

Государственное бюджетное профессиональное образовательное  
учреждение Нижегородской области  
«Арзамасский медицинский колледж»

Аналитический отчет по результатам деятельности

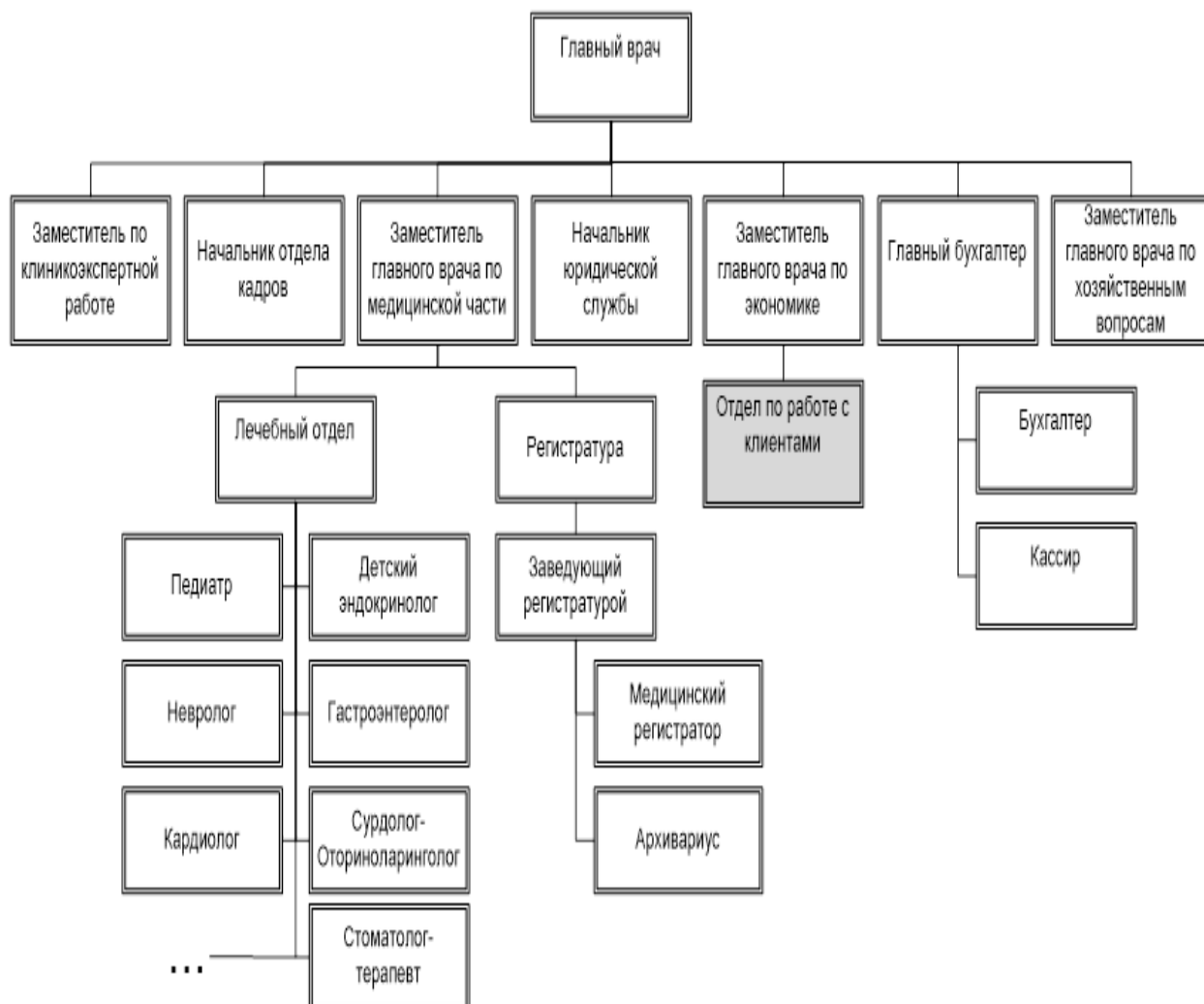
ГБУЗ НО «Арзамасская районная больница»

Никитина Инна Сергеевна 4 курс группа Ф-38 «Лечебное дело»

# 1. НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения  
Нижегородской Области «Арзамасская районная больница» (ГБУЗ НО  
«АРБ»)

## 2. СТРУКТУРА ПОЛИКЛИНИКИ



### 3.ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЙОНА ОБСЛУЖИВАНИЯ

ГБУЗ НО "Арзамасская районная больница"	Главный врач – Филатов Александр Петрович
Абрамовская участковая больница	Заведующая филиалом Учуваткина Евгения Вячеславовна
Чернухинская участковая больница	Заведующая филиалом Шагина Татьяна Алексеевна
Балахонихинская врачебная амбулатория	фельдшер – Пантелеева Лариса Викторовна
Березовская врачебная амбулатория	Фельдшер Калинина Галина Юрьевна
Больше-Тумановская врачебная амбулатория	Врач общей практики Качан Альберт Борисович
Ветошкинская врачебная амбулатория	Фельдшер Пешехонова Кристина Сергеевна
Водоватовская врачебная амбулатория	Фельдшер Панова Анастасия Александровна
Красносельская врачебная амбулатория	Врач общей практики Кузьмина Светлана Евгеньевна
Ломовская врачебная амбулатория	Врач общей практики Тимофеева Светлана Вениаминовна
Новоселковская врачебная амбулатория	Фельдшер Сибирина Татьяна Николаевна
Шатовская врачебная амбулатория	Врач общей практики Белова Нелли Олеговна
Беговатовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Лупашина Анна Борисовна
Васильев-Вражский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Цыбулина Екатерина Юрьевна
Волчихинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП-акушерка Коровайкина Елена Яковлевна
Вторусский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП-фельдшер Зинова Наталья Ивановна
Казаковский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Петрова Мария Валерьевна
Каменский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Клокова Вера Васильевна

Кирилловский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Пителина Любовь Николаевна
Кичанзинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Гюмина Юлия Юрьевна
Коваксинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Акушерка Букина Людмила Григорьевна
Кожинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Петрова Мария Валерьевна
Костылихинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Гусева Елена Анатольевна
Котихинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Саакян Рузанна Робертовна
Криушинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Карпова Галина Валерьевна
Лидовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Борисова Антонина Александровна
Морозовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Кондратьева Виктория Валерьевна
Мотовиловский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – фельдшер Акишина Татьяна Романовна
Наумовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Вишнякова Валентина Васильевна
Никольский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Куренкова Татьяна Алексеевна
Ново-Усадский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Стеглянникова Алевтина Юрьевна
Пошатовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Закалистова Татьяна Александровна
Протопоповский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Вдовина Светлана Вадимовна
Пустынский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Скрипкина Ольга Владимировна

Селемский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Береза Татьяна Николаевна
Семеновский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Раков Никита Владимирович
Слизневский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельшер Новикова Ирина Васильевна
Успенский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП-фельдшер Храмова Кристина Юрьевна
Хватовский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующая ФАП – фельдшер Головкина Елена Ивановна
Шерстинский фельдшерско-акушерский пункт	Заведующий ФАП – Фельдшер Колочкова Ирина Юрьевна

#### 4. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ

1. Динамика посещений поликлиники:

число посещения поликлиники за год ·100 / число посещения поликлиники за предыдущий период

$$34398 \cdot 100 / 66421 = 51,7\%$$

Изменение этого показателя может быть связано с ростом численности населения, увеличением штата врачей, увеличением нагрузки врачей и т.д.

2. Обеспеченность населения поликлинической помощью:

число врачебных посещений в поликлинике (на дому) ·100/ число обслуживаемого населения

$$1897 \cdot 100 / 39493 = 4,8\%$$

3. Распределение посещений поликлиники по виду обращений (по поводу заболеваний или профилактического осмотра):

число посещений по поводу заболеваний ·100 / общее число посещений поликлиники

$$13454 \cdot 100 / 49956 = 26,9\%$$

Этот показатель дает возможность видеть основное направление в работе врачей определенных специальностей.

4. Повторность амбулаторных посещений:

число повторных посещений к врачам /число первичных посещений к этим же врачам

$$2949 / 5891 = 0,51\%$$

Показатель свидетельствует о степени внимания врачей к больным.

5. Показатель заболеваемости (суммарно и по отдельным болезням) характеризует здоровье жителей района:

число зарегистрированных заболеваний ·1000/число населения

$$1678 \cdot 1000 / \text{число населения} = \%$$

## **5. АНАЛИЗ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ**

1. Показатель первичной заболеваемости =  $19\,500 / 35\,000 \times 1000 = 557,1$  на 1000 населения

2. Показатель распространенности заболеваний =  $28\,000 / 35\,000 = 800$  на 1000 населения

3. Структура первичной заболеваемости:

Доля болезней органов дыхания =  $9\,000 / 19\,500 \times 100 = 46,2\%$

Доля травм, отравлений и несчастных случаев =  $3\ 000 / 19\ 500 \times 100 = 15,4\%$

Доля болезней нервной системы =  $2\ 000 / 19\ 500 \times 100 = 10,3\%$

## **6. ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

Кабинет медицинской статистики оснащён современной оргтехникой: принтер, сканер, копир и компьютер, на котором имеется программное обеспечение, позволяющее собирать и анализировать статистические данные по отдельным структурным подразделениям и по учреждению в целом, а также формировать ежемесячные, ежеквартальные и годовые отчёты.

Для учёта, анализа и отчётности на компьютере установлены следующие программные продукты: "Анализ смертности", "Анкетирование - стационар", "Контингенты ПТД", "Анкетирование - поликлиника", "Стационар", "Медстат".

## **7. ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВ**

**Столярова Александра Борисовна**

Терапевт, ревматолог

Стаж 29 лет

**Носачева Ольга Вячеславовна**

Гинеколог, акушер

Стаж 29 лет

**Храмов Александр Владимирович**

Хирург

Стаж 20 лет

**Воденеева Ольга Владимировна**

Пульмонолог, терапевт

Стаж 10 лет

**Шагина Татьяна Алексеевна**

Неонатолог, педиатр

Стаж 28 лет

**Митина Елена Анатольевна**

Невролог

Стаж 13 лет

**Тимофеева Светлана Вениаминовна**

Терапевт, врач общей практики, семейный врач

Стаж 30 лет

**Пронина Наталья Владимировна**

Невролог

Стаж 14 лет

**Важдаева Надежда Юрьевна**

Педиатр

Стаж 36 лет

**Хитрая Лариса Владимировна**

Офтальмолог (окулист)

Стаж 29 лет



**Родионов Николай Романович**

Психиатр, нарколог

Стаж 25 лет

**Филатов Александр Петрович**

Кардиолог, терапевт

Стаж 16 лет

**Горин Александр Михайлович**

Терапевт

Стаж 10 лет

**Стрелов Илья Владимирович**

Терапевт, онколог

Стаж 12 лет

**Матвеева Марина Евгеньевна**

Педиатр

Стаж 34 года

**Щелина Наталья Петровна**

Терапевт

Стаж 41 год

**Сергеев Александр Викторович**

Лор (отоларинголог)

Стаж 35 лет

**Вилкова Елена Леонидовна**

Стоматолог, стоматолог-терапевт.

Стаж 27 лет.

## **Рябов Сергей Евгеньевич**

Терапевт.

Стаж 27 лет.

Вывод: В целом в консультативно-диагностической поликлинике высококвалифицированный кадровый состав с высоким трудовым, профессиональным потенциалом. Основная причина отсутствия категории у медицинского персонала заключается в недостаточном количестве стажа. За отчетный период отмечается повышение процента укомплектованности специалистами, а следовательно, уменьшения коэффициента совместительства. Благодаря грамотной кадровой политике наибольший процент, среди работающих, составляют специалисты со стажем работы 5-10 и 11-16 лет и 0-5 лет, а значит, сохраняется преемственность в передаче накопленного профессионального опыта начинающим врачам.

## **8. СВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Обеспечение лечебного процесса в поликлинике:

- В поликлинике имеется график приема специалистов и информация о работе поликлиники для пациентов.
- Пациенты направляются в конс поликлинику из других ЛПУ в соответствии с графиком работы, при наличии полиса обязательного или добровольного медицинского страхования и направления из поликлиники по месту жительства.

- В регистратуре пациенту выдается амбулаторная карта. Оформляется информированное согласие на обработку персональных данных.
- Пациенты, нуждающиеся в диагностических исследованиях, направляются специалистами поликлиники в соответствующие службы.
- Итогом работы специалиста является выдача на руки пациенту заключения с указанием диагноза, рекомендаций, плана дальнейшего обследования, наблюдения, лечения.
- Поликлиника ведет учет своей деятельности и предоставляет отчетность в установленном порядке, согласно регламентирующим документам.

## **9. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЕ КАЧЕСТВО**

Одной из важнейших задач врача является ранняя постановка правильного диагноза, позволяющего своевременно начать соответствующее лечение. Причины ошибочной диагностики разнообразны, и их анализ позволяет улучшить качество диагностики, лечения и эффективность медицинской помощи. Качество врачебной диагностики рассматривается на основании совпадения или расхождения диагнозов, поставленных врачами поликлиники и стационара или врачами стационара и патологоанатомами.

Оценка качества врачебной диагностики в поликлинике проводится путем сопоставления диагнозов больных, поставленных при направлении на госпитализацию, с диагнозами, установленными в стационаре. Отчетные данные не содержат сведений по этому вопросу, поэтому источником информации служит «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у). В результате сопоставления полученных данных вычисляется удельный вес неправильных диагнозов:

число диагнозов поликлиники, не подтвердившихся в стационаре  $\times 100$  / общее число больных, направленных с данным диагнозом на госпитализацию.

Этот показатель служит основанием для более детального анализа ошибок при постановке диагноза больным, направляемым на стационарное лечение, которые могут быть обусловлены как трудностями дифференциальной диагностики, так и грубыми просчетами врачей поликлиники.

Оценка качества врачебной диагностики в стационаре проводится на основании сопоставления клинических (прижизненных) и патологоанатомических (секционных) диагнозов. Источником сведений при этом служат «Медицинские карты стационарного больного» (ф. 003/у) и результаты вскрытий умерших.

Показатель совпадения (расхождения) диагнозов (%):

число диагнозов, подтвердившихся (не подтвердившихся) при аутопсии  $\times 100$  / общее число аутопсий по данной причине.

Показатель совпадения клинических диагнозов с патологоанатомическими диагнозами может быть вычислен по данным годового отчета (Раздел «Вскрытия умерших в стационаре») по отдельным заболеваниям.

Расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов основного заболевания составляет около 10%. Этот показатель также вычисляют по отдельным нозологическим формам, послужившим причиной смерти; при этом необходимо учитывать ошибочно поставленные диагнозы и просмотренные диагнозы.

Причины расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов можно условно разделить на две группы.

1. Дефекты лечебной работы:

- 1) краткость наблюдения больного;
- 2) неполнота и неточность обследования;
- 3) недоучет и переоценка анамнестических данных;
- 4) отсутствие необходимых рентгенологических и лабораторных исследований;
- 5) отсутствие, недооценка или переоценка заключения консультанта.

Расчет коэффициентов целесообразно проводить ежеквартально. Они могут рассчитываться в разрезе отделений, учреждения в целом, отдельных специалистов и интересующих нозологических форм.

## **10. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕД ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Качество медицинской помощи в данном лечебно-профилактическом учреждении находится на довольно высоком уровне. Это связано с высокой квалификацией как высшего, так и среднего медицинского персонала, с хорошей профилактической, лечебной и реабилитационной работой учреждения. На современном этапе реформирования здравоохранения в нашей стране первостепенная роль отводится первичной медицинской помощи, адаптации ее к условиям рынка, расширению объема оказываемых услуг, совершенствованию качества и эффективности медицинской помощи населению.

## **11. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ОХРАНЫ ТРУДА**

### **ВИДЫ ИНСТРУКТАЖЕЙ.**

Инструктажи по безопасности труда по характеру и времени проведения подразделяются на:

- вводный инструктаж;

- первичный инструктаж на рабочем месте;
- повторный инструктаж;
- внеплановый инструктаж;
- целевой инструктаж.

Все инструктажи по охране труда завершаются устной проверкой приобретенных работником знаний и навыков безопасных приемов и методов работы лицом, проводившим инструктаж.

#### Общие положения

1. На предприятии разработана следующая документация по пожарной безопасности:

1.1. Общеобъектовая инструкция о мерах пожарной безопасности предприятия.

1.2. Инструкция по пожарной безопасности зданий, помещений и сооружений.

1.3. Инструкция по обслуживанию установок, пожаротушения.

1.4. Инструкция по обслуживанию установок пожарной сигнализации.

1.5. Оперативный план пожаротушения для учреждений, корпуса, здания или сооружения.

1.6. План ликвидации возможных чрезвычайных происшествий (взрыв, авария, пюжар) с привлечением работников служб главного энергетика, главного механика, главного технолога, пожарной и военизированной (войсковой) охраны.

1.7. Планы и графики проведения противопожарных тренировок, обучения, и проверки знаний персонала, технического надзора за системами пожарной защиты, а также другая документация в соответствии с требованиями настоящих Правил

2. Разрабатываемые в учреждениях инструкции по пожарной безопасности, обслуживанию установок обнаружения и тушения пожара и другие документы должны основываться на действующих правилах и инструкциях и находиться в соответствующих структурных подразделениях

3. Общеобъектовая инструкция утверждается руководителем учреждения.
4. Инструкции о мерах пожарной безопасности зданий, помещений и сооружений разрабатываются руководством соответствующих подразделений, согласовываются с пожарной охраной и утверждаются руководителем учреждения.
5. Инструкции по эксплуатации систем водоснабжения, установок обнаружения и тушения пожара должны разрабатываться на основе действующих инструкций, типовых правил технического содержания установок пожарной автоматики, а также проектной документации и паспортных данных на установленное оборудование и утверждаться руководством учреждения.

## **12. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УСТРАНЕНИЮ И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВЫЯВЛЕННЫХ НЕДОСТАТКОВ**

Организация работы регистратуры

Организация деятельности медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической сети.

Предоставление амбулаторно-поликлинической помощи зависит в немалой степени от оптимальной и рациональной организации регистратуры.

Основная цель деятельности регистратуры - максимально упростить взаимодействие пациента с медицинской организацией.

Основная нагрузка при обращении пациентов в медицинскую организацию приходится на работников регистратуры.

Для эффективного оказания медицинской помощи, обеспечения доступности необходимы четко разработанные алгоритмы действий, проработанные алгоритмы маршрутизации потоков пациентов.

Важно обеспечить удобство, ясность информации пациентам для комфортных условий пребывания.

В настоящее время разработаны новые требования для работы регистратуры или подразделений, выполняющих функции регистратуры во всех регионах. Однако, практика указывает на необходимость дальнейшего совершенствования и разработки критериев внутреннего контроля организации деятельности регистратуры.

Основными нормативными документами, определяющими деятельность регистратуры при оказании медицинской помощи, являются:

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. N 255 "О порядке оказания первичной медико -санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг" (с изменениями и дополнениями)

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н - "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".

## 2. Идентификация личности пациента

Идентификация личности пациента является важнейшей частью системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

Ежегодно в мире регистрируется большое количество ошибок, связанных с неправильной идентификацией личности: от серьезных, приводящих к смерти или утрате органа, до менее значительных, но приводящих к



длительной потере здоровья, удлинению госпитализации, увеличению финансовых расходов как самого пациента, так и системы здравоохранения.

Наиболее часто ошибки, связанные с неправильной идентификацией личности, имеют место при назначении (приеме и введении) лекарств, оперативных вмешательствах, диагностических манипуляций и т.д.

Особенно важна точная идентификация пациентов в периоды высокой нагрузки на персонал, когда в процессе оказания помощи одному пациенту может быть задействовано большое количество сотрудников (например, при оказании неотложной помощи).

Соблюдение простого протокола/алгоритма идентификации личности всеми сотрудниками и при каждом контакте с пациентом - использование не менее 2-х идентификаторов, например, ФИО полностью и года рождения, но никогда номера палаты, инициалов и т.п. - позволяет избежать большинства ошибок.

### 3. Организация экстренной и неотложной помощи в поликлиники

Медицинская деятельность невозможна без организации экстренной помощи, которая важна для любой медицинской организации вне зависимости от ее размеров.

От своевременности, эффективности, безопасности помощи, оказанной в ближайшее время после обращения пациента, во многом зависит конечный результат. Готовность персонала к оказанию экстренной помощи необходима не только в стационарных условиях, но и в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена.

Экстренная помощь требует слаженности в работе всего коллектива, как медицинских сотрудников, так и вспомогательных служб, обеспеченности полным комплектом необходимых лекарств, бесперебойной работы оборудования и т.д.

Чрезвычайно важна дифференцировка пациентов по потокам в зависимости от тяжести состояния и срочности оказания помощи. Данный процесс позволяет сконцентрировать усилия персонала на наиболее тяжелых пациентах и организовать немедленную или плановую госпитализацию пациентов.

Существует большое количество различных рекомендаций по сортировке пациентов. Наиболее часто используется разделение на три группы в

соответствии с Федеральным законом "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации" N 323 от 21.11.2011 г. в зависимости от срочности помощи:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Оказание неотложной помощи на дому в амбулаторно-поликлинических условиях также требует внутреннего контроля качества и безопасности оказываемой медицинской помощи.

### **13.НАЛИЧИЕ ЖАЛОБ И КРИТИЧЕСКИХ ЗАМЕЧАНИЙ В АДРЕС ВРАЧЕЙ И ДРУГИХ МЕДРАБОТНИКОВ**

**Оксана Костылева**

28.02.2023

Сама из города,но приходится иногда обращаться и в выездное,так как там полный комплект врачей. Очень понравилось отношение главного врача,я к этой больнице не отношусь,но гл.врач сказал,мы не имеем права отказывать в мед.помощи и мне там завели карту, спасибо большое. В Арзамасе если

обратиться в поликлинику, к которой ты не относишься, ну очень сложно попасть, практически невозможно.

**Светлана Устинова**

20.02.2023

Халатное отношение в регистратуре . Пришли с ребенком . Простояли очередь , сначала вообще сказали , что врача уже нет . Сходила в кабинет , врач на месте , велел карточку завести . Простояла ещё очередь , оказалось за карточкой надо идти на второй этаж. На 2- м этаже никого не оказалось . Пробежала мимо мед.сестра , оказалось надо было позвать из регистратуры с 1- го этажа кого то. В итоге оказалось , что все равно нам надо на первый этаж т.к. карточки у нас нет . А я сразу сказала , что мы впервые с ребенком с острой болью. Оформление заняло около 1, 5 часа. Спасибо врачу дождался нас , хотя прием у него уже закончился .

**Надежда Конкина**

15.11.2022

Всегда огромные очереди, но как собственно и в любой поликлинике. Это скорее вопрос к организации государственной медицины в целом. Когда я была там, в регистратуре сидели практикантки, не могли ответить ни на один вопрос. Приходилось дергать всех людей в белых халатах, которые шли мимо, чтобы они помогли советом.

**Ксения Н.**

13.03.2023

Отвратительная работа регистратуры, ни врача вызвать, ни на прием записаться! Трубки не берут, то занято, то просто скидывают! А если уж и возьмут, то одно хамство и недоговорив бросают трубки! Ужас просто! Так же попасть на приём к врачу, как пройти испытание! В регистратуре узнаешь принимает ли врач, говорят да, приезжаешь, врача нет и не было в этот день!

**Serg Kan**

3.02.2023

Талонов не хватает!! Хороший опытный невролог. Неадекватная медсестра у терапевта в 4каб. 5 раз переспрашивала фамилию за 5мин.))) и сама поставила диагноз!! В этой больнице потерялась моя медкарта вместе с результатами анализов и обследования.

**Александр Щ.**

30.08.2022

Позвонили 29 августа в регистратуру записать ребёнка к хирургу, сказали приезжайте хирург принимает в порядке живой очереди. 30 августа приехали в больницу простояли с ребёнком в очереди в регистратуру не знаю сколько времени, там говорят хирург сегодня не принимает приезжайте завтра. Это что за фигня такая неужели нельзя сказать что детский хирург не работает завтра. Думаете по приколу кататься по нашим дорогам с ребёнком? И это не первый раз так. Накипело уже.