
ПРИЛОЖЕНИЕ № 11

СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ПРОГРАМИ ПО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

- 1. СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ПРОГРАМИ**
- 2. АНКЕТИ**
- 3. ОТЧЕТИ ПО СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ
ПРОГРАМИ**

СЪДЪРЖАНИЕ

КАРЦИНОМ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО	3
КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА.....	8
ЗАХАРЕН ДИАБЕТ	12
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	17
ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ	27
БРОНХИАЛНА АСТМА	32
ТУБЕРКУЛОЗА	37
РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА И РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА.....	41
АЛКОХОЛИЗЪМ И НАРКОМАНИИ.....	50

КАРЦИНОМ НА ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на колоректалния карцином

Целеви групи – мъже и жени между 50 и 70 год.

1. ОПЛ да провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:

- полипи или полипоза на дебелото черво;
- карцином на матката или гърдата;
- възпалителни заболявания – ХУХК, болест на Crohn;
- цьолиакия;
- холецистектомия;
- пасивни хомосексуалисти;
- механични травми на ануса и ректума;
- наличие на професионални вредности;
- хронична констипация;
- дисбактериоза.

Когато ОПЛ установи:

от анамнезата – оплаквания, свързани с нарушен ритъм на дефекацията; промяна във формата на фекалиите; наличие на патологични отделяния; свързана с дефекацията болка и тежест; чувство за липса на облекчение след изхождане; неясни температурни покачвания; загуба на тегло;

от статуса – при ректално туширане – груби, сраснали с лигавицата, най-често неподвижни тумори, понякога като кратерно образуване;

от параклиничните изследвания – съмнителни промени в хематологичните показатели, окултни кръвоизливи във фекален материал; следва да насочи пациента за консултация със специалист – гастроентеролог или хирург.

2. Специалистът води на диспансерен учет рисковите групи здравноосигурени лица.

Когато при специалиста пристигне пациент, насочен от ОПЛ, със съмнение за колоректален рак, специалистът:

- сема насочена анамнеза ;
- сема подбробен статус;
- интерпретира параклиничните изследвания, назначени от ОПЛ;
- при необходимост назначава допълнителни изследвания- рентгеново изследване с двоен контраст (иригография);
- извършва абдоминална ехография и ендоскопско изследване (по преценка – ректороманоскопия, фибросигмоидоскопия или фиброколоноскопия;
- потвърждава или отхвърля диагнозата колоректален рак;
- при потвърдена диагноза изпраща бързо известие до областния диспансер и уведомява ОПЛ;
- при сигурна диагноза колоректален рак специалистът извършва предварителна подготовка на пациента за болнично лечение.

3. След болнично лечение пациентите се водят на диспансерен учет от специалист – гастроентеролог и от ОПЛ, при когото са регистрирани.
4. На всеки три месеца се провежда контролен прглед.
5. На всеки шест месеца се извършва изследване на хемоглобин, фекален материал за окултни кръвоизливи и ендоскопско изследване.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли промяна в отделянето на изпражнения?
 - Появили ли са се трудно обясними и дълго продължаващи запек или диария?
 - Колко време продължават и колко често се появяват?
 - Редуват ли се запек с диария (чести, малки, течни изхождания) и напъни за изхождане?
 - Случва ли се да се изхожда вместо очакваното отделяне на газове?
 - Има ли промяна във формата на изпражненията?
 - Забелязал ли е необичайни отделяния – кръв и слуз?
 - Има ли свързани с дефекацията болки и тежест в корема?
 - Липсва ли облекчение след изхождане?
 - Има ли подуване на корема?
2. Има ли неясни температурни покачвания?
3. Анемични прояви:
 - диспнея в покой;
 - диспнея при натоварване;
 - сърцебиене;
 - angina pectoris или claudicatio intermittens;
 - атрофия на устната лигавица и езика;
 - рагади в устните ъгли;
 - смущения при гълтането ;
 - чупливи нокти;
 - суха сбръчкана кожа.
4. Има ли загуба на тегло?
5. С колко килограма е намаляло телесното тегло?
6. За колко време е намаляло телесното тегло?
7. Анамнеза на живота:
 - минали заболявания (полипи или полипоза на дебелото черво,, карцином на матката, гърдата или пикочния мехур, възпалителни заболявания – ХУХК, болест на Crohn, цьолиакия, холецистектомия);
 - механични травми на ануса и ректума
 - условия на труд – професионални вредности
 - Какви са хранителните му навици? По какъв начин се приготвя храната?
 - Каква е двигателната му активност?
 - Вредни навици – злоупотребява ли с алкохол, кафе, чай, медикаменти, тютюнопушене?
8. Фамилна анамнеза:
 - Има ли в семейството болни с фамилна полипоза и някои от синдромите с наследствена полипоза?
 - Има ли в семейството болни със злокачествени заболявания на дебелото черво?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Скрининг на лица:		X
1.	в т. ч. с полипи или полипоза на дебелото черво		X
2.	в т. ч. с карцином на матката или гърдата,		X
3.	в т. ч. с възпалителни заболявания – ХУХК, болест на Crohn		X
4.	в т. ч. с цъолиакия		X
5.	в т. ч. с холецистектомия		X
6.	в т. ч. пасивни хомосексуалисти		X
7.	в т. ч. с механични травми на ануса и ректума		X
8.	в т. ч. с наличие на професионални вредности		X
9.	в т. ч. с хронична констипация		X
10.	в т. ч. с дисбактериоза		X
11.	От тях брой лица с доказан колоректален рак в резултат на извършения скрининг		X
12.	Консултации с гастроентеролог /хирург/	X	
	II. Дейности при първичен преглед за установяване на колоректален карцином		
1.	Ректално туширане		
2.	Кръвна картина		
3.	Изследване на фекален материал за окултни кръвоизливи		
4.			
	III.Общ брой болни с колоректален карцином под наблюдение за отчетния период		X
	IV.Общ брой целеви прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА КОЛОРЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при първичен преглед за установяване на колоректален карцином		
1.	Ректално туширане		
2.	Кръвна картина		
3.	Изследване на фекален материал за окултни кръвоизливи		
4.	Иригография		
5.	Ендоскопско изследване		
6.			
	II. Дейности при вторични прегледи		
1.	Изследване на хемоглобин – един път на шест месеца		
2.	Изследване на фекален материал за окултни кръвоизливи – един път на шест месеца		
3.	Ендоскопско изследване – един път на шест месеца		
4.			
	III. Брой лица изпратени от ОПЛ		X
	IV. Новооткрити болни с диагноза колоректален карцином в резултат на скрининга		X
	V. Хоспитализирани болни		X
	VI. Общ брой болни с диагноза колоректален карцином под наблюдение за отчетния период		X
	VII. Общ брой клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на карцинома на простатната жлеза

Целеви групи – мъже на възраст между 50 и 69 год.

1. ОПЛ да провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:
 - фамилна история – мъже, чийто майки са имали карцином на млечната жлеза; мъже, чийто близки роднини са имали карцином на простатата;
 - хипертрофия на простатната жлеза;
 - диета – богатата на мазнини храна;
 - хормони – хиперандрогенемия;
 - социални фактори – по-бедните мъже;
 - работа – фермери, механици, работещи с олово, галванисти, работещи с каучук;
 - тютюнопушене;
 - сексуално поведение – сексуално-трансмисивни инфекции .

Когато ОПЛ установи:

от анамнезата – оплаквания, свързани с нарушения при уриниране; наличие на хематурия, характерна болка, нарушена потентност, хипоспермия, отоци по краката, тенезми в ректума, кръв при дефекация, загуба на тегло и др.;

от статуса – при ректално туширане – твърда като дърво, неравна, увеличена простата, чийто две половини не могат да бъдат повече разграничени;

от параклиничните изследвания – повишени стойности на киселата простатна фосфатаза; следва да насочи пациента за консултация със специалист – уролог или хирург.

Специалистът води на диспансерен учет рисковите групи здравноосигурени лица.

2. Когато при специалиста пристигне пациент, насочен от ОПЛ, със съмнение за простатен карцином, специалистът:

- сема насочена анамнеза;
- сема подробен статус;
- интерпретира параклиничните изследвания, назначени от ОПЛ;
- при необходимост, назначава или извършва допълнителни изследвания – ултразвукова диагностика, биопсия на простатата с хистологично и/или цитологично изследване на материала, PSA ;
- потвърждава или отхвърля диагнозата рак на простатната жлеза;
- при потвърдена диагноза изпраща бързо известие до областния диспансер и уведомява ОПЛ;
- при сигурна диагноза рак на простатата специалистът извършва предварителна подготовка на пациента за болнично лечение;

3. След болнично лечение пациентите се водят на диспансерен учет от специалист – уролог и от ОПЛ, при когото са регистрирани;

4. На всеки 6 месеца се провежда контролен преглед.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Промени при уриниране:

- По-тънка ли е струята при уриниране?
- Има ли прекъсване на струята по време на уриниране?
- Има ли често уриниране?
- Има ли непреодолимо желание за уриниране, което го кара да отиде веднага до тоалетната?
- Изпуска ли урина преди започване на уринирането?
- Има ли чувство за непълно изпразване на пикочния мехур?
- Има ли неволно изпускане на урина?
- Намаляло ли е количеството на отделената урина?
- Има ли напрежение при уриниране?
- Става ли през нощта да уринира?

2. Има ли хематурия?

3. Наличие на болка:

- Има ли болки в перинеума или супрапубично?
- Има ли болки в лумбалната област?
- Чувства ли болки в таза и по хода на бедрата?

4. Потентен ли е?

5. Има ли хипоспермия?

6. Забелязал ли е отоци по краката?

7. Има ли тенезми в ректума?

8. Има ли кръв при дефекация?

9. Има ли загуба на тегло?

10. Има ли неясни температурни покачвания?

11. Анамнеза на живота:

- минали заболявания (хипертрофия на простатната жлеза, хиперандрогенемия, вазектомия, сексуално-трансмисивни инфекции)
- професионални вредности – фермери, механици, работещи с олово, галванисти, работещи с каучук
- Какви са хранителните му навици?
- Вредни навици – тютюнопушене?

12. Фамилна анамнеза:

- Има ли в семейството болни мъже с карцином на простатата?
- Майката имала ли е карцином на млечната жлеза?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
№.	<input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
вх	<input type="text"/>	ет	<input type="text"/>
ап	<input type="text"/>	Код	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I.Скрининг на лица:		X
1.	в т. ч. с хипертрофия на простатната жлеза		X
2.	в т. ч. с хиперандрогенемия		X
3.	в т. ч. с професионални вредности		X
4.	в т. ч. със сексуално-трансмисивни инфекции		X
	От тях брой лица с карцином на простатата в резултат на извършения скрининг		X
	Консултации с уролог	X	
	II. Дейности при установен карцином на простатата при първичен преглед		
1.	Ректално туширане		
	III.Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	IV.Общ брой целеви клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
№.	<input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
вх	<input type="text"/>	ет	<input type="text"/>
ап	<input type="text"/>	Код	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА КАРЦИНОМ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при установен карцином на простатата при първичен преглед		
1.	Ректално туширане		
2.	PSA		
3.	Ултразвуково изследване		
4.	Биопсия на простатата с хистологично или цитологично изследване		
	II. Дейности при вторични прегледи		
1.	Ректално туширане		
2.	Оглед на оперативна рана		
3.	PSA		
4.	Ултразвуково изследване		
5.			
	III. Брой лица изпратени от ОПЛ		X
	IV. Новооткрити болни с диагноза карцином на простатата в резултат на скрининга		X
	V. Хоспитализирани болни		X
	VI. Общ брой болни с карцином на простатата под наблюдение за отчетния период		X
	VII. Общ брой клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

Клинични препоръки към лекаря за профилактика и лечение на захарен диабет

Целеви групи –

1. Провежда се скрининг /ОГТТ със 75 гр. глюкоза – 1 път годишно/ на рискови групи здравноосигурени лица с:

- фамилна обремененост със захарен диабет;
- затлъстяване (налице е, когато ИТМ¹ е равен или е по-голям от 27 кг/кв.м.);
- възраст над 40 год. и наличие на един от горепосочените фактори;
- предшестващи данни за намален глюкозен толеранс (налице е, когато кръвната захар на гладно е под 7,8 ммол/л, кръвната захар 2 часа след обременяване със 75 гр глюкоза е 7,8-11,1ммол/л);
- артериална хипертония – над 140/90мм и затлъстяване;
- хиперлипидемия и хипертриглицеридемия;
- гестационен диабет или раждане на плод над 4 кг.

При доказан захарен диабет (кръвна захар над 7,8 ммол/ на гладно, кръвна захар над 11,1 ммол/л 2 часа след нахранване) ОПЛ следва да насочи пациента за консултация с ендокринолог за започване на лечение.

2. При установен захарен диабет при извършване на първичен преглед ОПЛ трябва да назначи следните изследвания: КЗП, липиден профил на гладно, серумен креатинин, урина – общо изследване, ЕКГ, очни дъна.

3. При контролните прегледи ОПЛ назначава следните медико-диагностични изследвания

- КЗП – ежемесечно, при недобра метаболитна компенсация на захарен диабет;
- КЗП – на 3 месеца, при добра метаболитна компенсация;
- гликиран хемоглобин – на 6 месеца;
- липиди – 1 път годишно, ако са с отклонения – на 6 месеца;
- урина за албумин – на 3 месеца;
- серумен креатинин – 1 път годишно, при отклонения – по-често;

4. Извършва следните медико-диагностични изследвания:

- ЕКГ – 1 път годишно;
- артериално налягане – ежемесечно, при необходимост и по-често;
- телесно тегло и ИТМ – на 3 месеца;

5. ОПЛ трябва ежегодно да провежда скрининг за “диабетно стъпало” чрез физикален преглед при всички диабетици.

6. ОПЛ трябва да изследва кръвната захар и урината на всички бременни жени.

7. ОПЛ трябва да провежда скрининг за гестационен диабет с ОГТТ на бременни с кръвна захар на гладно над 5,6 ммол/л.

¹ ИТМ – индекс на телесната маса

8. ОПЛ трябва да проследява нервно-психическото, физическото и пубертетното развитие на децата със захарен диабет от своята практика.

9. Насочва диабетиците към други специалисти за консултация:

- с офталмолог –1 път годишно, при пролиферативна ДР: по-чести консултации;
- с невролог-1 път годишно;
- с кардиолог-1 път годишно;

При новодиагностициран захарен диабет, при всяка промяна в лечението на вече установен захарен диабет, при отклонения в назначените изследвания, при гестационен диабет, при деца с диабет ОПЛ задължително трябва да насочи пациента за консултация с ендокринолог.

Ендокринологът :

- консултира всички пациенти с *първи тип захарен диабет* на 3 месеца, *втори тип захарен диабет* на 6 месеца при стабилна гликемия. При нестабилна: по-чести консултации до постигане на метаболитна компенсация на захарния диабет;
- назначава допълнителни лабораторни или инструментални изследвания;
- проследява за микроалбуминурия пациентите ежегодно, а при наличие на такава – на 6 месеца (след 10 годишна възраст и 5 годишна еволюция на заболяването);
- диагностицира и започва лечение за диабетната невропатия, провежда лечението на “диабетно стъпало”, на дислипидемията, на артериалната хипертония;
- наблюдава заедно с АГ бременните жени със захарен диабет, извършва чест контрол на гликемията;
- проследява заедно с ОПЛ децата със захарен диабет;
- насочва пациентите за хоспитализация;
- обучава пациента в самоконтрол, в спазването на необходимия хранително-диетичен и двигателен режим, обучава пациента за превенция на улцерации и инфекции на стъпалото.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____.____._____ г.

ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Имате ли оплаквания от жажда и сухост в устата?
2. Имате ли промени при уриниране-често уриниране,отделяне на по-голямо количество урина, парене при уриниране?
3. Чувствате ли се напоследък по-изморени?
4. Има ли намаление на теглото Ви през последните месеци?
5. Има ли промяна в апетита Ви през последните месеци?
6. Имате ли понякога замъглено зрение?
7. Имате ли болки при ходене, които налагат да забавите ход?
8. Имате ли чувство на студенина в стъпалата, тръпнене,“мравучкания”?
9. Имате ли сърбеж около половите органи и анално?
10. Имате ли някакви сексуални нарушения?
11. Какво е състоянието на вашите долни крайници-имате ли гъбички или ранички по краката,трудно подаващи се на лечение?
12. Имали ли сте повишена кръвна захар при предишни изследвания или при предишни заболявания-/напр. установена висока кр.захар в хода на др.заболявания-пневмония, съдов инцидент, операция; бременност, затлъстяване./
13. Имате ли отклонения в стойностите на артериалното налягане?
14. Имате ли отклонения в мастния профил?
15. По време на бременността повишавали ли сте кр.захар над 5,6 ммол/л?
16. С какво тегло са се родили вашите деца?
17. Имате ли фамилна обремененост-родители, брат/сестра със захарен диабет?
18. Какъв е Вашия стил на живот?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	Код	<input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>		
	вх <input type="text"/>		
	ет <input type="text"/>		
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Скрининг /ОГТТ със 75 гр глюкоза – 1 път годишно/ на рискови групи здравноосигурени лица с/ъс/:		
1	Скрининг /ОГТТ със 75 гр глюкоза – 1 път годишно/ на рискови групи здравноосигурени лица		
2.	От тях брой лица, показали патологични стойности на ОГТТ с доказан диабет в резултат на извършения скрининг		
	II. Дейности при установен захарен диабет при първичен преглед		
1.	КЗП		
2.	Урина – общо изследване		
3.	ЕКГ		
4.	Консултации с офталмолог		
5.	Консултации с невролог		
6.	Консултации с кардиолог		
	III. Консултации с ендокринолог		
	IV. Дейности при контролни прегледи		
1.	КЗП – ежесечно, при недобра метаболитна компенсация на захарен диабет		
2.	КЗП – на 3 месеца, при добра метаболитна компенсация на захарен диабет		
3.	Липиди – 1 път годишно		
6.	Урина за албумин – на 3 месеца		
7.	Серумен креатинин и – 1 път годишно		
8.	ЕКГ – 1 път годишно		
9.	Артериалното налягане – ежесечно		
10.	Измерване на телесно тегло и ИТМ – на 3 месеца		
	V. Скрининг за “диабетно стъпало”		
	VI. Брой лица с доказан диабет в резултат на извършения скрининг		
1.	I тип захарен диабет (инсулинозависим)		X
2.	II тип захарен диабет (инсулинонезависим)		X
	VII. Общ брой диабетици под наблюдение за отчетния период		X
3.	I тип захарен диабет (инсулинозависим)		X
4.	II тип захарен диабет (инсулинонезависим)		X
	VIII. Общ брой клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата: <input type="text"/>	подпис
Дата: <input type="text"/>	подпис

Дата: <input type="text"/>
Подпис: <input type="text"/>
печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	No. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
		ап <input type="text"/>	

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при установен захарен диабет при първичен преглед		
1.	КЗП		
2.	Липиден профил на гладно		
3.	Серумен креатинин		
4.	Урина		
5.	ЕКГ		
	II. Сесии за обучение на диабетно болни		
	III. Хоспитализирани болни със захарен диабет		X
	IV. Брой новооткрити болни със захарен диабет		X
1.	I тип захарен диабет (инсулинозависим)		X
2.	II тип захарен диабет (инсулинонезависим)		X
	V. Общ брой диабетно болни под наблюдение за отчетния период		X
1.	I тип захарен диабет (инсулинозависим)		X
2.	II тип захарен диабет (инсулинонезависим)		X
	VI. Общ брой целеви прегледи	X	

Проверили:	
Дата: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Дата: <input type="text"/>	<input type="text"/>
	подпис
	подпис

Дата: <input type="text"/>
Подпис: <input type="text"/>
печат

СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на сърдечно-съдови заболявания .

Целеви групи –

1. ОПЛ провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:
 - пациенти с установена коронарна болест или други атеросклеротични заболявания;
 - пациенти със захарен диабет;
 - фамилна обремененост с атеросклеротично заболяване;
 - тютюнопушене;
 - наднормено тегло (ИТМ по-голям от 27 кг/м²);
 - артериална хипертония;
 - хиперлипидемия (общ холестерол повече от 5 ммол/л, LDL – холестерол над 3 ммол/л);
 - здрави хора, при които съществува повишен риск от развитие на коронарна болест или други атеросклеротични заболявания поради комбинация от рискови фактори, включващи тютюнопушене, повишено артериално налягане, дислипидемия (повишен общ холестерол и липопротеини с ниска плътност/LDL- холестерол/, ниски нива на липопротеините с повишена плътност /HDL-холестерол/ и повишени триглицериди), повишена кръвна захар, фамилна анамнеза за ранна коронарна болест – или тези, страдащи от тежка форма на хиперхолестеролемия или други форми на дислипидемии, хипертония или диабет;
 - близки родственици на пациенти с рано настъпила коронарна болест или други атеросклеротични заболявания, както и на здрави лица с изключително повишен риск.;
 - други пациенти, срещнати във връзка с обичайната клинична практика
 - отклонения в ЕКГ.
2. Когато ОПЛ установи рисков фактор, той подлежи на корекция:
 - с диета;
 - препоръки за преустановяване на тютюнопушенето;
 - препоръки относно употребата на алкохол;
 - намаляване на наднорменото тегло;
 - препоръки относно ежедневна физическа активност;
 - препоръки относно проследяване и контрол на артериалното налягане (същност на хипертония, нормални стойности на артериално налягане при здрави лица, при хипертоници без органични усложнения и при хипертоници със съпътстващи заболявания – стенокардия, преживян миокарден инфаркт, сърдечна недостатъчност, захарен диабет;
 - препоръки относно контрол на кръвната захар при диагностицирани диабетици;
3. Когато ОПЛ установи от:
 - анамнезата – главоболие в тилната или челна област, стягане и тежест в сърдечната област, обща слабост, нарушен сън;
 - статуса:разширена лява сърдечна граница, акцентуиран А2 на аортатна клапа, протосистоличен шум на сърд. връх, повишено RR; ЕКГ-промени - в I, II, aVL, V5 и V6 отвеждания;

- параклиниката: повишени стойности на холестерол, на урея и креатинин; промени в очните дъна ОПЛ следва да насочи пациента за консултация с кардиолог.

4. Когато ОПЛ установи от:

- анамнезата – оплакванията от стягане, тежест или болка с подробно описана тяхна характеристика, обща слабост, отпадналост, прилошаване, изпотяване;
- статуса – разширена лява сърдечна граница, протосистоличен шум на сърдечния връх, повишено RR; ЕКГ-промени,
- параклиника – повишени стойности на холестерол, на кръвна захар и креатинин следва да насочи пациента за консултация с кардиолог.

5. Когато ОПЛ установи от:

- анамнезата – обща слабост, отпадналост, лесна умора и задух при обичайни или леки физически усилия, стягане и тежест в сърд. област или зад гръдната кост, отичане на долни крайници;
- статуса – променен външен вид, дуфузна или акроцианоза, набъбнали шийни вени, пулсации в областта на сърд. връх и епигастриума, увеличени сърд. граници, повишено RR, увеличен черен дроб, периферни отоци, ускорена ритмична или тахиаритмична дейност, наличие на галопен ритъм; ЕКГ-промени;
- параклиника – вторична полицитемия, повишени стойности на ГОТ и ГТП, на креатинин, на кръвна захар и холестерол следва да насочи пациента за консултация с кардиолог.

6. Когато ОПЛ установи от:

- анамнезата – оплакване от сърцебиене, виене на свят, стягане и тежест в сърдечната област, краткотрайна загуба на съзнание, обща слабост, отпадналост, изпотяване;
- статуса – напрегнат външен вид, набъбнали шийни вени, наличие на пулсов дефицит, на увеличена щитовидна жлеза, на повишено или ниско RR, ЕКГ-промени – тахиаритмия абсолюта, установяване на сърдечно заболяване, водещо до предсърдно мъждене;
- параклиниката – повишени стойности на холестерол и на кръвна захар следва да насочи пациента за консултация с кардиолог.

Специалистът води на диспансерен учет рисковите групи здравноосигурени лица. Когато при специалиста пристигне пациент, насочен от ОПЛ, специалистът извършва:

- сменя насочена анамнеза и статус;
- извършва преглед на болния;
- интерпретира параклиничните изследвания, назначени от ОПЛ
- при необходимост назначава или извършва допълнителни изследвания;
- потвърждава или отхвърля диагнозата на сърдечно-съдовото заболяване;
- при потвърдена диагноза уведомява ОПЛ;
- при сигурна диагноза специалистът извършва предварителна подготовка на пациента за болнично лечение;

След болнично лечение пациентите се водят на диспансерен учет от специалист-кардиолог и от ОПЛ, при когото са регистрирани.

На всеки 3 месеца се провежда контролен преглед.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплаквания от стягане и тежест зад гръдната кост?
2. Откога датират тези оплаквания?
3. За първи път ли се появяват?
4. Разпространяват ли се към лявото рамо и плешка ?
5. Разпространяват ли се към лакетната става и пръстите на лявата ръка?
6. Колко време продължават те – секунди, минути /2÷5/, по-продължителни?
7. Придружават ли се от обща слабост, изпотяване, прималяване?
8. Имат ли чувството за приближаващ край ?
9. Свърват ли ги с нервно-психично напрежение в работата или дома?
10. Повлияват ли се от почивка или седативни медикаменти?
11. Спонтанно ли са отзвучали или е потърсена лекарска помощ?
12. Има ли оплакване от пристъпна болка зад гръдната кост?
13. Каква е локализацията на болката – в горната, средната или долна част на гръдната кост?
14. Разпространява ли се болката към сърдечната област, долната челюст, лявото рамо плешка, лакетната става и пръстите на лявата ръка?
15. Има ли болката само периферна локализация?
16. Какъв характер има болката – режеща, притискаща, пристягаща, раздираща?
17. Каква е по интензивност болката – лека ,средна или тежко изразена?
18. Придружена ли е от обща слабост, отпадналост, изпотяване, чувство за приближаващ край?
19. Свързва ли е с преумора в работата или дома?
20. Повлиява ли се от покой и седативни медикаменти?
21. Повлиява ли се от нитроглицерин?
22. Спонтанно ли преминава или се налага хоспитализация?
23. Получавал ли е други такива пристъпи?
24. Лекува ли системно установеното заболяване – ИБС?
25. Обучен ли е той и неговите близки за предотвратяване на пристъпа?
26. Има ли установено друго сърдечно заболяване ?
27. Лекува ли го системно?
28. Работи ли с среда с голямо нервно-психично напрежение?
29. Има ли вредни навици – злоупотреба с тютюнопушене, алкохол, преяждане, намалена двигателна активност?
30. Има ли в семейството си болни от ИБС или друго сърдечно заболяване?

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____.____._____ г.

ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплакване от сърцебиене?
2. Внезапно ли е настъпило то?
3. Свързва ли го с физическо натоварване или се е появило в покой?
4. Свързва ли го с нервно – психично пренапрежение в работната или семейна среда?
5. Придружено ли е от световъртеж и краткотрайна загуба на съзнание?
6. Придружено ли е от стягане, тежест или болка зад гръдната кост и чувство на недостиг на въздух?
7. Очаква ли, че в този момент с него ще се случи нещо лошо?
8. Потърсил ли е веднага лекарска помощ или сърцебиенето е отзвучало спонтанно?
9. Спомня ли си точната дата и час на първия пристъп?
10. Спомня ли си продължителността на първия пристъп?
11. Спонтанно ли е преминал той или е приложено медикаментозно лечение?
12. Наложило ли се е да бъде хоспитализиран?
13. Колко време е престоял в лечебното заведение, овладян ли е пристъпът и с какви медикаменти е третиран?
14. Провеждал ли е непрекъснато противорецидивно лечение?
15. Потърсил ли е помощта на семейния лекар?
16. Консултиран ли е с кардиолог или лечението се провежда само от семейния лекар?
17. Получавал ли е други такива пристъпи?
18. През какъв период от време е получавал нови пристъпи?
19. По-продължителни и тежко протичащи ли са били те?
20. Повлияли ли са се от предишната медикаментозна терапия?
21. Наложило ли се е нова хоспитализация или пристъпът е овладян амбулаторно или в дома му?
22. Има ли установено сърдено заболяване – стенокардия, клапен порок /митрална стеноза/, ИБС, тиреотоксикоза и др.?
23. Провеждал ли е системно лечение на установеното сърдечно заболяване?
24. Взет ли е на диспансерен учет за сърдечното заболяване и предсърдното мъждене и редовно ли е викан за контролни диспансерни прегледи?
25. Има ли вредни навици – злоупотреба с тютюнопушене, алкохол, преяждане, намалена двигателна активност?
26. Има ли в семейството си страдащи от пристъпно сърцебиене или друго сърдечно заболяване?

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____._____._____ г.

АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплакване от главоболие?
2. От кога датира главоболието?
3. Къде е локализирано то – в челната, тилна област или обхваща като обръч главата?
4. В кои часове на деня то е най-изразено – сутрин, след обяд или вечер?
5. Свързва ли го с нервно-психично напрежение в работата или семейната среда?
6. Повлиява ли се то от почивка или седативни медикаменти?
7. Има ли оплакване от виене на свят?
8. В кои часове на деня то е най изразено – сутрин, след обяд или вечер?
9. Свързва ли го с нервно психично-психично напрежение в работата или семейната среда?
10. Повлиява ли се то от почивка или седативни медикаменти?
11. Има ли оплаквания от стягане и тежест в сърдечната област?
12. От кога датират тези оплаквания?
13. Свързва ли ги с нервно-психично напрежение в работата или семейната среда?
14. Има ли оплаквания от обща слабост, отпадналост?
15. Придружават ли се тези оплаквания от главоболие, виене на свят, стягане и тежест в сърдечната област?
16. Измервал ли е въобще кръвното си налягане?
17. Имал ли е повод за измерване на RR?
18. Измервал ли е RR в различни часове на деня?
19. До какви най-високи стойности и достигало то?
20. Повлиявало ли се е повишеното RR от почивка или седативни медикаменти?
21. Поддържа ли високи стойности на диастоличното RR?
22. Изследвал ли се е за бъбречно заболяване?
23. Свързва ли повишението на RR с бъбречното заболяване?
24. Работи ли в среда с много голямо нервно-психично напрежение?
25. Има ли вредни навици – злоупотреба с тютюнопушене, алкохол, преяждане, намалена двигателна активност?
26. Има ли в семейството си болни от хипертонична болест?

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплаквания от обща слабост, отпадналост?
2. За първи път ли се появяват те?
3. Появяват ли се те при обичайни физически усилия или при по – голямо физическо натоварване?
4. Има ли повишаване на телесното тегло за много кратко време?
5. Има ли оплаквания от лесна умора и затруднено дишане?
6. Появяват ли се те при обичайни физически усилия или при по – голямо физическо натоварване?
7. За първи път ли се появяват те?
8. Има ли оплаквания от остра режеща болка в гърдите?
9. Придружена ли е тя от сърцебиене, изпотяване, прилошаване?
10. Има ли периферни отоци?
11. Пристъпно ли настъпват те?
12. Засилват ли се при физическо натоварване?
13. Напълно или частично се повлияват от покой?
14. Потърсил ли е лекарска помощ?
15. Свързва ли горните оплаквания със сърдечно заболяване?
16. Има ли установена хипертонична болест?
17. Лекува ли я системно?
18. Свързва ли горните оплаквания с влошаване на хипертонията?
19. Има ли установена ИБС?
20. Лекува ли я системно?
21. Свързва ли горните оплаквания с влошаване на ИБС?
22. Има ли установено друго сърдечно заболяване – клапен порок , ритъмно–проводни нарушения, възпалителни заболявания на перикарда, миокарда, и ендокарда, кардиомиопатии и др.?
23. Лекува ли ги системно?
24. Контролира ли се лечението му от личния лекар или кардиолог?
25. Запознат ли е със симптомите на започваща сърдечна недостатъчност?
26. Запознати ли са близките със състоянието му и знаят ли как да реагират при влошаването му?
27. Има ли в работата си по – голямо физическо натоварване?
28. Има ли вредни навици – злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, по-голяма двигателна активност , несъответстваща на състоянието на с.с.с?
29. Има ли в семейството си болни от сърдечно заболяване?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
		№.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I.Скрининг на лица за сърдечно – съдови заболявания		
1.	Хипертония – новооткрита		
	Хипертония – лека степен		
	Хипертония – умерена степен		
	Хипертония – тежка степен		
2.	ИБС – новооткрита		
	ИБС I-II ФК		
	ИБС III ФК		
	ИБС IV ФК		
	ИБС след миокарден инфаркт		
	ИБС след интервенции /РТКА/		
	ИБС след интервенции /АКБ/		
3.	Сърдечна недостатъчност – новооткрита		
	Сърдечна недостатъчност I-II ФК		
	Сърдечна недостатъчност III ФК		
	Сърдечна недостатъчност IV ФК		
4.	Предсърдно мъждене – новооткрито		
	Предсърдно мъждене – пристъпно		
	Предсърдно мъждене – персистиращо		
	Предсърдно мъждене – перманентно		
	II.Консултации с кардиолог /общо/		
1.	Хипертония		
2.	ИБС		
3.	Сърдечна недостатъчност		
4.	Предсърдно мъждене		
	III. Дейности при сърдечно-съдови заболявания		
1.	Хипертония	ЕКГ	
		Кръвна захар	
		Кръвна картина	
		Урина	
		Холестерол	
		Креатинин	
		Очни дъна	

2.	ИБС	ЕКГ		
		Хемоглобин		
		Кръвна захар		
		Холестерол		
3.	Сърдечна недостатъчност	ЕКГ		
		Кръвна картина		
		Кръвна захар		
		Рентгенография на сърце и бял дроб		
4.	Предсърдно мъждене	ЕКГ		
	IV.Скрининг на коронарна и други форми на атеросклеротична болест /ниво на риск */			
	Нисък / под 5%/			
	Лек / 5% до 10%/			
	Умерен / 10% до 20%/			
	Висок / 20% до 40%/			
	Много висок / над 40%/			
	V.Общ брой пациенти под наблюдение за отчетния период			
	Хипертония			
	ИБС			
	Сърдечна недостатъчност			
	Предсърдно мъждене			
	VI.Новооткрити в резултат на скрининга			
	Хипертония			
	ИБС			
	Сърдечна недостатъчност			
	Предсърдно мъждене			

Забележка: "Нивото на риск" се определя по картата за коронарен риск за първична превенция

		Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>		
			подпис
Дата:	<input type="text"/>		
			подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к. <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

**ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ПРИОРИТЕТНИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ
НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
1.	Хипертония – новооткрита		
	Хипертония – лека степен		
	Хипертония – умерена степен		
	Хипертония – тежка степен		
2.	ИБС – новооткрита		
	ИБС I-II ФК		
	ИБС III ФК		
	ИБС IV ФК		
	ИБС след миокарден инфаркт		
	ИБС след интервенции /РТКА/		
	ИБС след интервенции /АКБ/		
3.	Сърдечна недостатъчност – новооткрита		
	Сърдечна недостатъчност I-II ФК		
	Сърдечна недостатъчност III ФК		
	Сърдечна недостатъчност IV ФК		
4.	Предсърдно мъждене – новооткрито		
	Предсърдно мъждене – пристъпно		
	Предсърдно мъждене – персистиращо		
	Предсърдно мъждене – перманентно		
	Дейности при сърдечно-съдови заболявания		
1.	Хипертония ЕКГ с 12 отвеждания		
	Кръвна захар		
	Кръвна картина		
	Урина		
	Холестерол		
	Креатинин		
	Очни дъна		
2.	ИБС ЕКГ с 12 отвеждания		
	Хемоглобин		
	Кръвна захар		
	Холестерол		

3.	Сърдечна недостатъчност	ЕКГ с 12 отвеждания		
		Кръвна картина		
		Кръвна захар		
		Рентгенография на сърце и бял дроб		
4.	Предсърдно мъждене	ЕКГ с 12 отвеждания		
	Скрининг на коронарна и други форми на атеросклеротична болест /ниво на риск */			
	Нисък / под 5%/			
	Лек / 5% до 10%/			
	Умерен / 10% до 20%/			
	Висок / 20% до 40%/			
	Много висок / над 40%/			
	Общ брой пациенти под наблюдение за отчетния период			
	Хипертония			
	ИБС			
	Сърдечна недостатъчност			
	Предсърдно мъждене			

Забележка: "Нивото на риск" се определя по картата за коронарен риск за първична превенция

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на хроничната обструктивна белодробна болест

Целеви групи –

1. ОПЛ да провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:

- Хроничен обструктивен бронхит;
- Разпространен деструктивен емфизем;
- Съвместно протичащи хроничен бронхит и емфизем;
- Болни с астма и хронично бронхиално дразнене (пушачи);
- Болни с клинична характеристика на астма и изразен емфизем;
- Болни с астма и с бронхитна и емфиземна компонента;
- Болни с астма;
- Болни с бронхиална обструкция, резултат на други белодробни заболявания.

Когато ОПЛ установи:

От анамнезата: постоянна кашлица с експекторация, задух при усилие или при покой в зависимост от стадия на ХОББ; както и други симптоми, особено при придружаваща патология или напреднала дихателна недостатъчност и декомпенсирано хронично белодробно сърце: хриптене (по-често при екзацербация и изразена диспнея), гръдна болка, оток на подбедриците и по-рядко кръвохрачене, сезонна екзацербация.

От статуса: астеничен хабитус, затруднено издишване, голям, бъчвовиден гръден кош (свръхраздуване), участие на допълнителна дихателна мускулатура в дишането, нисък стоеж на диафрагмалните куполи, отслабено дишане и глухи сърдечни тонове, удължено издишване и дифузно хриптене при издишване, птозиран, неуголемен черен дроб, цианоза при покой или минимално усилие, оток по долни крайници (глезени), влажни хрипове в белодробните основи, акцентуиран пулмонален тон.

Физикалното изследване установява патологични промени само при относително напреднало заболяване, обичайно при снижение на ФЕО1 под 50% от предвидения, но не и в по-ранните стадии на болестта. Честотата на отделните белези зависи от формата (бронхитна- БФ или емфиземна- ЕФ) и стадия на ХОББ, но често има припокриване на симптоматиката и тогава говорим за ХОББ.

2. ОПЛ прави ЕКГ и издава направление за рентгенография.

3. ОПЛ насочва пациента за консултация със специалист- кардиолог и пулмолог.

4. ОПЛ извършва прегледи на болни с ХОББ, провежда назначеното лечение и наблюдава състоянието на пациента.

Специалистът-пулмолог извършва преглед и назначава изследвания.

Те са необходими за потвърждаване на диагнозата и изключване на друга патология (белодробна или извънбелодробна), довела до тази симптоматика.

Задължителни са: функционално изследване на дишането (ФИД – спирометрия) с бронходилататорен тест (БДТ), рентгенография на гръден кош. Други изследвания, посочени по-долу, се извършват при съответни показания в специализирани диагностични звена. **ФЕО1** е винаги намален ($< 80\%$ от предвидения) и степента на това намаление определя стадия на болестта. **ФЕО1** е най-полезният тест за оценка на тежестта и прогресирането на ХОББ. Необходимо е ежегодно измерване за определяне бързината на намалението му; снижение > 50 мл на година означава бързо прогресиране на нарушенията. **ФВК** първоначално е нормален но намалява с напредване на болестта. Отношението **ФЕО1/ФВК** е винаги под нормата за възрастни ($\cong 70\%$) и се снижава допълнително с прогресиране на болестта. В напредналия стадий то не отразява реално тежестта на обструкцията поради паралелно намаление на **ФВК**.

1. Специалистът-пулмолог води на диспансерен учет рисковите групи здравноосигурени лица. При ХОББ показания за консултация със специалист са и:

- несигурна диагноза или тежка ХОББ с хронично белодробно сърце;
- симптоми, неадекватни на функцията;
- несигурен (\pm)тест с преднизолон;
- преценка за домашна O_2 – терапия;
- булозен емфизем;
- ХОББ при лица < 40 години;
- непушили и диагноза ХОББ;
- чести инфекции;
- булозен емфизем.

2. След болнично лечение е задължителен **контролен преглед** за всички болни 4 –6 седмици след изписването им- може да се извърши от лекуващия лекар или от ОПЛ. Той включва:

- преценка възможността от самообслужване;
- измерване на ФЕО1;
- проверка техниката на инхалиране и спазването на предписания лечебен план;
- преценка необходимостта от домашна кислородотерапия;

3. На всеки шест месеца провежда контролен преглед и при непълно възстановяване и липса на задоволителен отговор е показана консултация с друг специалист (кардиолог) или насочване за болнично лечение.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

- Има ли промяна в качеството на живота, възможност за работа и нормална социална активност?
- честота на кашлица и отделяне на експекторация;
- количество и характеристика на експекторацията;
- степен на ограничени възможности за физическо натоварване;
- диспнея в покой;
- нарушение на съня ;
- честота на остри екзацербации на болестта ;
- прояви на белези на сърдечна декомпенсация – cor pulmonale.

III. Анамнеза на живота:

- Тютюнопушене;
- -Активно, пасивно;
- -По време на бременността;
- Професионални вредности;
- Диета:
 - Злоупотреба със сол;
 - Бедна на витамини и антиоксиданти;
 - Бедна на ненаситени мастни киселини.
- Инфекции, чести
- Етнически фактори

IV. Фамилна анамнеза:

- Ендогенни фактори
 - Дефицит на α 1-антитрипсин;
 - Генетични фактори;
 - Бронхиална хиперреактивност;
 - Ниско тегло при раждане.

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:	X	X
1.	Хроничен обструктивен бронхит		
2.	Разпространен деструктивен емфизем		
3.	Съвместно протичащи хроничен бронхит и емфизем		
4.	Болни с астма и хронично бронхиално дразнене (пушачи)		
5.	Болни с клинична характеристика на астма и изразен емфизем		
6.	Болни с астма и с бронхитна и емфиземна компонента		
7.	Болни с астма		
8.	Болни с бронхиална обструкция, резултат на други белодробни заболявания		
	II. От тях брой лица с доказан ХОББ в резултат на извършения скрининг		X
	III. Консултации с кардиолог		X
	IV. Консултации с пулмолог		X
	V. Дейности при установен ХОББ при първичен преглед	X	X
1.	Рентгенография на гръден кош		
2.	Преценка възможността от самообслужване		
3.	Проверка техниката на инхалиране и спазването на предписания лечебен план		
4.	Преценка необходимостта от домашна кислородотерапия		
5.	Преценка необходимостта от болнично лечение (при обостряне)		
	VI. Дейности при контролни прегледи	X	X
1.	Контролен преглед – зависи от симптоматиката, стадия и фазата на болестта		
2.	Контролен преглед е задължителен за всички болни 4 - 6 седмици след изписването от болница		
3.	При непълно възстановяване и незадоволителен отговор е показана рентгенография на гръдния кош, консултация с специалист-пулмолог или насочване за болнично лечение		
	VII. Хоспитализирани болни с ХОББ		X
	Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой целеви клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата: <input type="text"/>	подпис
Дата: <input type="text"/>	подпис

Дата: <input type="text"/>
Подпис: <input type="text"/>
печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при установен ХОББ при първичен преглед	X	X
1.	Функционално изследване на дишането (спирометрия) с бронходилататорен тест (БДТ)		
2.	Рентгенография на гръден кош		
3.	Статични белодробни обеми		
4.	ЕКГ, хемоглобин		
5.	Преценка възможността от самообслужване		
6.	Проверка техниката на инхалиране и спазването на предписания лечебен план		
7.	Преценка необходимостта от домашна кислородотерапия		
8.	Преценка необходимостта от болнично лечение (при обостряне)		
	II. Дейности при вторични прегледи		
1.	Контролен преглед – зависи от симптоматиката, стадия и фазата на болестта		
2.	Контролен преглед е задължителен за всички болни 4 - 6 седмици след изписването от болница		
3.	При непълно възстановяване и незадоволителен отговор е показана рентгенография на гръдния кош, консултация с специалист-пневмолог или насочване за болнично лечение		
	III. Консултации с кардиолог		X
	IV. Хоспитализирани болни с ХОББ		X
	Общ брой болни с ХОББ под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой целеви клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

БРОНХИАЛНА АСТМА

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на Бронхиалната астма

Целеви групи -

1. ОПЛ провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:

- Атопична бронхиална астма
- Неатопична бронхиална астма
- Смесена бронхиална астма
- На първичната профилактика подлежи потомството на млади семейни двойки, от които единият или двамата са атопици.
- .Всички стари и новооткрити болни с БА.
- .Всички болни с тежко протичаща БА.
- .Всички болни с алергичен ринит или атопичен дерматит.
- Аспиринова бронхиална астма
- Астма при физически усилия
- Професионална астма

Когато ОПЛ установи:

от анамнезата – кашлица, особено мъчителна през нощта; епизоди на задух и стягане в гърдите; симптомите се влошават през нощта, провокират се при физическо усилие, вирусна инфекция, контакт с животни- кърлеж;алергия към домашен прах, дим, контакт с полени, , химически аерозоли; силни емоционални прояви.

от статуса: свиркащо дишане (високотонални свиркащи хрипове - особено при деца); обструкция, положителен бронходилататорен тест, еозинофилия в кръвта следва да насочи болия към специалист- алерголог.

2. Специалистът води на диспансерен учет рисковите групи здравноосигурени лица.

Когато при специалиста пристигне пациент, насочен от ОПЛ, със съмнение за бронхиална астма, специалистът:

- сменя насочена анамнеза и статус;
- интерпретира параклиничните изследвания, назначени от ОПЛ;
- при необходимост назначава допълнителни изследвания и диагностични процедури от съответния пакет медицински дейности – спирометрия, бронхопровокационни тестове с медиатори, физически усилия и студен въздух, интракутанни проби с алергени, рентгенография на бели дробове;
- при потвърдена диагноза уведомява ОПЛ ;
- при потвърдена диагноза бронхиална астма, изяснява типа на БА (по възможност открива актуалния алерген);
- съвместно с болния изгражда индивидуален писмен лечебен план и индивидуален план за действие при пристъп;
- назначава следващата визита след 15 дни при новооткрита астма;

- насочва болния при ОПЛ с подробно медицинско заключение, разгърнатата диагноза, проведените изследвания, изготвения индивидуален лечебен план и план за действие при остър пристъп;
- провежда специфична имунотерапия;
- при новооткритите астматици преоценява лечебните планове на 3 месеца до определяне на оптималните минимални дози на медикаментите;
- провежда обучителни сесии с болни и техните близки за първа помощ при пристъп и използване на инхалаторните устройства.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____.____._____ г.

БРОНХИАЛНА АСТМА

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплаквания от обща слабост, отпадналост, намален апетит с неизяснена етиология?
2. Оплаква ли се от хрема и кихане, протичащо протрахирано и неповлияващи се от рутинно лечение?
3. Оплаква ли се от затруднено дишане, появяващо се периодично или протичащо протрахирано?
4. Често ли боледува от "настинки"?
5. Лекувани ли са те своевременно и достатъчно време с лекарствени препарати?
6. Има ли алергични прояви от използвани лекарствени препарати?
7. Довели ли са те до промени в белодробния статус - кашлица, затруднено дишане, повишаване на температурата, общи прояви?
8. Повлияват ли се тези оплаквания при промяна на климата?
9. Кои от оплакванията доминират - кашлица с повишаване на температурата или затруднено дишане или и двете групи оплаквания заедно?
10. Има ли промяна в емоционалния статус - промяна в настроението, отношението към близките и околните?
11. Има ли придружаващи минали заболявания - ХОББ, хроничен спастичен бронхит, пневмофиброза, алергични полипозии и др.?
12. Работи ли в среда с вредности - висока степен на запрашеност, задименост, лоши атмосферни условия и др.?
13. Има ли вредни навици - злоупотреба с тютюнопушене, алкохол, намалена двигателна активност?
14. Има ли в семейството си болни от бронхиална астма или други инфекциозно-алергични заболявания?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при първичен преглед за установяване на бронхиална астма		
1.	Анамнеза		
2.	Физикално изследване		
3.	Еозинофилия в периферната кръв		
4.	Еозинофилия в храчките и/или назален секрет		
5.	ЕКГ		
6.			
	II. Консултации със специалист		
	Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой целеви клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА БРОНХИАЛНА АСТМА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при първичен преглед за установяване на бронхиална астма		
1.	Анамнеза		
2.	Физикално изследване		
3.	ФИД (+ бронходилататорен тест)		
4.	Бронхопровокационен тест с медиатори		
5.	Бронхопровокационен тест с физически усилия		
6.	Бронхопровокационен тест със студен въздух		
7.	Интракутанен тест с алергени		
8.	Назален провокационен тест с алергени		
9.	Рентгенография на бял дроб		
	II. Сесии за обучение на болните с бронхиална астма и техните близки		
	III. Хоспитализирани болни с бронхиална астма		X
	IV. Дейности при вторични прегледи		
1.	Анамнеза		
2.	Физикално изследване		
3.	ФИД (+ бронходилататорен тест)		
4.	Еозинофилия в периферната кръв		
5.	Еозинофилия в храчките и/или назален секрет		
6.	Бронхопровокационен тест с физически усилия		
7.	Бронхопровокационен тест със студен въздух		
8.	Интракутанен тест с алергени		
	Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	<input type="text"/>
Подпис:	<input type="text"/>
	печат

ТУБЕРКУЛОЗА

Клинични препоръки към лекаря за профилактиката и лечението на Туберкулозата

Целеви групи -

1. **ОПЛ** провежда скрининг на рискови групи здравноосигурени лица:

- население от райони с висока заболеваемост;
- лица пребиваващи в заведения за социални грижи;
- лица с пресен вираж на туберкулиновата алергия;
- деца и юноши със силно изразена кожна туберкулинова чувствителност;
- лица в пряк контакт с бацилоносители и бацилоотделители;
- диабетно болни , алкохолици , имunosупресирани – лица на продължителна КС и цитостатична терапия;
- HIV позитивни и СПИН болни;
- работещи в детски градини , учебни заведения , производство на хранителни продукти, заведения за обществено хранене;
- лица преболедували от туберкулоза или съпътстващи неспецифични белодробни заболявания.

2. Когато ОПЛ има съмнение за туберкулозно заболяване е необходимо да се приложи клиничен минимум :

- целенасочена анамнеза,
- директна бактериоскопия по Цил-Нилсен,
- пълно физикално изследване на дихателната система и други засегнати органи,
- рентгеново изследване на белите дробове,
- СУЕ,
- ПКК с диференциално броене на левкоцитите,
- изследване на урина за белтък, уробилиноген и седимент,
- проба за Манту с 5 МЕ.

3. При наличие на патологични отклонения ОПЛ изпраща болния с всички резултати за консултация със **специалист-пулмолог** и по преценка към отделение за болнично лечение или пневмо-фтизиатричен диспансер.

4. ОПЛ и тези от извънболничната специализирана медицинска помощ осигуряват насоченост на прегледите и изследванията на болните с оглед ранното откриване на туберкулозата във всичките ѝ форми и локализации.

5. При потвърдена диагноза изпраща бързо известие до областния диспансер и уведомява ОПЛ.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____.____._____ г.

ТУБЕРКУЛОЗА

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

1. Има ли оплаквания от обща слабост, отпадналост, намален апетит и загуба на тегло с неизяснена етиология?
2. Често ли покачва температура и до какви стойности достига тя ?
3. Чести ли са тези температурни състояния ?
4. Изпотява ли се често и в кои часове на деня ?
5. Оплаква ли се от кашлица с протрахирано протичане и неизяснена етиология ?
6. Боледува ли често от атипичен “грип” с протрахирано протичане ?
7. Боледува ли често от протрахирано протичащи заболявания на дихателната система ?
8. Установени ли са хронични възпалителни заболявания на дихателната система, често ли се обострят и повлияват ли се адекватно от рутинно проведеното лечение ?
9. Има ли оплаквания от нетипично протичащи неврити, радикулити, плексити, ишиас ?
10. Има ли заболявания от страна на женските гениталии (хроничен аднексит и т.н.), неповлияващи се от рутинна терапия ?
11. Има ли установени цистити, епидидимити и др. , неповлияващи се от рутинна терапия ?
12. Има ли заболявания на опорно-двигателния апарат (кости, стави, мускули), протичащи протрахирано и с леки възпалителни промени ?
13. Има ли контрактура или хипотрофия на съседни мускулни групи и ограничени движения на засегнатите стави или участък от гръбначния стълб?
14. Има ли протрахирано протичащи очни заболявания (кератоконюнктивити, хориоретинити и др.)?
15. Има ли кожни промени (възловиден еритем, папуло-некротични изменения и др.) и оплаквания от тях?
16. Има ли промяна в емоционалния статус – промяна в настроението и отношението към семейството и околните?
17. Има ли придружаващи минали заболявания (ХОББ, хроничен бронхит, бронхиална астма, пневмокониози, пневмофиброза, диабет, затлъстяване и др.) ?
18. Работи ли в среда с вредности – висока степен на запрашеност, задименост, лоши атмосферни условия и др.?
19. Има ли вредни навици – злоупотреба с тютюнопушене, алкохол, намалена двигателна активност ?
20. Има ли в семейството прекарвали или болни от туберкулоза, които в момента са на активно лечение ?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ТУБЕРКУЛОЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Скрининг на рискови групи здравноосигурени лица с:		
1.	население от райони с висока заболеваемост		
2.	болни с психични заболявания пребиваващи в аведения за социални грижи		
3.	лица с пресен вираж на туберкулиновата алергия		
4.	деца и юноши със силно изразена кожна туберкулинова чувствителност		
5.	лица в пряк контакт с бацилоносители и бацилоотделители		
6.	диабетно болни , алкохолици , имunosупресирани – лица на продължителна КС и цитостатична терапия		
7.	HIV позитивни и СПИН болни		
8.	работещи в детски градини , учебни заведения , производсво на хранителни продукти, заведения за обществено хранене		
9.	лица преболедували от туберкулоза или съпътстващи неспецифични болодробни заболявания		
	От тях брой лица с доказан туберкулоза в резултат на извършения скрининг		X
	Консултации с пулмолог	X	
	II. Дейности при първичен преглед за установяване на туберкулоза		
1.	директна бактериоскопия по Цил-Нилсен		
2.	пълно физикално изследване на дихателната система и други засегнати органи		
3.	рентгеново изследване на белите дробове		
4.	СУЕ, ПКК с диференциално броене на левкоцитите		
5.	изследване на урина за белтък, уробилиноген иседимент		
6.	проба за Манту с 5 МЕ.		
7.	активно привличане, изследване и наблюдение на контактните лица в жилището и местоработата на новооткрити болни		X
	III. Скрининг за туберкулоза		
	Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой целеви клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛОЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Дейности при първичен преглед за установяване на туберкулоза		
1.	физикален преглед		
2.	интерпретиране на параклиничните изследвания, назначени от ОПЛ		
	II. Хоспитализирани болни с туберкулоза		X
	II. Дейности при вторични прегледи		
1.	Активно наблюдение на диспансеризирани болни, по групи, с оглед ранното откриване на рецидиви		
	Общ брой болни под наблюдение за отчетния период		X
	Общ брой клинични прегледи	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА И РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Клинични препоръки към лекаря за профилактика и лечение

Целеви групи -

1. Групи жени, подлежащи на скрининг

1.1. На профилактични гинекологични прегледи (ПГП) подлежат всички жени, навършили 20 год., както и по-млади жени, имали поне едно полово сношение.

1.2. Групи жени с повишен риск:

При рак на маточната шийка

- жени, които разменят секс срещу пари или наркотици или сексуалният им партньор прави това;
- жени с повече от 1 сексуален партньор през последната година;
- жени, чиито партньор има повече от 1 сексуална партньорка;
- жени с видими изменения на маточната шийка;
- жени с анамнеза за ППЗ;
- имуносупресирани болни;
- наркоманки или HIV-позитивни.

При рак на млечната жлеза

- жени с фамилна обремененост;
- жени с мастопатия;
- жени с хормонални заболявания;
- жени, които използват контрацептиви;
- жени, които не са раждали и не са кърмили.

2. Периодичност на профилактичните гинекологични прегледи в рамките на програмата по управление на национални здравни приоритети – рак на маточната шийка и рак на млечната жлеза

Възраст (години)	Риск	Повишен	Обичаен
< 20, полово активна			1 ПГП / 1 год.
20 – 59		1 ПГП / 1 год.	1 ПГП / 1-2 год. След 2 отр. резултата: 1 / 2-5
60 +		1 ПГП / 1 год.	ПГП при първата визита. След отр. резултат: 1/ 2-5

3. Дейности на ОПЛ и специалиста

Един ПГП в живота на жената намалява риска от напреднал (смъртоносен) рак на маточната шийка с 50 % (2 пъти). Един ПГП на всеки 5 години намалява този риск с 80-90 %.

Основна цел на ПГП е да открие преинвазивни или ранни инвазивни неоплазии на маточната шийка, но освен това се откриват: бременност, полово-предавани заболявания (ППЗ), други заболявания на женските полови органи и на гърдата. ПГП включва:

- гинекологична анамнеза;
- клинично изследване на млечните жлези; при първата визита – обучение за самоизследване на млечните жлези ;

- онкоцитонамазка;
- гинекологичен преглед;
- На жените, навършили 45 години, се дава съвет да се подложат на мамография, която да се повтаря през 1-3 години.

3.1. ОПЛ извършва следните дейности:

- снема гинекологична анамнеза;
- гинекологичен преглед;
- вземане на цервикална намазка за цитологично изследване /Pap/;
- организира съхранението и транспортирането на материала за изследване до медико-диагностичната лаборатория;
- изследване на млечните жлези;
- насочва за мамография;
- обучава жената на самоизследване на млечните жлези.

3.2. ОПЛ насочва пациентката към специалист при:

- наличие на гинекологични оплаквания;
- неясен или патологичен гинекологичен статус;
- патологична находка в млечните жлези;
- цитонамазка III, IV или V група.

Алгоритъм на ОПЛ

/при положителен резултат жената се насочва към специалист/

Отрицателен резултат: всички изброени условия са налице	Положителен резултат: поне едно от изброените условия е налице
Липса на гинекологични оплаквания.	Наличие на гинекологични оплаквания.
Нормален статус на млечните жлези.	Патологична находка в млечните жлези.
Цитонамазка: I или II група по Papanicolaou.	Цитонамазка: III, IV или V група.
Нормален гинекологичен статус.	Патологичен или неясен гинекологичен статус.

3.3. Специалистът извършва следните дейности:

- снема гинекологична анамнеза;
- гинекологичен преглед;
- изследване на млечните жлези;
- обучава жената на самоизследване на млечните жлези;
- интерпретира резултата от цитонамазката;
- при необходимост назначава допълнителни медико-диагностични изследвания ;
- извършва инструментални изследвания – колпоскопия и ултразвукова диагностика на млечни жлези и гинекологични органи;
- потвърждава или отхвърля диагнозата;
- насочва за лечение в лечебни заведения за болнична помощ;
- изпраща бързо известие до онкологичния диспансер за злокачествено заболяване;
- информира ОПЛ за резултата от прегледа.

Процеси, които могат да се проявят като “раничка” на маточната шийка

Процес, разпознат от специалист	Прогноза	Информация за пациентката
Ектопия, доброкачествена трансформация на епитела	Добра. Лечение се обсъжда при оплаквания, желание за ВПС, някои форми на стерилитет.	Тъканно-деструктивно лечение, друго лечение, никакво лечение – по преценка на консултанта.
Декубитална язва (песар, пролапс)	Добра.	Локално лечение.
Неспецифично възпаление	Добра.	Антиинфекциозно лечение според причинителя.
Специфично възпаление (lues, tbc)	Добра quo ad vitam.	Лечение от специалист.
Папилом, кондилом, херпес	Рискове: • заразяване от/на партньора; • разрастване / рецидив; • неоплазия.	Неотложно лечение от специалист.
Преинвазия	Риск от инвазия: до 20% в хода на 10- годишно проследяване без лечение.	Тъканно-деструктивно лечение, конизация или друго лечение.
Инвазия	В зависимост от клиничния стадий и хистологията.	Неотложно лечение в специализирано заведение.

Затруднения и неясноти при бимануална палпация на тазовите органи

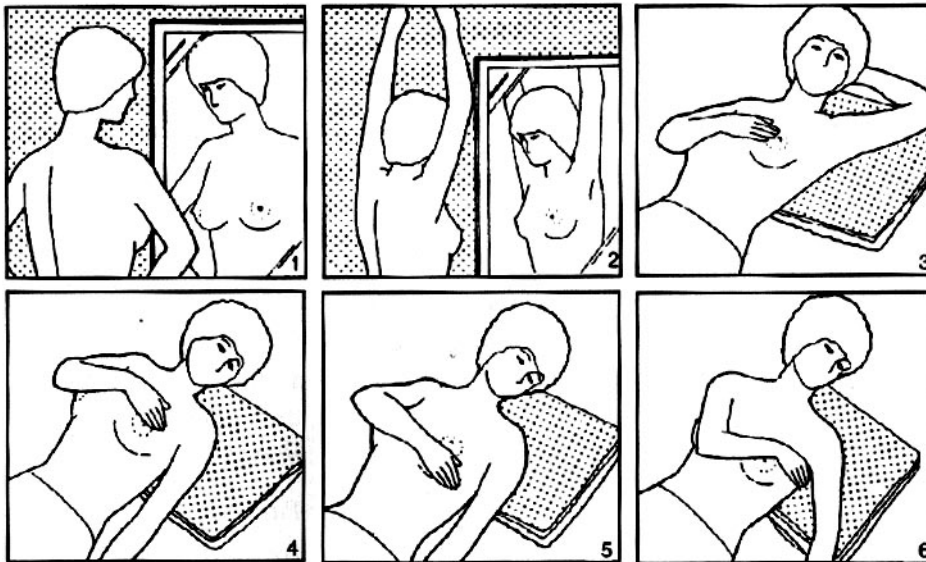
Затруднение	Препоръка или коментар
Virgo intacta.	Преглед per rectum.
Палпацията е силно болезнена.	Безсмислено е да бъдем настоятелни. Пациентката се насочва към специалист.
Палпацията не е силно болезнена; органът не се палпира.	Допустимо е при много дебела или напрегната коремна стена (стрес, гъдел, <i>défense</i> , асцит). <i>Нормалната тръба не се палпира.</i> Органът може да липсва (вродено заболяване или последствие от операция).
Малкият таз е зает от голяма формация. Не се различават отделни органи.	1. Бременност. 2. Пълен пикочен мехур (микция, катетеризация). 3. Напреднал тазов тумор. 4. ТВБ. 5. Голяма haematometra.
Неясна находка в параметриите	Изследването per rectum е по-информативно, отколкото per vaginam.
Неясна находка в малкия таз	Консултация със специалист!

САМОИЗСЛЕДВАНЕ НА МЛЕЧНИТЕ ЖЛЕЗИ

Самоизследването на млечните жлези трябва да се извършва един път месечно, веднага след края на ПРМ (ако жената е в менопауза – в първите дни на календарния месец).

1. Жената е гола от кръста нагоре. Застава пред огледалото първо с отпуснати ръце, а след това с ръце, здраво притиснати към ханша – за да напрегне гръдната мускулатура (фиг. 1-1). Следи за:

- промяна във външния вид на гърдите;
- промени в положението на зърната;
- набръчкване на кожата повърхност.



Фигура 1: Самоизследване на млечните жлези

2. Огледът се повтаря с високо вдигнати ръце (фиг. 1-2).

3. Жената ляга върху твърда повърхност. Поставя сгъната хавлиена кърпа или възглавничка под лявото си рамо и слага лява ръка под главата (фиг. 1-3). Опипва жлезата по квадранти, започвайки от горния вътрешен квадрант. Опипващите пръсти се движат от периферията към зърното. Следи за бучка или уплътнение, независимо от големината им.

4. Същата процедура се повтаря за горния външен квадрант (фиг. 1-4), долния външен квадрант (фиг. 1-5) и долния вътрешен квадрант.

5. Лявата ръка се сваля и жената опипва лявата си подмишнична ямка (фиг. 1-6).

6. Жената изцежда лявото гръдно зърно с палеца и показалеца на дясната ръка. Търси се необичайна секреция или кървене:

- Млечна секреция (galactorrhoea): физиологична (бременност, състояние след аборт, пуерпериум) или друга хиперпролактинемия;
- Зеленикава секреция: mastopathia;
- Кървава секреция: интрадуктална папиломатоза.;

7. Възглавничката се премества под дясното рамо и процедурата се повтаря за дясната гърда, подмишнична ямка и зърно.

ТЕРМИНОЛОГИЯ НА ЦИТОПАТОЛОГИЧНИЯ ОТГОВОР

при изследване на онкопрофилактични цитонамазки

Класическият отговор на цитопатологичната лаборатория се придържа към схемата “групи по Papanicolaou”, а именно:

Група по Papanicolaou	Значение
ПЪРВА (Pap I)	Липсва съмнение за неоплазия. Няма данни за възпаление.
ВТОРА (Pap II)	Липсва съмнение за неоплазия. Съществуват данни за колпит и/или ендocerвицит.
ТРЕТА (Pap III)	Съществува сериозно съмнение за преинвазивна неоплазия. Не е абсолютно изключена инвазивна неоплазия. Налице е колпит и/или ендocerвицит, като цялостната картина може да се дължи единствено на възпалението.
ЧЕТВЪРТА (Pap IV)	Съществуването на преинвазивна неоплазия е почти сигурно. Твърде вероятно е да има и инвазия.
ПЕТА (Pap V)	Почти сигурно се касае за инвазивна неоплазия.

Забележка: Съществуващите подгрупи в системата на Papanicolaou не са от значение за ОПЛ. При група III, IV или V той насочва пациентката към специалист – независимо дали отговорът е “Pap III-a”, “Pap III-b” и т.н.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____.____._____ г.

РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

I. Пол и възраст

II. Въпроси към пациента:

Общи

1. Чувствате ли се напрегната, депресирана, обърквана?
2. Непоносимост към храни, гадене.
3. Загуба на телесно тегло.

Специфични

1. Кървене:
 - след полов акт / контактено /;
 - извън менструация / неправилно /;
 - след менопауза.
2. Имате ли неприятно усещане /дискомфорт/ във влагалището?
3. Течение от влагалището:
 - цвят;
 - мирис;
 - количество;
 - периодичност;
 - честота.
4. Смущения при уриниране, дефекация.
5. Първи полов акт – преди 20 годишна възраст.
6. Сексуални партньори – повече от двама.
7. Начин на контрацепция.
8. Хормонални препарати /локално, парентерално /.

III. Изследвания:

1. Последен гинекологичен преглед.
2. Последна колпоскопия.
3. Последна цитонамазка – резултат / група /.

IV. Фамилна обремененост:

1. Майка, сестра с рак на маточната шийка.
2. Роднини с други злокачествени заболявания.

V. Минали заболявания:

1. Генитални
 - на шийката /лацерации, “ранички” и др./
 - вирусни заболявания / HPV и др./
2. Акушерска анамнеза
 - бременности
 - раждания
 - аборти
3. Екстрагенитални заболявания.

VI. Вредни навици

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / _____._____._____ г.

РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

I. Пол и възраст

II. Въпроси:

Общи

1. Чувствате ли се депримирана, объркана, напрегната?
2. Имате ли оплаквания от кости, стави?
3. Имате ли непоносимост към някои храни, гадене?
4. Имате ли нарушения в чувствителността и в моториката на мл.жлези?
5. Загуба на тегло.

Специфични

1. Болки в гърдите.
2. Тежест в гърдите.
3. Затопляне в областта на гърдите.
4. Изтичане на течност, секрет от гърдите.
5. Големи увеличения или намаления на някоя от гърдите, или на част от нея- ("бучка").
6. Предхождащи заболявания на млечните жлези (мастити, абсцеси, мастопатия, други).
7. Бременности, раждания, кърмене.
8. Менструален цикъл, менархе, менопауза.
9. Гинекологични заболявания, операции.
10. Прием на медикаменти (хормонални контрацептиви, хормонозаместващи).

III. Изследвания:

1. Последен самостоятелен преглед.
2. Последен гинекологичен преглед.
3. Последен ултразвуков преглед.
4. Последна мамография.

IV. Фамилна обремененост:

1. Родители, роднини с рак на гърдата.
2. Родители, роднини със злокачествени заболявания.

V. Минали заболявания:

1. Екстрагенитални.
2. Затлъстяване.

VI. Вредни навици:

1. Тютюнопушене.
2. Хранителен режим.
3. Алкохол.

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
№.	<input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
вх	<input type="text"/>	ет	<input type="text"/>
ап	<input type="text"/>	Код	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА РАК НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА И МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I.Скрининг на жени		
	в т.ч. на рискови групи за рак на маточната шийка		
	в т.ч. на рискови групи за рак на млечната жлеза		
1.	жени с гинекологични оплаквания		X
2.	гинекологичен преглед		X
3.	изследване на млечни жлези		X
4.	вземане на цервикална намазка за цитологично изследване		
5.	цитонамазки III, IV и V Pap гр.		X
6.	обучение за самоизследване на млечни жлези		X
7.	мамография		
8.			
	II. Консултации със специалист	X	
	III.Брой жени с доказан рак на маточната шийка в резултат на скрининга		X
	IV.Брой жени с доказан рак на млечните жлези в резултат на скрининга		X
	V.Общ брой наблюдавани жени за отчетния период		X
	Общ брой прегледи за отчетния период	X	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:
Подпис:
печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област: <input type="text"/>	Община: <input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Гр. (с.) <input type="text"/>	Ул. <input type="text"/>	№. <input type="text"/>	Код <input type="text"/>
Ж.к <input type="text"/>	бл <input type="text"/>	вх <input type="text"/>	ет <input type="text"/>
	ап <input type="text"/>		

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА РАК НА ШИЙКАТА НА МАТКАТА И МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица	Брой изследвания
	I. Жени насочени за консултация към специалист		
1.	жени с гинекологични оплаквания		X
2.	гинекологичен преглед		X
3.	изследване на млечни жлези		X
4.	ултразвуково изследване на млечни жлези		
5.	цитонамазки III, IV и V Pap гр:		X
6.	от тях насочени за болнично лечение		X
7.	оставени за активно наблюдение и лечение от специалиста		X
8.	колпоскопия		
9.	клинико-лабораторни изследвания		
10.	ултразвуково изследване на гинекологични органи		
11.	обучение за самоизследване на млечни жлези		X
12.	контролни прегледи на жени оставени за активно наблюдение и лечение		X
	II. Общ брой жени насочени за болнично лечение		X
	III. Брой жени с доказан рак на маточната шийка в резултат на скрининга		X
	IV. Брой жени с доказан рак на млечната жлеза в резултат на скрининга		X
	V. Общ брой наблюдавани жени през отчетния период		X
1.	С рак на маточната шийка		X
2.	С рак на гърдата		X
	VI. Общ брой прегледи за отчетния период	X	
	VII. Брой изпратени бързи известия за онкологично заболяване		X

Проверили:	
Дата: <input type="text"/>	подпис
Дата: <input type="text"/>	подпис

Дата: <input type="text"/>
Подпис: <input type="text"/>
печат

АЛКОХОЛИЗЪМ И НАРКОМАНИИ

1. Дейности в извънболничната медицинска помощ

1.1. Поради спецификата на разстройствата за обща диагностика и оценка на състоянията, свързани с алкохолната и наркоманна злоупотреба, могат да бъдат използвани източници, определени от следната диагностично-технологична рамка:

- Интервю на пациента;
- Информация от семейството и други лица;
- Клиничен преглед;
- Въпросници/скали.

1.2. Въз основа на тази методология се получава скала от оценъчни белези(симптоми), които се разполагат в следните три йерархични и взаимосвързани равнища:

- Белези (симптоми) от кръга на социалното поведение на индивида;
- Белези (симптоми) от кръга на психичните и психологичните функции (разстройства) на индивида;
- Белези (симптоми) от кръга на соматичните разстройства, получени в резултат на хронична (системна) злоупотреба с алкохол и/или наркотици.

1.3. Като извършва диагностичния процес по този начин, общо-практикуващият лекар или специалист могат да разположат диагностично пациента с алкохолен проблем в някои от следните три основни диагностични кръга:

- Рисково пиене на алкохол;
- Увреждащо пиене на алкохол;
- Зависимост към алкохола.

1.4. По подобен начин могат да бъдат използвани белезите (симптомите) от различните диагностични кръгове за оценка на състоянията, свързани с наркотична злоупотреба:

- Експериментиращи с наркотици;
- Системно злоупотребяващи с наркотици;
- Зависими към наркотични вещества.

2. Дейности на ОПЛ в първичната извънболнична медицинска помощ:

2.1. В преобладаващата част от случаите обръщането на лица с алкохолни проблеми към лекаря от първичната извънболнична медицинска помощ става поради оплаквания, които не се дефинират като свързани с алкохолна консумация. Обикновено мотивът "алкохол" се въвежда от член на семейството или друг близък на пациента. Обръщането към лекаря от първичната здравна помощ (семеен лекар) става най-често във връзка с оплаквания от страна на сърдечно-съдовата система, дихателната система, нервната система (периферно-нервни разстройства, вегетативно-нервни симптоми), а така също и поради някои психични смущения като нервност, тревожност, напрегнатост, разстройство на съня, пристъпи на страх и т.н.

2.2. В такива случаи семейният лекар следва определена линия на диагностичен процес:

Първи етап: Изясняване доколко реални и до каква степен са изразени горните разстройства;

Втори етап: По-детайлно разработване на характера, времепоявяването, продължителността, интензитета и овладяването на симптоми като сърцебиене, изпотяване, болки и парестизии в краката, тремор, разстройства на съня;

Трети етап: Опит за преодоляване на т.нар. “алкохолно алиби” или преодоляване на съпротивите на пациента да обсъжда алкохолните си проблеми. Това може да не бъде постигнато при първия лечебен контакт. Целесъобразно е домашният лекар да получи допълнителна подготовка по технологията за преодоляване на защитите или да бъде подготвен специален материал по този въпрос;

Четвърти етап: Основни критерии за оценка на проблеми, свързани с алкохол:

- Подтиснато настроение, повишена раздразнителност, напрегнатост, бързо изчерпване на психичната енергия (астения), уморяемост;
- Относително-специфични разстройства на съня: сравнително бързо заспиване, много кратък сън, ранно събуждане, кошмарни сънища;
- Загуба на повръщателен рефлекс;
- Влечение (желание) за честа консумация на алкохол;
- Загуба на контрол върху количеството изпит алкохол;
- Загуба на контрол върху ситуацията, в която може да бъде осъществена алкохолната интоксикация;
- Специфична динамика на толеранса (поносимостта) към алкохола: покачване значително над физиологичните рамки (100-200 мл до 500-1000мл и повече концентрат и приведени към тези количества неконцентрирани напитки) до рязка интолерантност (белези на интоксикация – промени в съзнанието, дизартрия, атаксия и др. от минимални количества);
- Абстинентни симптоми няколко часа след последния прием на алкохол: предимно нощна хиперхидроза, лингвален, букален, дигитален и корпорален тремор, гърчови припадъци, халюцинации;
- Соматични симптоми на гастрит, хепатит, язвена болест, полиневропатия, енцефалопатия и др.;
- Количеството консумиран алкохол и честотата на консумацията имат значение за оценка равнището на алкохолна проблематика, само ако се разглеждат в културално-контекстуален план. .

Без да е прецизна тази оценка, може да се приеме, че проблемна алкохолна консумация има при следните условия:

- пиене над два пъти седмично;
- консумация на повече от 200-400 мл концентрат или приравнено към това количество други напитки седмично, но не еднократно;
- консумация, която не търси решаване на проблеми от социално, социално-психологично и комуникационно естество;

- посочените количества и честота при жените трябва да се вземат с един намаляващ коефициент от 30 до 50%;
- консумацията на алкохол при жените, свързана с опит за облекчаване на предменструалния синдром, също трябва да се смята за симптоматично и изискващо интервенция.

2.3. При злоупотреба с определен кръг наркотични вещества (опиати, бензодиазепини, барбитурати и др.) се развива болестна физическа зависимост, която се изразява с абстинентни симптоми, различни при съответните наркотични вещества:

- При опиати - гадене, повръщане, изпотяване, безсъние, адинамия, болки в ставите, мускулите и костите, диария. Тази симптоматика се проявява няколко часа след спиране на приема на опиати и продължава средно между 7 и 14 дни;
- При бензодиазепини - страх, тревожност, тремор;
- При барбитурати - страхово-депресивни състояния, тремор, изпотяване, халюцинации;
- При стимуланти – емоционална лабилност, безсъние, депресия, висок суициден риск.

При лечение на зависимостите трябва да се има предвид, че рязкото спиране на барбитурати и бензодиазепини при зависими лица може да доведе до гърчови състояния, припадъци, вкл. епилептичен статус, който да завърши със смърт. Поради това се приема за грешка спиране на барбитурати и бензодиазепини. При другите наркотични вещества е допустимо рязко спиране на веществото.

Като средство на избор при лечение на абстинентни състояния се приема използването на карбамазепин (вкл. депо формата невротоп - 300-600 мг дневно) и бензидиазепини (дiazepam – до 100 мг дневно). По-тежки абстинентни състояния е препоръчително да бъдат насочени към специалист или за болнична детоксикация. Възможна е също така детоксикация на опиятна абстиненция с метадон или налтрексон. По време на лечението на абстинентните състояния е целесъобразно включването на родителите или други близки като подкрепящ фактор.

Общопрактикуващият лекар прави внимателен анализ на състоянието и предлага стратегии за избягване на рисковите ситуации, евентуално намаляване на дозата на наркотичното вещество или неговото спиране

2.4. Основни лечебни подходи на общопрактикуващия лекар:

- Съветване;
- консултиране на пациента и неговото семейство;
- изработване на стратегия за намаляване, респ. спиране на алкохолната консумация;
- изработване на стратегии за избягване на рискови ситуации;
- подчертаване на щетите от алкохолната консумация и тактика за поощряване на всеки постигнат успех;

- медикаментозна терапия за лечение на психичните проблеми, на соматичните разстройства, на абстинентни състояния и поддържащо антирецидивно медикаментозно лечение.

2.5. ОПЛ насочва към специалист при:

- невъзможност за преодоляване на психологичните съпротиви (“алкохолно алиби”);
- необходимост от специализирана психиатрична и психотерапевтична интервенция;
- невъзможност за прекратяване на запойно състояние;
- наличие на заплаха за повтарящи се гърчови припадъци;
- наличие на симптоми на започващ и разгърнат алкохолен делир;
- невъзможност за предотвратяване на рецидив;
- наличие на коморбидност (двойна диагноза): комбинация на алкохолни проблеми с други психични разстройства, изискващи специализирана психиатрична помощ – страхови, страхово-депресивни, параноидни, депресивни състояния, шизофрения и т.н.

3. Дейности на специалиста в специализираната извънболнична медицинска помощ:

3.1. Специализираното психиатрично лечение включва следните подходи, техники и процедури:

- Индивидуална психотерапия;
- Групова психотерапия;
- Семейна психотерапия;
- Мотивиращи техники за лечение;
- Техники по превенция на рецидивите;
- Лечение на коморбидни състояния;
- Насочване към организации на взаимопомощ;
- Подготовка на стратегии за справяне при злоупотреба с алкохол и наркотични вещества;
- Подготовка и прилагане на стратегии при зависимост от алкохол и наркотични вещества;
- Договаряне (контракт) на лечебни насоки след дискусия и приемане от страна на идентифицирания пациент и неговите близки;
- Провеждане на детоксикация при абстинентни състояния;.

3.2. Хоспитализацията на пациенти с алкохолен и наркоманен проблем се извършва по определени показания:

- Тежка абстинентна криза;
- Състояние на запой с алкохол или високи дози на опиати, бензодиазепини, барбитурати и др;
- Делириум тременс и чести алкохолни припадъци;
- Коморбидно психично заболяване, което изисква болнично лечение;
- Тежки соматични разстройства;
- Психотични разстройства, свързани с веществото.

Хоспитализацията следва да бъде извършена със съгласието на идентифицирания пациент, а ако той е под 18 год., и на неговите близки. При отказ от хоспитализация и наличието на значителна опасност за живота и здравето хоспитализацията се извършва при условията на Закона за народното здраве.

АНКЕТНА КАРТА ЗА СКРИНИНГ ПО НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ ПРИОРИТЕТИ

(попълва се от ОПЛ)

№ _____ / ____ . ____ . ____ г.

АЛКОХОЛИЗЪМ И НАРКОМАНИИ

I. Пол и възраст

II. Въпроси /интервю/:

1. Алкохолизъм

1.1. Имате ли:

- подтиснато настроение?
- повишена раздразнителност?
- напрегнатост?
- бързо изчерпване на психичната енергия?
- уморяемост?

1.2. Имате ли разстройства на съня:

- сравнително бързо заспиване?
- много кратък сън?
- ранно събуждане?
- кошмарни сънища?

1.3. Загуба на повръщателен рефлекс?

1.4. Влечение (желание) за честа консумация на алкохол

- пиене над два пъти седмично
- консумация на повече от 200-400 мл концентрат или приравнено към това количество други напитки седмично, но не еднократно
- консумация, която не търси решаване на проблеми от социално, социално-психологично и комуникационно естество

1.5. Загубвате ли контрол върху количеството изпит алкохол?

1.6. Загубвате ли контрол върху ситуацията?

1.7. Забелязвали ли сте няколко часа след последния прием на алкохол:

- предимно нощно изпотяване
- треперене на крайници
- гърчови припадъци
- халюцинации

1.8. Имате ли:

- гадене и повръщане /сутрешна/, болки в корема, киселини, тежест и подуване на корема?
- главоболие, световъртеж, мускулна слабост?

2. Наркомании

2.1. Имате ли:

- гадене
- повръщане
- изпотяване
- безсъние
- мускулна слабост
- болки в ставите, мускулите и костите
- диария
- страх, тревожност
- тремор
- халюцинации
- емоционална лабилност, безсъние
- подтиснатост?

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
№.	<input type="text"/>	Специалност	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
вх	<input type="text"/>	ет	<input type="text"/>
ап	<input type="text"/>	Код	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА АЛКОХОЛИЗЪМ И НАРКОМАНИИ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица
I. Пациенти обърнали се към ОПЛ		
1.	Рисково пиене на алкохол	
2.	Увреждащо пиене на алкохол	
3.	Зависимост към алкохола	
4.	Експериментиращи с наркотици	
5.	Системно злоупотребяващи с наркотици	
6.	Зависими към наркотични вещества	
II. Дейности на ОПЛ		
1.	прост съвет	
2.	консултиране на пациента и неговото семейство	
3.	изработване на стратегия за намаляване, респ. спиране на алкохолната консумация	
4.	изработване на стратегии за избягване на рискови ситуации	
5.	подчертаване на щетите от алкохолната консумация и тактика за поощряване на всеки постигнат успех	
6.	медикаментозна терапия за лечение на психичните проблеми, на соматичните разстройства, на абстинентни състояния и поддържащо антирецидивно медикаментозно лечение	
7.		
III. Насочени за консултация към специалист		
IV. Общ брой наблюдавани болни с алкохолизъм и наркомании през отчетния период		

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	<input type="text"/>
Подпис:	<input type="text"/>
	печат

Регистрационен номер на лечебното заведение	<input type="text"/>	ЕГН	<input type="text"/>
Име на леч. заведение	<input type="text"/>	Име	<input type="text"/>
Област:	<input type="text"/>	Община:	<input type="text"/>
Гр. (с.)	<input type="text"/>	Ул.	<input type="text"/>
Ж.к	<input type="text"/>	бл	<input type="text"/>
		вх	<input type="text"/>
		ет	<input type="text"/>
		ап	<input type="text"/>
		Код	<input type="text"/>
		Специалност	<input type="text"/>

О Т Ч Е Т

ЗА ИЗВЪРШЕНА МЕДИЦИНСКА ДЕЙНОСТ ПО ПРОГРАМА ЗА АЛКОХОЛИЗЪМ И НАРКОМАНИИ ОТ ИЗПЪЛНИТЕЛ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

ЗА ПЕРИОД ОТ: ДО:

№	Извършена дейност	Брой лица
	I. Пациенти изпратени за консултация от ОПЛ	
	II. Дейности на специалиста с пациенти	
1.	Индивидуална психотерапия	
2.	Групова психотерапия	
3.	Семейна психотерапия	
4.	Мотивиращи техники за лечение	
5.	Техники по превенция на рецидивите	
6.	Лечение на коморбидни състояния	
7.	Насочване към организации на взаимопомощ	
8.	Подготовка на стратегии за справяне при злоупотреба с алкохол и наркотични вещества	
9.	Подготовка и прилагане на стратегии при зависимост от алкохол и наркотични вещества	
10.	Договаряне (контракт) на лечебни насоки след дискусия и приемане от страна на идентифицирания пациент и неговите близки	
11.	Провеждане на детоксикация при абстинентни състояния	
	III. Насочени за болнично лечение	
	IV. Общ брой наблюдавани лица с алкохолизъм и наркомании за отчетния период	

Проверили:	
Дата:	<input type="text"/>
	подпис
Дата:	<input type="text"/>
	подпис

Дата:	
Подпис:	
	печат

Указания за попълване на

отчетите за извършена медицинска дейност по специализирани програми от изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ

Отчетите за извършена медицинска дейност по специализираните програми от изпълнител на първична извънболнична медицинска помощ се попълва и се представя от ОПЛ на всеки 6 месеца.

Данните в него се отнасят само за извършените дейности през отчетния период.

Отчетът придружава спецификацията за последния месец на същия отчетен период.

ОПЛ изготвя отчета в два екземпляра. Първият се предава в РЗОК, а вторият остава на съхранение в ОПЛ и се представя при поискване от съответните длъжностни лица.

1. Данни за изпълнителя на медицинска помощ:

- регистрационен номер на лечебното заведение - вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване;
- име на лечебното заведение;
- адрес на лечебното заведение;
- ЕГН на изпълнителя на медицинска помощ;
- име, фамилия по лична карта;
- дата, подпис и печат на лекаря.

2. За период от.....до – попълват се началната и крайната дата на отчетния период.

3. В полето “Проверили” се вписват датата и подписът на две длъжностни лица от РЗОК след обработка на данните и проверка на тяхната достоверност.

Указания за попълване на

отчетите за извършена медицинска дейност по специализирани програми от изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ

Отчетите извършена медицинска дейност по специализираните програми от изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ се попълва и се представя от специалиста на всеки 6 месеца.

Данните в него се отнасят само за извършените дейности през отчетния период.

Отчетът придружава спецификацията за последния месец на същия отчетен период.

Специалистът изготвя отчета в два екземпляра. Първият се предава в РЗОК, а вторият остава на съхранение в специалиста и се представя при поискване от съответните длъжностни лица.

1. Данни за изпълнителя на медицинска помощ:

- регистрационен номер на лечебното заведение - вписва се номерът на лечебното заведение, издаден от районния център по здравеопазване;
- име на лечебното заведение;
- адрес на лечебното заведение;
- ЕГН на изпълнителя на медицинска помощ;
- име, фамилия по лична карта;
- специалност;
- код на специалността;
- дата, подпис и печат на лекаря.

2. За период от.....до – попълват се началната и крайната дата на отчетния период.

3. В полето “Проверили” се вписват датата и подписът на две длъжностни лица от РЗОК след обработка на данните и проверка на тяхната достоверност.