

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения

Паспорт экзаменационной станции

Осмотр полости рта

Специальность:
Стоматология

, 2021 г.

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
2. Продолжительность работы станции.....	4
3. Задача станции	4
4. Информация по обеспечению работы станции	4
4.1. Рабочее место члена АПК	4
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования	5
4.2.3. Расходные материалы	6
4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого	6
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции	8
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1).....	9
11. Критерии оценивания действий аккредитуемого.....	9
12. Алгоритм выполнения навыка	9
13. Оценочный лист	11
14. Медицинская документация	13
15. Сведения о разработчиках паспорта.....	16
Приложение 1	17
Приложение 2	25

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

Профессиональный стандарт «Врач-стоматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10.05.2016.

Трудовая функция:

А/01.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут.

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите на следующую станцию»).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задача станции

Демонстрация аккредитуемым лицом умения выполнять проведение осмотра полости рта с целью выявления стоматологических заболеваний и постановки диагноза.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены:

4.1. Рабочее место члена АПК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.

4.	Устройство для трансляции видео - и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5.	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Раковина с однорычажным смесителем ²	1 шт.
2.	Диспенсер для одноразовых полотенец (допускается имитация)	1 шт.
3.	Диспенсер для жидкого мыла (допускается имитация)	1 шт.
4.	Настенные часы с секундной стрелкой	1 шт.

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Стоматологическая установка со светильником и имитацией плевательницы	1 шт.
2.	Столик инструментальный	1 шт.
3.	Стоматологический стул	1 шт.
4.	Тележка с расходными материалами	1 шт.
5.	Набор инструментов в имитации стерильной упаковки: - лоток – 1 шт. - пинцет стоматологический – 2 шт. - зеркало стоматологическое – 1 шт. - зонд стоматологический – 1 шт. - зонд пародонтологический -1 шт. (имитация)	1 шт.
6.	Контейнер для сбора отходов класса А	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись.

² В случае, если раковиной оснастить рабочее место невозможно, аккредитуемым предлагается имитация средства для гигиенической обработки рук медицинского персонала.

7.	Контейнер для сбора отходов класса Б	1 шт.
8.	Запас упаковок для имитации стерильных упаковок	10 шт.

4.2.3. Расходные материалы

Таблица 5

Перечень расходных материалов

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1.	Смотровые перчатки разных размеров	1 пара
2.	Одноразовая маска	1 шт.
3.	Одноразовая шапочка	1 шт.
4.	Одноразовая салфетка	1 шт.
5.	Раствор антисептика для обработки рук (имитация)	1 фл.
6.	Краситель для индикации зубного налета (имитация)	1 фл.
7.	Медицинская карта стоматологического больного	1 шт.
8.	Бланк добровольного информированного согласия	1 шт.

4.2.4. Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Таблица 6

Симуляционное оборудование станции и его характеристики

Симуляционное оборудование	Техническая характеристика
Фантом (фантомная голова) со сменными зубами (челюстью)	С возможностью изменять угол наклона головной части и подвижной нижней челюстью. Имитация пациента, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Таблица 7

Перечень ситуаций (сценариев) станции

№ п/п	Ситуация
1	Осмотр полости рта с применением набора стоматологических инструментов

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого

Вы врач по своей специальности. У Вас на приеме пациент, которого Вы видите впервые. Анамнез собран (без особенностей).

Проведите осмотр, соблюдая права пациента, правила асептики и антисептики. Озвучьте данные осмотра (в т.ч. зубную формулу), проведите (имитация) соответствующий индекс гигиены полости рта и оцените уровень гигиены рта. Дайте рекомендации пациенту и/или его представителю. В кабинете только пациент, с которым можно общаться.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала³ на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учётом количества аккредитуемых лиц.
2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.
3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.
4. Проверка готовности симулятора к работе.
5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).
6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.
7. Выбор ситуации согласно решению АПК.
8. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).
2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).
3. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.
4. Проведение регистрации последовательности и правильности действий/расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.
5. Фиксация результатов параметров тренажера в чек-листе (если предусмотрено в чек-листе).
6. Ведение минимально необходимого диалога с аккредитуемым от лица пациента и обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 8).
7. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого. Не задавать уточняющих вопросов, не высказывать никаких требований.
8. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение используемого симуляционного оборудования и помещения в первоначальный вид.

³ Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь и управляет симуляторами/тренажерами.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 8

**Примерные тексты вводной информации в рамках диалога
члена АПК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной информации
1.	При обращении к пациенту	«Здравствуйте»
2.	При уточнении ФИО и возраста пациента	«Иванов Иван Иванович, 25 лет»
3.	При уточнении наличия вопросов	«Вопросов нет»
4.	При вопросе о согласии на предстоящую процедуру	«Согласен»
5.	При сборе жалоб	«Жалоб нет»
6.	При попытке начать мыть руки	«Будем считать, что руки обработаны»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов».
2. Приказ Минздрава России от 20.01.2020 г. №34н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 июня 2016 г. № 334н» (регистрационный номер 57543 от 19.02.2020 г.).
3. Приказ Минздрава России от 07.10.2015 N 700н (ред. от 11.10.2016) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
4. Проекты профессиональных стандарта «Врач-стоматолог-ортопед», «Врач-ортодонт», «Врач-стоматолог детский» «Врач-стоматолог-хирург», «Врач-стоматолог - терапевт».
5. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе гингивит Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.
6. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе кариес зубов Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.
7. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита) Утверждены Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.
8. СанПиН 2.1.3.2630-10 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям,

- осуществляющим медицинскую деятельность.
9. СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами.
 10. "Письмо Роспотребнадзора №0100/4964-05-32 от 30.06.2005 "О системе сбора и утилизации медицинских отходов при иммунизации в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации.
 11. Ортопедическая стоматология: Учебник /под ред. Э.С. Каливрадзяна, И.Ю. Лебеденко,- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. –Глава 2, 2.3 Виды зубных протезов, восстанавливающих анатомическую форму и размер коронок зубов, 800 с.
 12. Детская стоматология: Учебник / под ред. О.О.Янушевича, Л.П.Кисельниковой, О.З.Топольницкого, - М.:ГЕОТАР-МЕДИА, 2017.
 13. Э.М.. Кузьмина, О.О. Янушевич/ Профилактическая стоматология//Учебник, гриф ФГАУ «ФИРО», М., 2016, 543с.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (Приложение 1)

11. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

12. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм выполнения практического навыка может быть использован для освоения данного навыка и подготовки к первичной аккредитации или первичной специализированной аккредитации специалистов здравоохранения.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица
1.	Установить контакт с пациентом:
2.	• поздороваться
3.	• представиться
4.	• обозначить свою роль
5.	Идентифицировать личность пациента:
6.	• попросить пациента представиться
7.	• назвать свой возраст
8.	• сверить данные с медицинской документацией
9.	Информировать пациента/представителя о ходе процедуры
10.	Уточнить наличие вопросов
11.	Спросить о согласии пациента /представителя на предстоящую процедуру
12.	Обработать руки гигиеническим способом с помощью антисептика
13.	Подготовить рабочее место для осмотра ротовой полости: стерильный лоток с инструментами, краситель для индикации зубного налета
14.	Проверить пригодность необходимых материалов

15.	Сесть справа от пациента
16.	Помочь занять удобное положение пациенту, который сидит в кресле с одноразовой салфеткой на груди
17.	Привести стоматологическое кресло в положение необходимое для осмотра
18.	Включить стоматологический светильник и направить свет в полость рта
19.	Подготовить средства индивидуальной защиты: перчатки, маску, шапочку
20.	• быть в шапочке и маске на шее
21.	Последовательно использовать средства индивидуальной защиты:
22.	• надеть маску, заправить ее под шапочку
23.	• надеть перчатки
24.	Оценить конфигурацию лица (прокомментировать)
25.	Оценить цвет кожи, наличие патологических образований на ней (прокомментировать)
26.	Пропальпировать регионарные лимфатические узлы:
27.	• нижнечелюстные
28.	• подбородочные
29.	• затылочные
30.	• шейные
31.	Оценить степень открывания рта
32.	Оценить височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС):
33.	• определить симметричность
34.	• определить плавность движений
35.	• определить девиацию нижней челюсти
36.	Осмотреть преддверие полости рта (слизистая, протоки слюнных желез, уздечки губ, глубина преддверия) и окклюзию (прокомментировать)
37.	Осмотреть полость рта и язык (прокомментировать)
38.	Осмотреть зубные ряды и зубы: (прокомментировать)
39.	• зондировать
40.	• произвести перкуссию зубов
41.	Записать зубную формулу
42.	Провести определение гигиенического состояние полости рта по индексу ИГР-У (Green-Vermillion) (имитация):
43.	Назвать индексные зубы и зубные поверхности для оценки зубного налета и камня
44.	Назвать критерии оценки зубного налета / камня (в баллах): 0 = не выявлен, 1 = до 1/3 коронки зуба; 2= от 1/3 до 2/3 коронки зуба; 3 > 2/3 коронки зуба
45.	Назвать формулу для расчета индекса: $\text{ИГ} = \frac{\text{сумма баллов налета}}{6} + \frac{\text{сумма баллов камня}}{6}$
46.	Оценить значение индекса: 0,0- 1,2 =хороший уровень гигиены 1,3-3,0 = удовлетворительны уровень гигиены 3,1,-6,0 = плохой уровень гигиены

47.	Закончить осмотр
48.	Выключить свет, вернуть кресло в исходное положение
49.	Снять маску и перчатки
50.	Утилизировать их в контейнер для отходов класса Б
51.	Обработать руки гигиеническим способом
52.	Озвучить пациенту план дальнейшего обследования/профилактических мероприятий/лечения
53.	Дать рекомендации по гигиене полости рта, подобрать средства гигиены, метод чистки зубов
54.	Привести рабочее место в порядок (убрать использованные материалы)
55.	Не дотрагиваться рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица
56.	Не использовать расстерилизованный инструментарий

13. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
1	Установил контакт с пациентом	√ да ☐ нет
2	Идентифицировал личность пациента	√ да ☐ нет
3	Информировал пациента/представителя о ходе процедуры	√ да ☐ нет
4	Убедился в отсутствии вопросов	√ да ☐ нет
5	Обработал руки гигиеническим способом с помощью антисептика	√ да ☐ нет
<i>Подготовка к процедуре</i>		
6	Подготовил рабочее место для осмотра полости рта: выложил на инструментальный столик все необходимое	√ да ☐ нет
7	Проверил пригодность всех необходимых материалов	√ да ☐ нет
<i>Положение</i>		
8	Занял правильное положение справа от пациента	√ да ☐ нет
9	Помог пациенту занять удобное положение в кресле	√ да ☐ нет
10	Привел стоматологическое кресло в положение необходимое для осмотра	√ да ☐ нет
11	Обеспечил визуализацию ротовой полости	√ да ☐ нет
12	Подготовил необходимые средства индивидуальной защиты	√ да ☐ нет
13	Последовательно надел средства индивидуальной защиты: маску, заправил под шапочку, надел перчатки	√ да ☐ нет
<i>Осмотр</i>		
14	Оценил конфигурацию лица, озвучил результат	√ да ☐ нет
15	Оценил цвет, наличие патологических образований на коже, озвучил результат	√ да ☐ нет
16	Пропальпировал регионарные лимфатические узлы	√ да ☐ нет
17	Оценил степень открывания рта и состояние ВНЧС	√ да ☐ нет
18	Осматривал преддверие полости рта и окклюзию при сомкнутых челюстях, озвучил результат	√ да ☐ нет

19	Осмотрел полость рта и язык, озвучил результат	☒ да ☐ нет
20	Осмотрел зубные ряды и зубы (положение, форму, цвет, состояние твердых тканей, подвижность, положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда, наличие полостей, пломб, коронок, вкладок и их состояние) и озвучил результат. Провел зондирование и перкуссию зубов.	☒ да ☐ нет
21	Провел определение гигиенического состояния полости рта по индексу ИГР-У (Green-Vermillion) (имитация):	☒ да ☐ нет
22	Назвал индексные зубы и зубные поверхности для оценки зубного налета и камня	☒ да ☐ нет
23	Назвал критерии оценки зубного налета / камня (в баллах): 0 = не выявлен, 1 = до 1/3 коронки зуба; 2 = от 1/3 до 2/3 коронки зуба; 3 > 2/3 коронки зуба	☒ да ☐ нет
24	Назвал формулу для расчета индекса: $\text{ИГ} = \frac{\text{сумма баллов налета}}{6} + \frac{\text{сумма баллов камня}}{6}$	☒ да ☐ нет
25	Оценил значение индекса: 0,0- 1,2 = хороший уровень гигиены 1,3-3,0 = удовлетворительный уровень гигиены 3,1,-6,0 = плохой уровень гигиены	☒ да ☐ нет
26	Закончил осмотр, попросил пациента закрыть рот	☒ да ☐ нет
27	Выключил свет, вернул кресло в исходное положение	☒ да ☐ нет
28	Последовательно снял средства индивидуальной защиты, утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☒ да ☐ нет
29	Обработал руки гигиеническим способом	☒ да ☐ нет
30	Озвучил пациенту план дальнейшего обследования/профилактических мероприятий/лечения	☒ да ☐ нет
31	Дал рекомендации по гигиене полости рта	☒ да ☐ нет
<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>		
32	Дотрагивался рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица	☐ да ☒ нет
33	Использовал расстерилизованный инструмент	☐ да ☒ нет

14. Медицинская документация

Наименование медицинской организации: _____ Адрес: _____ ОГРН: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Код формы по ОКУД _____ Код организации по ОКПО _____ Медицинская документация Учетная форма № _____ Утверждена приказом Минздрава России от _____ г. № _____
--	--

Медицинская карта стоматологического пациента
 № _____ Дата заполнения: _____

число
месяц
год

Особые отметки

1. Фамилия Имя Отчество: _____ Пол: М ☐ Ж ☐
 Дата рождения: _____

число
месяц
год

 СНИЛС:

 -

 -

2. Адрес регистрации: субъект РФ, район: _____
 населенный пункт: _____ улица: _____
 дом: _____ корп.: _____ кв.: _____

3. Фактический адрес места жительства: субъект РФ, район: _____
 населенный пункт: _____ улица: _____
 дом: _____ корп.: _____ кв.: _____

4. Телефон: _____

5. Электронная почта: _____

6. Документ, удостоверяющий личность: наименование: _____
 серия: _____ номер: _____ дата выдачи: _____
 кем выдан: _____

7. Страховая организация: _____

8. Полис: ОМС: серия _____ № _____
 ДМС: серия _____ № _____

9. Код категории льготы: _____

10. К кому обращаться в случае необходимости:
 Ф.И.О.: _____
 Телефон: _____

11. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств:
 ПОЛУЧЕНО (да, нет): _____ Дата: _____ г.

12. Жалобы: _____

13. Аллергологический анамнез: _____

14. Перенесённые и сопутствующие заболевания: _____

15. Принимаемые лекарственные препараты: _____

16. Термометрия (по показаниям): _____

17. Тонометрия, ЧСС (по показаниям): _____

18. Развитие настоящего заболевания: _____

19. Внешний осмотр: _____

20. Осмотр преддверия и полости рта: _____

21. Зубная формула:

Состояние зубов: К - кариес; П - пульпит; Пп - периодонтит; Д - дефект; Пз - пломба; ИК - искусственная коронка; ИЗ - искусственный зуб; В - вкладка; И - имплантат; КЗ - корень зуба; О - отсутствующий зуб. Подвижность: Степени - I, II, III.	Подвижность:																
	Состояние зубов:																
	Верхняя челюсть:	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	Нижняя челюсть:	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	Состояние зубов:																
	Подвижность:																

22. Прикус: _____

23. Индекс гигиены: _____

24. Индекс КПУ: _____

25. Предварительный диагноз: _____

Код МКБ-10: _____

26. План обследования: _____

27. Данные обследования:

28. Клинический диагноз: _____ Код МКБ-10: _____

29. План лечения: _____

30. Протокол лечения: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕБНУЮ
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Находясь на лечении в _____ отделении

Уполномочиваю врачей _____
(фамилия, имя, отчество)

Выполнить _____ мне _____ манипуляцию, _____ процедуру _____ (нужное подчеркнуть)

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим течением этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры).

Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут возникнуть (появиться) осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных обстоятельств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на манипуляцию (процедуру) мною прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Пациент _____
(подпись пациента, либо его доверенного лица, фамилия, имя, отчество, реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента, дата)

Врач _____
(подпись лечащего врача, оперирующего врача, анестезиолога, ФИО, дата)

15. Сведения о разработчиках паспорта**15.1. Организация-разработчик:**

ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

Справочная информация

Стоматологический осмотр пациента

Алгоритм обследования направлен на установление диагноза, соответствующего модели пациента, исключение возможных осложнений, определение возможности приступить к лечению без дополнительных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Стоматологический осмотр пациента включает *основные методы*: опрос (жалобы, сбор), осмотр (внешний осмотр, осмотр полости рта) и *дополнительные методы* (рентгенологическое, цитологическое, бактериоскопическое исследование и др.)

ОПРОС.

Опрос начинают с выявления жалоб больного. Больные могут предъявлять жалобы на боль. Пациенты могут предъявлять жалобы на боль в области отдельных зубов, всей челюсти, ВНЧС, жевательных мышц, затрудненное или болезненное открывание рта, скрежет и стискивание зубов; на нарушения эстетики, жевания, речи; на наличие запаха изо рта, кровоточивости десен, гноетечения, подвижности, стираемости зубов или их отсутствие и др.

При опросе необходимо уточнить характер боли (постоянная, при открывании рта, движении языка, приеме пищи), локализацию боли (локализованная или иррадиирующая), продолжительность боли.

Отсутствие болевого синдрома при наличии элементов поражения также должно насторожить врача. Так, при первичном сифилисе и предраковых и раковых поражениях полости рта элементы поражения безболезненны.

Больные могут предъявлять жалобы на нарушение речи вследствие воспалительного отека и инфильтрата, опухоли, на гнусавость при поражении твердого и мягкого неба. Жалобы на гнилостный запах из полости рта наблюдаются при язвенно-некротическом стоматите Венсана. При эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки вследствие неудовлетворительной гигиены полости рта, при сухости в полости рта больных может беспокоить галитоз. Жалобы на чувство шероховатости, стянутости слизистой оболочки полости рта наблюдаются при лейкоплакии, красном плоском лишае, хроническом гиперпластическом кандидозе, предраковых поражениях слизистой оболочки полости рта. Больные могут предъявлять жалобы на наличие элементов поражения, эстетический дефект, нередко присутствует канцерофобия.

Необходимо уточнить, когда появились первые жалобы и симптомы заболевания, проводилось ли ранее лечение и какова его эффективность, бывают ли рецидивы заболевания и с какой частотой.

При сборе анамнеза также выясняют время потери зубов, пользовался ли пациент ранее протезами, аллергический анамнез, наличие соматических заболеваний. В случае наличия ортопедических зубопротезных конструкций уточняют время их изготовления.

При сборе анамнеза жизни выясняется по порядку: место рождения и место жительства, домашние условия, условия работы на производстве, питание, перенесенные и сопутствующие заболевания. Выявление перенесенных и сопутствующих заболеваний имеет большое значение, так как изменения в полости рта могут быть их следствием перенесенных и отрицательно влиять на течение заболевания. Очень важно выявить

условия труда, так как профессиональные вредности могут способствовать развитию характерных заболеваний (висмутовый, свинцовый стоматит, кандидоз, многоформная экссудативная эритема, метеорологический хейлит). При опросе важно установить социальные условия жизни больного, психологическое состояние, наследственный фактор, вредные привычки, курение, стрессовый фактор, прием лекарственных препаратов. Наличие аллергологического анамнеза может помочь в уточнении диагноза, и это обязательно нужно учитывать при назначении лекарственных препаратов.

При опросе больного необходимо помнить правила этики и деонтологии: профессиональное и деликатное обращение с пациентом, сохранение врачебной тайны, недопустимость негативной оценки назначенного другим врачом предыдущего лечения.

ОСМОТР.

После выяснения жалоб, анамнеза жизни и развития заболевания проводится осмотр, который проводят при естественном освещении, так как искусственный свет изменяет окраску слизистой оболочки.

Внешний осмотр начинают с оценки общего состояния (хорошее, удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое). Далее определяют тип конституции (нормостеник, астеник, гиперстеник), выражение лица (спокойное, возбужденное, безразличное, маскообразное, страдальческое), поведение больного (общительное, спокойное, раздражительное, негативное), речь больного (внятная, невнятная), симметричность лица, форму и окраску измененных околочелюстных тканей, оценивают состояние кожных покровов (цвет, депигментация, отеки, тургор, наличие элементов поражения), волос и ногтей.

При внешнем осмотре обращают внимание на приобретенную и/или выраженную асимметрию лица и выраженность носогубных и подбородочной складок, характер смыкания губ. Обращают внимание на степень открывания рта. Предварительно определяют наличие снижения высоты нижнего отдела лица.

Затем пальпируют мягкие ткани лица (оценивают консистенцию, эластичность, чувствительность к давлению), пальпируют регионарные лимфатические узлы (оценивают локализацию и количество прощупываемых узлов, болезненность при пальпации, форму, величину, поверхность, консистенцию, спаяны ли они с кожей и окружающими тканями, состояние кожи над ними). Например, при воспалении лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны. При сифилисе увеличены, плотной консистенции, подвижные и безболезненные. При онкологических заболеваниях увеличены, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Внешний осмотр лица пациента делают незаметно для него во время опроса: обращают внимание на изменение конфигурации лица (симметричное, пропорциональное), высоту нижней части его, выступание подбородка, линию смыкания губ, выраженность подбородочных и носогубных складок, положение углов рта, обнажение зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке. Пропорциональность лица определяют по условному делению лица на три части: верхнюю, среднюю и нижнюю. Верхняя треть лица расположена между границей волосистой части на лбу и линией соединяющей брови. Границами средней части лица служит линия, соединяющая брови и основания перегородки носа. Нижняя треть лица – это его часть от основания перегородки носа до нижней точки подбородка. Для ортопедических целей важно различать два размера высоты нижней трети лица. Первую измеряют при сомкнутых зубах, и она называется окклюзионной. Вторую определяют в положении относительного

функционального покоя, когда нижняя челюсть опущена и между зубами возникает промежуток. Это – высота относительного функционального покоя.

При обследовании височно-нижнечелюстного сустава следует обратить внимание на нарушение открывания рта и величину разобщения зубных рядов, нарушение движений нижней челюсти (прерывистые, отклонение в сторону и т.п.). Одновременно отмечается наличие болевых ощущений и шумов в суставе при движениях нижней челюсти (хруст, щелканье и т.п.). Так же определяют степень открывания рта (в норме разобщение зубных рядов при максимальном открывании рта составляет 40—50 мм). Затрудненное открывание рта может иметь место как при сужении ротового отверстия, так и при затруднениях движений челюсти в связи с мышечной или суставной контрактурой. Выясняют, нет ли хруста (щелчков) и боли в височно-нижнечелюстном суставе при движениях нижней челюсти. При открывании рта визуально и с помощью пальпации определяют синхронность подвижности головок височно-нижнечелюстных суставов. Определяют пространственное смещение линии центра зубного ряда нижней челюсти по отношению к линии центра верхнего зубного ряда при медленном закрывании и открывании рта.

В начале проводят пальпацию сустава путем наложения пальцев на кожу, спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава часто ощущаются толчки, щелканье и хруст. Шумы, хруст, щелканье можно выслушать и фонендоскопом. Пальпация позволяет уловить амплитуду движения головок нижней челюсти во время открывания и закрывания рта, синхронность движений левой и правой головок. Одновременно удается отметить щелканье, хруст, их сочетание и синхронность с различными фазами открывания рта. Для головок нижней челюсти характерно два вида движения, определяемые при пальпации, а именно нормальное, плавное без выхождения за вершину суставного бугорка и движение с большой амплитудой, с выхождением на вершину суставного бугорка или в сторону. Часть таких экскурсий может быть на грани подвывиха. Наконец, может иметь место привычный вывих с полным выхождением головки из суставной впадины, за вершину бугорка.

К функциональным пробам относится проверка экскурсии нижней челюсти при открывании и закрывании рта. При этом может быть отмечено следующие три типа ее движений. При первом, называемом прямым (нормальный, плавный), траектория резцовой точки на сагиттальной плоскости при открывании и закрывании рта не смещается в сторону, а является четко вертикальной. При втором – волнообразном (зигзагообразный, ступенчатый) резцовая точка при движении нижней челюсти смещается вправо или влево от сагиттальной плоскости, образуя зигзаг – это движение называется девиацией. Когда траектория резцовой точки сочетает в себе элементы прямого и волнообразного движения нижней челюсти, говорят о комбинированном движении. К этому типу относятся также и те траектории, которые при открывании рта имеют прямолинейное направление, а при закрывании возникает зигзаг. Третий тип характеризуется смещением нижней челюсти при открывании рта в сторону, как правило, более пораженного сустава. Это движение называется флексия.

Также обязательно проводят пальпацию жевательных мышц, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть. При этом необходимо обратить внимание на тонус мышц (нормальный, повышенный, пониженный) и наличие болезненных точек в мышцах.

Осмотр слизистой оболочки полости рта начинают с красной каймы губ. Обращают внимание на цвет (цианотичный при сердечной недостаточности, гиперемия при

воспалительном процессе), состояние углов рта, наличие элементов поражения. На поверхности красной каймы губ можно увидеть белые или желтовато-серые точки – сальные железы (железы Фордайса). Увеличение количества данных желез (как вариант нормы) многие пациенты принимают за патологию.

После осмотра губ следует перейти к осмотру преддверия полости рта. Обращают внимание на цвет, степень увлажнения слизистой оболочки полости рта, глубину преддверия, прикрепление уздечек верхней и нижней губы, наличие щечно-альвеолярных тяжей, на форму и величину альвеолярного гребня, характер его скатов, наличие элементов поражения. В норме на внутренней поверхности губ определяется бугристая поверхность, обусловленная локализацией в подслизистом слое слюнных желез, и выводные протоки этих желез. Затем с помощью зеркала осматривают внутреннюю поверхность щек. По линии смыкания зубов располагаются сальные железы (железы Фордайса), увеличение количества которых также не следует принимать за патологию. На уровне верхних вторых моляров расположены выводные протоки околоушных слюнных желез. На слизистой оболочке щек могут быть отпечатки зубов. Нормальная слизистая оболочка губ и щек подвижна и легко берется в складку. При наличии гиперкератоза подвижность поверхностных отделов слизистой ограничена, вследствие чего слизистую невозможно собрать в складку. После исследования преддверия полости рта определяют состояние зубов и прикус.

Осмотр зубов проводят в определенном порядке, начиная с третьего моляра первого сегмента верхней челюсти, и заканчивая третьим моляром четвертого сегмента нижней челюсти. При осмотре каждого зуба обращают внимание на следующее: 1) его положение; 2) форму; 3) цвет; 4) состояние твердых тканей; 5) устойчивость зуба; 6) соотношение вне альвеолярной и внутри альвеолярной его частей; 7) положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда; 8) наличие пломб, коронок, вкладок и их состояние. При обследовании отдельных зубов обращают внимание на дефекты твердых тканей (кариес, клиновидные дефекты, гипоплазия эмали, флюороз, дефекты вследствие травмы, химические ожоги и т.д.). При обследовании зубных рядов обращают внимание на их форму, размер и топографию дефектов, их вид: включенные, концевые, комбинированные.

Порядок расположения зубов фиксируется в виде зубной формулы, в которой отдельные зубы или их группы записываются цифрами или буквами и цифрами

Условные обозначения состояния отдельных зубов и зубных рядов: зуб отсутствует - 0, корень - R, Кариес - С, Пульпит - Р, периодонтит - Рт, пломбированный - П, пародонтоз - А, подвижность - I, II III (степень), коронка - К, искусственный зуб – И, Ф – флюороз, Кл – клиновидный дефект, Г – гипоплазия.

При обследовании зубов обращают внимание на их положение по отношению к рядом стоящим зубам и смыкание с антагонистами. В переднем отделе, кроме этого, следует обратить внимание на глубину перекрытия нижних резцов верхними (на 1/3 - норма, 1/2, более 1/2- глубокое резцовое перекрытие). Затем следует установить форму зубных дуг (эллипсоидная, параболическая, трапециевидная, сплюснутая и др.). Определяют характер смыкания зубных рядов в центральной окклюзии – прикус. Виды прикуса делятся на физиологические: ортогнатический, прямой, глубокое резцовое перекрытие, ортогнатический прикус с протрузией или ретрузией передних зубов, и патологические: мезиальный, дистальный, глубокий, открытый, перекрестный.

Проводится анализ коллизийных контактов в центральной, передней и боковых окклюзиях.

При осмотре полости рта определяют уровень гигиены рта по индексам Э.М. Кузьминой (для детей раннего возраста), Федорова-Володькино (до 6 лет), ИГР-У (Green-Vermillion) (с 6 лет):

Индекс Кузьминой Э.М.:

1) визуально оценить налет на зубах: нет налета=0 баллов, есть налет=1 балл;

2) рассчитать ИГ по формуле:

$$\text{ИГ} = \frac{\text{кол-во зубов с налетом}}{\text{кол-во зубов в полости рта}}$$

3) оценить значение индекса: 0=хороший уровень гигиены; 0,1-0,4 = удовлетворительный уровень гигиены; 0,5-1,0 = плохой уровень гигиены.

Индекс Федорова-Володькиной:

1) окрасить губную поверхность зубов 8.3, 8.2, 8.1, 7.1, 7.2, 7.3;

2) оценить окрашивание налета на зубах:

1 балл= зубной налет не выявлен, 2 балла= окрашивание 1/4 коронки зуба; 3 балла=1/2; 4 балла=3/4, 5 баллов= всей коронки зуба;

3) рассчитать ИГ по формуле:

$$\text{ИГ} = \frac{\text{сумма баллов}}{6};$$

4) оценить значение индекса:

0 = хороший уровень гигиены

0,1-0,4 = удовлетворительный уровень гигиены

0,5-1,0 = плохой уровень гигиены.

Индекс ИГР-У (Green-Vermillion):

1) зубной налет оценивают визуально/окрашивают (зубной камень над/поддесневой-зондированием) вестибулярную поверхность зубов 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 и язычную 3.6 и 4.6;

2) оценить окрашивание налета на зубах: 0 баллов = зубной налет(камень) не выявлен, 1 балла= налет(камень) до 1/3 коронки зуба; 2 балла= от 1/3 до 2/3 коронки зуба; 3 балла >2/3 коронки зуба;

3) Рассчитать ИГ по формуле:

$$\text{ИГ} = \frac{\text{сумма баллов ЗН}}{6} + \frac{\text{сумма баллов ЗК}}{6}$$

4) Оценить значение индекса: 0,0- 1,2 = хороший уровень гигиены; 1,3-3,0 = удовлетворительный уровень гигиены; 3,1,-6,0 = плохой уровень гигиены.

При осмотре тканей пародонта обращают внимание на состояние десны (признаки воспаления, атрофия), зубодесневой бороздки (глубина, наличие пародонтальных карманов, экссудацию), на соотношение внутри- и вне- альвеолярной части зуба. Глубину зубодесневого кармана определяют пародонтальным зондом. Оценку состояния тканей пародонта проводят по индексам Мюллмана, CPITN, РМА и др.

Патологическая подвижность зубов исследуется как при открытом рте, так и при различных перемещениях нижней челюсти из одного окклюзионного положения в другое. Последние позволяет иногда выявить причину патологии пародонта и связанной с ней патологической подвижности (нарушение окклюзии, в том числе наличие

преждевременных контактов). Следует различать степени патологической подвижности зубов. При первой степени имеет место смещение зуба в одном направлении (вестибуло-оральном). При патологической подвижности второй степени зуб имеет видимую смещаемость как вестибуло-оральном, так и в мезиодистальном направлении. При патологической подвижности третьей степени зуб, кроме того, смещается и в вертикальном направлении. При четвертой, крайней, степени подвижности возможны вращательные движения зуба. Третья и четвертая степени подвижности свидетельствуют о необратимых изменениях пародонта (Д.А. Энтин). Степень подвижности зубов определяют с помощью пинцета.

Следует отметить, что при записи данных обследования в медицинской карте фиксируют только те патологические изменения обследуемых областей, которые имеют значение для выбора конструкции протеза или метода лечения. Например, при отсутствии изменений в конфигурации лица больного не следует описывать отсутствие изменений в каждом отдельном пункте обследования (симметричность лица, отсутствие снижения нижней трети лица, отсутствие нарушения открывания рта и т.д.). Следует ограничиться одной фразой: «При внешнем осмотре патологических изменений не отмечено». Это же относится и к обследованию слизистой оболочки, зубных рядов и т.д. Например, при отсутствии торуса не следует писать: «торус не выражен», т.е. этот пункт пропускается, и, наоборот, следует писать, что альвеолярные бугры верхней челюсти выражены слабо, т.к. это имеет значение для фиксации съемных протезов при частичной и полной потере зубов.

При осмотре собственно полости рта обращают внимание на цвет и увлажненность слизистой оболочки. В норме слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, равномерно увлажнена, чистая. При сердечной недостаточности слизистая оболочка приобретает цианотичный оттенок, при воспалении – ярко красного цвета, при патологии гепатобилиарной системы отмечается желтушность слизистой оболочки, при остеохондрозе, лейкозе выражена бледность слизистой оболочки полости рта, при адиссоновой болезни – бронзовый оттенок слизистой оболочки. Белесоватый оттенок слизистой оболочки указывает на явление пара- или гиперкератоза. Пигментации слизистой оболочки обусловлены избыточным содержанием меланина, гемосидерина, порфирина, отложений солей тяжелых металлов (висмута, свинца). В норме наблюдается очаговая пигментация слизистых оболочек у жителей Средней Азии, Закавказья, представителей негроидной расы, арабов. При гипосаливации и ксеростомии отмечается сухость слизистой оболочки, что определяется при осмотре характерным симптомом «залипания зеркала». Гиперсаливация наблюдается при гиповитаминозе С, ящуре, интоксикации солями меди.

На слизистой оболочке твердого неба по средней линии позади центральных резцов располагается резцовый сосочек, за ним вдоль срединного шва неба можно увидеть небный валик, который иногда достаточно выражен, что следует рассматривать как вариант нормы.

При осмотре языка необходимо обращать внимание на его форму, размеры, складчатость, цвет слизистой оболочки, влажность, эластичность языка, выраженность сосочков, характер налета, его цвет и локализацию, наличие и локализацию элементов поражения, наличие очагов десквамации эпителия, гиперплазию или атрофию сосочков. Различают нитевидные, грибовидные, листовидные и желобоватые сосочки языка. Нитевидные сосочки расположены на всей дорсальной поверхности языка. Грибовидные

сосочки в виде красных точек располагаются по всей дорсальной поверхности языка с преимущественной локализацией на кончике и боковой поверхности передней трети языка. Листовидные сосочки в виде складок расположены на боковой поверхности задней половины спинки языка. Желобоватые сосочки расположены на границе между телом и корнем языка, вдоль терминальной борозды в виде римской цифры V. Многие пациенты принимают желобоватые сосочки за патологию. В области корня языка располагаются венозные сплетения, которые больные расценивают как проявление патологии.

Далее осматривают слизистую оболочку вентральной поверхности языка, уздечку языка, выводные протоки подъязычных и подчелюстных слюнных желез, дно полости рта.

При наличии элементов поражения оценивают их локализацию, форму, размер, тенденцию к слиянию, цвет окружающей слизистой оболочки, наличие уплотнения, папилломатозных разрастаний, гиперкератоза.

Для определения характера краев элемента поражения или новообразования проводят пальпацию. Оценивают болезненность, уплотнение, воспалительный инфильтрат в основании, кровоточивость.

Для диагностики полостных образований (кист, гематом) можно провести пункцию элемента поражения с помощью троакара или пункционной иглы.

При обследовании слизистой оболочки полости рта определяют феномен изоморфной реакции Кебнера, проявляющийся возникновением элементов поражения на месте раздражения слизистой оболочки любым экзогенным фактором, а при наличии пузырей и эрозий с обрывками покрышки пузыря - симптомом Никольского, который проявляется отслаиванием эпителия видимо неизменной слизистой оболочки при потягивании за покрышку пузыря.

При осмотре слизистой оболочки обращают внимание на наличие или отсутствие избытков слизистой оболочки в виде "петушиного гребня", тяжей, рубцов, складок слизистой оболочки. Путем пальпации определяют: рельеф альвеолярного отростка (гладкий, бугристый), податливость слизистой оболочки (податливая, плотная, истонченная, рыхлая), подвижность складок, их расправляемость при соответствующем усилии пальца, скрытые костные выступы, болезненные при небольшом надавливании.

При частичной и полной потере зубов отмечается степень атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти (лёгкая, умеренная, выраженная), характер атрофии (равномерная, неравномерная), глубина преддверия полости рта, наличие костных выступов (экзостозов) и острых краев лунок после удаления зубов, места прикрепления уздечек губ, языка и места прикрепления щечно-альвеолярных тяжей слизистой оболочки (у основания альвеолярного отростка, на середине ската или у его вершины). На нижней челюсти отмечается выраженность внутренних косых линий, их болезненность при пальпации, плотность и подвижность слизистых бугорков в ретромолярной области. На верхней челюсти - высота свода твердого неба, наличие торуса, выраженность альвеолярных бугров, степень податливости слизистой оболочки твердого неба.

При осмотре рта обращают внимание на состояние оставшихся зубов. Оценивают состояние зубных рядов, обращая внимание на число оставшихся зубов, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими зубопротезными конструкциями или пломбами. В случае наличия ортопедических зубопротезных конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом

стоящими зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (наличие деформаций зубных рядов).

Обращают внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек. Наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков.

При необходимости назначают дополнительные методы обследования и направляют на консультации к специалистам разного профиля.

Обследование больного заканчивается постановкой диагноза по международному классификатору болезней (МКБ).

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных чек-листов.

ЧЕК – ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена Специальность Стоматология
 Дата Номер кандидата _____

№ п/п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1	Установил контакт с пациентом	☐ да ☐ нет
2	Идентифицировал личность пациента	☐ да ☐ нет
3	Информировал пациента/представителя о ходе процедуры	☐ да ☐ нет
4	Убедился в отсутствии вопросов	☐ да ☐ нет
5	Обработал руки гигиеническим способом с помощью антисептика	☐ да ☐ нет
<i>Подготовка к процедуре</i>		
6	Подготовил рабочее место для осмотра полости рта: выложил на инструментальный столик все необходимое	☐ да ☐ нет
7	Проверил пригодность всех необходимых материалов	☐ да ☐ нет
<i>Положение</i>		
8	Занял правильное положение справа от пациента	☐ да ☐ нет
9	Помог пациенту занять удобное положение в кресле	☐ да ☐ нет
10	Привел стоматологическое кресло в положение необходимое для осмотра	☐ да ☐ нет
11	Обеспечил визуализацию ротовой полости	☐ да ☐ нет
12	Подготовил необходимые средства индивидуальной защиты	☐ да ☐ нет
13	Последовательно надел средства индивидуальной защиты: маску, заправил под шапочку, надел перчатки	☐ да ☐ нет
<i>Осмотр</i>		
14	Оценил конфигурацию лица, озвучил результат	☐ да ☐ нет
15	Оценил цвет, наличие патологических образований на коже, озвучил результат	☐ да ☐ нет
16	Пропальпировал регионарные лимфатические узлы	☐ да ☐ нет
17	Оценил степень открывания рта и состояние ВНЧС	☐ да ☐ нет
18	Осмотрел преддверие полости рта и окклюзию при сомкнутых челюстях, озвучил результат	☐ да ☐ нет
19	Осмотрел полость рта и язык, озвучил результат	☐ да ☐ нет
20	Осмотрел зубные ряды и зубы (положение; форму; цвет; состояние твердых тканей; подвижность; положение по отношению к окклюзионной поверхности зубного ряда; наличие полостей, пломб, коронок, вкладок и их состояние) и озвучил результат. Провел зондирование и перкуссию зубов.	☐ да ☐ нет
21	Провел определение гигиенического состояния полости рта по	☐ да ☐ нет

	индексу ИГР-У (Green-Vermillion) (имитация):	
22	Назвал индексные зубы и зубные поверхности для оценки зубного налета и камня	☐ да ☐ нет
23	Назвал критерии оценки зубного налета / камня (в баллах): 0 = не выявлен, 1 = до 1/3 коронки зуба; 2= от 1/3 до 2/3 коронки зуба; 3 > 2/3 коронки зуба	☐ да ☐ нет
24	Назвал формулу для расчета индекса: $\text{ИГ} = \frac{\text{сумма баллов налета}}{6} + \frac{\text{сумма баллов камня}}{6}$	☐ да ☐ нет
25	Оценил значение индекса: 0,0- 1,2 =хороший уровень гигиены 1,3-3,0 = удовлетворительны уровень гигиены 3,1,-6,0 = плохой уровень гигиены	☐ да ☐ нет
26	Закончил осмотр, попросил пациента закрыть рот	☐ да ☐ нет
27	Выключил свет, вернул кресло в исходное положение	☐ да ☐ нет
28	Последовательно снял средства индивидуальной защиты, утилизировал их в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
29	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
30	Озвучил пациенту план дальнейшего обследования/профилактических мероприятий/лечения	☐ да ☐ нет
31	Дал рекомендации по гигиене полости рта	☐ да ☐ нет
<i>Нерегламентированные и небезопасные действия</i>		
32	Дотрагивался рукой в перчатках до посторонних предметов, своего лица	☐ да ☐ нет
33	Использовал расстерилизованный инструмент	☐ да ☐ нет

 ФИО члена АПК

 подпись

 Отметка о внесении в базу (ФИО)