

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «ГБ г. Асбест»		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	Номер: Лист 1 Всего 4
НАЗВАНИЕ: Оказание неотложной помощи спортсменам и лицам, занимающимся физкультурой		ОТДЕЛЕНИЯ: кабинет спортивной медицины, центр спортивной медицины	
ДЕЙСТВУЕТ С: 11.07.2022	ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНЫ ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИЛ:  « » 20 г.		УТВЕРДИЛ: Главный врач ГАУЗ СО «ГБ г. Асбест» /Брагин И.В./ « » 20 г.	

**Цель:** внедрение алгоритмов оказания неотложной помощи спортсменам и лицам, занимающимся физкультурой; заполнение учетно-отчетной документации.

**Область применения:** спортивные и образовательные организации, организации дополнительного образования

**Ответственность:** врач (фельдшер) медицинского кабинета спортивной или образовательной организации

#### Основная часть СОП

№ п/п	Действие	Дополнительные действия	Точки контроля (К)
1.	Выявление состояний, требующей оказания неотложной помощи спортсмену	На месте выявления	К – Журнал учета - приложение № 9 к приказу от 23.10.2020 № 1144н (Приложение № 1)
2.	Осмотр спортсмена. Получение добровольного согласия на медицинское вмешательство	анамнез, оценка жизненно важных функций	К – Журнал учета - приложение № 9 к приказу от 23.10.2020 № 1144н (Приложение № 1)
3.	Постановка предварительного диагноза		К – Запись в журнале - приложение № 8 к приказу от 23.10.2020 № 1144н (Приложение № 2)
4.	Незамедлительное оказание неотложной помощи согласно приказу от 05.08.2014 № 1011-п «О внедрении методических рекомендаций по оказанию интенсивной терапии неотложных состояний в педиатрии»	При удовлетворительном состоянии перевод пострадавшего в процедурный кабинет для продолжения оказания неотложной помощи	К – оказание неотложной помощи в зависимости от состояния
5.	Вызов бригады скорой медицинской помощи (в случае необходимости)		К – повторный осмотр
6.	Сообщение родителям (законным представителям ребенка) через тренера, инструктора (для несовершеннолетнего). Сообщение руководителю СО о жизнеугрожающих состояниях		К – занесение данных в ф. 026/у-2000 с указанием анамнестических данных, показателей ЧСС, ЧД, термометрии и т.д.
<b>Оформление медицинской документации и учетно-отчетных документов</b>			
7.	Заполнение документации: - журнал амбулаторного приема - экстренное извещение на случай травмы детей	приложение № 10 к приказу от 23.10.2020 № 1144н (Приложение № 3)	К – внести сведения в журнал о пострадавшем, дата, время обращения, диагноз, оказанная помощь К – оформление экстренного извещения в двух экземплярах (один- пострадавшему, второй- в МО)
8.	Контроль наличия и ведения движения медикаментов в аптечке неотложной	Кабинет врача, процедурный кабинет	К – проверить укомплектованность аптечки





п/п						мероприятия	и, причины отстранения
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

Число обращений за медицинской помощью		Из числа участников получили спортивные травмы		Госпитализировано		Претензии к судьям, организаторам, оргкомитету и как они разрешены	Ф.И.О. медицинских работников, обеспечивающих мероприятие	Подпись ответственного медицинского работника
участников	прочих	тяжелые	средней тяжести	участников	прочих			
9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.

Приложение №3

**Отчет  
о медицинском обеспечении физкультурного мероприятия  
и спортивного соревнования, мероприятия по оценке выполнения  
нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО**

1. Вид спорта - \_\_\_\_\_
2. Наименование мероприятия/соревнования \_\_\_\_\_
3. Количество дней \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 20\_\_ года
4. Место проведения \_\_\_\_\_
5. ФИО медицинского работника/ответственного работника судейской коллегии  
\_\_\_\_\_
6. Количество участников \_\_\_\_\_ из них: мужчин \_\_\_\_\_ женщин \_\_\_\_\_
7. Краткая характеристика места мероприятия/соревнования  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Организация медицинской службы на местах проведения мероприятия/соревнования и размещения участников (наличие медпунктов, транспортных средств и другое)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Заболевания и травматизм\* (количество, причины, характер, оказанная помощь)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Количество госпитализированных участников: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Недостатки в проведении соревнований \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. ФИО, специальность, место работы медицинского персонала, обеспечивающего соревнования (при наличии) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинский работник/ответственный работник судейской коллегии

(подпись) \_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_

\* заполняется медицинским работником (при наличии)

