

2021



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

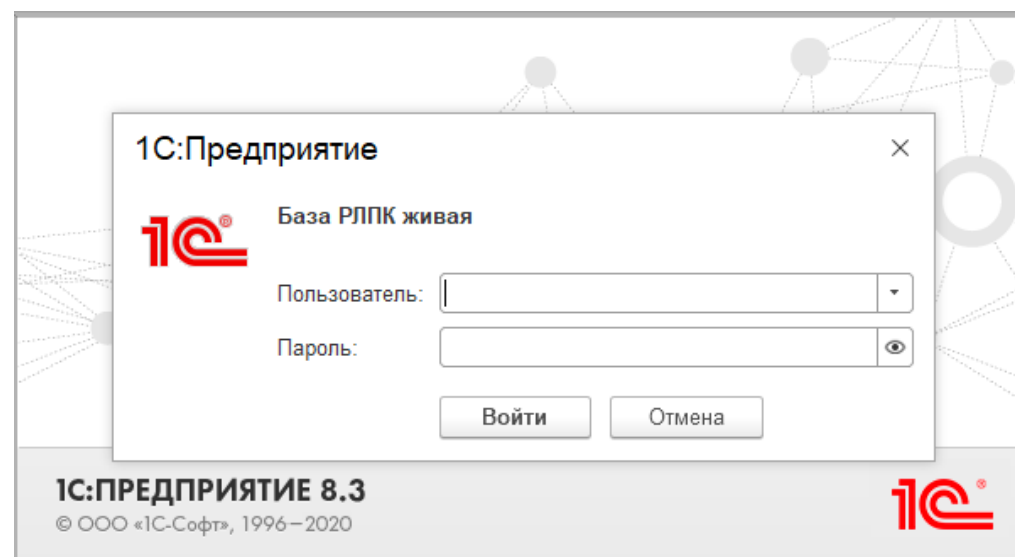


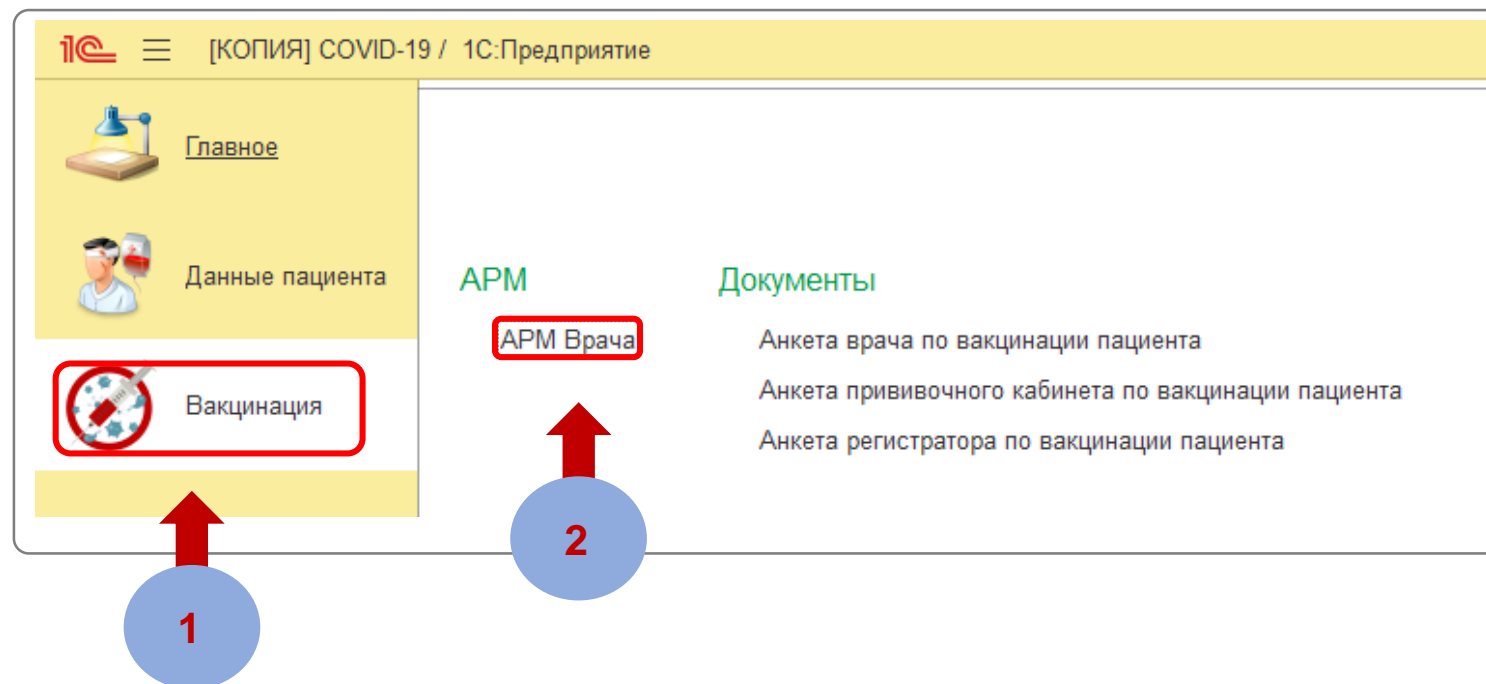
ИНСТРУКЦИЯ вакцинация от COVID-19 для врача

ИС РЛПК

1. Откройте браузер, в котором вы привыкли работать
2. Зайдите на сайт <http://v-ccprs-2.mznn.ru/1cbase/>
3. Откроется диалоговое окно с возможностью выбрать пользователя
4. Выберите пользователя

ВАЖНО: При первом входе система потребует установить персональный пароль для доступа





ШАГ 1

Перейдите на вкладку
«Вакцинация»

ШАГ 2

Выберите «АРМ Врача»

Врач

Настройка рабочего места



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

АРМ Врача

Филиал: [Выбрать из списка]

Основное: ГП4 Левое крыло (V1), ГП4 Правое крыло (V2)

Показать: Подразделение терапевтическое

Пациент: Отделение по вакцинации №2, Стационар Богородского ЦРБ, Стационар НОЦ СПИД, **Отделение по вакцинации №1**

Показать все

ШАГ 1

В поле «Филиал» нажмите на кнопку «Выбрать из списка» и выберите филиал медицинской организации

АРМ Врача

Филиал: Отделение по вакцинации №1

Кабинет врача: [Выбрать из списка]

Основное: Текущие анкеты

Показать всех пациентов в филиале: [Выключено] Обновить список

Пациент: Кабинет врача №1, Кабинет врача №2, Кабинет врача-терапевта № 238

ШАГ 2

В поле «Кабинет врача» нажмите на кнопку «Выбрать из списка» и выберите ваш кабинет

АРМ Врача

Филиал: Отделение по вакцинации №1

Кабинет врача: Кабинет врача №1

Врач: [Выбрать из списка]

Основное: Текущие анкеты

Показать всех пациентов в филиале: [Выключено] Обновить список

Пациент: [Поиск] Дата рождения Номер очереди Этап вакцинации

Маклов Алексей Евгеньевич, Адасова Светлана Анатольевна, Малайко Юлия Борисовна, Салина Зоя Сергеевна, Багрова Светлана Леонидовна

ШАГ 3

В поле «Врач» нажмите на кнопку «Выбрать из списка» и выберите ваше ФИО



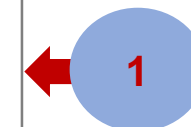
← → ☆ АРМ Врача

Филиал: ГП4 Левое крыло (V1) Кабинет врача: Кабинет врача (107) Врач: Адясова Светлана Анатольевна

Основное Текущие анкеты

Показать всех пациентов в филиале: Обновить список

Пациент	Дата рождения	Номер очереди	Этап вакцинации	Номер	Сотрудник регистратор	Кабинет врача
Иванов Иван Иванович	17.03.1994	2	Компонент I	000000000101	Послушаева Елена Евгеньевна	Кабинет врача (107)
Иванов Иван Иванович	01.01.1985	3	Компонент I	000000000102	Послушаева Елена Евгеньевна	Кабинет врача (107)
Иванов Иван Иванович	01.01.1992	4	Компонент I	000000000103	Послушаева Елена Евгеньевна	Кабинет врача (107)
Иванов Иван Иванович	01.01.1993	5	Компонент I	000000000104	Послушаева Елена Евгеньевна	Кабинет врача (107)



ШАГ 1

В окне очереди пациентов нажмите по строке пациента 2 раза левой кнопкой мыши - откроется **«Анкета врача по вакцинации пациента (создание)»**

Если у пациента нет на руках распечатанной анкеты пациента

и/или добровольного информированного согласия –

[Приложение 1](#)

Врач

Осмотр пациента перед вакцинацией



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

← → ☆ Анкета врача по вакцинации пациента 0000019023 от 06.08.2021 15:05:02

Документ готов | Закрыть документ | Перечитать

Основная | Печатная форма документа | Реакции на вввод вакцины

Данные документа

Номер: 0000019023 | Дата создания документа: 06.08.2021 15:05:02 | Дата начало осмотра: 06.08.2021 15:06:48 | Дата окончания осмотра: 06.08.2021 15:09:00

Прививочный кабинет: Прививочный (каб.114)

Пациент: Харитонов О.В. | Пациент: Харитонов О.В. | Пациент: Харитонов О.В.

Врач: Багрова Светлана Леонидовна

Вакцина: Гам-КОВИД-Вак Комбинированная векторная вакцина для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2

Температура тела: 36,9 | Общее состояние: Удовлетворительное

Легкое дыхание: везикулярное | хрипы: нет

ЧДД: 16 | Сатурация: 98 %

Сердце тоны: ясные | ритм: правильный

ЧСС: 64 | АД SYS: 114 | АД DIA: 75

Контакт с инфекционными больными в течение 2 недель: Да Нет | Болеет COVID19?: Да Нет

Прививка от гриппа? Да Нет

Прививка от пневмококковой инфекции Да Нет

Аллергические реакции Да Нет

Были реакции на предыдущие вакцины Да Нет

Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз) (данные из анкеты регистратора): Да Нет

Группа риска пациента: Лица, не имеющие дополнительных профессиональных рисков

Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Да Нет

Принимаете ли вы Иммуносупрессивные препараты? Да Нет

Есть противопоказания? Есть Нет

2

ШАГ 1

Укажите температуру.

Выберите из списка состояние пациента в поле **«Общие состояние»**.

Выберите из списка параметры состояния легких. Укажите частоту дыхательных движений и сатурацию.

Выберите из списка состояние сердечно-сосудистой системы.

Укажите частоту сердечных сокращений, систолическое и диастолическое давление.

ШАГ 2

При необходимости можно поменять **Вакцину** и **Тип вакцины**, если данные были выбраны неправильно регистратором

Врач

Осмотр пациента перед вакцинацией



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

← → ☆ Анкета врача по вакцинации пациента 0000019023 от 06.08.2021 15:05:02 *

Документ готов | Закрыть документ | Перечитать

Кабинет: Кабинет врача (каб.113) | Врач: Багрова Светлана Леонидовна

Тип вакцины: Компонент II | Вакцина: Гам-КОВИД-Вак Комбинированная векторная вакцина для профилактики коронавируса

Температура тела: 36,9 | Общее состояние: Удовлетворительное

Легкие дыхание: везикулярное | хрипы: нет

ЧДД: 16 | Сатурация: 98 %

Сердце тоны: ясные | ритм: правильный

ЧСС: 64 | АД SYS: 114 | АД DIA: 75

Контакт с инфекционными больными в течение 2 недель: Да Нет | Болел COVID-19: Да Нет

Да Нет | Прививка от гриппа?

Реакция на предыдущую вакцину от гриппа (описать):

Да Нет | Прививка от пневмококковой инфекции?

Да Нет | Аллергические реакции

аллергические реакции (описать):

Да Нет | Были реакции на предыдущие вакцины

Описание реакции на вакцину:

ШАГ 7

Отметьте был ли у пациента контакт с инфекционными больными и болел ли пациент **COVID-19**

ШАГ 8

Отметьте была ли сделана прививка от гриппа, в случае ответа «Да» в поле «**Реакция на предыдущие вакцины**» - опишите

ШАГ 9

Отметьте была ли сделана прививка пациенту от пневмококковой инфекции

ШАГ 10

Отметьте есть ли у пациента аллергические реакции, в случае ответа «Да» в поле «**Реакция**» - опишите

ШАГ 11

Отметьте есть были ли у пациента реакции на вакцину, в случае если ответ «Да», в поле «**Реакция на предыдущие вакцины**» - опишите

Врач

Осмотр пациента перед вакцинацией



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

← → Анкета врача по вакцинации пациента (создание) *

Кабинет: Кабинет врача №1 Прививочный кабинет: Врач терапевт: Иванова Альбина Ивановна

Тип вакцины: Вакцина I Вакцина: Гам-КОВИД-Вак Комбинированная векторная вакцина дл:

Температура тела: 36,6 °C Общее состояние: Удовлетворительное

Легкие дыхания: везикулярное хрипы: нет

ЧДД: 16 Сатурация: 98 %

Сердце тоны: ясные ритм: правильный

ЧСС: 60 АД SYS: 130 АД DIA: 80

Контакты инфекционными больными: Да Нет Болен COVID19?: Да Нет

Да Нет Прививка от гриппа?

Да Нет Прививка от пневмококковой инфекции

Да Нет Аллергические реакции

Да Нет Были реакции на предыдущие вакцины

Да Нет Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз)

Сопутствующие заболевания бронхо легочной системы: J45

Сопутствующие заболевания сердечно сосудистой системы: I70

Сопутствующие заболевания эндокринной системы: E13

Онкологические заболевания: C50

Болезнь вызванная вирусом иммунодефицита человека: B22

Гепатит: Острый гепатит B

Сифилис: Ранний сифилис

Иные: Добавить

Еще -

Диагноз F20

ШАГ 12

Отметьте наличие хронических заболеваний у пациента. При выборе ответа «Да» появятся дополнительные поля для заполнения

ШАГ 13

Отметьте наличие хронических заболеваний, для этого выберите соответствующее поле и введите код заболевания по МКБ-10 или начните вводить наименование заболевания и из предложенного списка выберите соответствующее заболевание, код МКБ-10 подставится автоматически

ШАГ 14

Если пациент болен гепатитом - выберите один из предложенных вариантов диагноза

ШАГ 15

Если пациент болен сифилисом -выберите один из предложенных вариантов

ШАГ 16

При наличии иных хронических заболеваний, нажмите на кнопку «Добавить» и укажите код или наименование заболевания

Врач

Осмотр пациента перед вакцинацией



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

18 Да Нет Прививка от гриппа?

Да Нет Прививка от пневмококковой инфекции

Да Нет Аллергические реакции

Да Нет Были реакции на предыдущие вакцины

Да Нет Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз)

Группа риска пациента: Лица, не имеющие дополнительных профессиональных р

17

Да Нет Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации

19 Добавить

Еще -

Препарат	Суточная доза	Продолжительность приема (в днях)
Аспирин Кардио	500 мг	20

20

Да Нет Принимаете ли вы Иммуносупрессивные препараты?

Есть Нет Есть противопоказания Противопоказания к вакцинации:

21

Документ готов

22



Если у пациента будут указаны противопоказания в поле «Противопоказание к вакцинации», то данного пациента система не допустит к вакцинации и не запишет его в очередь в прививочный кабинет

ШАГ 17

В поле «Группа риска пациента» выберите одну из четырех групп пациента

ШАГ 18

Если пациент в течение месяца до иммунизации принимал лекарственные препараты, выберите ответ «Да»

ШАГ 19

Нажмите на кнопку «Добавить» для добавления препаратов, укажите наименование, суточную дозу и продолжительность приема препарата

ШАГ 20

Укажите принимал ли пациент иммуносупрессивные препараты

ШАГ 21

Если по результатам осмотра у пациента есть противопоказания к вакцинации в поле «Противопоказания к вакцинации» выберите противопоказание из предложенного списка

ШАГ 22

После того как все поля заполнены и осмотр пациента завершен нажмите на кнопку «Документ готов»



← → ☆ Анкета врача по вакцинации пациента 36 от 10.03.2021 16:24:28

Заккрыть документ

Основная Печатная форма документа 1

2

00036 002

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

Дата осмотра	10.03.2021
ФИО пациента	Абаджан Люда Геворговна
Дата рождения	17.08.1965
Температура тела	36,6
Общее состояние	Удовлетворительное
Легкие	Дыхание: везикулярное Хрипы: нет
ЧДД	16
Сатурация	98
Сердце	Тоны: ясные Ритм: правильный
ЧСС, АД	
Контакты инфекционными больными	Нет
Болел COVID19?	Нет
Прививка от гриппа?	Нет
Реакция на предыдущие вакцины (описать)	
Прививка от пневмококковой инфекции?	Нет
Аллергические реакции	Нет
Были реакции на предыдущие вакцины	Нет
Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз)	Нет
Группа риска пациента	Остальные
Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации	Нет
Принимаете ли Вы иммуносуперессивные препараты?	Нет

ШАГ 1

Для печати документа перейдите в раздел
«Печатная форма документа»

ШАГ 2

Нажмите кнопку «Печать»

Врач

Заполнение реакций на ввод вакцины



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

Пациент	Дата рождения	Врач терапевт осмот...	Номер оч...	Этап вакцинации	Номер	Сотрудник регистратор	Анкета врача терапевта
Петров Петр Петрович	01.08.1939	✓		1 Компонент I	000000000053	Послушьева Елена Евгеньевна	Анкета врача по вакцинации п...
Петров Петр Петрович	01.08.1939	✓		2 Компонент II	000000000054	Послушьева Елена Евгеньевна	Анкета врача по вакцинации п...

ШАГ 1

В «АРМ Врача» в списке пациентов найдите пациента у которого по результатам ввода вакцины наблюдаются реакции и нажмите 2 раза левой кнопкой мыши

ШАГ 2

Перейдите на вкладку «Реакции на ввод вакцины»

ШАГ 3

Нажмите на кнопку «Добавить» для добавления записи

ШАГ 4

В графе «Реакция» нажмите на кнопку «выбрать из списка», а затем нажмите «Показать все»

Тип реакции	Реакция	Другое
	покраснение	
	зуд	

ШАГ 5

В открывшемся справочнике реакций выберите тип реакции «Общие реакции» или «Местные реакции», затем выберите из списка реакцию и нажмите кнопку «Выбрать»
Можно так же ввести наименование реакции вручную и в случае наличия данной реакции в справочнике система предложит ее выбрать

ШАГ 6

После указания реакций, нажмите на кнопку «Записать и закрыть»

Наименование	Код минздрава
Общие реакции	2
аллергические реакции	11
анафилактический шок	13
головная боль	14
головокружение	15
другое	23
затруднение дыхания	19
обморок или потеря сознания	20
отеки Квинке	12

Врач

Приложение 1



Министерство
здравоохранения
Нижегородской области

Анкета врача по вакцинации пациента (создание)

Заккрыть документ

Основная Печатная форма документа Реакции на ввод вакцины

Данные документа

Номер: 35 Дата создания документа: 10.03.2021 0:00:00 Дата начало осмотра: 10.03.2021 12:49:08 Дата окончания осмотра:

Открыть анкету

ШАГ 1

Если пациент пришел без распечатанной анкеты пациента и/или добровольного информированного согласия, нажмите на кнопку **«Открыть анкету»**

ШАГ 2

В окне «Анкета регистратора по вакцинации пациента» перейдите на вкладку **«Печатная форма анкеты»**

ШАГ 3

Если у пациента нет распечатанной анкеты пациента, перейдите на вкладку **«Анкета»** и нажмите на кнопку **«Печать»**.
Передайте распечатанную анкету для подписи пациенту

ШАГ 4

Если у пациента нет распечатанного добровольного информированного согласия, перейдите на вкладку **«Добровольное информированное согласие»** и нажмите на кнопку **«Печать»**.
Передайте распечатанное согласие для подписи пациенту

ШАГ 5

После печати всех необходимых форм, нажмите на кнопку **«Заккрыть»**

Анкета регистратора по вакцинации пациента 000000000035 от 10.03.2021 11:22:06

Записать ко врачу X Заккрыть

Анкетирование Печатная форма анкеты

Анкета Добровольное информированное согласие

Кабинет врача №1 001

Анкета пациента

Анкета регистратора по вакцинации пациента 000000000035 от 10.03.2021 11:22:06

Записать ко врачу X Заккрыть

Анкетирование Печатная форма анкеты

Анкета Добровольное информированное согласие

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение Гам-КОВИД-Вак Комбинированная векторная вакцина для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, или отказа от нее