



ГАЛОЎНАЕ ўПРАЎЛЕННЕ
ПА АХОВЕ ЗДАРОЎЯ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

22.04.2025 № 768

г. Минск

г. Минск

Организация оказания медицинской помощи жителям Минской области с острым коронарным синдромом («Дорожная карта»)

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре», приказа комитета по здравоохранению Минского горисполкома и главного управления по здравоохранению Минского облисполкома от 20.03.2025 № 181/96 «Об организации медицинской помощи населению г. Минска и Минской области» и для улучшения качества оказания медицинской помощи жителям Минской области с острым коронарным синдромом (далее – ОКС)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Установить:
 - 1.1 Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST согласно приложению 1;
 - 1.2 Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с ОКС без подъема сегмента ST согласно приложению 2;
 - 1.3 Перечень учреждений здравоохранения Минской области и г. Минска, оказывающих интервенционные вмешательства при ОКС, и закрепленных за ними регионов согласно приложению 3;
 - 1.4 Алгоритм движения пациентов с ОКС для проведения интервенционных вмешательств в учреждениях здравоохранения, имеющих службу рентгенэндоваскулярной хирургии, согласно приложению 4;
 - 1.5 Критерии эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОКС согласно приложению 5;
 - 1.6 Порядок перевода пациентов с ОКС/острым инфарктом миокарда между стационарными учреждениями Минской области согласно приложению 6.

094100

2. Главным врачам учреждений здравоохранения, входящих в систему главного управления по здравоохранению Минского облисполкома:

2.1 обеспечить оказание медицинской помощи пациентам с ОКС на амбулаторном этапе, этапе скорой медицинской помощи и в период стационарного лечения по другим нозологиям в соответствии с действующими клиническими протоколами, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

2.2 предоставление информации в пределах компетенции о выполнении индикаторов качества оказания медицинской помощи пациентам с ОКС в организационно-методический отдел учреждения здравоохранения «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница» (далее – УЗ «МОКБ»)

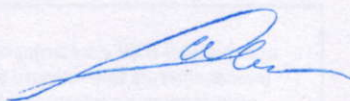
срок – ежеквартально, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом;

2.3 перевод пациентов на стационарный этап медицинской реабилитации согласно приказу главного управления по здравоохранению Минского облисполкома от 26.04.2024 № 193 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской реабилитации и восстановительного лечения в организациях здравоохранения Минской области».

3. Приказ главного управления по здравоохранению Минского облисполкома от 03.03.2023 № 91 «Организация оказания медицинской помощи жителям Минской области с острым коронарным синдромом («Дорожная карта»))» признать утратившим силу.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя начальника по здравоохранению Минского облисполкома Лобах И.Н.

Начальник



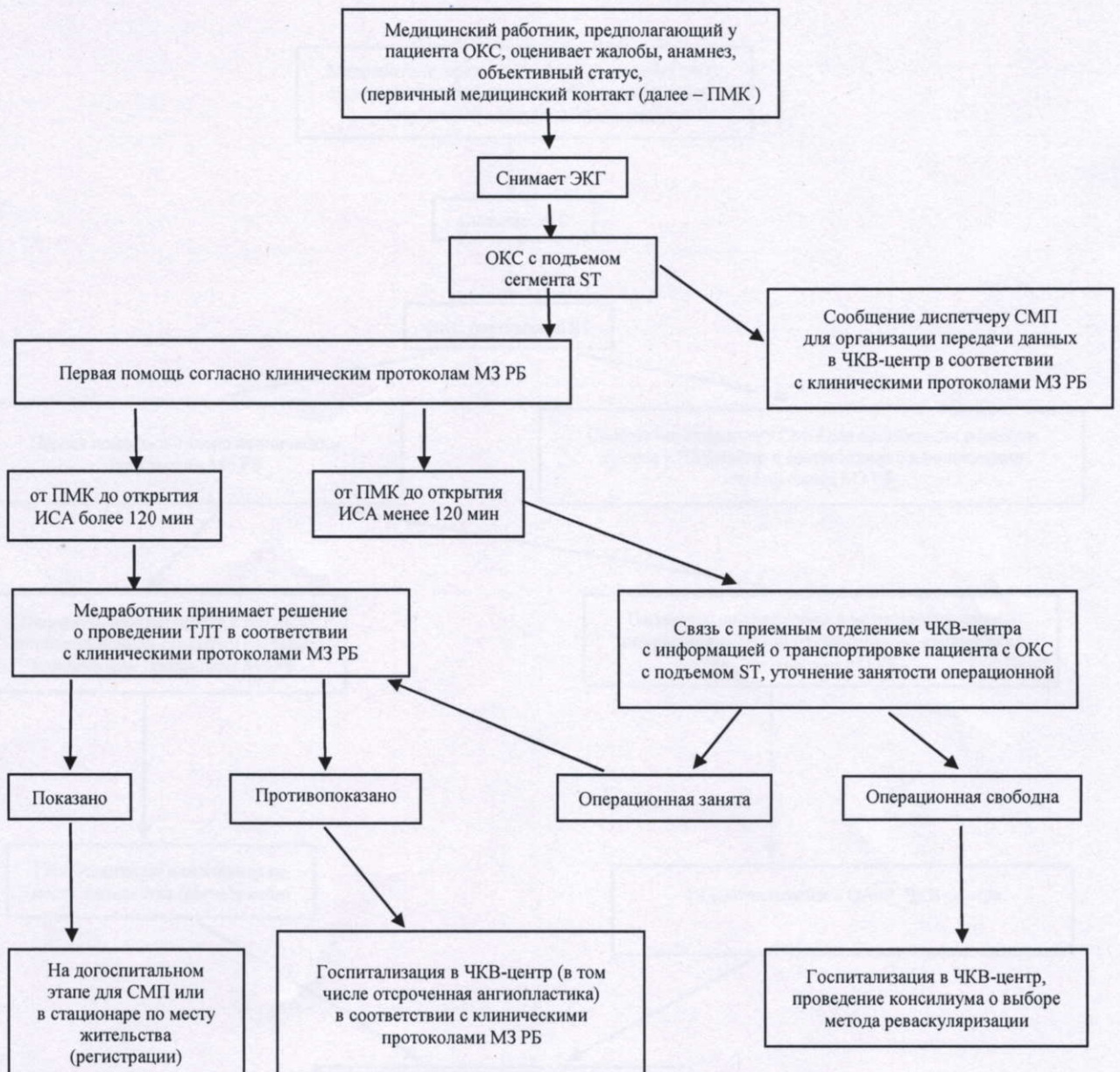
И.А.Шамаль

Приложение 1
к приказу главного управления
по здравоохранению Минского
облсполкома

22.04.2025

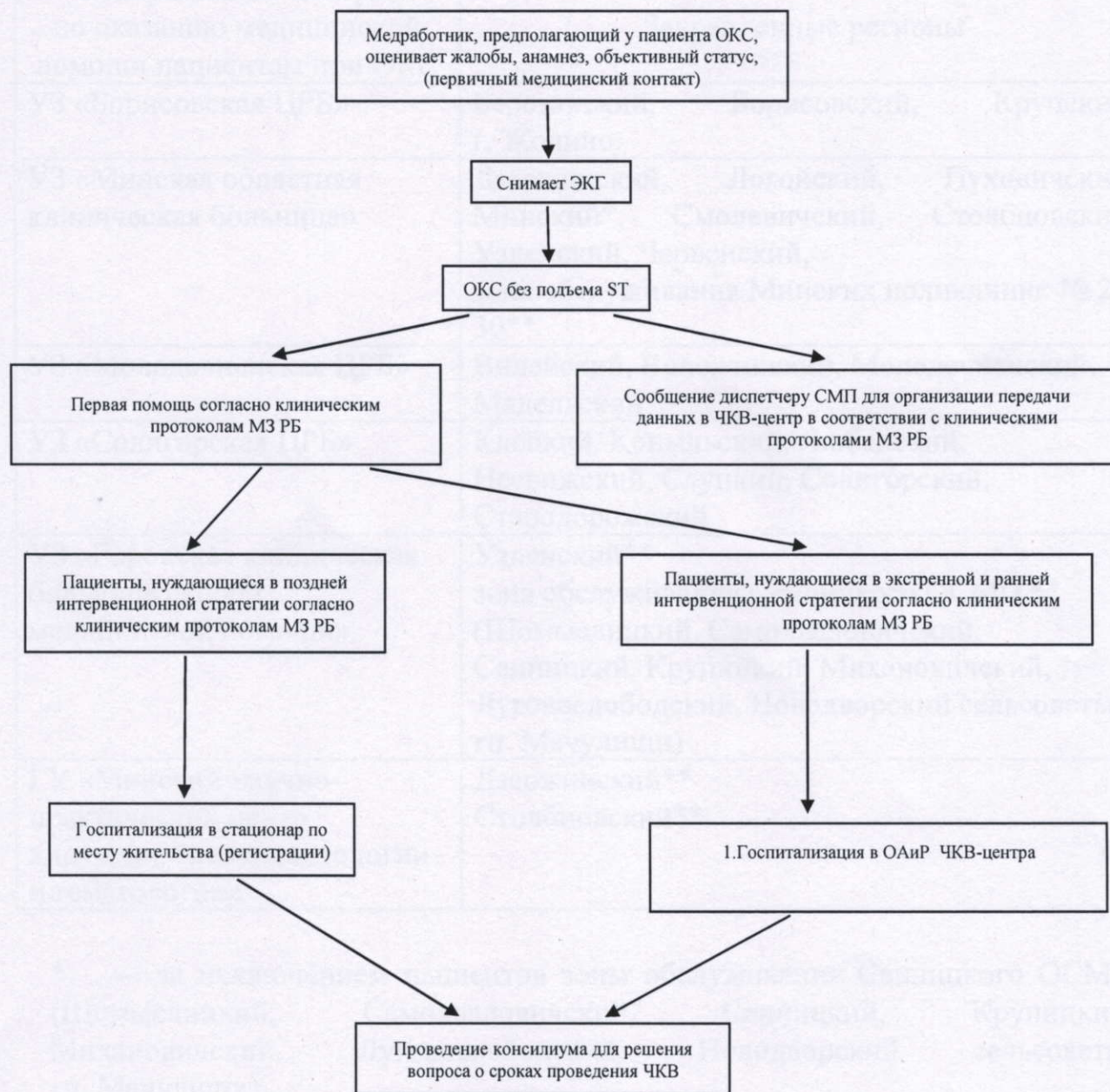
№ 168

**Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым
коронарным синдромом с подъемом сегмента ST**



При невозможности транспортировки пациента в ЧКВ-центр специализированной медицинской помощи из-за тяжести состояния, госпитализация осуществляется в реанимационно-анестезиологическое отделение ближайшего стационара с последующим решением вопроса о ЧКВ

Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST



22.04. 2025

№ 168

**Перечень учреждений здравоохранения Минской области
и г. Минска, закрепленных за ними регионов, оказывающих
интервенционные вмешательства при ОКС (ЧКВ-центры)**

Межрайонные центры по оказанию медицинской помощи пациентам при ОКС	Закрепленные регионы
УЗ «Борисовская ЦРБ»	Березинский, Борисовский, Крупский, г. Жодино.
УЗ «Минская областная клиническая больница»	Дзержинский, Логойский, Пуховичский, Минский*, Смолевичский, Столбцовский, Узденский, Червенский, зона обслуживания Минских поликлиник № 27, 30**
УЗ «Молодечненская ЦРБ»	Вилейский, Воложинский, Молодечненский, Мядельский
УЗ «Солигорская ЦРБ»	Клецкий, Копыльский, Любанский, Несвижский, Слуцкий, Солигорский, Стародорожский
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	Узденский** зона обслуживания Сенницкого ОСМП ** (Щомыслицкий, Самохваловичский, Сенницкий, Крупицкий, Михановичский, Луговослободский, Новодворский сельсоветы, гп. Мачулищи)
ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»	Дзержинский** Столбцовский**

* – за исключением пациентов зоны обслуживания Сенницкого ОСМП (Щомыслицкий, Самохваловичский, Сенницкий, Крупицкий, Михановичский, Луговослободский, Новодворский сельсоветы, гп. Мачулищи)

** – по показаниям:

1. ОКС с подъемом сегмента ST:

1.1. для проведения первичного ЧКВ;

1.2. для проведения ЧКВ спасения при неэффективном госпитальном тромболитизисе (на этапе ЦРБ)

2. ОКС без подъема сегмента ST, осложненный нестабильной гемодинамикой

Жители г. Минска, находящиеся на территории Минского района, доставляются в близлежащий ЧКВ-центр по показаниям:

1. ОКС с подъемом сегмента ST: для проведения первичного ЧКВ;
2. ОКС без подъема сегмента ST, осложненный нестабильной гемодинамикой.

В остальных случаях госпитализация осуществляется в стационар по месту жительства (регистрации) в соответствии с профилем патологии.

22.04.2025

№ 168

Алгоритм движения пациентов с ОКС для проведения интервенционных вмешательств в учреждениях здравоохранения, имеющих службу рентгенэндоваскулярной хирургии

1. После получения информации приемным отделением о направлении отделом госпитализации территориальной службы СМП в стационар пациента с ОКС медицинская сестра приемного отделения незамедлительно осуществляет вызов врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгенэндоваскулярного хирурга, врача-кардиолога (при его отсутствии – врача-терапевта приемного отделения), санитарки приемного отделения, которые встречают бригаду СМП на входе со стороны приемного отделения.

2. По приезду пациента с ОКС в стационар консилиум в составе врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгенэндоваскулярного хирурга, врача-кардиолога (при его отсутствии – врача-терапевта приемного отделения) определяет показания к проведению диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств.

3. В случае определения показаний для проведения экстренной коронарографии и дальнейшей реваскуляризации пациент, минуя приемное отделение, транспортируется в рентгенооперационную. По пути следования в рентгенооперационную врач-кардиолог (при его отсутствии – врач-терапевт приемного отделения) уточняет жалобы, анамнез жизни и заболевания, аллергоанамнез, подписывает информированное согласие на выполнение диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств, заполняет соответствующие этапу оказания медицинской помощи разделы чек-листа согласно приложению 7.

4. Бригада СМП, в сопровождении вышеперечисленных специалистов Центра, доставляет пациента в шлюз рентгенооперационной, где перекладывает его на каталку рентгенооперационной с участием сотрудников межрайонного центра, передает врачу-кардиологу (при его отсутствии – врачу-терапевту приемного отделения) заполненный сопроводительный лист с чек-листом (Приложение 7) с указанием всех временных интервалов соответствующих догоспитальному этапу оказания медицинской помощи, паспорт (при его наличии), электрокардиограмму и другие медицинские документы пациента.

5. В шлюзе рентгеноперационной:

медсестра приемного отделения оформляет паспортную часть медицинской карты стационарного пациента (форма № 003/у-07);

санитарка приемного отделения снимает одежду пациента, ценные вещи, составляется опись, которую подписывают врач-кардиолог (при его отсутствии – врач-терапевт приемного отделения), медицинская сестра приемного отделения, санитарка приемного отделения.

6. Врач-анестезиолог-реаниматолог рентгеноперационной при наличии показаний проводит обезболивание и стабилизацию гемодинамики пациента.

7. Персонал рентгеноперационной (медицинская сестра-анестезист, санитарка) перевозит пациента в рентгеноперационную и укладывает на операционный стол.

8. Медицинская сестра-анестезист устанавливает периферический катетер и выполняет забор крови для лабораторных исследований по назначению врача-кардиолога в соответствии с действующими клиническими протоколами при ОКС;

далее медицинский персонал (медицинская сестра-анестезист или санитарка) отделения анестезиологии и реанимации доставляет кровь для лабораторных исследований в клиничко-диагностическую лабораторию.

9. До начала проведения рентгенэндоваскулярных вмешательств врач-анестезиолог-реаниматолог рентгеноперационной выдает пациенту нагрузочную дозу клопидогреля / тикагрелора для достижения целевой суммарной дозы (с учетом той дозы, которую пациент получил на догоспитальном этапе).

10. Рентгеноперационная бригада приступает к выполнению диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств, одновременно врач-кардиолог (при его отсутствии – врач-терапевт приемного отделения) оформляет первичный осмотр в медицинской карте стационарного пациента (форма № 003/у-07).

11. Врач-рентгенэндоваскулярный хирург заполняет протокол проведения операции, где указывает временные интервалы согласно чек-листу (Приложение 7).

12. Врач-кардиолог (при его отсутствии – врач приемного отделения) после окончания всех рентгенэндоваскулярных вмешательств завершает заполнение чек-листа.

13. При поступлении пациента с кардиогенным шоком или его развитием во время выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств, необходимо рассмотреть возможность установки системы ЭКМО/ВАБК.

14. После выполнения всех диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств пациенты с ОКС с подъемом

сегмента ST переводятся для дальнейшего лечения в отделение анестезиологии и реанимации.

Лица с ОКС без подъема сегмента ST после проведения ЧКВ, в зависимости от тяжести состояния, могут быть переведены в блок (палату) интенсивной терапии кардиологического (инфарктного) отделения или отделение анестезиологии и реанимации.

15. Через 24 часа после проведения ЧКВ определить чувствительность к компонентам двойной антитромбоцитарной терапии; при отсутствии необходимого эффекта принимается решение о замене клопидогреля на прасугрель/тикагрелор.

16. Пациенты с ОКС, которые отказались от проведения рентгенэндоваскулярных процедур или имеют противопоказания к проведению данного вида вмешательств, направляются для лечения в отделение анестезиологии и реанимации для стабилизации состояния и определения дальнейшей тактики ведения.

17. При отсутствии показаний к экстренной интервенционной стратегии по шкале GRACE 2.0 пациенты с ОКС без подъема сегмента ST госпитализируются в кардиологические отделения (при наличии показаний – в отделение анестезиологии и реанимации или блок (палату) интенсивной терапии кардиологического (инфарктного) отделения) для определения дальнейшей тактики лечения.

18. После стабилизации состояния все пациенты с ОКС продолжают лечение в кардиологических (инфарктных) отделениях.

Приложение 5
к приказу главного управления
по здравоохранению Минского
облисполкома
22.04. 2025 № 168

Критерии эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОКС

1. Амбулаторный этап

№ п/п	Критерий	Показатель (числитель/знаменатель)	Целевой уровень
1.1.	удельный вес пациентов с ОКС, которым оказана медицинская помощь в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 июня 2017 г. № 59		более 95%

2. Этап СМП

№ п/п	Критерий	Показатель (числитель/знаменатель)	Целевой уровень
Индикаторы качества помощи на визите			
2.1.	своевременность обращения пациентов за медицинской помощью в период до 30 минут от начала интенсивного болевого синдрома (индикатор качества профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена)		70% и более
2.2.	время от ПМК до снятия ЭКГ не более 10 минут		не менее 95%
2.3.	время от ПМК до начала тромболитической терапии (оценка выполняется в случаях проведения тромболитической терапии) не более 30 минут		не менее 95%
2.4.	оказание медицинской помощи в соответствии с действующим клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов с ОКС, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь		более 95%

Индикаторы помощи для подстанций/станций СМП

№ п/п	Критерий	Показатель (числитель/знаменатель)	Целевой уровень
2.5.	<p>для районов, находящихся в пределах 70 км от Центра, имеющего службу рентгенэндоваскулярной хирургии:</p> <p>удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), доставленных в межрайонный центр для проведения коронарографии и последующего ЧКВ в течение 60 минут с момента ПМК (не учитываются случаи во время поломки либо простоя ангиографического оборудования по причине отсутствия расходного инструментария)</p>		более 50%
2.6.	<p>для районов, находящихся на расстоянии более 70 км от Центра, имеющего службу рентгенэндоваскулярной хирургии:</p> <p>удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST), которым была проведена тромболитическая терапия на догоспитальном этапе</p>		более 60%
2.7.	использование дистанционной консультации ЭКГ (от всех визитов фельдшерских бригад по поводу ОКС с подъемом сегмента ST)		не менее 95%
2.8.	удельный вес сопроводительных листов с диагнозом «острый коронарный синдром», «инфаркт миокарда», в которых отмечено время ПМК, снятия ЭКГ, начала тромболитизиса (при его проведении)		более 95%
2.9.	заполнение пунктов 1-9 чек-листа для пациента, поступающего с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ		100%

3. Стационарный этап

№ п/п	Критерий	Показатель/знаменатель	Целевой уровень
3.1.	удельный вес пациентов с ОКС, которым оказана медицинская помощь в соответствии с действующим клиническим протоколом диагностики и лечения, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь		более 95%
3.2.	удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся ЧКВ, от всех пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST (оценивается только для стационаров с возможностью проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств)		более 80%
3.3.	удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся первичному ЧКВ в течение первых 90 минут с момента ПМК (оценивается только для стационаров с возможностью проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств)		более 70%
3.4.	удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым был проведен тромболитический (оценивается только для стационаров без возможности проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств)		более 90%
3.5.	удельный вес пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, переведенных в течение ближайших 24 часов для проведения ЧКВ после выполнения тромболитической терапии (оценивается только для стационаров без возможности проведения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств). Целевой уровень		более 95%
3.6.	заполнение пунктов 6-8 (если тромболитический выполнялся на госпитальном этапе) и пунктов 10-15 чек-листа для пациента, поступающего с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST на ЭКГ либо с острым инфарктом миокарда (вследствие острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST на ЭКГ)		100%

№ п/п	Критерий	Показатель (числитель/знаменатель)	Целевой уровень
3.7.	уровень и динамика летальности при остром инфаркте миокарда (всего, крупноочаговый инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, летальность в трудоспособном возрасте)		-
3.8.	уровень и динамика летальности при острой коронарной патологии (острый/повторный инфаркт миокарда + другие формы острой ишемической болезни сердца)*.		-

*Примечания:

- показатели оцениваются суммарно по стационару;

- не учитываются пациенты, пролеченные на реабилитационных койках.

4. Региональные показатели

№ п/п	Критерий	Показатель (числитель/знаменатель)	Целевой уровень
4.1.	уровень смертности от инфаркта миокарда за календарный год (всего и в трудоспособном возрасте)		-
4.2.	уровень смертности от всех острых форм ишемической болезни сердца за календарный год (всего и в трудоспособном возрасте)		-
4.3.	доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым было выполнено ЧКВ в процессе лечения в условиях стационара		более 75%
4.4.	удельный вес пациентов трудоспособного возраста (ТВ), перенесших острый/повторный инфаркт миокарда (О/ПИМ), прошедших реабилитацию в стационарных условиях		90%

22.04.2025

№ 168

Порядок перевода пациентов с ОКС/острым инфарктом миокарда между стационарными учреждениями Минской области

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST.

В случае госпитализации пациента с ОКС с подъемом сегмента ST в стационар без возможности выполнения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств или в случае возникновения ОКС с подъемом сегмента ST во время лечения пациента в стационаре без возможности выполнения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств:

1.1. Немедленно оцениваются временные интервалы: «от начала наиболее интенсивного болевого синдрома до потенциального начала проведения ЧКВ» и «от ПМК до потенциального начала проведения ЧКВ»;

1.2. В случае, если интервал «от начала наиболее интенсивного болевого синдрома до потенциального начала проведения ЧКВ» составляет менее 12 часов и интервал «от ПМК до потенциального начала проведения ЧКВ» составляет менее 120 мин (с учетом времени необходимого на транспортировку пациента в ЧКВ-центр и доступности ангиографического стола), пациенту показано проведение реперфузии при помощи первичного ЧКВ (при отсутствии противопоказаний).

Перевод в ЧКВ-центр согласовывается в рабочее время с заместителем главного врача ЧКВ-центра по курации, с дежурным врачом кардиологического (инфарктного) отделения в вечернее/ночное время и выходные/праздничные дни.

1.3. В случае, если интервал «от начала наиболее интенсивного болевого синдрома до потенциального начала проведения ЧКВ» составляет менее 12 часов, а интервал «от ПМК до потенциального начала проведения ЧКВ» превышает 120 мин (с учетом времени необходимого на транспортировку пациента в ЧКВ центр и доступности ангиографического стола), пациенту должна быть проведена реперфузия при помощи тромболитической терапии (ТЛТ) при отсутствии противопоказаний к ТЛТ.

1.4. Перевод пациентов после проведения ТЛТ в ЧКВ центр должен быть согласован в максимально короткие сроки для немедленного проведения ангиографии и ЧКВ-спасения при неэффективной ТЛТ либо для проведения ангиографии и ЧКВ в течении 2-24 часов в рамках фармакоинвазивной стратегии после успешного тромболизиса. Перевод

в ЧКВ-центр согласовывается в рабочее время с заместителем главного врача ЧКВ-центра по курации, с дежурным врачом кардиологического (инфарктного) отделения в вечернее/ночное время и выходные/праздничные дни.

1.5. В случае, если интервал «от начала наиболее интенсивного болевого синдрома до потенциального начала проведения ЧКВ» составляет 12-48 часов пациенту без рецидивирующего болевого синдрома выполняется КАГ и первичное ЧКВ при отсутствии противопоказаний. Перевод в ЧКВ-центр согласовывается в рабочее время с заместителем главного врача ЧКВ-центра по курации, с дежурным врачом кардиологического (инфарктного) отделения в вечернее/ночное время и выходные/праздничные дни.

1.6. В случае, если интервал «от начала наиболее интенсивного болевого синдрома до потенциального начала проведения ЧКВ» превышает 12 часов пациенту с рецидивирующим болевым синдромом вследствие ишемии/ нарушением гемодинамики/ жизнеугрожающими аритмиями показано проведение КАГ и первичное ЧКВ при отсутствии противопоказаний. Перевод пациентов в ЧКВ-центр должен быть согласован в максимально короткие сроки для немедленного проведения ангиографии и ЧКВ. Перевод в ЧКВ-центр согласовывается в рабочее время с заместителем главного врача ЧКВ-центра по курации, с дежурным врачом кардиологического (инфарктного) отделения в вечернее/ночное время и выходные/праздничные дни.

2. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

В случае госпитализации пациента с ОКС без подъема сегмента ST в стационар без возможности выполнения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств или в случае возникновения подозрения на ОКС без подъема сегмента ST во время лечения пациента в стационаре без возможности выполнения диагностических и лечебных рентгенэндоваскулярных вмешательств:

2.1. немедленно выполняется: анализ крови на высокочувствительный тропонин (по алгоритмам оценки 0 ч./1 ч. или 0 ч./2 ч.); оценивается риск по шкале GRACE 2.0; оценивается наличие критериев очень высокого риска (гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок/ рецидивирующая или рефрактерная боль в грудной клетке, не смотря на медикаментозное лечение/ жизнеугрожающие аритмии/ механические осложнения инфаркта миокарда/ острая сердечная недостаточность вторичная к продолжающейся ишемии/ рецидивирующие динамические изменения сегмента ST или T, особенно преходящие подъемы сегмента ST); наличие критериев высокого риска (подтверждение диагноза ОКС

без подъема сегмента ST алгоритмами оценки вч-Тропонина/ динамические изменения сегмента ST или T/ переходящий подъем сегмента ST/ риск по шкале GRACE 2.0 более 140).

2.2. Неотложная инвазивная стратегия с проведением КАГ и первичного ЧКВ при отсутствии противопоказаний показана пациентам как минимум с одним критерием очень высокого риска. Перевод пациентов в ЧКВ центр должен быть согласован в максимально короткие сроки для немедленного проведения ангиографии и ЧКВ.

2.3. Ранняя инвазивная стратегия в течение 24 ч. с проведением КАГ и первичного ЧКВ при отсутствии противопоказаний может применяться при наличии как минимум одного критерия высокого риска. Перевод пациентов в ЧКВ центр должен быть согласован в максимально короткие сроки для немедленного проведения ангиографии и ЧКВ.

2.4. Избирательный инвазивный подход может быть применен у пациентов без критериев высокого и очень высокого риска.

2.5. Перевод в ЧКВ-центр согласовывается в рабочее время с заместителем главного врача ЧКВ-центра по курации, с дежурным врачом кардиологического (инфарктного) отделения в вечернее/ночное время и выходные/праздничные дни.

3. **При исключении диагноза** острого коронарного синдрома/ острого инфаркта миокарда/ необходимости в неотложном и раннем инвазивном подходе у пациента, поступившего в ЧКВ центр (МОКБ, межрайонный центр) пациенты со стабильной гемодинамикой направляются для лечения и продолжения диагностических мероприятий в ЦРБ/ЦРКБ/ЦГБ по месту жительства (регистрации). Показания для перевода определяются консилиумом ЧКВ-центра.

3.1. Администрация ЦРБ/ЦРКБ/ЦГБ по месту жительства (регистрации) пациента информируется о переводе пациента с согласованием даты перевода (не более суток с момента информирования) в случае перевода пациента, ранее госпитализированного, в отделения ЧКВ-центра.

3.2. В случае направления пациента в приемное отделение ЦРБ/ЦРКБ/ЦГБ из приемного отделения ЧКВ-центра перевод осуществляется без согласования с информированием врача/дежурного врача приемного отделения.

4. **При отсутствии реабилитационного потенциала/** противопоказаниях к стационарному этапу медицинской реабилитации (согласно приказу главного управления по здравоохранению Минского облисполкома от 26.04.2024 № 193)/ отказе от стационарного этапа

реабилитации/ при тяжелой сопутствующей патологии пациенты, перенесшие острый инфаркт миокарда, при наличии показаний для продолжения стационарного лечения по основной/ сопутствующей патологии могут переводиться по окончании острого периода инфаркта миокарда для дальнейшего лечения с коек ЧКВ-центра в профильные отделения ЦРБ/ЦРКБ/ЦГБ по месту жительства (регистрации). Показания для перевода определяются консилиумом ЧКВ-центра. Администрация ЦРБ/ЦРКБ/ЦГБ по месту жительства (регистрации) пациента информируется о переводе пациента с согласованием даты перевода (не более суток с момента информирования).

22.04.2025

№ 168

**Чек-лист пациента, поступающего с острым коронарным синдромом
с подъемом сегмента ST на ЭКГ**

1. Дата и время начала наиболее интенсивного болевого приступа _____
2. Дата и время ПМК _____
3. Время от начала наиболее интенсивного болевого приступа до обращения за медицинской помощью _____
4. Время от начала болевого приступа до ПМК _____
5. Время от ПМК до регистрации ЭКГ и постановки диагноза _____
6. Время от постановки диагноза до начала введения тромболитического препарата (если выполнялся тромболизис) _____
7. Время от начала введения тромболитического препарата до принятия окончательного решения об эффективности тромболизиса (если выполнялся тромболизис) _____
8. Тромболитическая терапия (если выполнялся тромболизис, указать препарат _____
доза _____
схема введения препарата _____)
9. Время от постановки диагноза до поступления пациента в Центр _____
10. Время от поступления пациента в Центр до начала проведения коронарографии _____
11. Время от момента завершения тромболитической терапии до начала проведения коронарографии (если выполнялся тромболизис) _____
12. Время от поступления пациента в Центр до проведения проводника в дистальные отделы инфаркт-связанной артерии _____
13. Время от постановки диагноза до проведения проводника в дистальные отделы инфаркт-связанной артерии _____
14. Время окончания ЧКВ _____
15. Суммарная продолжительность проведения коронарографии/ЧКВ в Центре (время от начала коронарографии/ЧКВ до окончания процедуры) _____