

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 2 ОБУЧАЮЩИЙ
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

Специальность 31.08.48 Скорая медицинская помощь
код, наименование

Кафедра: скорой медицинской помощи ФДПО
Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 2 Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
ПК 1, ПК 2, ПК-6	Текущий	Раздел 1. Неотложные состояния, сопровождающиеся потерей сознания Раздел 2. Удаление яда из желудка Раздел 3. Виды иммобилизации при травмах	Кейс-задания
ПК 1, ПК 2, ПК-6	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задания

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс заданий.

4.1. Кейс задания для оценки компетенций: ПК 1, ПК 2, ПК-6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 50 лет. ЖАЛОБЫ: незначительное онемение правой половины лица, затруднение речи. Почувствовала себя плохо 4 часа назад, когда появилась головная боль, головокружение, тошнота, однократная рвота, онемение правой половины лица, нарушение речи, снижение мышечной силы и онемение правой руки. Самостоятельно измерила АД (со слов: 200/130 мм.рт.ст. АД привычное 140/90 мм.рт.ст.). Приняла клофелин 0,000015 2 таблетки и нифедипин 0,01 1 таблетку внутрь. Отмечает снижение АД, улучшение самочувствия. СМП вызвала в связи с сохраняющимся онемением лица. АНАМНЕЗ: гипертоническая болезнь более 10 лет постоянно принимает энап Н. ОБЪЕКТИВНО: состояние удовлетворительное, сознание ясное. АД 150/100 мм.рт.ст. ЧСС 80/мин. Кожные покровы физиологической окраски, голени пастозны. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: сглаженность правой носогубной складки, правый угол рта опущен, язык по средней линии. Снижение болевой чувствительности правой половины лица. Сила мышц конечностей D = S.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острое нарушение мозгового кровообращения. Гипертоническая болезнь III ст., АГ I ст., риск 4. Осложненный гипертонический криз.
P2		Диагноз поставлен верно
P1		Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценены стадии и/или степень артериальной гипертензии; неверно оценен риск ССО.
P0		Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) установлен на основании внезапного появления очаговых неврологических нарушений. Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза, III стадия – на основании появления признаков (ОНМК), АГ I степени – на основании анамнестических данных о привычном АД 140/90 мм РТ ст, риск 4 соответствует ГБ III ст. Диагноз гипертонического криза установлен на основании внезапного повышения АД до высоких цифр с нарушением самочувствия, осложненный криз – на основании признаков ОНМК.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одной из нозологических форм или обоснование одной из нозологических форм дано неверно.
P0	-	Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно.

		Или диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация электрокардиограммы Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. ЭКГ исследование входит в стандарт при ОНМК. С нейропротективной целью ввести сульфат магния 25% - 4,0 мл в/в, мексидол 5% - 4 мл в/в.
P2		План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1		План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода лечения из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов лечения дано не верно.
P0		Не названы три и более дополнительных метода лечения. или Обоснование назначения трех и более методов лечения дано неверно. или План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Следует ли дополнительно использовать гипотензивные препараты для достижения нормальных цифр АД?
Э	-	Использовать гипотензивные средства не следует, так как целевой уровень АД при ОНМК 160-175/90-100, что является компенсаторным при дефиците церебрального кровотока
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1		Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0		Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Транспортировка на носилках в первичное сосудистое отделение (ПСО) для скорейшего уточнения причины неврологических нарушений: КТ для исключения геморрагического инсульта, МРТ для уточнения диагноза ишемического инсульта и определения показаний для инвазивных методов лечения или ТЛТ.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На момент прибытия СМП в комнате на кровати лежит женщина 40 лет. Контакт недоступна. Выраженное двигательное беспокойство в пределах кровати. СО СЛОВ РОДСТВЕННИКОВ: стала возбуждена, неадекватна, агрессивна 20 минут назад. Подобное состояние впервые, ни с чем не связывают.

		АНАМНЕЗ: сахарный диабет 1 тип, тяжёлое течение. Получает инсулин 60 ед/сут, инъекции делает самостоятельно, диету не соблюдает. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжёлое, сознание спутано. АД 140/90 мм.рт.ст. ЧСС 80/мин. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Полный осмотр провести невозможно в связи с сопротивлением больной.
В	-	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Сахарный диабет 1 тип, тяжёлое течение. Гипогликемическое состояние.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз сахарного диабета 1 типа тяжелого течения известен из анамнеза. Диагноз гипогликемического состояния установлен на основании внезапного начала, агрессивного поведения, влажных кожных покровов, небольшого повышения АГ, тенденции к тахикардии. Диагноз гипогликемической комы не может быть установлен, так как имеется спутанное сознание.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Оптимально – предварительное проведение глюкометрии. Тиамин (вит В ₁) 5% 2 мл в/в с целью профилактики энцефалопатии Вернике, глюкоза 40% - 60 мл в/в для повышения уровня глюкозы крови, возможно повторное введение до восстановления сознания или общей дозы 120 мл. Затем - полный осмотр, ЭКГ, повторная глюкометрия. Госпитализация.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано неверно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показана ли инфузионная терапия?
Э	-	При гипогликемическом состоянии без клинических признаков кетонемии инфузионная терапия в экстренном порядке не показана
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.

P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация в терапевтический (эндокринологический) стационар с целью коррекции плановой инсулинотерапии, выявления и коррекции метаболических нарушений.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	3
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Женщина 54 лет. Вызов СМП на дом. ЖАЛОБЫ: боли давящего характера за грудиной, не купируются приемом нитроглицерина, продолжаются более 2 часов. АНАМНЕЗ: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течении года были приступы стенокардии 1 раз в 2-3 мес., периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжелое, ортопное, акроцианоз, набухание шейных вен, ЧД – 26 в минуту, АД – 110/65 мм. рт. ст., ЧСС 115 в минуту; тоны сердца глухие, ритмичные; в легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, печень не увеличена; периферических отеков нет. ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1-V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1-V5 до 4 мм.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС. Острый коронарный синдром (ОКС), возможно, повторный инфаркт миокарда (ИМ), осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН), постинфарктный кардиосклероз передней локализации.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз ИБС, постинфарктного кардиосклероза известен из анамнеза. Диагноз ОКС установлен на основании типичных ангинозных болей, продолжающихся около 2 часов, не купирующихся нитроглицерином. Диагноз ОЛЖН установлен на основании типичных хрипов в легких на фоне ослабленного дыхания, положения ортопное, отсутствия увеличения печени (не хроническая сердечная недостаточность). Высокая вероятность повторного ИМ обусловлена тем, что до данного ухудшения состояния отмечались редкие приступы стенокардии и непостоянное появление одышки при физической нагрузке, что соответствует ФК I-

		П; отсутствуют дополнительные причины для ОЛЖН в виде высокой АГ или тахикардии.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Нитроспрей, АСК 250 мг внутрь и клопидогрель 300 мг внутрь для предотвращения тромбообразования, Морфин 1% 1,0 мл в/в в разведении дробно для купирования ОЛЖН и ангинозной боли, кислород, гепарин 4000 ЕД в/в (антикоагулянт), Нитроглицерин в/в капельно медленно или через дозатор для уменьшения притока крови к сердцу и дилатации коронарных сосудов, фуросемид 20 мг в/в для купирования ОЛЖН, экспресс-исследование уровня тропонина крови для диагностики повторного ИМ через 3 часа от начала приступа, мониторинг ЭКГ для диагностики острых аритмий.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли проведение тромболизиса?
Э	-	Вопрос о проведении тромболизиса в данном случае следует отложить до стационарного этапа, так как подъем сегмента ST на ЭКГ без данных предыдущих ЭКГ нельзя безоговорочно расценивать как признак острого ИМ, это может быть аневризма после перенесенного ИМ.
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом после стабилизации состояния в ОРИТ специализированного стационара для решения вопроса о тромболитической терапии или ЧКВ или КИШ.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	4

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 30 лет. Вызов СМП на дом ЖАЛОБЫ: резкие головные боли, потемнение в глазах, слабость. АНАМНЕЗ: впервые повышение АД до 150/90 мм. рт. ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. В течении последних 2 лет стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодически головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт. ст.). Применение гипотензивных средств (капотен-37,5 мг/сут, бисопролол – 10 мг/сут, индап – 2,5 мг/сут) не давало оптимального эффекта – АД снижалось до 160 – 170/110 мм рт. ст. ОБЪЕКТИВНО: больная астенического телосложения, пониженного питания, ЧСС 72 в минуту, АД – 210/130 мм рт. ст., S=D; в околопупочной области слева выслушивается систоло-диастолический шум. Со стороны остальных органов - без особенностей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Стеноз левой почечной артерии. Реноваскулярная гипертония (злокачественное течение). Наиболее вероятной причиной развития реноваскулярной гипертонии у молодой женщины является фибромускулярная дисплазия почечной артерии.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Наличие почечной гипертонии можно предположить по молодому возрасту больной, быстрому прогрессированию заболевания, высоким цифрам АД, в том числе диастолического, длительному (8 лет) сохранению хорошего самочувствия. О реноваскулярной гипертонии свидетельствует систоло-диастолический шум в проекции левой почечной артерии.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Нифедипин 10 мг внутрь, возможно, повторно с целью воздействия на высокое диастолическое АД, Каптоприл 25 мг п/я, возможно, повторно с целью воздействия на РААС.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или

		Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли применение парентеральных препаратов?
Э	-	При отсутствии эффекта Эбрантил 12,5-25 мг в/в струйно медленно под контролем АД – препарат выбора для купирования высокого АД на догоспитальном этапе.
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация по поводу высокого АД показана при наличии осложнений (здесь этого нет) или при отсутствии эффекта от применения пероральных и парентеральных препаратов. В данном случае, вероятно, гипотензивный эффект будет не полным и нестойким, есть вероятность развития тяжелых сосудистых осложнений, поэтому госпитализация показана с целью исследования сосудов почек (первоначально УЗДГ) и решения вопроса о хирургическом лечении.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 39 лет. Вызов СМП на дом. ЖАЛОБЫ: выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение, кашель. АНАМНЕЗ: в течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Самочувствие ухудшилось в течение последней недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появились выше описанные жалобы. В анамнезе – хронический тонзиллит, в 19 лет – тонзилэктомия. ОБЪЕКТИВНО: ортопноэ, акроцианоз, ЧД – 26 в минуту, ЧСС – 130-150 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст.; температура тела – 37,4 °С, границы сердца расширены влево и вправо; тоны сердца глухие, аритмичные; на верхушке трехчленный ритм, систолический и диастолический шумы; акцент II тона на легочной артерии; в легких на фоне ослабленного дыхания – мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах; печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации; отечность голеней и стоп.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Ревматизм – активная фаза. Ревматический порок сердца: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий неизвестной давности (тахисистолическая форма). Сердечная астма. Нарушение кровообращения II Б стадии (III функционального класса по NYHA). Нельзя исключить гипостатическую пневмонию.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		У больного типичная аускультативная картина сочетанного митрального порока, что с учетом хронического тонзиллита в анамнезе позволяет предположить диагноз ревматизма. Связь ухудшения состояния с перенесенной вирусной инфекцией свидетельствует об активной фазе заболевания. Аритмичная работа сердца с частотой 130-150 уд./мин. свидетельствует о фибрилляции предсердий. Так же можно предположить, что грипп спровоцировал появление аритмии, а аритмия обусловила декомпенсацию сердечной недостаточности.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. Ис целью уменьшения ЧСС и проявлений застойной сердечной недостаточности дигоксин 1,0 мл 0,025% раствора в 20 мл физраствора в/в медленно; кислород.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли применение других препаратов?
Э	-	При сохраняющейся одышке показано применение нитратов с целью уменьшения преднагрузки в виде нитроспрея.
P2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P1	-	Назначение правильное, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?

Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом в кардиологическое отделение
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания.

5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 2 (Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки))» для оценки компетенций ПК 1, ПК 2, ПК-6

Н	-	6
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 22 г. ЖАЛОБЫ: удушье, отечность лица и поясницы, малое количество суточной мочи, головную боль и плохое самочувствие. За 10-12 дней до вызова СМП перенесла ангину. ОБЪЕКТИВНО: Общее состояние тяжелое. Сидит, опустив ноги с кровати, опираясь руками о ее край. Дыхание шумное, затрудненное, 42 в минуту. Лицо бледное, отечное. Губы и кисти рук цианотичны. Отеки всего тела. В легких выслушиваются множественные сухие, а в нижних отделах влажные хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 130 в минуту, ритмичный, напряженный. Артериальное давление 220/110 мм рт. ст. Печень прощупывается на 2 см ниже реберной дуги, болезненна. Симптом Пастернацкого слабо положительный. Моча имеет цвет мясных помоев.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый диффузный гломерулонефрит, смешанная форма, тяжелое течение, анасарка, острая почечная недостаточность, синдром сердечной астмы.
P 2	-	Диагноз поставлен верно
P 1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P 0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	В клинической картине имеет место синдром сердечной астмы. Сочетание синдрома сердечной астмы с артериальной гипертонией, общими отеками и мочевым синдромом, возникновение заболевания после перенесенной ангины, молодой возраст больной свидетельствует в пользу острого диффузного гломерулонефрита. Общее тяжелое состояние свидетельствует о тяжелом течении заболевания. Сочетание отеков, высокой гипертонии и мочевого синдрома указывают на смешанную форму заболевания. Синдром олигурии свидетельствует об острой почечной недостаточности.
P 2	-	Диагноз обоснован верно

P 1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 3		Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. Внутривенное дробное введение 1 мл 1% р-ра морфина в 20 мл физраствора, ингаляция кислорода с парами спирта с целью купирования синдрома сердечной астмы; Нитроглицерин 0,1% 10 мл в 200мл физраствора в/в капельно медленно или через дозатор для уменьшения притока крови к сердцу; В/в введение 80 мг фуросемида до с целью увеличения диуреза за счет снижения обратного всасывания натрия и воды, при отсутствии эффекта возможна венесекция; С гипотензивной целью может быть использован каптоприл 12,5 мг п/я, при необходимости повторно, физиотенз 0,4 мг п/я, и/или эбрантил 0,5% 2,0-5,0 мл в/в медленно под контролем АД; При сохранении тахикардии возможно в/в капельное введение 5 мг пропранолола на 100 мл физраствора под контролем частоты пульса и функции дыхания.
P 2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P 1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P 0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B 4		Показано ли применение дигоксина с целью купирования тахикардии?
Э	-	При сохранении тахикардии с целью уменьшения ЧСС введение дигоксина не показано, так как имеет место высокое АД и синусовый ритм, а наличие синдрома сердечной астмы обусловлено не сердечной недостаточностью, а синдромом влажных легких при почечной недостаточности.
P 2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P 1	-	Назначение правильное, однако, выбор не обоснован.
P 0	-	Ответ неверный.
B 5		Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом в отделение реанимации и интенсивной терапии с продолжением лечебных мероприятий в пути следования, оксигенация.
P 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

Р 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	07
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 68 лет. Вызов СМП на дом ЖАЛОБЫ: Накануне вечером появились резкие боли по всему животу, частая рвота в начале пищей, а потом желчью, усилилась одышка. Стула и газов не было. АНАМНЕЗ: шесть лет назад перенесла инфаркт миокарда. Три года назад стала отмечать «перебои» в сердце, одышку при ходьбе и физической нагрузке. Год назад стали появляться отеки на ногах, лечилась сердечными гликозидами и мочегонными. ОБЪЕКТИВНО: состояние больной тяжелое. Беспокойно ведет себя, стонет от болей в животе. Бледная, цианоз губ. Небольшие отеки голеней. Положение в постели вынужденное - ортопное. Число дыханий 34 в мин. В легких в нижних отделах мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены влево на 2-3 см. Тоны сердца глухие, аритмичные. Систолический шум на верхушке. Частота сердцевидения 122 в минуту. Акцент 2-го тона на легочной артерии. Пульс аритмичен, 92 в минуту. АД 80/40. Язык сухой, покрыт коричневым налетом. Живот вздут, мягкий. При пальпации незначительная болезненность по всему животу. Перистальтика не выслушивается. Симптом Щеткина отрицателен. Пальцевое исследование прямой кишки без примеси крови и слизи.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Тромбоз мезентериальных сосудов, стадия ишемии (инфаркта?) кишечника, рефлексорный (болевой) коллапс. ИБС: Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, склеродегенеративная недостаточность митрального клапана, постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, сердечная недостаточность II Б стадии.
Р 2	-	Диагноз поставлен верно
Р 1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
Р 0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
		Сочетание сильной разлитой боли в животе неопределенной локализации и отсутствия напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины типично для мезентериального тромбоза. У больной имеется характерный сердечно-сосудистый фон: атеросклероз, фибрилляция предсердий и сердечная недостаточность. По сроку от начала болевого синдрома можно надеяться, что имеет место ишемическая стадия (ее типичная продолжительность 6-12 часов), сохранение сильной боли и отрицательный симптом Щеткина так же свидетельствуют в пользу ишемии. В стадии инфаркта (некроза) кишечника боли несколько стихают, нарастают симптомы интоксикации, а через 18-36 часов от начала болезни развивается перфорация и бактериальный перитонит со всеми классическими симптомами, включая симптомы шока. В данном случае гипотензия вероятно, носит рефлексорный характер, так как ни время, ни брюшные симптомы не соответствуют диагнозу

		перитонита. Тромбоз мезентериальных сосудов возникает, как правило на почве атеросклероза этих артерий. В развитии имеют значение и функциональные изменения, спазмы сосудов и увеличение тромбообразующих свойств крови. Возможны также эмболии сосудов брыжейки при наличии внутрисердечных тромбов при постинфарктной аневризме, тромботических наложений на клапанах сердца при эндокардитах. В этих случаях эмболии способствуют нарушения ритма, тяжёлая сердечная недостаточность.
P 2	-	Диагноз обоснован верно
P 1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 3		Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э		Регистрация электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных. Кислород; Ненаркотические анальгетики с целью уменьшения болевого синдрома и рефлекторного коллапса: лорноксикам 8 мг, или кеторолак 30 мг в/в медленно или в/м; с целью уменьшения ЧСС и проявлений застойной сердечной недостаточности дигоксин 1,0 мл 0,025% раствора в 20 мл физраствора в/в медленно; При сохранении гипотензии вазопрессорные средства: допамин 200 мг на 200 мл физраствора в/в капельно медленно с 6-8 капель в минуту.
P 2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P 1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P 0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B 4		Показана ли инфузионная терапия?
Э	-	При признаках застойных явлений в легких инфузионная терапия не показана
P 2	-	Выбор терапии правильно обоснован.
P 1	-	Назначение правильное, однако, выбор не обоснован.
P 0	-	Ответ неверный.
B 5		Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом в хирургическое отделение, в идеале в отделение сосудистой хирургии, с продолжением лечебных мероприятий, оксигенации в пути следования с целью скорейшего обследования: ангиография артерий брюшной полости, при невозможности – лапароскопия и хирургическое лечение. Прогноз тяжелый.
P 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

P 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	-	08
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 45 лет, доставлен СМП в инфекционную больницу ЖАЛОБЫ: накануне вечером, после ужина появились сильные боли в подложечной области, рвота – вначале съеденной пищей, а затем желудочным содержимым. Боли и рвота продолжались всю ночь. Вызванный врач «скорой помощи» промыл желудок, заподозрив пищевую токсикоинфекцию. Улучшения не наступило, и больной доставлен в больницу. АНАМНЕЗ: В течении последнего года отмечает возникновение болей за грудиной при быстрой ходьбе и физической нагрузке, которые заставляли его останавливаться и отдыхать и вскоре проходили. Боли эти возникали 1-2 раза в месяц. ОБЪЕКТИВНО: состояние больного тяжелое, цианоз лица, холодное, покрытое липким потом тело. Пульс 110 в минуту, малый скор. Температура 36,9°C. Артериальное давление 80/50. Границы сердца не изменены, тоны глухие, чистые. В легких изменений нет. Язык обложен. Живот обычной формы, не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезнен в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты 4 200 000, лейкоциты 11 200, пал. 4%, сегм. 70%, лимф. 23%, мон. 3%, СОЭ 10 мм/ч. Анализ мочи: уд. вес 1020, белка нет, ЭКГ – синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубца R во II, III, AVF отведениях, ST куполообразно смещен вверх во II, III, AVF отведениях. ST в I, V4-5-6 ниже изолинии.
В 1		Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Инфаркт миокарда нижней стенки (гастралгический вариант), осложнённый кардиогенным шоком.
P 2	-	Диагноз поставлен верно
P 1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P 0	-	Диагноз поставлен неверно
В 2		Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Больной находится в состоянии шока. Острые боли в подложечной области, покрытое липким потом тело, снижение артериального давления, изменения на электрокардиограмме, наличие в анамнезе приступов стенокардии напряжения дают основание заподозрить у больного инфаркт миокарда (гастралгический вариант), осложнённый кардиогенным шоком. Изменения ЭКГ соответствуют нижней локализации инфаркта.
P 2	-	Диагноз обоснован верно
P 1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.

P 0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B 3		Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация электрокардиограммы. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных, мониторингирование ЭКГ и АД. Кислород; вызов реанимационной бригады СМП; С целью обезболивания 1% раствор морфина 1 мл в разведении в 20 мл физраствора в/в дробно по 4-5 мл, контролируя функцию дыхания; Дезагреганты и антикоагулянты с целью прекращения тромбообразования: АСК 250 мг и клопидогрел 300 мг внутрь, гепарин 4000 ЕД в/в или НМГ 80 мг. При сохранении гипотензии после обезболивания 200 мл 0,9% р-ра хлорида натрия в/в капельно быстро, контролируя перегрузку малого круга, при положительном эффекте и необходимости повторить до суммарного объема 400 мл; в случае усиления одышки, появлении хрипов, прекратить инфузию, перейти к в/в введению допамина 200 мг в 200 мл физраствора с 6-8 капель в минуту; Учитывая продолжительность патологического процесса тромболизис не показан.
P 2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P 1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P 0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B 4		В чем ошибка врача СМП?
Э	-	Чрезвычайные сильные боли, отсутствие поноса давали основания усомниться в диагнозе пищевой токсикоинфекции. Ошибочно был промыт больному желудок. Такая манипуляция может ухудшить состояние больного. Локализация боли в эпигастриальной области, особенно при общем тяжелом состоянии является показанием для срочной регистрации ЭКГ
P 2	-	Оценка действий врача правильно обоснована.
P 1	-	Оценка правильная, однако, обоснование неполное.
P 0	-	Ответ неверный.
B 5		Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом в специализированное сосудистое отделение с продолжением лечебных мероприятий, оксигенации в пути следования с целью скорейшего обследования: СКГ и решения вопроса о ЧКВ или АКШ.
P 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Н	-	09
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 28 лет. Вызов СМП на дом. ЖАЛОБЫ: сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание. АНАМНЕЗ: приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца они участились и стали более продолжительными. ОБЪЕКТИВНО: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет, кожа на груди, ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Выслушивается равномерный маятникообразный ритм тонов сердца. Частота сердечных сокращений (аускультативно) 220 в минуту. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание частое, каждые 15-20 минут выделяется 200-250 мл светлой мочи. ЭКГ: частота сокращений желудочков 220 в минуту, зубцы Т положительные, зубцы Р не определяются. Интервалы – ST ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (ТК).
Р	-	Диагноз поставлен верно
2		
Р	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
1		
Р	-	Диагноз поставлен неверно
0		
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	0	Диагноз пароксизмальной ТК поставлен на основании внезапного начала и внезапного окончания предыдущих приступов. Диагноз суправентрикулярной ТК поставлен на основании данных ЭКГ о недеформированных и нерасширенных желудочковых комплексах; отсутствие зубца Р при высокой частоте ритма обусловлено его слиянием с зубцом Т. Небольшая депрессия сегмента ST характерна для тахикардии. Частое мочеиспускание и отсутствие застойной сердечной недостаточности так же характерны для пароксизмов суправентрикулярной ТК. Гипотензия обусловлена малым сердечным выбросом при короткой диастоле.
Р	-	Диагноз обоснован верно
2		
Р	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
1		
Р	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
0		
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Для купирования приступа пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии применяются следующие методы рефлекторного раздражения: надавливание на

	глазные яблоки, массаж области каротидного синуса, глубокое дыхание, проба Вальсальвы. Эти методы способствуют повышению тонуса парасимпатической нервной системы и ее преобладанию над симпатической Лекарственные вещества при безуспешности рефлекторных методов: верапамил 0,25% 4 мл в/в медленно в разведении или пропранолол 0,1% 5 мл в/в медленно в разведении или новокаиномид 10% 10мл внутривенно капельно или кордарон 300 мг в/в капельно. Все эти вещества способствуют устранению очагов эктопической импульсации. При низком АД одновременно применяется мезатон 1% 0,5-1 мл в/в. На этапе СМП больше 1 антиаритмического препарата не применяется. При длительном приступе, не купирующемся лекарственными средствами, применяют электрическую кардиоверсию.
P 2	- План экстренной помощи составлен полностью верно.
P 1	- План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P 0	- План лечения составлен полностью неверно.
B 4	О каких причинах пароксизмальной ТК можно думать в данном случае?
Э	- Причиной приступов у данной больной могут быть дополнительные проводящие пути (ДПП), ранее не проявлявшиеся клинически; может быть гипертиреоз. В этих направлениях необходимо будет провести плановое обследование.
P 2	- Ответ верный.
P 1	- Ответ частично верный или неполный
P 0	- Ответ неверный.
B 5	Какова дальнейшая тактика?
Э	- При быстром купировании приступа и отсутствии на ЭКГ при синусовом ритме признаков ДПП можно оставить дома с рекомендацией амбулаторного обследования, во всех прочих случаях госпитализация в кардиологическое отделение, так как некупированный пароксизм или наличие ДПП представляют угрозу жизни.
P 2	- Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P 1	- Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P 0	- Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	- 0
И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	- Больная, 47 лет. ЖАЛОБЫ: одышка, боль и чувство стеснения в груди и за грудиной.

		АНАМНЕЗ: находилась в гинекологическом отделении, где оперирована по поводу симптомной фибромиомы матки. Послеоперационный период осложнился тромбозом вен левой голени. Ранее жалоб со стороны сердца не было. Антикоагулянты не получала. ЭКГ не делали. Через 16 дней после операции утром состояние больной внезапно ухудшилось, появилась вышеперечисленная симптоматика. Бригадой скорой помощи с диагнозом инфаркт миокарда больную доставили в кардиологическое отделение. ОБЪЕКТИВНО: состояние больной тяжелое, беспокойна. Выраженный диффузный цианоз, одышка 32 дыхательных движения в минуту, отечность левой голени. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, мелкопузырчатые влажные хрипы по всей поверхности легких. Пульс 120 в минуту, ритмичен, нитевидный. Артериальное давление 80/50. Тоны сердца очень глухие, чистые. Язык сух. Живот вздут, болезнен в правом подреберье, где прощупывается на 6 см ниже края реберной дуги мягкая, весьма болезненная печень. Селезенка не увеличена. Стул был. Температура 38 °С. Анализ крови: гемоглобин 124 г/л, Эг 4 600 000, лейкоциты 21 000, эоз. 1 %, юных 2%, пал.- 18%, сегм. – 59%, лимф. 14%, моноциты – 6%, СОЭ 30 мм/ч. Анализ мочи без особенностей. Протромбиновый индекс 98%. Время свертывания 2 мин. 10 сек. ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси вправо, глубокий Q II, III, сегмент ST II, III несколько приподнят над изоэлектрической линией. В правых грудных отведениях картина блокады правой ножки пучка Гиса.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Массивная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
Р	-	Диагноз поставлен верно
2		
Р	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
1		
Р	-	Диагноз поставлен неверно
0		
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	. Больной проведено оперативное вмешательство на органах малого таза, в послеоперационном периоде развился тромбоз вен, что является характерными причинами ТЭЛА; клинически наблюдается острая дыхательная недостаточность, симптомы острой перегрузки правого желудочка в виде болезненного увеличения печени, особенности электрокардиограммы соответствуют картине перегрузки правого желудочка. На массивную ТЭЛА указывает артериальная гипотензия и цианоз.
Р	-	Диагноз обоснован верно
2		
Р	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
1		
Р	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
0		
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Мониторинг ЭКГ, пульсоксиметрия Оксигенация Гепарин 10000 ЕД в/в с целью прекращения тромбообразования

		Норадреналин в/в кап. от 0,5-1,0 мкг/мин под контролем АД с целью коррекции гипотензии; инфузионная терапия не показана, так как имеется острый застой в большом круге кровообращения, при бронхоспазме эуфиллин 240 мг в/в. В случае массивной ТЭЛА по современным рекомендациям на основании только клинических данных показан тромболизис
P 2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P 1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P 0	-	План лечения составлен полностью неверно.
B 4		Какие мероприятия в послеоперационном периоде у больной могли бы предотвра- т
Э	-	Антикоагулянтная терапия в послеоперационном периоде после развития тромбофлебита у больной, возможно, предотвратила бы развитие эмболии лёгочной артерии.
P 2	-	Ответ верный.
P 1	-	Ответ частично верный или неполный
P 0	-	Ответ неверный.
B 5		Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация в специализированную клинику на носилках с продолжением оксигенации и медикаментозного лечения с целью обследования для определения прямых и косвенных показаний к тромболизису: МСКТ, ЭхоКГ.
P 2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P 1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P 0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены

		несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

1. Зубеева Г.Н. - к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО

2. Харламова О.В. - к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО