|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО**  **Заступник Директора**  **Департаменту охорони здоров’я**  **Виконавчого органу Київської міської ради**  **(Київської міської Державної адміністрації)**  **Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Директор**  **Приватне підприємство  «ПАО»**  **Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО   
«ПАО»**

**Рівні надання медичної допомоги: Перший рівень – сімейний лікар, другий рівень – офтальмолог поліклініки**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим із ячменем.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим із ячменем.*
   2. **Шифр МКХ -10:** Н 00
   3. **Дата складання:**
   4. **Дата перегляду:**
   5. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
   6. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Тишко Олександра Віталіївна** | **Лікар-офтальмолог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **Наказ від 15.03.2007 № 117 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
  1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги | 1.Запис пацієнта через реєстратуру  Надання допомоги лікарем-офтальмологом проводиться в кабінеті лікаря-офтальмолога  2.Оформлення медичної картки форма 043/o;  3.Оформлення лікарем-офтальмологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;  4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;  5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;  6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин  -п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до  30 хвилин | Реєстратор  П.І.Б.  Лікар-офтальмолог  П.І.Б.  каб.  тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.  Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика | Ознаки та критерії діагностики:  Ячмінь (Hordeolum) – гостре гнійне запалення сальної залози (залози Цейса) краю повіки  Хворий скаржиться на локальне почервоніння повіки, припухлість, біль та можливість виділення гною.  Показанням до лікування служить гнійне запалення повіки.  Обстеження:  1. Бокове фокальне освітлення  2. Візометрія  3. Біомікроскопія  Обов’язкові лабораторні дослідження:  1. Загальний аналіз крові  2. Загальний аналіз сечі  3. Кров на RW  4. Цукор крові  Консультації спеціалістів за показаннями:  1. Терапевт  2. Ендокринолог  3. Імунолог |  | Лікар-офтальмолог  П.І.Б.  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Місцево:  В початковій стадії – змазування шкіри повіки в місці інфільтрації 70% спиртом або 1% спиртовим розчином діамантової зелені – раз на добу на протязі 5-7 днів.  Інстиляції – Дезинфікуючі засоби;  - Антибактеріальні;  - Кортикостероїди;  Змазування шкіри повіки в ділянці інфільтрату і закладання за повіки антибактеріальних мазей та кортикостероїдів на протязі 5-7 днів.  Сухе тепло, УВЧ.  Загальне лікування:  При підвищенні температури тіла – перорально антибіотики та сульфаніламіди  При рецидивуючому процесі показана аутогемотерапія, прийом вітамінів групи В – пивні дріжджі по 1 столовій ложці 3 рази на день. | 7 днів | Лікар-офтальмолог  П.І.Б.  каб.  тел. | Відсутність запального процесу |
| Реабілітація | Вимоги до дієтичних призначень і обмежень:  Згідно інструкції призначеного препарату сульфаніламідів. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | Хворий непрацездатний протягом 7 днів  Подальші рекомендації – уникати переохолодження**.** |  |  |  |