

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ АНАФІЛАКСІЯ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.
 3. **Видаліть усі можливі алергени!**
 4. Оцініть стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.
5. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.
 6. Забезпечте в'в доступ. Для цього у рамках іспиту промовте: «Сестро, встановіть пацієнту\ -ці периферичний внутрішньовенний катетер!».
 7. Розпочніть інфузію кристалоїдних розчинів 20 мл/кг , вербалізуйте підйом ніг пацієнта під кутом 30* за допомогою валику/подушки.
 8. Виконайте введення Адреналіну у вигляді внутрішньом'язової інекції 0,3 мг 0,18% розчину у верхньо-зовнішню третину стегна.
- NB!!!** Оберіть шприць/флакон маркований «Адреналін 0,18%» та продемонструйте його введення у зазначену зону. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!
9. Повторно оцініть гемодинаміку пацієнта (пульс та АТ).
 10. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ ГІПОГЛІКЕМІЯ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.
 3. Замовте визначення глюкози крові пацієнта.
 4. Оцініть стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.
5. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.
 6. Забезпечте в'в доступ. Для цього у рамках іспиту промовте: «Сестро, встановіть пацієнту\ -ці периферичний внутрішньовенний катетер!».

7. Розпочніть довенне введення Глюкози 40% у вигляді болюсу 20 мл та з орієнтацією на стан свідомості.

NB!!! Оберіть шприць/флакон маркований «Глюкоза 40%» та встановіть його до порту катетера. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!

8. Забезпечте довенну інфузію глюкози. Для цього вербалізуйте виконайте встановлення флакону з глюкозою 10% до штативу та підключення системи до периферичного катетеру.

9. Заовте повторний аналіз рівня глюкози крові пацієнта.

10. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).

11. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ НАБРЯКУЛЕГЕНЬ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.

2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз.

3. Викличте бригаду ШМД для пацієнта.

4. Вербалізуйте надання 100% кисню через лицьову маску.

5. Оцініть стан:

а. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.

б. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуєте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.

с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії, обов'язково виміряйте АТ.

NB!!! Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто вітальні показники у симулятора співпадають зазначеними в умовах задачі.

6. Вербалізуйте запрос на надання даних щодо ЕКГ пацієнта.

NB!!! Проведення оцінки ЕКГ треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, зніміть ЕКГ!». При відсутності вербалізації – ЕКГ надано не буде.

7. Дайте вказівки стосовно забезпечення в/в доступу. Для цього голосно промовте «Сестро, встановіть периферичний венозний катетер!».

8. Розпочніть сублінгвальне введення гліцерил тринітрату у дозі 0,4 мг кожні 3-5 хв., доки систолічний тиск вище 100 мм.рт.ст.

NB!!! Оберіть шприць/флакон маркований «Гліцерил тринітрат», вербалізуйте введення препарату сублінгвально. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення та дози. Фізичне введення розчину не виконується!

9. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).

10. Вербалізуйте проведення моніторингу сатурації, ЧСС, ЧД, АД та рівня свідомості до моменту прибуття бригади ШМД.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ ПЕРЕДОЗУВАННІ ОПОЇДАМИ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.
 3. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.
 4. Оцініть стан:
 - а. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - б. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.
5. Забезпечте в'в доступ. Для цього у рамках іспиту промовте: «Сестро, встановіть пацієнту\ці периферичний внутрішньовенний катетер!».
 6. Розпочніть довенне введення антидоту Налоксон 1 мг у вигляді болюсу повільно з орієнтацією на свідомість, ЧСС та ЧД пацієнта з можливим повторним введенням через 30 хв.
- NB!!!** Оберіть шприць/флакон маркований «Налоксон» та встановіть його до порту катетера. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!
7. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).
 8. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ ОТРУЄННІ ЧАДНИМ ГАЗОМ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз.
 3. Оцініть стан:
 - а. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - б. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто усі життєві показники у симулятора відповідають зазначеним у завданні.
4. Вербалізуйте надання 100% кисню через лицьову маску.
 5. Призначте наступні діагностичні процедури:
 - реєстрацію ЕКГ у 12 відведеннях;
 - визначення рівня глюкози;
 - визначення показників EtCO₂.

6. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).
7. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ РАПТОВОМУ НАПАДІ СУДОМ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз.
3. Вербалізуйте виклик бригади ШМД пацієнту.
4. Оцініть стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто усі життєві показники у симулятора відповідають зазначеним у завданні.

5. Підкладіть під голову постраждалого м'які речі з метою профілактики травми голови.
6. Надайте постраждалому стабільного бокового положення, для цього:
 - витягнути ближчу до себе руку пацієнта за голову;
 - зігнути іншу руку в лікті та завести тильну сторону долоні до ближчої до себе щоки пацієнта;
 - зігнути дальню від себе ногу пацієнта в коліні;
 - використовуючи зігнуті руку і ногу пацієнта, як важіль, повернути його на себе;
 - підтягнути зігнуту ногу трохи вище, поправити руки пацієнта, надаючи йому зручне стійке положення;
 - впевніться, що нічого не тисне на грудну клітку чи не заважає диханню;
 - впевніться, що голова пацієнта розташована на руці, а голова, шия та корпус тіла — вирівняні.
7. В жодному разі **НЕ НАМАГАЙТЕСЯ**:
 - насильно стримувати судомні рухи пацієнта;
 - розкривати рот у постраждалого за допомогою підручних засобів;
 - силоміць вливати рідину та будь-які ліки до рота постраждалого під час судом.
8. Повторно оцініть вітальні показники пацієнта (рівень свідомості, наявність та паттерн дихання, гемодинаміку).
9. Замовте аналіз щодо рівня глюкози крові пацієнта.
10. Вербалізуйте встановлення нагляду за пацієнтом до моменту прибуття бригади ШМД.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ СЛР ПРИ АСИСТОЛІЇ/БПЕА

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Оцініть наявність небезпеки та знаходження пацієнта на пласкій твердій поверхні.
 3. Наблизьтеся до пацієнта та перевірте його стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** На виконання оцінки стану пацієнта відводиться не більше 10 секунд! Перевірку дихання та пальпацію пульсу раціонально виконувати одночасно.
4. Покликати на допомогу персонал, сповістити про випадок зупинки кровообігу.
 5. Запросити пристрій для оцінки ЕКГ (бажано Автономний Зовнішній Дефібрилятор з можливістю оцінки ритму).
 6. Одночасно з викликом допомоги, розпочинайте виконання СЛР з компресій грудної клітки:
 - a. на 2 пальці вище за від мечовидного відростку встановлюєте основу долоні опорної руки, пальці котрої знаходяться паралельно ребрам пацієнта та не торкаються грудної клітини; кисть іншої руки розташовується зверху довільно. Тулуб нахилений вперед так, щоб горизонтальна вісь Ваших плечей співпадала з віссю грудини постраждалого. Руки прямі.
 - b. натискання на грудну клітину проводиться з частотою 100-120 за хв, глибина 5-6 см; співвідношення компресій та дихань 30:2.
 7. Вдихи пацієнту виконуються мішком АМБУ або за наявності засобів індивідуального захисту методом «рот до рота», при цьому повторно забезпечують прохідність за допомогою потрійного прийому Сафара. Тривалість вдиху не має бути більше за 6-8 с., стежте за роздуванням грудної клітини.
 8. Після 5-6 циклів СЛР або 2 хв проводьте повторну оцінку свідомості, дихання та кровообігу пацієнта. За відсутності вітальних показників – продовжуйте СЛР.
 9. На 2 хв необхідно віддати команду медичній сестрі ввести Адреналін (Адреналіну гідрохлорид) доведено у дозі 1 мг кожні 3-5 хв.
- NB!!!** Введення Адреналіну треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, введіть доведено 1 мг адреналіну!». При відсутності вербалізації – не виконано.
10. Одночасно з продовженням компресій та після введення адреналіну потрібно вербалізувати необхідність проведення оцінки ритму за допомогою ЕКГ.
- NB!!!** Проведення оцінки ЕКГ треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, зніміть ЕКГ!». При відсутності вербалізації – ЕКГ надано не буде. ВАЖЛИВО: На оцінку ЕКГ надається не більше 10 секунд! Якщо Ви невпевнені у діагнозі за ЕКГ – продовжуйте компресії.
11. Після звукового сигналу «Залишилась одна хвилина»:
 - a. продовжуйте СЛР у об'ємі 1 цикл;
 - b. проведіть повторну оцінку вітальних функцій пацієнта;
 - c. вербалізуйте можливі причини зупинки серцевої діяльності згідно правилу «4Г та 4Т».

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ВИКОНАННЯ СЛР ПРИ ФШ/ШТ без пульсу

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Оцініть наявність небезпеки та знаходження пацієнта на пласкій твердій поверхні.
 3. Наблизьтеся до пацієнта та перевірте його стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** На виконання оцінки стану пацієнта відводиться не більше 10 секунд! Перевірку дихання та пальпацію пульсу раціонально виконувати одночасно.
4. Покликати на допомогу персонал, сповістити про випадок зупинки кровообігу.
 5. Запросити пристрій для оцінки ЕКГ (бажано Автономний Зовнішній Дефібрилятор з можливістю оцінки ритму).
 6. Одночасно з викликом допомоги, розпочинайте виконання СЛР з компресій грудної клітки:
 - a. на 2 пальці вище за від мечовидного відростку встановлюєте основу долоні опорної руки, пальці котрої знаходяться паралельно ребрам пацієнта та не торкаються грудної клітини; кисть іншої руки розташовується зверху довільно. Тулуб нахилений вперед так, щоб горизонтальна вісь Ваших плечей співпадала з віссю грудини постраждалого. Руки прямі.
 - b. натискання на грудну клітину проводиться з частотою 100-120 за хв, глибина 5-6 см; співвідношення компресій та дихань 30:2.
 7. Вдихи пацієнту виконуються мішком АМБУ або за наявності засобів індивідуального захисту методом «рот до рота», при цьому повторно забезпечують прохідність за допомогою потрійного прийому Сафара. Тривалість вдиху не має бути більше за 6-8 с., стежте за роздуванням грудної клітини.
 8. Після 5-6 циклів СЛР або 2 хв проводьте повторну оцінку свідомості, дихання та кровообігу пацієнта. За відсутності вітальних показників – продовжуйте СЛР.
 9. На 2 хв необхідно віддати команду медичній сестрі ввести Адреналін (Адреналіну гідрохлорид) доведено у дозі 1 мг кожні 3-5 хв.
- NB!!!** Введення Адреналіну треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, введіть доведено 1 мг адреналіну!». При відсутності вербалізації – не виконано.
10. Одночасно з продовженням компресій та після введення адреналіну потрібно вербалізувати необхідність проведення оцінки ритму за допомогою ЕКГ.
- NB!!!** Проведення оцінки ЕКГ треба гучно вербалізувати, наприклад «Сестро, зніміть ЕКГ!». При відсутності вербалізації – ЕКГ надано не буде. ВАЖЛИВО: На оцінку ЕКГ надається не більше 10 секунд! Якщо Ви невпевнені у діагнозі за ЕКГ – продовжуйте компресії.
11. При діагностиці ФШ/ШТ без пульсу:
 - a. вербалізуйте виконання дефібриляції («Всім відійти від пацієнта! Увага, розряд!»), перший розряд двофазного дефібрилятора – 200 Дж, однофазного – 360 Дж. Всі подальші розряди – 360 Дж.
 - b. аміодарон 300 мг в/в після третього неефективного розряду та після 150 мг п'ятого неефективного розряду.
 12. Після звукового сигналу «Залишилась одна хвилина»:
 - a. продовжуйте СЛР у об'ємі 1 цикл;
 - b. проведіть повторну оцінку вітальних функцій пацієнта;
 - c. вербалізуйте можливі причини зупинки серцевої діяльності згідно правилу «4Г та 4Т».

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ ОТРУЄННІ ФОС

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
 2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз та розподіліть обов'язки.
 3. Вербалізуйте надання кисню через лицьову маску.
 4. Оцініть стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.
 - c. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.
- NB!!!** Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто ЧСС та АД співпадають зазначеними.
5. Розпочніть катетеризацію периферійного венозного катетера. Детально техніка описана у додатку.
- NB!!!** Обов'язково виконуйте та проговорюйте основні компоненти маніпуляції: місце пункції, місце накладання джгута, обробка шкіри, положення рук та катетера, розміщення зрізу голки, контроль попадання до вени, просування катетера та виймання голки, контроль та промивання катетера, фіксація катетера.
6. Розпочніть довенне введення антидоту Атропін 0,1% у вигляді болюсу 2 мл та з орієнтацією на розмір зіниць та ЧСС пацієнта кожні 4-5 хв.
- NB!!!** Оберіть шприць/флакон маркований «Атропін 0,1%» та встановіть його до порту катетера. Введення необхідно вербалізувати із зазначенням шляху введення, дози та кратності. Фізичне введення розчину не виконується!
7. Розпочніть довенне введення антидоту Пралідоксим у вигляді болюсу 1 г кожну 1 годину та з орієнтацією на розмір зіниць, ЧСС, ЧД та наявність хрипів у пацієнта.
 8. Замовте повторний аналіз активності ацетилхолінестерази пацієнта.
 9. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).
 10. Вербалізуйте переведення пацієнта до ВІТ для подальшого лікування.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.

АЛГОРИТМ ДОПОМОГИ ПРИ ШОЦІ НЕЯСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

студентам 6-го курсу для складання іспиту ОСКІ

1. Одягніть рукавички до початку виконання завдання.
2. Покличте на допомогу, сповістіть про ймовірний діагноз.
3. Вербалізуйте виклик бригади ШМД до пацієнта.
4. Оцініть стан:
 - a. свідомості – голосно зверніться до пацієнта, відчутно поплескайте пацієнта по грудях.
 - b. дихання – виконайте потрійний прийом за Сафаром: розгинання голови, виведення нижньої щелепи, відкриття рота. Після цього піднесіть вухо до відчиненого рота пацієнта та дійте за

правилом «чую, відчуваю, бачу» - стежте за рухами грудної стінки, відчувайте та чуйте дихання. У нормі за <10 секунд людина дихає 2-4 рази.

с. кровообігу – проводьте пальпацію пульсу на сонній артерії.

NB!!! Стан пацієнта відповідає умовам задачі, тобто усі життєві показники у симулятора відповідають зазначеним у завданні.

5. Вербалізуйте надання 100% кисню через лицьову маску.

6. Призначте наступні діагностичні процедури:

- повторне визначення АТ, ЧСС;
- визначення температури тіла;
- пульсоксиметрія та капнометрія;
- визначення рівня глюкози;
- реєстрація ЕКГ;
- визначення рівня лактату;
- забір крові з подальшим визначенням гемокультури.

7. Забезпечте в\в доступ. Для цього у рамках іспиту промовте: «Сестро, встановіть пацієнту\-ці периферичний внутрішньовенний катетер!».

8. Призначте в\в інфузійну терапію 0,9 % розчином NaCl у дозі 30 мл/кг (максимум до 1 літру) менше ніж за 15 хв.

9. Призначте в\в інфузію вазопресорів: норепінефрин у дозі 0,05-0,5 мкг/кг/хв АБО епінефрин у дозі 0,05-0,3 мкг/кг/хв АБО дофамін у дозі 2-20 мкг/кг/хв.

10. Повторно оцініть стан пацієнта (гемодинаміка, свідомість, дихання).

11. Вербалізуйте проведення лікувальних заходів до моменту прибуття бригади ШМД.

Не забудьте забрати маршрутний лист та особисті речі по завершенню виконання.