному рівні різняться з умовами стаціонару: серйозне захворювання рідше зустрічається в загальній практиці, ніж у лікарні, оскільки на рівні стаціонару здійснюється відбір більш тяжких хворих. Це вимагає специфічного ймовірнісного процесу прийняття рішень, який передбачає знання окремих пацієнтів і громади в цілому. Прогностичне значення, позитивне чи негативне, клінічних ознак або діагностичного тесту має різну вагу в сімейній медицині і лікарні. Часто сімейні лікарі після виключення захворювання повинні переконувати в цьому пацієнта з наявними тривогами і побоюваннями.

8) одночасно вирішує як гострі, так і хронічні проблеми зі здоров'ям окремих пацієнтів. Сімейна медицина повинна справлятися з усіма проблемами здоров'я пацієнта. Вона не може обмежуватися лікуванням окремої хвороби і в багатьох випадках лікар вирішує декілька проблем пацієнта одночасно. Пацієнт часто звертається з кількома

скаргами, число яких збільшується з віком. Одночасне вирішення ряду проблем потребує ієрархічного підходу з урахуванням пріоритетів як пацієнта так і лікаря.

9) забезпечує ведення пацієнтів із захворюваннями на самих ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу. Пацієнт часто приходить з появою перших симптомів, коли встановити діагноз на такій початковій стадії ще складно. Це означає, що лікар повинен приймати важливі для пацієнтів рішення на основі обмеженої інформації, а прогностична цінність клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних досліджень є менш визначеною. Навіть якщо ознаки конкретного захворювання добре відомі, це не поширюється на перші прояви, які часто неспецифічні і загальні для багатьох захворювань. Управління ризиками в таких умовах є ключовим елементом даної дисципліни. Якщо вдалося виключити стан з серйозними наслідками, прийняття рішення можна відкласти і повернутися до нього пізніше. В результаті під час однієї консультації сімейний лікар часто задовольняється виявленням одного або кількох симптомів, іноді припущенням про хворобу і тільки в рідких випадках встановлює остаточний клінічний діагноз.

10) сприяє здоров'ю та благополуччю пацієнтів належними та ефективними заходами. Медичні заходи повинні бути адекватними, ефективними і заснованими, коли це можливо, на достовірних доказах. Непотрібні втручання можуть заподіяти шкоду пацієнтові і витрачають цінні ресурси охорони здоров'я.

11) несе особливу відповідальність за здоров'я громади. Дисципліна визнає, що несе відповідальність у вирішенні питань

охорони здоров'я як окремого пацієнта так і широкої громадськості. В окремих випадках це викликає напруженість і може вести до конфлікту інтересів, які повинні адекватно вирішуватися.

12) вирішує проблеми із здоров'ям, враховуючи їх фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенційні аспекти. Дисципліна повинна розглядати всі ці аспекти одночасно з урахуванням значимості кожного з них. Ці аспекти впливають на перебіг і характер захворювання пацієнта і часто незадоволеність хворого спричинена втручаннями, які не відповідають корінним причинам проблеми.

Лікар загальної практики у всіх країнах має такі функції:

- в амбулаторії або вдома приймає пацієнтів, має змогу вести їх в денних стаціонарах, при необхідності разом із вузьким спеціалістом;
- ставить ранній діагноз;
- узагальнює соціальні, фізичні, психологічні, генетичні та інші фактори в родині;
- приймає первинне рішення з усіх медико-соціальних проблем;
- проводить профілактичну, реабілітаційну роботу, знає, коли і як призначити лікування;
- спостерігає за хронічними хворими;
- будує з пацієнтом стосунки поваги та довіри;
- організовує командну роботу з колегами;
- за необхідності направляє пацієнта до вузького спеціаліста або на стаціонарне лікування;

– несе відповідальність перед пацієнтами та органами місцевої влади.

Світова практика сформувала три моделі діяльності лікаря загальної практики/сімейного лікаря:

- індивідуальна практика (лікар, середній медперсонал);
- групова практика (декілька лікарів загальної практики);
- центр здоров'я (скандинавська модель – амбулаторія загальної практики, іноді зі стаціонаром для людей похилого віку).

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Чому в Україні почали впроваджувати сімейну медицину?

При наданні амбулаторної допомоги населенню України в останні 20 років розвиток ПМСД відбувався шляхом вузької спеціалізації. Дільничний терапевт перестає бути центральною фігурою в первинній ланці охорони здоров'я та координатором "медичного маршруту пацієнта", поступово знижується престиж дільничного лікаря. Цьому сприяє багато причин, у тому числі: низька зарплата, відсутність зацікавленості в здоров'ї пацієнта та механізмів впливу на сім'ю, відношення пацієнтів до свого здоров'я та інші фактори, які не дали можливості до кінця впровадити в життя ідею щодо дільничного лікаря, який мав би стати основною фігурою охорони здоров'я.

Значне збільшення кількості вузьких спеціалістів у поліклініках призвело до того, що на сьогодні ніхто не несе відповідальності за стан здоров'я пацієнта. Принцип колективної відповідальності призвів до

відсутності персональної відповідальності, включаючи дільничного лікаря, який перестав бачити пацієнта як одне ціле.

На сьогодні в Україні існує 123 вузькі спеціальності, а в цивілізованому світі – 24.

За даними сучасних досліджень, у європейських країнах на консультації до вузьких спеціалістів направляється лише 10 % пацієнтів, у Росії – до 50 %, в Україні – понад 50 %. Дільничний терапевт не координує направлення пацієнтів до спеціалістів, унаслідок чого в нього закінчують лікування лише 18–26 % пацієнтів, за кордоном цей показник становить 70–75 %, а в країнах, де добре працює сімейна медицина, – 90 %.

Нормативне навантаження на лікаря загальної практики – сімейного лікаря – 1800 пацієнтів, на лікаря-терапевта – 2000 пацієнтів, на лікаря-педіатра – 900 пацієнтів.

Перелік медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під

час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.

7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.

8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.

9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.

10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.

11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.

12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медикосоціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.

17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

**Перелік лабораторних та інструментальних діагностичних
досліджень, що здійснюються у межах медичних послуг з надання
ПМД**

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ СТУДЕНТІВ

Оцінка «**відмінно**» виставляється у випадку, коли студент знає зміст заняття та лекційний матеріал у повному обсязі, ілюструючи відповіді різноманітними прикладами; дає вичерпно точні та ясні відповіді без будь-яких додаткових питань; викладає матеріал без помилок і неточностей; вільно вирішує ситуаційні задачі різного ступеню складності; бере активну участь у дискусії та обговоренні тематичних питань під час семінарських занять, демонструючи володіння матеріалом основних та додаткових джерел інформації.

Оцінка «**добре**» виставляється за умови, коли студент засвоїв зміст навчального матеріалу заняття та добре його розуміє, відповіді на питання

викладає правильно, послідовно та системно, але вони не є вичерпними, хоч на додаткові питання студент відповідає без помилок; вирішує всі ситуаційні задачі, відчуваючи складнощі лише у найважчих випадках; бере участь в обговоренні тематичних питань під час семінарських занять, демонструючи володіння матеріалом основних рекомендованих джерел інформації.

Оцінка «**задовільно**» ставиться студентові на основі його знань основного змісту заняття та при задовільному рівні його розуміння. Студент спроможний вирішувати видозмінені (спрощені) завдання за допомогою додаткових питань; вирішує ситуаційні задачі, відчуваючи складнощі у простих випадках; не спроможний самостійно системно сформулювати відповідь, але на прямо поставлені запитання відповідає правильно; намагається взяти участь в обговоренні окремих тематичних питань, але загальної підготовки не вистачає для адекватного ведення дискусії.

Оцінка «**незадовільно**» виставляється у випадках, коли знання і вміння студента не відповідають вимогам „задовільної” оцінки; студент пасивно стежить за ходом обговорення тематичних питань, не беручи в ньому участь, має явні труднощі при відповіді на прямі питання викладача.

Література для самостійного опрацювання

1. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги"
2. Наказ МОЗ України від 08.04.2019 № 797 «Про внесення змін до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу»

3. Наказ МОЗ № 646 від 05.10.2011 Про затвердження
нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України
щодо реалізації Закону України "Про порядок проведення
реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій,
Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві"
4. Первинна медична допомога [Текст]: посібник у 2 т. Т.1: Загальні
положення, внутрішні хвороби у загальній лікарській практиці / за
ред. Л.С. Бабінець.-Львів: Магнолія 2006, 2019.-580 с.
5. Сімейна медицина: у 3 книгах. — Книга 1. Загальні питання
сімейної медицини: підручник (ВНЗ IV р. а.) / О.М. Гиріна, Л.М.
Пасієшвілі, Г.С. Попік та ін.; за ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі,
Г.С. Попік
6. Сайт moz.gov.ua