

**ВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИИ
В ОТДЕЛЕНИЯХ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОФИЛЯ**

(проект свода правил и рекомендаций для врачей)

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Введение	3
Список сокращений	5
Термины и определения	6
Общие положения и требования по ведению первичной медицинской документации	6
<i>Общие требования к ведению первичной медицинской документации</i>	6
<i>Структура первичной медицинской документации в отделениях неонатологического профиля</i>	7
<i>Оформление информации о вакцинации, неонатальном скрининге и аудиоскрининге</i>	11
<i>Структура клинического и патологоанатомического диагноза</i>	13
<i>Категории расхождения диагнозов</i>	14
<i>Порядок изъятия истории болезни</i>	15
<i>Правила оформления журнала приема больных и отказов в госпитализации</i>	15
Особенности ведения истории развития новорожденных	16
<i>Инструкция по заполнению вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале</i>	18
Особенности ведения истории болезни отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии новорожденных	19
Особенности ведения истории болезни отделения патологии новорожденных и недоношенных детей	20
Особенности ведения истории болезни хирургических пациентов	21
Медико-экономическая экспертиза качества медицинской помощи	22
Приложения	24
Список литературы	77

ВВЕДЕНИЕ

Ведение первичной медицинской документации является одной из важнейших функциональных обязанностей врача любой специальности. Одновременно, медицинские документы являются основным источником информации при возникновении претензий со стороны пациентов и их представителей в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи или нарушения прав граждан. В то же время, что введение в действие форм медицинской документации не отнесено к исключительной компетенции Минздравсоцразвития России: в рамках имеющихся полномочий иные органы и организации также обладают соответствующими полномочиями в отношении утверждения необходимых форм медицинской документации [26]. Имеются определенные федеральным законодательством формы медицинских документов, в том числе учетно-отчетные формы, заполнение которых в установленном порядке является обязательным (например, протокол установления смерти человека согласно Постановлению правительства РФ от 20 сентября 2012 года N 950)..

Наиболее значимым с исторической точки зрения приказом, утвердившим более 300 форм первичной медицинской документации, был Приказ Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" [7]. Формально указанный Приказ отменен Приказом Минздрава СССР от 5 октября 1988 г. N 750 "О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР". Однако начиная с 1993 г. в уже отмененный Приказ неоднократно вносились изменения. Следует также отметить, что, несмотря на то, что Приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 на сегодняшний день формально не действует, установленные им формы продолжают активно использоваться в практическом здравоохранении [27].

Унификации ведения первичной неонатальной медицинской документации, строгая регламентация требований к заполнению её форм поможет медицинским организациям обсуждаемого профиля вести свою деятельность в соответствии с действующим законодательством и предупредит возможность наступления правовых последствий. Однако важно заметить, что процесс стандартизации и унификации не должен противоречить требованиям Федерального закона от 27.12.2002 N 184-ФЗ (ред. от 03.12.2012) «О техническом регулировании», а также требованиям «ГОСТ ISO 9001-2011 Системы менеджмента качества», согласно которым любая организация должна устанавливать документированную процедуру для определения средств управления, необходимых для идентификации, хранения, защиты, восстановления, сохранения и изъятия записей [1, 31]. Документированная процедура – это та процедура, которая разработана, документально оформлена, внедрена и поддерживается в рабочем состоянии.

Ведение первичной медицинской документации в отделениях, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь новорожденным детям, имеет ряд существенных особенностей, обусловленных спецификой лечебно-профилактических мероприятий в неонатальном периоде. Учитывая выше изложенное, нами предпринята попытка максимально собрать и систематизировать в данном руководстве законодательную базу РФ, касающуюся ведения медицинской документации, с целью оптимизации качества её ведения в неонатальной практике.

Руководство подготовлено для врачей-неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров, неонатальных хирургов.

Составители:

Карпова Анна Львовна – к.м.н., доцент кафедры неонатологии и неонатальной реаниматологии ФП и ДПО ГБОУ ВПО СПбГПМУ, секретарь Совета Межрегиональной общественной организации содействия развитию неонатологии "Ассоциация неонатологов".

Мостовой Алексей Валерьевич – к.м.н., заведующий кафедрой неонатологии и неонатальной реаниматологии ФП и ДПО ГБОУ ВПО СПбГПМУ, член Совета Межрегиональной общественной организации содействия развитию неонатологии "Ассоциация неонатологов".

При содействии Смирновой Татьяны Валентиновны (СПб), д.м.н. Подкаменева Алексея Владимировича (СПб).

Рецензент:

Дегтярев Дмитрий Николаевич – д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель Совета Межрегиональной общественной организации содействия развитию неонатологии "Ассоциация неонатологов".

Мустафина-Бредихина Диана Мядхатовна - юрист Межрегиональной общественной организации содействия развитию неонатологии "Ассоциация неонатологов".

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭР	- гастро-эзофагальный рефлюкс
ДВС	- диссеминированное внутрисосудистое свертывание
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт
ЗВУР	- задержка внутриутробного развития
НЭК	- некротический энтероколит
ОАП	- открытый артериальный проток
ОЗПК	- операция заменного переливания крови
ОНМТ	- очень низкая масса тела при рождении
ОРИТН	- отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных
СРБ	- С-реактивный белок
ХВУГ	- хроническая внутриутробная гипоксия плода
ЧОТ	- частичная обменная трансфузия
ЭНМТ	- экстремально низкая масса тела
ЭП	- энтеральное питание
МАР	- среднее давление в дыхательных путях

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Определение термина “медицинский документ” дано в приказе Минздрава России от 22.12.2001 N 12 «О введении в действие отраслевого стандарта “Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении”» (действующий приказ) [8]. Медицинскими документами являются специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг. Перечень медицинской документации достаточно обширен и включает в себя первичные документы (история болезни), отчеты, документы для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса.

Под "историей болезни" в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) разного профиля понимают следующие документы: медицинскую карту стационарного больного (форма 003у), медицинскую карту прерывания беременности (форма 003-1у), историю родов (форма 096у), историю развития новорождённого (форма 097у), медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025у-87), история развития ребёнка (форма 112/у), медицинскую карту стоматологического больного (форма 043/у), индивидуальную карту беременной и родильницы (форма 111/у) и др. В неонатальной практике актуальны медицинская карта стационарного больного (форма 003у) и история развития новорождённого (форма 097у).

Медицинская карта стационарного больного (история болезни) согласно приказу МЗ РФ N 12 - медицинский документ, в котором отражаются этапы диагностической, лечебной и других медицинских услуг, выполняемых в стационарных условиях [8].

С юридической точки зрения, история болезни может рассматриваться как письменное доказательство или вещественное доказательство. Наиболее распространённым процессуальным статусом истории болезни является статус письменного доказательства по делу. В случае оспаривания достоверности сведений, содержащихся в истории болезни, тогда, когда у суда есть основания полагать, что представленная ему история болезни подверглась модификации, искажению, содержит заведомо недостоверные, ложные сведения, история болезни может изменить свой процессуальный статус и из письменного доказательства стать вещественным доказательством [27].

1. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ

К ВЕДЕНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

(включая истории развития новорожденного и медицинской карты стационарного больного)

1. Оформление документации [1, 26, 27, 29, 34]

1.1. До момента официального перехода на электронную форму истории болезни (запланировано Минздравом России на 2016 год) первичная медицинская документация должна составляться на официальных бланках, по установленной и принятой в ЛПУ форме, иметь порядковый номер с указанием точного наименования ЛПУ и документа, удостоверяющего введение в действие данной унифицированной формы,

1.2. Все записи в истории болезни должны быть четкими, легко идентифицируемыми и восстанавливаемыми (в том числе, согласно требования ГОСТ 9001 2011), ясными и точными, должны быть заполнены разборчивым почерком,

1.3. Необходимым свойством языка медицинских документов являются официальность стиля, краткость, чеканность, нейтральность, отсутствие оригинальности и резко стиливой индивидуальности, сдержанность и эмоциональная холодность, отсутствие образных сравнений, отсутствие пафосности,

1.4. Все разделы истории болезни должны быть заполнены по ходу изложения хронологии развития событий. По ходу написания дневников не должно оставаться свободных от записей участков на листах в виде пропусков и/или пустых страниц. Свободные от записей участки в истории болезни необходимо перечеркнуть в виде буквы **Z**,

1.5. История болезни должна обладать полнотой записей. Она должна подробным образом отражать все произведённые манипуляции, назначения, результаты инструментальных, лабораторных, иных исследований, проведённые хирургические вмешательства, перемещения пациента в пределах лечебного учреждения и за его пределами и прочее,

1.6. История болезни должна обладать достоверностью изложенных в них сведений. Под достоверностью понимается действительное отображение имевших место манипуляций, вмешательств и прочее, действительные результаты произведённых анализов и других исследований и т.д.

1.7. Необходимо избегать терминологии, усложняющей понимание документа.

1.8. Должны быть исключены необоснованные сокращения и аббревиатуры, ошибки в последовательности вклеивания листов и результатов анализов,

1.9. Недопустимо небрежное ведение записей, наличие дописок, исправлений, подчисток, «замазываний» корректором, вклеек и больших пропусков между записями (свободные от записей участки бумаги по ходу написания дневников). Изменения и исправления, внесенные в медицинскую документацию, правоохранительными органами в соответствии со ст. 292 «Уголовного кодекса Российской Федерации» (УК РФ) в случаях следственных действий и судебных разбирательств могут быть квалифицированы как служебный подлог [29].

2. Структура первичной медицинской документации в отделениях неонатологического профиля.

2.1. Любая запись врача в любой первичной медицинской документации, так или иначе отражающая состояние больного или касающаяся любых аспектов лечебного процесса, должна сопровождаться указанием даты, времени осмотра и подписи врача. Время осмотра указывается как точка отсчета (т.е. конкретное время, например, 18.00), а не временной интервал. Следующая за дневником запись должна отражать информацию о динамике состояния за период между осмотрами.

2.2. При поступлении больного сотрудники приемного отделения записывают паспортные данные на лицевой стороне истории болезни с обязательным указанием даты и времени рождения ребенка, даты и времени поступления в стационар. Данные о группе крови, резус-факторе, непереносимости лекарственных препаратов заносятся лечащим (принимающим) врачом при первом осмотре больного, за исключением тех случаев, когда эти данные получить невозможно.

2.3. Первичный статус. Любой, поступающий в стационар новорожденный ребенок, осматривается врачом сразу после поступления. Записи в первичном статусе должны быть информативными, содержать данные, имеющие клиническое значение.

2.4. Жалобы и анамнез настоящего заболевания записываются кратко, с указанием патологических изменений и данных, непосредственно относящихся к заболеванию. В общем анамнезе отражаются данные, имеющие отношение к течению настоящего заболевания или влияющие на тактику ведения больного, обязательно содержится информация о наличии аллергических реакций, эпидемиологическом анамнезе, предшествующих гемотрансфузиях, перенесенном родственниками ребенка туберкулезе, заболеваниях, передаваемых половым путем, вирусном гепатите, ВИЧ-инфекции.

2.5. Данные первичного осмотра заполняются по всем органам и системам, доступным осмотру. Выявленные патологические изменения описываются детально, с указанием характерных симптомов. В случаях повреждений криминального характера, которые могут потребовать проведения судебно-медицинской экспертизы, все имеющиеся у больного повреждения описываются подробно. В конце приемного статуса обязательно формулируется предварительный диагноз, план обследования и обосновывается выбранная тактика лечения (приложение 1).

2.6. Оценка зрелости и физического развития. У всех новорожденных при поступлении в неонатальное отделение необходимо выполнить оценку физического развития, у всех доношенных новорожденных со ЗВУР, а также у всех недоношенных новорожденных необходимо выполнить оценку зрелости согласно одной из общепринятых методик. В приложении 2 представлен вариант унифицированной формы для оценки зрелости и физического развития новорожденного.

2.7. Информированное согласие:

2.7.1. Необходимым предварительным условием проведения вакцинации, независимо от согласия на выполнение любого другого медицинского вмешательства является **информированное добровольное согласие**. **Информированное согласие на вакцинацию** заполняется в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 26 января 2009 г. N 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказ от них» (приложение 3) [12].

2.7.2. На любые другие виды медицинского вмешательства необходимо оформить информированное согласие в соответствии с вариантом, представленным в приложении 4. Согласие на медицинское

вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве согласно ч. 10 ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач) с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей пациента [32]. Информация предоставляется родителям ребенка в доступной для них форме. Родители информируются о характере имеющейся у ребенка патологии, методах и целях лечения, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в историю болезни.

2.7.3. Отдельно оформляется информированное согласие родителей или законных представителей ребенка на переливание ребенку крови и ее компонентов. При этом родители должны быть информированы о возможных осложнениях и опасности заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами, сифилисом в серонегативном периоде. Информированное согласие вклеивается в начале истории болезни третьей страницей после титульной.

2.7.4. Согласно Распоряжению Правительства комитета по здравоохранению СПб от 20 декабря 2011 года N 692-р «О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» перед назначением химиопрофилактики ВИЧ-инфекции новорожденному ребенку необходимо получение от женщины информированного согласия на ее проведение [25].

2.7.5. Отдельно оформляется согласие на проведение хирургических вмешательств ребенку.

2.8. Ежедневный клинический осмотр и записи в дневниках. Ежедневные записи врача неонатолога должны содержать дату и время (часы и минуты) осмотра, информацию о возрасте ребенка в сутках жизни, ПКВ (у недоношенных новорожденных со сроком гестации менее 34 недель), информацию об основных витальных функциях (подробность описания витальных функций указана для каждого из неонатальных отделений, см. ниже) слева в виде столбика на полях. Запись в дневнике ежедневно должна начинаться с оценки тяжести состояния, должна отражать динамику основных патологических симптомов (если таковые имеются), характер и способ вскармливания, активность сосания ребенка, распространенность желтухи должна указываться по шкале Крамера (приложение 5), состояние пуповинного остатка до его отпадения или пупочной ранки до тех пор, пока эта область полностью не эпителизируется, состояние кожи и глаз, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, особенности со стороны желудочно-кишечного тракта, характер стула и мочеиспусканий. Другие особенности написания ежедневного статуса будут указаны для каждого неонатального подразделения отдельно. В конце дневника ежедневно необходимо под грифом «Заключение» делать выводы о ведущих проблемах в день курации; важно указывать основной план ведения ребенка на сутки.

2.9. Трактовка результатов дополнительных методов исследования и обоснование назначений. В течение всего периода курации и ведения медицинской документации обязательно оцениваются и трактуются данные лабораторных и инструментальных методов исследования, изменения представлений о больном, обосновываются те или иные назначения, смена лекарственных препаратов, обосновываются трансфузии препаратов крови и т.д.

2.10. Частота ежедневных клинических осмотров и записей в дневниках. Согласно Приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в течение первых суток жизни новорожденный осматривается детской медицинской сестрой через каждые 3-3,5 часа для оценки состояния новорожденного и при необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию (варианты формы записи - в приложении 6). Врач-неонатолог осматривает новорожденного ежедневно, а при ухудшении состояния ребенка с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в три часа. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию [18].

2.11. Заведующий отделением осматривает всех поступивших больных новорожденных не позднее 1-2-х дней с момента поступления, о чем должны быть записи в истории болезни.

2.12. Клинический диагноз обосновывается в первичной медицинской документации в течение трех рабочих дней от момента поступления пациента в стационар. Обоснование клинического диагноза должно содержать дату и подпись врача, выполнившего обоснование. Каждый диагноз (основной,

осложнения основного и сопутствующий) обосновывается отдельно. В день обоснования клинического диагноза он выносится на первую страницу медицинской карты стационарного больного полностью, сокращения не допускаются, указывается дата обоснования и подпись врача. Заключительный диагноз записывается при выписке больного в развернутом виде в соответствии с МКБ-10 (клиническим вариантом). Диагноз должен включать все осложнения и сопутствующие заболевания, имеющие клиническое значение (подробнее см. ниже, параграф I, раздел 4). Изменения клинического диагноза необходимо оформлять в виде клинко-диагностического эпикриза, в котором кратко дается информация о динамике состояния и обосновывается новый клинический диагноз. Изменения клинического диагноза и оформление эпикриза должны осуществляться совместно с заведующим отделением.

2.13. Протоколы записей консультантов должны содержать дату и время осмотра, специальность, фамилию, имя и отчество консультанта, описание патологических изменений, диагноз и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Варианты протоколов осмотра невролога и офтальмолога представлены в приложении 7 и 8. Протоколы записей консультантов вклеиваются в начале истории болезни после протокола инвазивных манипуляций.

2.14. Записи консилиумов ведутся максимально подробно с учетом мнения всех членов консилиума. Рекомендации консилиума обязательны для выполнения. В случае если по каким-либо причинам выполнить их невозможно, лечащий врач обязан поставить об этом в известность председателя консилиума.

2.15. Протоколы дополнительных методов исследования (НСГ, УЗИ внутренних органов, ЭХО-КГ, ЭКГ, КТ, МРТ, рентгенография) заполняются каждый на отдельном бланке и вклеиваются в историю болезни сразу же после информированного согласия. Протоколы НСГ, УЗИ, ЭХО-КГ представлены в приложении 9.

2.16. Записи о трансфузиях биологических жидкостей, введении наркотических и сильнодействующих препаратов, производит медсестра, выполнившая данное назначение. Записи осуществляются по правилам, регламентируемым ведомственными приказами, и заверяются лечащим врачом. Протокол проведения гемотрансфузии заполняется лечащим врачом.

2.17. Этапный эпикриз (вариант заполнения в приложении 10), отражающий динамику представлений о больном, дальнейшую тактику ведения больного и прогноз, оформляется 1 раз в 10 дней. Должен содержать в себе анамнез, анализ динамики клинко-лабораторной картины и всех диагностических процедур, выполненных за описываемый период времени, проведенное лечение, расчет питания на данный возраст, анализ физического развития с указанием основных антропометрических данных (вес, рост, окружность головы и окружность груди) и их динамики с развернутой оценкой в возрасте 1, 2, 3 месяцев жизни и т.д., состояние ребенка в день написания эпикриза, клинический диагноз, план дальнейшего ведения пациента.

2.18. Переводной эпикриз. При переводе новорожденного из одного отделения в другое оформляется **переводной эпикриз** (вариант заполнения в приложении 11), который по своей структуре должен соответствовать требованиям, предъявляемым к этапному эпикризу.

2.19. Лист назначений является составной частью истории болезни. Лечащий врач записывает назначения четко, подробно, в форме, исключающей двоякое или произвольное толкование, указывает дату назначения и дату отмены. Медицинская сестра осуществляет ведение записей в день назначения, удостоверяет это своей подписью и указывает дату выполнения назначений. Традиционно листы назначений подклеиваются в конце истории болезни.

2.20. Назначение лекарственных препаратов выполняется согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 12 февраля 2007 года N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания». Наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных препаратов фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.) [11]. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" одновременное назначение пяти и более лекарственных препаратов одному пациенту должно выполняться только по согласованию с заведующим отделением

или ответственным дежурным врачом либо другим лицом, уполномоченным приказом главного врача медицинской организации, а также с врачом - клиническим фармакологом [22].

2.21. Терапия off-label. Off-label - использование лекарственных средств по показаниям, не утвержденным государственными регулирующими органами и/или не упомянутыми в инструкции по применению. Определение FDA 1947 года – это применение по показаниям в лекарственной форме, режиме дозирования, для популяции, например, возрастной группы, или по иным параметрам применения, не упомянутым в приведенной инструкции. В 2007 году врачебное сообщество совместно с производителями лекарственных средств выработали критерии, в соответствии с которыми препараты могут применяться вне инструкции:

- наличие у пациента тяжелого заболевания, угрожающего жизни или серьезно на длительное время нарушающее качество жизни;
- отсутствие специфических средств лечения данного состояния;
- на основании научных данных существуют основания предполагать, что у конкретного пациента данным препаратом может быть достигнут эффект лечебный или паллиативный.

В случае назначения лекарственных препаратов, не разрешенных к применению у новорожденных, необходимо обосновать данное действие и оформить коллегиальное разрешение на проведение ребенку терапии «Off-label». В состав врачебной комиссии (консилиума) согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" должны включаются заведующие структурными подразделениями медицинской организации, врачи-специалисты из числа работников медицинской организации [17]. Один из возможных вариантов оформления консилиума представлен в приложении 12.

2.22. Определение группы крови и гемотрансфузия. Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. N 183н "Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов" результаты **подтверждающего** (лабораторный) определения группы крови АВО и резус-принадлежности, а также фенотипирования по антигенам С, с, Е, е, Сw, К, k и определения антиэритроцитарных антител у реципиента вносятся в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента. Согласно пункту 18 Приказа N 183н врач, проводящий трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, обязан регистрировать трансфузию в журнале регистрации переливания крови и ее компонентов, а также производить запись в медицинской документации реципиента, отражающую состояние его здоровья. Этикетка или копия этикетки от контейнера с компонентом крови, полученная с использованием фото- или оргтехники, клеивается в медицинскую документацию, отражающую состояние здоровья реципиента. Согласно Приказу N 183н **пробирка с кровью реципиента для пробы на совместимость** должна быть маркирована с указанием фамилии и инициалов реципиента детского возраста (в случае новорожденных первых часов жизни указывается фамилия и инициалы матери), номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента детского возраста, наименования отделения, групповой и резус-принадлежности, даты взятия образца крови. Во всех случаях проведения трансфузии препаратов крови новорожденным необходимо дать четкое обоснование необходимости в проведении данных методов лечения [23].

2.23. Заменное переливание крови. Кроме заполнения протоколов трансфузии препаратов крови на все случаи заменного переливания крови (в том числе и при проведении частичной обменной трансфузии по поводу полицитемии) необходимо заполнить протокол заменного переливания крови/частичной обменной трансфузии (приложение 13).

2.24. Инвазивные манипуляции. На инвазивные манипуляции (такие, как дренирование полостей, люмбальная пункция, интубация трахеи и др.) заполняется протокол инвазивной манипуляции (приложение 14) и клеивается в начале истории болезни.

2.25. Катетеризация вен и артерий. Любая катетеризация центральных и периферических сосудов безусловно является инвазивной процедурой, и должна быть документирована. Для этого в обязательном порядке информация в отношении катетеризации заносится в протокол катетеризации (приложение 15). Протокол катетеризации вен/артерий клеивается в начале истории болезни перед протоколом инвазивных манипуляций.

2.26. Расчет парентерального питания должен быть документирован в истории болезни. Один из вариантов унифицированной формы протокола расчета парентерального питания представлен в приложении 16.

2.27. Выписной эпикриз (приложение 17) должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, характер и результаты проведенного лечения, динамику симптомов и рекомендации по дальнейшему ведению больного. Выписной эпикриз выполняется в печатном виде в 2-х экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй выдается на руки больному. Экземпляр, который остается в истории болезни, вклеивается в конце истории болезни после всех врачебных записей. Выписной эпикриз подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с расшифровкой фамилий. Экземпляр, выдаваемый на руки родителям или законным представителям пациента, заверяется штампом учреждения. Выписной эпикриз из акушерского стационара может быть выполнен на самокопирующейся бумаге.

2.28. Выявление пороков развития сопровождается обязательным заполнением в этот же день карты врожденных пороков развития.

2.29. Факт отпадение пуповинного остатка записывается в дневнике. Традиционно во многих учреждениях отметка об этом выносится на лицевую часть истории развития новорожденного либо медицинской карты стационарного больного. В случаях ранней выписки из родильного дома детей с неотпавшей пуповиной целесообразно запись об этом вынести на титульный лист истории развития новорожденного.

2.30. Неонатальный абстинентный синдром (НАС). Для наиболее объективной оценки степени выраженности НАС обычно используется шкала Finnegan. Количественная оценка тяжести НАС, полученная в баллах, наиболее точно отражает динамику течения НАС, а также определяет тактику медикаментозной терапии. Необходимо не позднее чем через 4 часа после рождения ребенка от женщины с наркотической зависимостью осмотреть его согласно шкале Finnegan, определить тяжесть состояния. Повторная оценка по шкале в динамике осуществляется при каждом изменении состояния ребенка, но не реже 1 раза в 24 часа до стабилизации состояния, с обязательной фиксацией результатов в истории развития новорожденного или медицинской карте стационарного больного, куда вклеивается отдельный бланк шкалы Finnegan (приложение 18).

2.31. Отказ от родительских прав. В случае отказа от ребенка и оформления законными представителями новорожденного (мать и отец) заявления о согласии на усыновление (удочерение) своего ребенка в медицинской документации (история развития новорожденного, медицинская карта стационарного больного) в день передачи документов об отказе в органы опеки делается указание на данный факт. Документы оформляются согласно действующему законодательству РФ. Дополнительно матери ребенка, оформляющей заявление о согласии на усыновление (удочерение), можно представить памятку, в которой указаны основные касающиеся данной ситуации статьи Семейного Кодекса Российской Федерации (СК РФ) от 29.12.1995 N 223-ФЗ (принят ГД ФС РФ 08.12.1995, действующая редакция от 25.11.2013) [28]. Памятка с подписью законного представителя ребенка, оформившего «отказ» от него, вклеивается в медицинскую документацию (вариант памятки представлен в приложении 19).

2.32. В случае смерти новорожденного в стационаре:

2.32.1. Летальный исход в родильном зале в ходе проведения первичной реанимационной помощи. Согласно Методическим рекомендациям МЗ РФ N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» реанимационные мероприятия прекращаются, если у ребенка через 10 минут от начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме отсутствует сердцебиение. В истории развития новорожденного подробно оформляется вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, предусмотренная Приложением N5 Методических рекомендаций МЗ РФ N 15-4/10/2-3204 (инструкцию по заполнению карты см. ниже) [4]. Кроме того, осуществляется подробная запись клинического осмотра новорожденного в родильном зале, выставляется клинический диагноз, с которым ребенок направляется на патологоанатомическое исследование.

2.32.2. Летальный исход новорожденного в отделении. В медицинской документации (история развития новорожденного, медицинская карта стационарного больного) подробно оформляется порядок проведения реанимационных мероприятий. Согласно Постановлению Правительства России от 20 сентября 2012 года N 950 информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Реанимационные мероприятия, направленные на восстановление жизненно важных функций у новорожденного ребенка, прекращаются при их неэффективности в течение 30 минут [6]. В записях врача, проводившего сердечно-легочную реанимацию, должны быть четко указаны дата и время начала и

окончания реанимационных мероприятий. Во всех случаях смерти новорожденных детей оформляется посмертный эпикриз.

2.32.3. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти. На все случаи смерти новорожденных в первые 168 часов после рождения заполняется медицинское свидетельство о перинатальной смертности.

2.32.4. Посмертный эпикриз. Посмертный эпикриз содержит краткую историю госпитализации, представления о больном врачей, лечивших пациента, динамику симптомов, характер проведенного лечения и диагностических процедур, причину и обстоятельства наступления летального исхода и развернутый клинический посмертный диагноз.

2.32.5. Протокол установления смерти человека. На все случаи смерти больного в обязательном порядке согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950 "Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека" заполняется Протокол установления смерти человека (приложение 20) [6].

2.33. Статистическая карта вышедшего из стационара заполняется по всем графам после выписки (по законченному случаю лечения) или смерти ребенка. Основной диагноз клинического диагноза и его шифровка по МКБ-10 должен соответствовать причине госпитализации и не должен противоречить длительности пребывания больного в стационаре (определенной стандартом), исходу госпитализации.

2.34. История болезни может быть выдана из архива (см. порядок изъятия первичной медицинской документации) по запросу органов суда, следствия и прокуратуры. По желанию родителей пациента (его законных представителей) с истории болезни и отдельных видов обследования могут сниматься копии. По запросам пациентов (их законных представителей) на основании заявления на имя руководителя медицинской организации им на руки для консультаций могут быть выданы стекла и блоки биопсийного материала и рентгеновские снимки. История болезни хранится в архиве медицинской организации в течение 25 лет, решение о целесообразности дальнейшего хранения или уничтожения историй болезни принимается администрацией медицинской организации по истечении этого срока.

3. Оформление информации о вакцинации, неонатальном скрининге и аудиоскрининге

3.1. Вакцинация новорожденных в акушерском стационаре выполняется в строгом соответствии с Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" и Приказом МЗ РФ от 31 января 2011 г. N 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» [14, 33].

3.1.1. Вакцинация против гепатита В согласно приказу N 51н выполняется только в первые 24 часа жизни ребенка [14], о чем делается запись внизу таблицы, отведенной под вакцинацию против туберкулеза, с указанием названия вакцины, дозы, способа введения, серии вакцины, срока годности, изготовителя. Врач неонатолог, назначая вакцинацию против гепатита В, обязан указать в назначениях дату и время проведения вакцинации, название вакцины и дозу (0,5 мл), место введения вакцины (правое или левое бедро) и способ введения (внутримышечно). Если вакцинация не проведена, указывается причина медицинского отвода или отказ в том же месте, где планировалось указать информацию о вакцинации против гепатита В.

3.1.2. Вакцинация против туберкулеза согласно приказу N 51н проводится с 3-х по 7-е суток жизни [14]. В день выполнения вакцинации БЦЖ-М у ребенка не должно быть никаких других инвазивных манипуляций (забор крови из пальца, вены, пятки, внутривенные и внутримышечные инъекции). Отпадение пуповинного остатка в день вакцинации против туберкулеза не является препятствием к её проведению.

3.1.3. Согласно приказу N 51н иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией, а

также при обнаружении у детей нуклеиновых кислот ВИЧ молекулярными методами вакцинация против туберкулеза не проводится [14].

3.1.4. Согласно приказу МЗ РФ от 21.03.2003 N 109 (ред. от 29.10.2009) "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации" в истории развития новорожденного врачом неонатологом в день вакцинации должна быть сделана подробная запись с указанием результатов термометрии, развернутым дневником, назначением введения вакцины БЦЖ-М с указанием метода введения (в/к), дозы вакцины (0,025), серии, номера, срока годности и изготовителя вакцины. Паспортные данные препарата должны быть лично прочитаны врачом на упаковке и на ампуле с вакциной [9]. В дневнике в день вакцинации необходимо указать клинический диагноз, а также должна прозвучать фраза о том, что ребенок допущен к вакцинации против туберкулеза.

3.1.5. В случае медицинского отвода от вакцинации против туберкулеза, начиная с 3-х суток жизни, ежедневно лечащим врачом неонатологом в дневниках указывается причина, по которой вакцинация отложена. Если вакцинации против туберкулеза не проведена, в таблице, отведенной для занесения информации о вакцинации, указывается причина медицинского отвода от БЦЖ-М. в ней же указывается об отказе матери от вакцинации.

3.1.6 Медицинский отвод от БЦЖ-М оформляется коллегиально. В состав консилиума входит заведующий отделением новорожденных и лечащий врач.

3.1.7. Через 1 час после вакцинации против туберкулеза необходимо указать поствакцинальную реакцию: температуру тела ребенка, состояние области вакцинации. Далее ежедневно в течение всего периода курации в отделении новорожденных необходимо указывать состояние области вакцинации (диаметр участка гиперемии или другие особенности).

3.1.8. Краткая информация (согласно указанным графам) о вакцинации против гепатита В и туберкулеза, а также о медицинском отводе или отказе родителей ребенка от вакцинации, о неонатальном скрининге и аудиоскрининге выносятся на титульный лист истории развития новорожденных. Информация о вакцинации и скринингах оформляется медицинской сестрой, выполнившей манипуляцию, в специально отведенные для этого графы. Информация о медицинском отводе или отказе от вакцинации – врачом неонатологом.

3.2. Неонатальный скрининг. Согласно приказу МЗ РФ от 22 марта 2006 года N 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания", осуществляется забор образца крови новорожденного для неонатального скрининга [10]. После получения письменного информированного согласия от родителей на проведение неонатального скрининга на 4 день жизни у доношенного ребенка берут кровь на бланк специальной фильтровальной бумаги. В истории развития новорожденного лечащим врачом ребенка делается назначение о проведении неонатального скрининга, медицинской сестрой оставляется отметка о дате забор крови для неонатального скрининга в истории развития новорожденного/истории болезни (соответствующая графа заполняется медицинской сестрой, выполнившей манипуляцию, на титульном листе истории развития новорожденного), а также в соответствующем журнале. У недоношенных детей кровь берут на 7 день жизни. У детей, перенесших переливание крови или диализ, забор крови проводят повторно через 2 недели после последней процедуры. Бланки с кровью доставляются в медико-генетическую лабораторию. Забор крови осуществляется только через 3 часа после кормления. На бланк с кровью записывают следующие сведения о ребенке:

- наименование учреждения здравоохранения, в котором произведен забор образцов крови у новорожденного ребенка;
- ФИО матери ребенка;
- подробный адрес выбытия матери ребенка;
- порядковый номер тест-бланка с образцом;
- номер истории родов;
- дата рождения;
- дата забора крови;
- состояние ребенка (здоров/(болен – диагноз));
- доношенный/недоношенный/срок гестации;
- вес ребенка при рождении, пол;
- ФИО медицинского персонала, осуществившего забор крови.

Надписи на бланке должны быть выполнены шариковой ручкой четко и разборчиво. Надпись может быть выполнена с любой стороны бланка, но не должна затрагивать пятен крови. Информация о проведении скрининга так же заносится в соответствующий журнал.

В случае более ранней выписки ребенка из родильного дома (стационара), или других причин, препятствовавших проведению неонатального скрининга, факт непрохождения скрининга на наследственные болезни обмена указывается на титульном листе истории болезни и в выписном эпикризе в обязательном порядке.

3.3. Аудиологический скрининг. Проведение аудиологического скрининга новорожденных в роддомах и отделениях вторых этапов выхаживания осуществляется путем выполнения отоакустической эмиссии (ОАЭ) или регистрации звуковых вызванных потенциалов. Аудиологический скрининг проводится всем здоровым детям **на 3-4 день жизни (глубоконедоношенным и тяжелобольным детям – к моменту выписки из стационара) по назначению врача.** Результат исследования выносится на титульный лист истории развития новорожденного в соответствующую графу и записывается в соответствующий журнал медицинской сестрой, выполнившей исследование, а также лечащим врачом неонатологом в выписной или переводной эпикриз.

4. Структура клинического и патологоанатомического диагноза

4.1. Клинический и патологоанатомический диагнозы должны формулироваться строго в соответствии с требованиями МКБ-10 и нормативными документами Минздрава России по единым принципам [24].

4.2. Клинический и патологоанатомический диагноз необходимо сформулировать с подразделением его на основное заболевание (основная причина смерти в случае летального исхода), осложнения основного и сопутствующие заболевания. При определении основного заболевания важно выявить его значение не только как причины развившихся осложнений (или смерти в случае летального исхода), но и как повода для госпитализации. Рубрики клинического и патологоанатомического диагнозов:

- *Основное заболевание*
 - *оперативное вмешательство (вид и дата оперативного вмешательства)*
- *Осложнения основного заболевания (в том числе осложнения реанимации и интенсивной терапии)*
- *Сопутствующие заболевания*

4.3. Под основным заболеванием следует понимать такие нозологические формы, которые сами по себе или их осложнения привели к функциональным расстройствам, обусловившим клинику болезни и послужившим причиной смерти в случае летального исхода. Это определение учитывает и те заболевания, которые не являются смертельными, а лишь сопровождаются функциональными и анатомическими нарушениями, явившимися причиной госпитализации больных. Если за время пребывания в больнице у больного развилось новое, более острое заболевание, если оно даже патогенетически не связано с предшествующим заболеванием, но явилось непосредственной причиной смерти само по себе или в результате осложнений, связанных с ним, оно должно учитываться как основное заболевание (основная причина смерти).

4.4. В понятие комбинированное основное заболевание включаются конкурирующие и сочетанные страдания, "вторые болезни", а также фоновые заболевания.

4.5. Под конкурирующими заболеваниями понимают две и более нозологические формы, из которых каждая сама по себе или в результате осложнений могла привести к смерти.

4.6. Под сочетанными заболеваниями следует понимать такие заболевания, каждое из которых само по себе не смертельно, однако их совокупность при взаимном воздействии может отягощать течение каждого из них, вызывая несовместимые с жизнью состояния.

4.7. Под "второй болезнью", или "ятрогенными заболеваниями", понимают отдаленные последствия излеченных болезней, а также неблагоприятное действие фармакологических и биологически активных веществ и гормонов, неблагоприятные результаты хирургических вмешательств. "Вторая болезнь", или "ятрогенные заболевания", прогрессируя по собственным законам, приобретает черты самостоятельного заболевания и может стать причиной смерти. К трактовке таких случаев следует подходить дифференцированно в зависимости от степени

обоснованности и качества проведения лечебных и диагностических мероприятий. В качестве «ятрогенных болезней», приведших к смерти пациента, указываются как основное заболевание и кодируются [24]:

- передозировка правильно назначенного лекарственного средства;
- назначение и прием ошибочно назначенного лекарственного вещества;
- непрофессионально выполненные диагностические, хирургические вмешательства и лечебные манипуляции;
- смертельные осложнения профилактических мероприятий и вакцинаций;
- анафилактический шок;
- смертельные осложнения наркоза и других манипуляций, связанных с обезболиванием.

4.8. Фоновым заболеванием (оформляется только при формулировке патологоанатомического диагноза) называется заболевание или состояние, которое этиологически не связано с основным, но патогенетически способствует прогрессированию основного заболевания. Фоновое заболевание должно следовать за основным. В указанных случаях в качестве обычного или комбинированного основного заболевания могут фигурировать только такие болезни, которые приводятся в Международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10).

4.9. Осложнения основного заболевания располагаются вслед за основным заболеванием, его проявлениями, компенсаторными реакциями и фоном, на котором развились. Под осложнениями основного заболевания понимают такие патологические процессы, которые самостоятельно не возникают, а патогенетически и этиологически связаны с основным заболеванием непосредственно или через другие имеющиеся осложнения, которые им предшествовали. Среди всех осложнений на первом месте оформляются смертельное, являющееся непосредственной причиной гибели пациента. В конце рубрики «*осложнения основного заболевания*» вслед за перечислением всех осложнений, отдельно оформляется подрубрика *осложнения реанимации и интенсивной терапии* с перечислением различных врачебных вмешательств, от которых возникли осложнения.

4.10. За осложнениями основного заболевания, которые располагаются в клиническом и патологоанатомическом диагнозе в порядке их возникновения, приводятся сопутствующие заболевания. Под ними следует понимать такие нозологические формы или состояния, которые не связаны с основным заболеванием или его осложнениями.

4.11. Под непосредственной причиной смерти (указывается в патологоанатомическом диагнозе) следует понимать такие патологоанатомические изменения органов, которые привели к развитию необратимых функциональных нарушений, обусловивших наступление смерти. Непосредственные причины смерти находят патологоанатомическое выражение в процессах атрофии, дистрофии, нарушениях кровообращения, воспалении, некрозах и т.д.

4.12. Во всех случаях при сличении клинического и патологоанатомического диагнозов фигурируют два понятия – «совпадение» и «расхождение» заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. Сопоставляются только нозологические формы из рубрики «основное заболевание». Из клинических диагнозов учитывается лишь тот, который вынесен на титульный лист медицинской карты стационарного больного. При несовпадении других рубрик расхождение диагнозов и осложнений не фиксируется, но обязательно указывается в клинко-патологоанатомическом эпикризе [24]:

- диагнозы совпадают, но не распознано смертельное осложнение;
- диагнозы совпадают, но не распознано сопутствующее заболевание.

4.13. Важной характеристикой при оценке диагнозов является определение категории расхождения. Категории расхождения диагнозов указывают на объективную возможность (или невозможность) правильной прижизненной диагностики и на значение диагностической ошибки для исхода заболевания [24].

Категории расхождения диагнозов

- **I-я категория** - заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном лечебно-профилактическом учреждении установление правильного диагноза было невозможно из-за объективных причин. К ним относятся:

- кратковременное пребывание больного в стационаре (в течение 1-3 суток);
- трудности диагностики основного заболевания (атипичное течение, стертость клиники, редкая патология);
- тяжести состояния больного (кома, шок, агональное состояние).
- **II-я категория** - случаи, при которых заболевание не было распознано в данном лечебном учреждении в связи с недостатками в обследовании больного (отсутствием необходимых и доступных исследований), при этом следует учитывать, что правильная диагностика не обязательно оказала бы решающее влияние на исход заболевания, однако правильный диагноз мог и должен был бы поставлен. Чаще всего II-я категория является следствием объективных трудностей диагностики, реже – субъективных. К объективным причинам относятся:
 - кратковременное пребывание в стационаре (не более 1-3 суток);
 - трудности диагностики основного заболевания (атипичное течение, стертость клиники, редкая патология);
 - тяжесть состояния больного (кома, шок, агональное состояние).
- К субъективным причинам относятся:
 - недостаточное обследование;
 - недоучет или переоценка анамнеза;
 - недоучет или переоценка клинических данных;
 - недоучет или переоценка дополнительных методов исследования;
 - недоучет или переоценка заключения консультантов;
 - неправильные формулировка или оформление заключительного клинического диагноза. Не рубрифицированные диагнозы (без выделения рубрик «основное заболевание», «осложнение основного заболевания», «сопутствующие заболевания») как и диагнозы с перечислением нескольких нозологических форм в качестве основного заболевания либо со знаком вопроса не позволяют провести их сравнение с патологоанатомическим диагнозом. Во всех подобных случаях сопоставление диагнозов расценивается как расхождение II-й категории [24].
- **III-я категория** - неправильная диагностика повлекла за собой ошибочную врачебную тактику, что сыграло решающую роль в смертельном исходе.

5. Порядок изъятия истории болезни [2, 27, 30]

В подавляющем большинстве случаев история болезни приобщается к делу по запросу суда, осуществляемому в порядке ст. 55, 56 и 57 Гражданского процессуального кодекса РФ (ГПК РФ) от 14.11.2002 N 138-ФЗ [2].

5.1. Изъятие по запросу суда. В соответствии с требованиями гражданского процессуального законодательства изъятие истории болезни из лечебного учреждения практически всегда производится судом. Исключение составляют случаи приобщения истории болезни к материалам гражданского дела по инициативе самого лечебного учреждения.

5.2. Изъятие по постановлению правоохранительных органов.

В рамках уголовного дела (процессуальной проверки, проверки материалов, предварительного следствия, дознания) медицинская документация может быть изъята по постановлению (по запросу) следователя (дознателя). Медицинское учреждение не вправе отказать правоохранительным органам в выдаче запрашиваемой медицинской документации/

5.3. Порядок предоставления первичных медицинских документов по запросу пациента.

Лечебное учреждение обязано предоставить полную заверенную копию истории болезни и других медицинских документов лицу, в отношении которого история болезни составлена и велась, либо его законному представителю. Кроме того, пациент вправе получить копии медицинских документов, надлежаще заверенных подписью уполномоченного должностного лица и печатью учреждения. По запросу пациента ему должны быть предоставлены копии абсолютно всех медицинских документов, содержащих информацию о состоянии его здоровья, включая бланки анализов, протоколы гистологических и иных исследований.

5.4. Порядок предоставления документов по запросу адвоката. Данные истории болезни должны быть предоставлены и адвокату. Это право адвокату дает Федеральный закон от 31 мая 2002 г. N 63-

ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации" [30]. Лечебные учреждения обязаны в порядке, установленном законодательством, в месячный срок выдавать адвокату запрошенные им документы или их заверенные копии.

6. Правила оформления журнала приема больных и отказов в госпитализации

6.1. В журнале приема больных и отказов в госпитализации регистрируются все больные, поступившие в приемный покой. Дежурная медицинская сестра приемного покоя записывает паспортные данные, данные страховых документов, время поступления и убытия больного, диагноз направившего учреждения.

6.2. Дежурный врач-консультант должен указать в журнале свою фамилию, специальность и время осмотра. Кратко записываются жалобы больного, объективные данные, аллергологический анамнез. При наличии алкогольного опьянения родителей ребенка все его признаки описываются подробно согласно инструкции, имеющейся в приемном покое. Врач записывает назначения, диагноз и указывает, куда направлен больной после оказания медицинской помощи. В случае криминального характера травм имеющиеся у больного повреждения описываются подробно, учитывая необходимость дальнейшего определения степени тяжести телесных повреждений. При введении сывороток, вакцин, гамма-глобулина в истории болезни должна быть сделана отметка о наличии или отсутствии реакции на введение.

6.3. При криминальном характере повреждений медицинская сестра приемного покоя делает отметку о сообщении в полицию по установленной форме.

6.4. После оказания медицинской помощи врач принимает решение о возможности отпустить больного домой; больному на руки выдается справка установленного образца, в которой отражаются: жалобы, диагноз, характер оказанной помощи.

II. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

1. При оформлении истории развития новорожденного номер истории развития ребенка обязательно должен соответствовать номеру материнской истории родов.
2. В соответствующих графах истории развития ребенка подробно отражаются сведения о заболеваниях матери в течение беременности по триместрам и течении родов, длительности I и II периодов родов отдельно, длительности безводного промежутка, характере околоплодных вод, лекарственной терапии матери в родах, особого внимания при этом заслуживает информация о проведении стероидной профилактики и антибактериальной терапии с указанием названия препарата, даты назначения и отмены, пути введения, длительности курса и разовой дозы препарата. Отдельный акцент делается на информацию из туберкулезного диспансера об эпидемиологической ситуации по данному вопросу у женщины.
3. При оперативном родоразрешении указываются показания к нему, характер обезболивания и оперативного вмешательства.
4. Врач-неонатолог в соответствующих графах на 2 странице истории развития новорожденного дает развернутую оценку состояния ребенка по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут, а также согласно Методическим рекомендациям Минздравсоцразвития России N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» через 10 минут, если оценка по шкале Апгар через 5 минут после рождения не достигла 7 баллов [4].
5. Всем новорожденным детям в обязательном порядке в родильном зале осуществляется заполнение **вкладыша-карты** первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале, предусмотренной Приложением N5 Методических рекомендаций Минздравсоцразвития России N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» [4]. Возможно использование дополненного варианта вкладыша-карты, на обратной стороне которого добавлены графы для краткого описания осмотра ребенка в родильном зале сразу же после рождения (приложение 21). Инструкцию по заполнению вкладыша-карты см. ниже.
6. В истории развития новорожденного приводятся показатели массы и роста ребенка, окружности головы и груди, указывается способ обработки пуповины. Делается особая отметка о профилактике гонобленореи.

7. При преждевременных родах в случае превышения массы тела ребенка при рождении и роста средних величин для указанного срока гестации врачом неонатологом совместно с врачом акушером-гинекологом оформляется акт (вариант оформления акта представлен в приложении 22).
8. При наличии группы крови О (I) и/или отрицательного резус-фактора у матери, а также при наличии резус-конфликта делается отметка о взятии крови из пуповины на группу и резус-принадлежность, билирубин.
9. В истории развития новорожденного ведется мониторинг температуры тела ребенка в течение всего периода нахождения его в родильном зале, а также указывается способ сохранения тепла (метод кенгуру или контакт «кожа к коже»). Результаты заносятся в карту контроля температуры тела ребенка в родильном зале (приложение 6).
10. Спустя 2 часа после рождения врач неонатолог делает в истории развития новорожденного запись о состоянии ребенка (при переводе его в отделение для новорожденных) в разделе «Первичный осмотр новорожденного» с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра. В случае необходимости по тяжести состояния или другим объективным причинам запись первичного осмотра новорожденного может быть выполнена ранее 2 часов после рождения с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра.
11. При появлении у новорожденного клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач неонатолог дает оценку состояния дыхательной функции новорожденных на момент перевода по шкале Сильвермана (бланк представлен в приложении 23).
12. Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в течение первых суток жизни в физиологическом отделении ребенок осматривается детской медицинской сестрой через каждые 3-3,5 часа для оценки состояния новорожденного и при необходимости оказания ему неотложной медицинской помощи с обязательным внесением результатов осмотра в медицинскую документацию (вариант карты осмотра в приложении 6) [18].
13. Согласно приказу МЗ РФ N 921н от 15 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» врач неонатолог осматривает новорожденного ежедневно, а при ухудшении состояния ребенка с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в три часа. Результаты осмотра заносятся в историю развития новорожденного с указанием даты и времени осмотра [19].
14. Ежедневные записи врача-неонатолога (см. выше, параграф 1, раздел 2, пункт 2.8). Ежедневные назначения в истории развития новорожденного выносятся лечащим врачом-неонатологом на поля справа с соблюдением необходимых требований (см. выше, параграф 2, раздел 2, пункт 2.20).
15. Для соблюдения необходимой преемственности в курации новорожденного между родильным домом и детской поликлиникой врач-неонатолог родильного дома обязан отметить в выписном эпикризе:
 - основные сведения о матери: состояние ее здоровья, особенности течения беременности и родов, имевшие место оперативные вмешательства,
 - оценку новорожденного по шкале Апгар, мероприятия, проводимые в родзале (если ребенок в них нуждался),
 - особенности течения раннего неонатального периода: время отпадения пуповины и состояние пупочной ранки, масса тела и состояние на момент рождения и при выписке, дата вакцинации и серия вакцины против гепатита В и БЦЖ-М (если не делали - обоснование ее отвода), данные проведения неонатального скрининга и аудиоскрининга, данные лабораторных и других обследований,
 - в случае несовместимости крови матери и новорожденного по резус-принадлежности или по АВО-системе в обменной карте отмечают резус-принадлежность, группу крови матери и ребенка и показатели крови в динамике,
 - при гипогалактии у матери об этом указывают в обменной карте, даются рекомендации по решению данной проблемы,
 - в случаях асфиксии, родовой травмы, заболевания ребенка в обменной карте указывают не только диагноз, данные обследования ребенка и проведенное лечение, но и рекомендации по дальнейшему ведению ребенка, вскармливанию, проведению лечебных мероприятий.
16. Наряду с выписным эпикризом, выдаваемым матери на руки, старшая медицинская сестра отделения новорожденных уточняет домашний адрес матери и сообщает в день выписки

ребенка по телефону в детскую поликлинику по месту его проживания (кроме иногородних) основные сведения о выписанном ребенке - для проведения более быстрого первого патронажа на дому - и отмечает в журнале отделения (палаты) для новорожденных детей и в конце истории развития новорожденного дату выписки и фамилию сотрудника поликлиники, принявшего телефонограмму.

Инструкция по заполнению вкладыша-карты первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

1. Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале (приложение N 5 Методических рекомендаций №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям») заполняется на каждого новорожденного во всех лечебно-профилактических учреждениях, в которых оказывается родовспомогательная помощь, врачом (неонатологом, педиатром, акушером-гинекологом, анестезиологом-реаниматологом) или, при отсутствии врача, акушеркой после завершения комплекса первичных реанимационных мероприятий [4]. Является вкладным листом к форме 097/у «История развития новорожденного».
2. Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале содержит сведения:
 - о характере амниотических вод;
 - о состоянии новорожденного по признакам живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения мускулатуры), а также по цвету кожных покровов, в динамике;
 - о проводимых первичных и реанимационных мероприятиях;
 - об исходе первичной и реанимационной помощи.

Порядок заполнения:

1. В разделе «Характер амниотических вод» - соответствующий признак необходимо подчеркнуть;
2. В графах «Пульсация пуповины» и «Произвольные движения мускулатуры» - данные признаки отмечаются знаком «X» при рождении в графах, соответствующих первой минуте, независимо от наличия или отсутствия основных признаков живорождения - самостоятельного дыхания и сердцебиения;
3. В графах «Дыхание» - знаком «X» указывается «отсутствие» или «наличие» («нерегулярное», «регулярное с втяжением уступчивых мест грудины», «регулярное») внешнего дыхания по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале, с учетом изменения признака;
4. В графах «ЧСС» знаком «X» отмечается один из перечисленных в строке признаков частоты сердечных сокращений («0-60», «60-100», «более 100») по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале, с учетом изменения признака;
5. В графах «Цвет» знаком «X» отмечается наличие только одного из перечисленных признаков «очень бледные», «разлитой цианоз», «акроцианоз», «розовые» по всем графам карты в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале, с учетом изменения признака;
6. В графе SpO₂ (%) указываются поминутно показатели сатурации в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале;
7. В разделе «Проводимые мероприятия»:
 - В строке «Лучистое тепло» в течение всего периода оказания медицинской помощи ребенку в родильном зале проставляется знак «X»;
 - В строке «Теплосберегающий пакет/пленка» в течение всего периода оказания медицинской помощи недоношенному ребенку со сроком гестации менее 28 недель в родильном зале проставляется знак «X»;
 - В строках «Санация ВДП», «Интубация трахеи», «Санация трахеи» проставляется знак «X» именно в тот временной период, когда было выполнено данное мероприятие;
 - В графе «СРАР» в соответствующей строке («маска», «назальные канюли»,

«назофарингеальная трубка») ставится знак «Х» в течение всего периода проведения данного вида респираторной поддержки;

- В графе «ИВЛ» в соответствующей строке («маска», «интубационная трубка») ставится знак «Х» в течение всего периода проведения данного вида респираторной поддержки;
 - В графе «Параметры», где обозначаются параметры СРАР или ИВЛ (давление на вдохе - PIP, давление на выдохе - РЕЕР, частота – частота вентиляции, время вдоха - Tin, FiO2 – фракция ингаляционного кислорода), в соответствующих строках указываются величины каждого из параметров в динамике. В случае изменения любого параметра СРАР или ИВЛ его новое значение указывается в графе, соответствующей времени изменения;
 - В строке «Непрямой массаж сердца» ставится знак "X" в то время, когда проводилось мероприятие;
 - В графе «Адреналин» разовая доза вводимого препарата, рассчитываемая согласно методическим рекомендациям, вписывается в пробел. В строках, соответствующих способу введения («эндотрахеально», «внутривенно»), знаком «Х» обозначается факт назначения препарата в конкретное время;
 - В строке «Физиологический раствор» время применения препарата обозначается знаком «Х» на протяжении всего периода его введения (на протяжении 5 минут) с указанием разовой дозы;
 - В строке «Гидрокарбонат натрия» время применения препарата обозначается знаком «Х» на протяжении всего периода его введения (на протяжении 2 минут) с указанием разовой дозы;
 - В строке «Сурфактант» знаком «Х» обозначается факт введения препарата в конкретный период времени с указанием разовой дозы.
8. В разделе «Исход» необходимо записать результат реанимационных мероприятий:
- состояние ребенка на момент их завершения;
 - возраст на момент перевода ребенка из родильного зала;
 - способ и условия транспортировки;
 - способ респираторной поддержки во время транспортировки;
 - диагноз.

Пример записи в разделе «Исходы»:

1. В случае эффективности мероприятий: *Ребенок в тяжелом состоянии в возрасте 20 минут жизни в транспортном кувете на аппаратной ИВЛ переведен в отделение/палату реанимации и интенсивной терапии новорожденных для продолжения лечения. Диагноз: «Тяжелая асфиксия при рождении. Синдром массивной (меконияльной) аспирации».*
2. В случае неэффективности реанимационных мероприятий: *«Смерть наступила от тяжелой асфиксии новорожденного».*

III. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ОТДЕЛЕНИИ / ПАЛАТЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

1. При поступлении в ОРИТН / ПИТН из переводного эпикриза или другой медицинской документации, направленной с ребенком, анамнез переносится в отведенный для этой информации лист. Как вариант заполнения такого листа в приложении 24 представлена унифицированная форма «Сведения о новорожденном». Лист с информацией по анамнезу вклеивается в историю болезни перед первичным статусом.
2. **Заведующий отделением осматривает** всех поступивших больных новорожденных не позднее 1-2-х дней с момента поступления. Обходы заведующего отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных проводятся ежедневно, оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном, и подписываются заведующим лично.
3. **Частота осмотров в ОРИТН.** Согласно Приказу МЗ РФ от 12 ноября 2012 г. N 909н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"" осмотры детей врачом-анестезиологом-реаниматологом осуществляются не реже 4 раз в сутки [19]. Данные осмотров, заключений, результатов проводимых исследований и лечебных мероприятий вносятся в медицинскую документацию детей. В случаях изменения состояния детей осуществляется запись в медицинской документации врачом-анестезиологом-реаниматологом с подробным описанием ситуации, с указанием времени происшествия и

проведенных мероприятий. Таким образом, в ОРИТН оформление записей врачебного наблюдения за новорожденными в день поступления, в нестабильном, крайне тяжелом и терминальном состоянии необходимо выполнять не реже 1 раза в 3 часа, за новорожденными в стабильно тяжелом и среднетяжелом состоянии - не реже 1 раза в 6 часов.

4. **Ежедневные записи врача анестезиолога-реаниматолога ОРИТН** (вариант формы осмотра в приложении 25) должны содержать дату и конкретное время (а не временной интервал) осмотра, информацию о возрасте ребенка в сутках жизни, ПКВ (у недоношенных новорожденных со сроком гестации менее 34 недель), информацию об основных витальных функциях, оформленную слева в виде столбика на полях, с перечислением следующих позиций:
 - температура тела ребенка,
 - ЧД,
 - ЧСС,
 - систолическое АД, диастолическое АД, среднее АД,
 - сатурация с указанием конечности, на которой проводилось измерение,
 - вид респираторной терапии (ИВЛ, ВЧО ИВЛ, NCPAP) с указанием аппарата, при помощи которого осуществляется дыхательная поддержка (ВЧО ИВЛ, NCPAP, оксигенотерапия), режима вентиляции (A/C, SIMV, IMV, IPPV, SIPPV, VG, BIPAP и т.д.) и основных параметров респираторной терапии (FiO₂, Flow, PIP, PEEP, MAP, Tin, DO и т.д.).
5. **Утренний осмотр** (первый при заступлении на дежурство согласно графику работы) должен начинаться с максимально приближенного к моменту начала рабочего дня времени в зависимости от официально регламентированного режима дня в ОРИТН (например, официально рабочий день в ОРИТН начинается в 08.30, с 08.30 до 09.00 идет «сдача» дежурства, поэтому в первом осмотре детей ОРИТН может быть указано время 09.00), содержать подробное описание клинической картины и начинаться с оценки тяжести его состояния. В дальнейшем в последующих дневниках необходимо указывать динамику состояния с акцентом на те симптомы, которые определяют тяжесть состояния ребенка или изменяются в динамике. Ежедневно (не реже 1 раза за сутки, при необходимости чаще) в течение всего периода госпитализации в ОРИТН / ПИТН в дневниках следует указывать темп диуреза в мл/кг/час и динамику веса.
6. **Лечащий врач профильного отделения** (хирургия, кардиохирургия, офтальмология и т.д.) записывает дневники больным, находящимся в ОРИТН, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2 раз в неделю.
7. **Лист интенсивной терапии.** Вместо листа назначений в ОРИТН / ПИТН ведется лист интенсивной терапии, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения и порядок их выполнения (вариант ведения в приложении 26).

IV. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

1. При поступлении в ОПННД из переводного эпикриза или другой медицинской документации, поступившей с ребенком, анамнез ребенка переносится в отведенный для этой информации лист, который вклеивается в историю болезни перед первичным статусом, либо подробно фиксируется в карте первичного осмотра новорожденного.
2. **Заведующий отделением осматривает** всех поступивших больных новорожденных не позднее 1-2-х дней с момента поступления. Обходы заведующего ОПННД проводятся не реже 2-х раз в неделю (желательно в понедельник и в пятницу), оформляются записью в истории болезни, отражающей представление о больном, с формулировкой клинического диагноза, рекомендациями, и подписываются заведующим лично.
3. **Частота осмотров в ОПННД.** Согласно Приказу N 921н осмотры детей врачом неонатологом осуществляются ежедневно [18]. Данные осмотров, заключений, результатов проводимых исследований и лечебных мероприятий вносятся в медицинскую документацию детей. В случаях изменения состояния детей осуществляется запись в медицинской документации врачом неонатологом с подробным описанием ситуации, с указанием времени происшествия и проведенных мероприятий.
4. **Ежедневные записи врача неонатолога ОПННД** (вариант унифицированной формы осмотра в приложении 27) должны содержать дату и время (часы и минуты) осмотра, информацию о

возрасте ребенка в сутках жизни, ПКВ (у недоношенных новорожденных со сроком гестации менее 34 недель), информацию об основных витальных функциях, оформленную слева в виде столбика на полях, с перечислением следующий позиций: температура тела ребенка, ЧД, ЧСС, систолическое АД, диастолическое АД, среднее АД, сатурация с указанием конечности, на которой проводилось измерение, вид респираторной терапии (NCPAP, оксигенотерапия) с указанием аппарата неинвазивной респираторной терапии, режима вентиляции, FiO₂, Flow. Утренний осмотр (первый при заступлении на дежурство согласно графику работы) должен начинаться с максимально приближенного к моменту начала рабочего дня времени в зависимости от официально регламентированного режима дня в ОРИТН (например, официально рабочий день в ОРИТН начинается в 08.30, с 08.30 до 09.00 идет «сдача» дежурства, поэтому в первом осмотре детей ОРИТН может быть указано время 09.00), содержать подробное описание клинической картины и начинаться с оценки тяжести его состояния. В дальнейшем в последующих дневниках необходимо указывать динамику преимущественно тех симптомов, которые определяют тяжесть состояния ребенка или изменяются в динамике. Ежедневно в течение всего периода госпитализации в ОПННД в дневниках должна быть указана динамика веса ребенка.

5. **Лечащий врач профильного отделения** (хирургия, кардиохирургия, офтальмология и т.д.) записывает дневники больным, находящимся в ОПННД, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2 раз в неделю.
6. **Лист интенсивной терапии.** Всем новорожденным детям, нуждающимся в проведении интенсивной терапии, вместо листа назначений в ОПННД ведется лист интенсивной терапии, где, кроме основных параметров жизнедеятельности, фиксируются все врачебные назначения (вариант формы листа интенсивной терапии представлен в приложении 28).

V. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

1. История болезни хирургических пациентов содержит ряд дополнительных разделов.
2. **В предоперационном эпикризе** лечащим врачом хирургом обосновывается необходимость планового и экстренного оперативного вмешательства, отражаются диагноз по основному и сопутствующим заболеваниям, степень выраженности функциональных нарушений, абсолютные или относительные противопоказания к операции, адекватность предоперационной подготовки, план операции, степень риска оперативного вмешательства.
3. **Согласие больного** на операцию должно быть информированным, т.е. больному разъясняется необходимость оперативного вмешательства, характер планируемой операции, возможные наиболее часто встречающиеся осложнения.
4. **Осмотр анестезиолога.** Осмотр анестезиолога и протокол анестезии являются обязательными записями в истории болезни для всех видов обезболивания, кроме местной анестезии. В записи результатов осмотра отражаются данные, которые могут существенно повлиять на анестезиологическую тактику: особенности анамнеза, сопутствующие заболевания, лекарственные средства, которые принимал больной, курение табака, употребление алкоголя, прием наркотиков, осложнения предыдущих анестезий, наличие гемотрансфузий. Отражаются отклонения физикального обследования, отмечаются АД, пульс, особенности в данных лабораторного и инструментального обследования. Характер предстоящей операции, предоперационная подготовка. План анестезиологического пособия должен содержать следующую информацию: премедикация, анестезия (общая, регионарная), положение больного на операционном столе, индукция анестезии, поддержание анестезии, манипуляции, применение основных и специальных методик. Риск операции оценивается по Гологорскому.
5. При поступлении больного в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии принимающий врач записывает краткое представление о больном с указанием либо диагноза, либо имеющегося симптомокомплекса. Ведение медицинской документации в отделении интенсивной терапии см. в соответствующем разделе. Записи в дневниках должны отражать динамику состояния больного и важнейших показателей жизнедеятельности организма. Заведующий реанимационным отделением ежедневно осматривает всех хирургических пациентов отделения. Лечащий врач профильного (хирургического) отделения записывает дневники больным, находящимся в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной

терапии, ежедневно; заведующий профильным отделением осматривает их не реже 2 раз в неделю.

6. Врач профильного отделения осматривает ребенка с хирургической патологией после перевода из ОРИТН не позже чем через 30 минут после поступления и записывает своё клиническое представление о больном.
7. **Протокол анестезиологического пособия.** Оценка состояния больного непосредственно перед индукцией анестезии. Анестезия (общая, регионарная). Положение больного на операционном столе, манипуляции (катетеризация центральной вены, интубация), индукция анестезии, поддержание, применение основных и специальных методик (ИВЛ и т.д.). Данные интраоперационного мониторинга, включая лабораторные исследования, объем кровопотери и диурез. Дозы и путь введения лекарственных средств, качественный состав и объем инфузионно-трансфузионной терапии. Необычное течение анестезии и осложнения.
8. **Протокол операции.** Выполняется лечащим врачом хирургом. Должен содержать сведения о дате и продолжительности операции, фамилии членов операционной бригады, вид операции, вид обезболивания, описание операции. Описание операции: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей). Описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз. Наименование операции и подробное описание хода ее выполнения. Проведен ли гемостаз в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране. Контрольный счет марли и инструментов. Завершение операции (вид швов, повязка). Описание удаленного макропрепарата. Подпись хирурга.
9. **Дневник наблюдения.** Записываются врачом хирургом ежедневно. В дневниках отражаются все манипуляции, проводимые с больным (удаление дренажей, трубок, перевязки и т.д.), состояние больного, динамику симптомов, основные параметры жизнедеятельности, состояние послеоперационной раны.
10. **Эпикриз.** В эпикризе врачом хирургом отражается диагноз заболевания, дата и вид произведенного вмешательства, особенности послеоперационного течения (сроки удаления дренажей, снятия швов, характер заживления раны), эффективность проведенного лечения. В эпикризе должны быть указаны рекомендации по дальнейшему лечению и прогноз течения заболевания.

VI. МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Согласно Приказу ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 16.08.2011) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 28.01.2011 N 19614) [13]:

- Пункт 11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.
- Пункт 52. При проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи.
- Пункт 53. В соответствии с частью 8 статьи 40 Федерального закона медицинская организация не вправе препятствовать доступу специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи и обязана предоставлять запрашиваемую информацию.
- Пункт 80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

- а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;
 - б) отбор случаев для экспертизы качества медицинской помощи и обоснование необходимости ее проведения, подготовка документации, необходимой эксперту качества медицинской помощи для проведения экспертизы качества медицинской помощи;
 - в) подготовка материалов используемой методической базы для экспертизы качества медицинской помощи (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации и другое);
- Пункт 83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:
- а) использует медицинские документы, содержащие описание лечебно-диагностического процесса, при необходимости выполняет осмотр пациентов;
 - б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи.

Дефекты оформления первичной медицинской документации в медицинской организации (приложение 8 приказа N 230, раздел 4) [13]

4.1.	Непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин.
4.2.	Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи).
4.3.	Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях.
4.4.	Наличие признаков фальсификации медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление истории болезни, с умышленным искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания).
4.5.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует табелю учета рабочего времени врача (оказание медицинской помощи в период отпуска, учебы, командировок, выходных дней и т.п.).
4.6.	Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:
4.6.1.	включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;
4.6.2.	несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ПИТН/ОРИТН СОВМЕСТНО С

ФИО _____ **Дата осмотра** « _____ » _____ **20** г. **Возраст** _____ **сутки. № истории болезни** _____

Масса _____ (- _____) **Состояние** удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / очень тяжелое / крайне тяжелое / критическое. Стабильное / нестабильное _____

t тела _____ С⁰ **Неврологический статус. Сознание** есть / нет / кома / медикаментозная седация. **Зрачки:** D _____ мм, S _____ мм, фотореакция есть / вялая / отсутствует. С-м Грефе, с-м «заходящего солнца», анизокория. **Реакция на осмотр** адекватная/общее угнетение/повышенная возбудимость/не реагирует. **Крик** громкий / отсутствует / слабый / средней силы / раздраженный / пронзительный / монотонный. Мраморность, с-м Арлекино, гиперестезия. **Большой родничок** _____ х _____ см, на уровне костей черепа/запавший/выбухает/закрытый/пульсирует/не пульсирует/напряжен / не напряжен.

ЧД _____ в минуту **Малый родничок** _____ х _____ см. **Швы:** сомкнуты, захождение/расхождение по _____ на _____ мм, ЧСС _____ в минуту по _____ на _____ мм. **Сосание:** да / нет. Глотание: да / нет. **Судороги** есть / нет, клонические / тонические / генерализованные / фокальные _____

АД _____ / _____ **Апноэ** нет/есть, частота _____ в час, глубокие/короткие/требуют стимуляции /нет Среднее АД _____ **Рефлексы** новорождённого вызываются / не вызываются / ослаблены / усилены / нормальной SpO₂ _____ % **длительности / затухающие** _____

O₂ маска/палат/канюл **Мышечный тонус** повышен/в норме / снижен / отсутствует. Парез / паралич есть / нет _____

Flow O₂ _____ л/мин **Кожа** розовая / бледная / серая / цианотичная / акроцианоз / гиперемированная / субиктеричная

ИВЛ/ВЧИВЛ/НСРАР до _____ зоны / иктеричная до _____ зоны / сыпь есть / нет _____

Аппарат _____ **На ощупь** кожа влажная / сухая / горячая / тёплая / холодная. **Тургор** нормальный / снижен (слабо / умеренно / выраженно). Конечности горячие / тёплые / холодные. **Подкожно-жировая** клетчатка

A/C, SIMV, IPPV, **развита** избыточно / достаточно / слабо / на животе есть / отсутствует. Глаза чистые/гнойное

IMV, CPAP, trCPAP **отделяемое/серозное** отделяемое. Периферические **отёки** нет / есть / пастозность (лица/туловища /

PIR _____ смH₂O **конечностей/брюшной стенки/всего тела) / склерема / позиционные** _____

PEEP _____ смH₂O **Дыхание:** спонтанное есть/нет/свободное/затруднено: через нос/рот; эффективное / неэффективное

Flow _____ л/мин **Участие вспомогательной мускулатуры** нет / есть (умеренное / выраженное). Западение уступчивых

Tim _____ сек. **мест грудной клетки** нет / есть (умеренное / выраженное). **Одышка** нет / экспираторная

FiO₂ _____ % **/инспираторная /смешанная. Стон** нет/ есть (слабый/умеренный/выраженный). Ритм дыхания

Частота _____ в мин / Гц **ритмичное/неритмичное. Интубация** ДА/НЕТ под прямой ларингоскопией оротрахеально. ЭТТ

MEAN _____ **№ _____, глубина стояния** _____ см. **Перкуторно** звук лёгочный / тупой / коробочный. **Аускультативно**

DO _____ мл/кг **дыхание** проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное справа / слева. **Хрипы**

Delta P _____ **нет / есть:** влажные /сухие _____

/ проводные / крепитирующие, единичные / в большом количестве, справа/слева. Мокрота

(отделяемое из ЭТТ) нет / есть: слизистое / гнойное / геморрагическое / с примесью мекония, в

малом /умеренном / большом объёме. Система органов кровообращения: Тоны сердца ясные /

приглушены/ глухие / не выслушиваются. Пульс на a. radialis ритмичный / аритмичный;

наполнение (удовлетворительное / сниженное / плохое / нитевидный / не пальпируется) /

напряжение (удовлетворительное / сниженное / плохое / нитевидный / не пальпируется). **Шум**

выслушивается / не выслушивается, систолический / диастолический / систоло-диастолический /

интенсивный / неинтенсивный. Локализация _____ межреберье справа / слева, **рп.**

тах. _____. **Время наполнения капилляров** _____ сек. на грудине; _____ сек. на конечностях.

Система органов пищеварения: Язык сухой / влажный / обложен налётом _____.

Задняя стенка глотки гиперемирована / нет / налёт _____. **Энтеральное кормление** нет / да

по _____ мл каждые _____ часа микроструйно / болюсно, грудное молоко / адап. молочная смесь

« _____ ». Кормление через желудочный зонд / соску. Срыгивания да / нет. **Остаточный**

объём (отделяемое из желудка) слизистое / непереваренная пища _____ мл / с примесью

крови (алая/«кофейная гуща») _____ мл / с примесью желчи (светлая/зеленая) в

объёме _____ мл. **Живот** мягкий / напряжён, не вздут / вздут (слабо/умеренно/сильно),

пальпации доступен / недоступен, болезненный / безболезненный, петли контурируются / нет.

Перистальтика обычной звучности / ослаблена / усилена / отсутствует. **Отечность** передней

брюшной стенки есть / нет, гиперемия есть / нет. **Перитонеальные симптомы** есть / нет. **Печень**

не увеличена / увеличена + _____ см из под края реберной дуги. **Край** эластичный / плотный /

острый / закругленный / бугристый. Селезенка не увеличена / увеличена + _____ см из под края

реберной дуги. Край эластичный / плотный. **Тазобедренные суставы** _____

Анус ДА/НЕТ. **Стул** нет/не осматриван/есть, частота _____ раз, **характер** жидкий/кашицеобразный

/плотный, цвет: меконеальный/жёлтый/зелёный/коричневый/чёрный/кровянистый/ахоличный.

Примеси нет/есть: слизь/кровь (алая/прожилки)/непереваренные комочки. **Половые органы**

жен./муж./не определенный пол. Остаток пуповины сухой / отслаивается / отпал.

Пупочная ранка сухая / влажная / чистая / подкравливает (скудно / умеренно / обильно). **Пупочная**

вена пальпируется/нет, **кожа над ней** не изменена/ гиперемия _____ см

Система органов мочеиспускания: Мочевыделение: Мочепускание: свободное/по мочевого катетеру. **Моча**

светло-желтая/интенсивно-желтая/тёмно-коричневая/окрашена кровью. Диурез _____ мл/кг/час

Из анамнеза: Беременность _____, предыдущие _____

Экстрагенитальные заболевания матери _____

Особенности течения беременности _____

Роды _____ при сроке гестации _____ недель в предлежании головном/ягодичном/ножном/поперечном положении
Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания _____

1 период родов _____ 2 период _____ безводный промежуток _____ воды _____

Особенности течения родов _____

Амниотомия/вакуум-экстракция/акушерские щипцы/окситоцин/простагландины/мед-сон отдых/магнезия/токолиз (гинипрал/нифедипин/индометацин/магнезия)/антибактериальная терапия в родах (ампициллин/эритромицин/цефазолин/пенициллин), курс _____ дней, прочее _____

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения _____

Профилактика РДС НЕТ/ДА, дексаметазон/бетаметазон, курс № _____, доза _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов. **Первичная реанимация:** санация дыхательных путей / тактильная стимуляция/ИВЛ через маску/интубация/ИВЛ через интубационную трубку/тах FiO2 _____%, PIP _____ РЕЕР _____/непрямой массаж сердца/адреналин № _____ в дозе _____ мл/катетеризация пупочной вены/физраствор в дозе № _____ в дозе _____ мл/сода 4% № _____ в дозе _____ мл. **Спонтанное дыхание** появилось на _____ минуте жизни. **Сурфактан** « _____ » в родзале ДА/НЕТ, на _____ минуте жизни, доза _____ мг. **Вес при рождении** _____ гр., длина _____ см, о.гол _____ см, о.гр _____ см.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ _____

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови / мочи _____
2. Кислотно-щелочное равновесие _____
3. Биохимический анализ крови: сахар, электролиты, СРБ, билирубин, о/белок, АСТ, АЛТ _____
4. Бактериологическое исследование материала из уха/ануса/носоглот/мокроты/крови/кала/мочи _____
5. Микроскопическое исследование материала из глаз/везикулы/мокроты/желудка _____
6. Группа крови резус-фактор/проба Кумбса/кровь и молоко матери на антитела _____
7. ПЦР крови/мокроты/отделяемого из глаз/из везикулы/ликвора _____
8. НСГ, УЗИ в/органов, ЭХО-КС, ЭКГ, ЭЭГ, Р-графия _____
9. Консультации специалистов: невролог, хирург, окулист, кардиолог _____
10. Другие _____

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

1. Охранительный режим, кувез/реанимационный стол/кровать/ _____
2. Энтеральное питание минимальное трофическое/в возрастной норме _____
3. Респираторная поддержка: ИВЛ/НСРАР/оксигенотерапия _____
4. Инфузионная терапия/парентеральное питание ПОЛНОЕ/ЧАСТИЧНОЕ _____
5. Антибактериальная терапия: ампициллин в дозе _____ мг/кг/сут, в/в, через _____ часов/гентамицин в дозе _____ мг/кг/сут, в/в, через _____ часов /нетромицин в дозе _____ мг/кг/сут, в/в, через _____ часов / _____
6. Инотропы/вазопрессоры _____
7. Гемостатическая терапия: викасол/дицинон/СЗП в дозе _____ мл
8. Иммуноглобулин с целью _____ в дозе _____ мл/кг
9. Седация/обезболивание _____
10. Симптоматическая терапия _____
11. Фототерапия (лампа/светодиодная фототерапия/фиброоптическая система) _____
12. Другое _____

Врач ПИТН/ОРИТН _____ Заведующий отделением _____

76

Из анамнеза: Беременность _____, предыдущие _____

Экстрагенитальные заболевания матери _____

Особенности течения беременности _____

Роды _____ при сроке гестации _____ недель в предлежании головном/ягодичном/ножном/поперечном положении

Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания _____

1 период родов _____ 2 период _____ безводный промежуток _____ воды _____

Особенности течения родов _____

Амниотомия/вакуум-экстракция/акушерские щипцы/окситоцин/простагландины/мед-сон отдых/магnezия/токолиз (гинипрал/нифедипин/индометацин/магnezия)/антибактериальная терапия в родах (ампициллин/эритромицин/цефазолин/пенициллин), курс _____ дней, прочее _____

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения _____

Профилактика РДС НЕТ/ДА, дексаметазон/бетаметазон, курс № _____, доза _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов. Первичная реанимация: санация дыхательных путей / так-

тильная стимуляция/ИВЛ через маску/интубация/ИВЛ через интубационную трубку/тах FiO2 _____%,

/непрямой массаж сердца/адреналин/катетеризация пупочной вены/физраствор/сода 4%. Спонтанное

дыхание появилось на _____ минуте жизни. Сурфактант «_____» в родзале ДА/НЕТ,

доза _____ мг. Вес при рождении _____ гр., длина _____ см, о.гол _____ см, о.гр _____ см.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ _____

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови / мочи
2. Кислотно-щелочное равновесие _____
3. Биохимический анализ крови: сахар, электролиты, СРБ, билирубин, о/белок, АСТ, АЛТ _____
4. Бактериологическое исследование материала из уха/ануса/носоглот/мокроты/крови/кала/мочи
5. Микроскопическое исследование материала из глаз/везикулы/мокроты/желудка _____
6. Группа крови резус-фактор/проба Кумбса/кровь и молоко матери на антитела
7. ПЦР крови/мокроты/отделяемого из глаз/из везикулы/ликвора _____
8. НСГ, УЗИ в/органов, ЭХО-КС, ЭКГ, ЭЭГ, R-графия _____
9. Консультации специалистов: невролог, хирург, окулист, кардиолог _____
10. Другие _____

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

1. Охранительный режим, кушет/реанимационный стол/кровать/_____
2. Энтеральное питание: минимальное трофическое/в возрастной норме _____
3. Оксигенотерапия через маску/назальные канюли/O2-палатку с FiO2 _____% и потоком _____ л/мин
4. Инфузионная терапия/парентеральное питание ПОЛНОЕ/ЧАСТИЧНОЕ _____
5. Антибактериальная терапия _____
6. Гемостатическая терапия: викасол/дицинон/СЗП в дозе _____ мл
7. Иммуноглобулин с целью _____ в дозе _____ мл/кг
8. Седация/обезболивание _____
9. Симптоматическая терапия _____
10. Фототерапия (лампа/светодиодная фототерапия/фиброоптическая система) _____
11. Другое _____

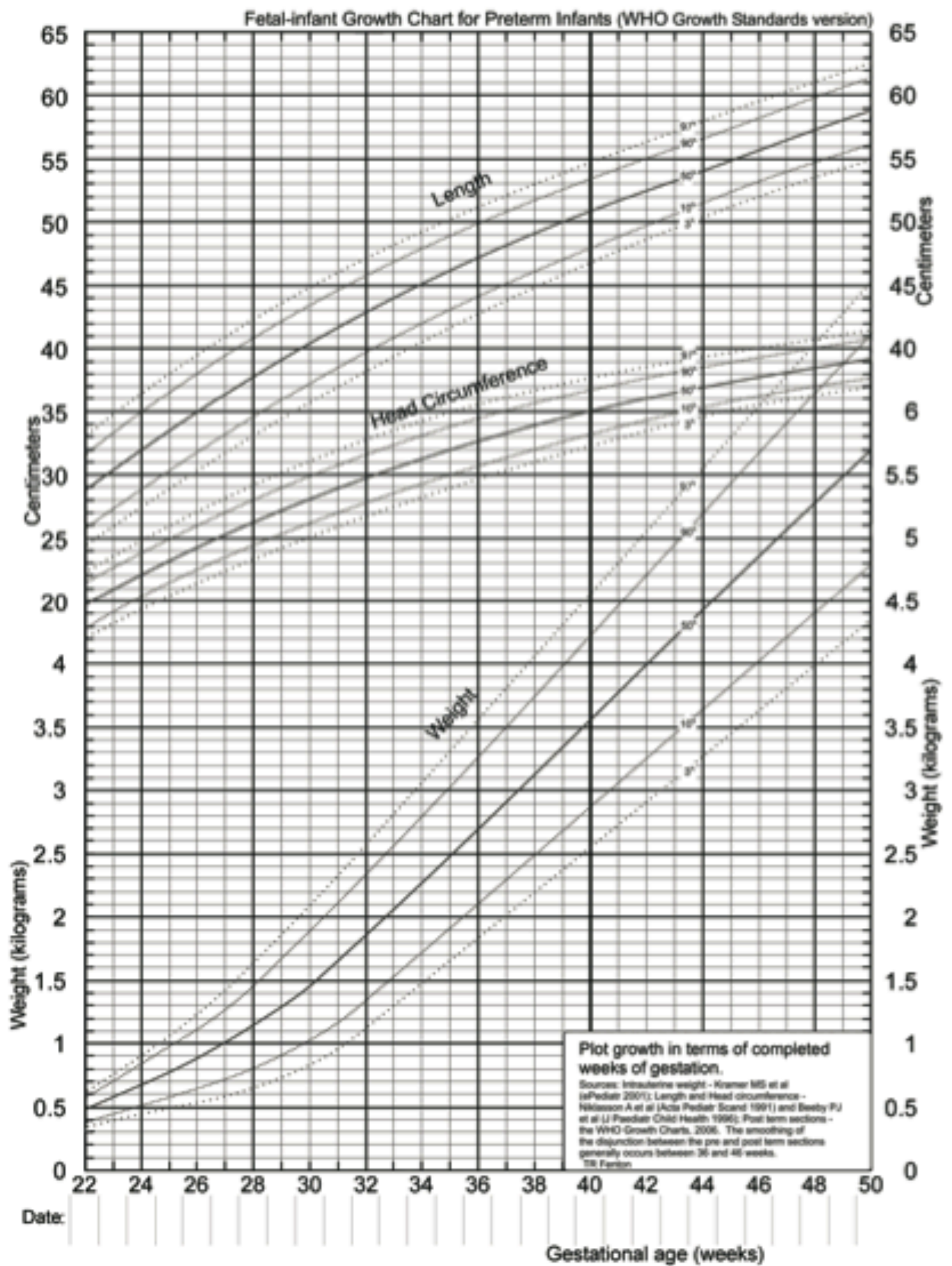
Врач ОПННД _____ Заведующий отделением _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя
от «_____» _____ 20__ г. № _____

Признак	Оценка нейромышечной зрелости новорожденного в баллах по Дж. Боллард и соавт. (1979)							У ребенка
	-1	0	1	2	3	4	5	
Поза младенца								
Квадратное окно (запястье)								
Ответная реакция руки								
Подколенный угол								
Симптом "шарфа"								
Притягивание пятки к уху								
ВСЕГО								

ОЦЕНКА ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ПО СОВОКУПНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ (Боллард Дж. и др., 1979)							
ПРИЗНАКИ	БАЛЛЫ						У ребенка
	0	1	2	3	4	5	
КОЖА	Желатинозная, красная, прозрачная	Гладкая, розовая, видимые вены	Поверхностное шелушение, и/или видно немного вен	Бороздчатость, бледная, редкие вены	Пергаментнообразная, глубокие борозды, сосуды не видны	Зрелая, бороздчатая, складчатая	
ЛАНУГО	Отсутствует	Обильное	Источен	Безволосистые области	Большая часть безволосистая		
СКЛАДКИ НА СТОПЕ	Отсутствуют	Нечеткие красные полосы	Складки только на передней части стопы	Складки на 2/3 стопы	Складки на всей подошве стопы		
ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	Едва ощутимы	Плоские, околососковый кружок отсутствует	Ткань выражена, околососковый кружок 1-2 мм	Приподнятый сосок, околососковый кружок 3-4 мм	Ткань молочной железы полностью выражена, околососковый кружок 5-10 мм		
УХО	Ушная раковина плоская, остается согнутой после сгибания	Ушная раковина слегка загнута, мягкая, медленно распрямляется после сгибания	Хорошо изогнутая ушная раковина мягкая, легко распрямляется после перегиба	Плотная и сформированная с немедленным распрямлением после перегиба	Плотный хрящ, ухо твердое		
ГЕНИТАЛИИ (мужские)	Мошонка пустая, нет морщин		Яички опускаются, мошонка имеет складки	Яички опущены, мошонка хорошо складчатая	Яички «подвешены», глубокая складчатость мошонки		
ГЕНИТАЛИИ (женские)	Клитор и малые половые губы выступают		Большие и малые половые губы примерно равны	Большие половые губы покрывают малые	Клитор и малые половые губы полностью закрыты большими		
ВСЕГО							

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЗРЕЛОСТИ (таблица + рисунок)			
Сумма баллов (таблица + рисунок)	Гестационный возраст, нед.	Сумма баллов (таблица + рисунок)	Гестационный возраст, нед.
5	26	30	36
10	28	35	38
15	30	40	40
20	32	45	42
25	34	50	44
Суммарное количество баллов у ребенка - _____ баллов		Гестационный возраст у ребенка - _____ недель	



ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ новорожденного на срок гестации ребенка при рождении _____
 нед.: _____

Рекомендуемый образец

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК ДЕТЯМ ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

1. Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)
_____ года рождения,
(указывается год рождения несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет, несовершеннолетнего больного наркоманией в
возрасте старше 16 лет)

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка - это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости - медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (в ред. Федеральных законов от 07.08.2000 N122-ФЗ, от 10.01.2003 N15-ФЗ, от 22.08.2004 N122-ФЗ, от 29.12.2004 N199-ФЗ, от 30.06.2006 N91-ФЗ, от 18.10.2007 N230-ФЗ, от 01.12.2007 N309-ФЗ, от 23.07.2008 N 160-ФЗ, от 25.12.2008 N 281-ФЗ, от 30.12.2008 N 313-ФЗ, от 24.07.2009 N 213-ФЗ, от 08.12.2010 N 341-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 25.12.2012 N 264-ФЗ, от 07.05.2013 N 104-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ, от 21.12.2013 N 368-ФЗ) <1> отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти (в ред. Федерального закона от 23.07.2008 N 160-ФЗ)

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(название прививки)
возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:
добровольно соглашаюсь на проведение прививки <3>

(название прививки)
(добровольно отказываюсь от проведения прививки)

(название прививки)

несовершеннолетнему _____
(указывается фамилия, имя, отчество и год рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет/
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)

Я, нижеподписавшийся(аяся) <4> _____
(фамилия, имя, отчество родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте до 16 лет)/несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет,
несовершеннолетнего больного наркоманией в возрасте старше 16 лет)

Дата _____
(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок
несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач _____ Дата _____
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Доверяю моему законному представителю дать от моего имени добровольное медицинское согласие на медицинское вмешательство: _____

(Ф.И.О.) (данный пункт заполняется для лиц старше 15 лет)

(подпись)

Я _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка,

(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

госпитализированного в отделение _____
(указать название отделения)

Даю добровольное согласие на медицинское вмешательство.

- ▲ Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания моего ребенка;
- ▲ Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь при госпитализации по уходу за ребенком их соблюдать;
- ▲ Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку в соответствии с назначениями врача:
 1. Необходимых методов исследования в том числе:
 - ▲ лабораторных _____
 - ▲ методов функциональной диагностики _____
 - ▲ рентгеновских _____
 - ▲ магнитно-резонансная томография _____
 - ▲ ультразвуковых _____
 - ▲ эндоскопических исследований _____
 - ▲ инвазивных методов диагностики _____
 - ▲ диагностические пункции _____
 2. Проведения лечебных мероприятий в том числе:
 - ▲ медикаментозных, инъекций, внутривенных вливаний,
 - ▲ лечебных пункций
 - ▲ оперативное лечение
 - ▲ физиотерапевтическое
 - ▲ ЛФК, массаж

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

1. Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит моему ребенку делать во время их проведения;
2. Я извещен (а) о том, что моему ребенку необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия;
3. Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка;
4. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергических проявлениях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на ребенка во время жизнедеятельности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
5. Я согласен (на) на осмотр ребенка другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

(указать, согласен или не согласен)

- А Согласен (на) на переливание компонентов крови моему ребенку, если возникнет такая необходимость. Я информирован (а) о связанном с этой операцией риске передачи инфекции (вирусный гепатит, ВИЧ, и др.) и развития осложнений вплоть до тяжелых. Я информирован (а) о возможных последствиях в случае отказа от переливания компонентов крови _____ (подпись, дата)
- А Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме, за исключением: _____ (указать виды медицинской помощи, против которых имеются возражения)

- А Даю согласие на обработку и передачу персональных данных моего ребенка.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе моего ребенка, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам: _____

Дата "____" _____ 20__ г.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением руководителя _____, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка, отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, и принимает решение об оказании ребенку следующего вида медицинской помощи: _____

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

"____" _____ 20__ г.

2. Информированное добровольное согласие на оказание анестезиологического пособия

Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку: _____

(название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

- А Я информирован (а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит делать моему ребенку во время его проведения;
- А Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;
- А Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия могут быть изменены врачами по их усмотрению;
- А Я ознакомлен (а) и согласен (на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Дата "____" _____ 20__ г.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(Ф.И.О., должность)

(подпись)

Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка, отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, и принимает решение об оказании ребенку следующего вида анестезиологического пособия: _____

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

“ _____ ” _____ 20__ г.

3. Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство

Добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку операции: _____

(название оперативного вмешательства)

- ▲ Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (а) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.
- ▲ Я предупрежден (а) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.
- ▲ Я предупрежден (а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т. ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.
- ▲ Я знаю, что во время операции возможна потеря крови, и даю согласие на переливание донорской крови или и ее компонентов.
- ▲ Я согласен на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны _____ (в случае на согласия указать “не согласен”).
- ▲ Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т. ч. переливания донорской крови или ее компонентов, и врач дал мне понятные и исчерпывающие ответы.

“ _____ ” _____ 20__ г.

Подпись законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Ф.И.О., должность)

(подпись)

Консилиум удостоверяет, что состояние ребенка, отсутствие его законного представителя не позволяет ему выразить свою волю, оказание медицинского вмешательства является необходимым по жизненным показаниям, и принимает решение об оказании ребенку следующего вида оперативного вмешательства: _____

Консилиум врачей в составе:

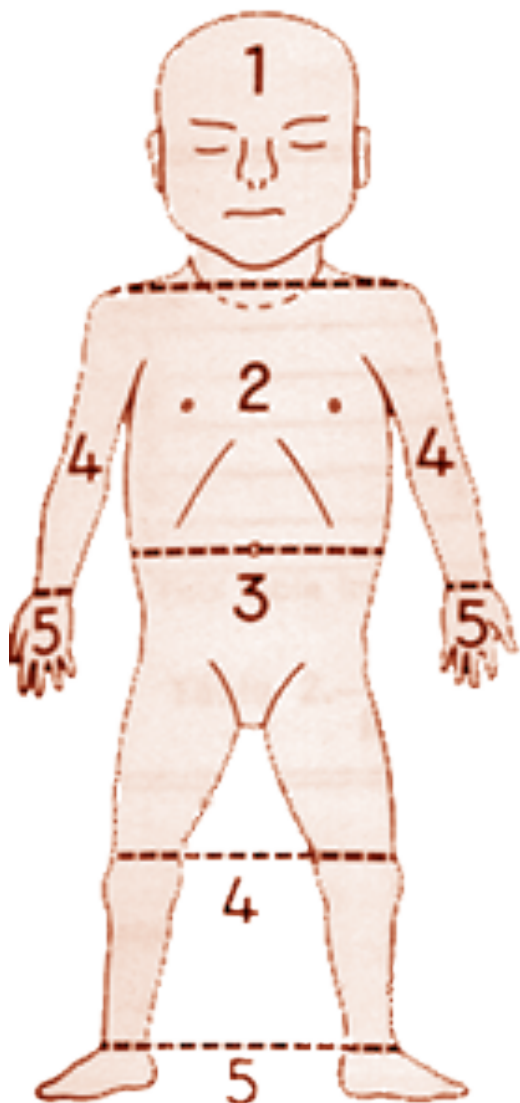
Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

“ _____ ” _____ 20__ г.

**Относительное соответствие между визуальной оценкой желтухи и
концентрацией билирубина**



Кожные зоны	Билирубин, мкмоль/л
1	31,5 – 136
2	93,5 – 204
3	136 - 280
4	187 - 306
5	> 255

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20__ г. № _____

КАРТА КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

Показатель	Часы наблюдения				
	Сразу после рождения	Через 30 минут после рождения	Через 60 минут после рождения	Через 90 минут после рождения	Через 120 минут после рождения
t тела, C ⁰					
Контакт кожа к коже					
Подпись акушерки					

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЖИЗНИ

ФИО матери ребенка _____ № истории развития _____
Дата наблюдения « _____ » _____ 20__ г. часы с _____ до _____

Показатель	Часы наблюдения							
Крик (громкий, слабый)								
Цвет кожи								
t тела, C ⁰								
ЧСС								
ЧД								
Sp O2 на правой руке								
Sp O2 на левой руке								
Sp O2 на правой ноге								
Sp O2 на левой ноге								
FiO2								
Меконий								
Мочеиспускание								
Подпись медсестры								

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Неврологический статус новорождённого

ФИО _____ Дата, время _____ Сутки жизни _____

Сознание: да, нет. **Реакция на осмотр:** адекватная, общее угнетение, повышенная возбудимость, не реагирует.

Крик: отсутствует, громкий, слабый, средней силы, эмоциональный, раздражённый, пронзительный, монотонный, гнусавый, «кошачий». **Поза:** флексии, полуфлексии, «лягушки», запрокидывания головы, дугообразная. **Общемозговые симптомы:** рвота, срыгивание. **Вегетососудистая система:** мраморность, симптом Арлекино. **Менингеальные симптомы:** нет, гиперестезия, симптом подвешивания.

Голова: окружность головы _____ см, окружность груди _____ см. **Форма черепа:** обычная, микроцефальная, гидроцефальная, нависающий затылок, долихоцефалия, брахицефалия, «башенный».

Кости черепа: нормальные, плотные, податливые, деформация родовой опухоли _____.

Кефалогематома, одна / две, локализация (теменная кость справа / слева / затылочная), размеры первой _____ * _____ см, размеры второй _____ * _____ см.

Швы: сомкнуты, расхождение _____ см, захождение _____ см. **Большой родничок** _____ * _____ см, норма, выбухает, западает, напряжен, не напряжен. **Малый родничок** _____ * _____ см. **Перкуторный звук:** обычный, гидроцефальный.

Лицо: спокойное, беспокойное, мимика живая, амимичное, симметричное, асимметричное за счёт _____.

Глазная щель: закрыта, открыта, D=S, D>S, D<S; реакция зрачка на свет да, нет.

разрез глаз: монголоидный, антимонголоидный, обычный, анофтальмия, экзофтальм, катаракта, симптом Грефе, симптом «заходящего солнца», анизокория. **Косоглазие:** сходящееся, расходящееся, стойкое, нестойкое. **Нистагм:** горизонтальный, вертикальный, ротаторно нестойкий, при смене положения.

Зрительное сосредоточение: да, нет, фиксирует взор, прослеживает. **Слуховое сосредоточение:** да, нет, кратковременно. **Сосание:** да, нет. **Глотание:** да, нет. **Голос:** громкий, хриплый, афония, поперхивание.

Мягкое нёбо: асимметрия, провисает, норма. **Кривошея:** нет, да _____.

Двигательная активность: удовлетворительная, D=S, избыточная, снижена, атетозоподобная, асимметрия;

тонус мышц: в ногах (D, S) норма, атония, гипотония, гипертония;

в руках (D, S) норма, атония, гипотония, гипертония;

в ПВМ(D, S) норма, атония, гипотония, гипертония;

тремор: (подбородка, рук, ног) спонтанный, кратковременный, мелкий, крупный, рубральный;

спонтанный р-с Моро, спонтанные вздрагивания, клонус стоп (спонтанный, индуцированный).

Судороги: клонические, тонические, клонико-тонические, миоклонические, апноэ (с потерей сознания, без потери сознания, сопровождающиеся мочеиспусканием), фокальные, генерализованные _____.

Патологические установки: кистей: «когтистая лапа», «ластовидная кисть», «рука акушера» и др.

стоп: варусная, вальгусная, «конская» стопа.

Сухожильные рефлексы:

коленные (D, S): снижение, повышение, асимметрия, расширение зоны;

ахилловы (D, S): снижение, повышение, асимметрия, расширение зоны;

с бицепса (D, S): снижение, повышение, асимметрия, расширение зоны;

брюшные рефлексы: верхние, средние, нижние;

подошвенные рефлексы: _____ по _____ нормальному типу,

патологические _____.

Физиологические рефлексы: поисковый, сосательный, Бабкина, Моро I и II фаза, хватательный, Галанта, Бабинского, Робинсона, Переса, опоры, ходьбы, защитный, ползания.

НСГ _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Врач невролог _____

Осмотр невролога в динамике

1.Осмотр

2.Осмотр

3.Осмотр

4.Осмотр

5.Осмотр

6.Осмотр

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Рабочая карта офтальмологического осмотра недоношенного ребенка

ФИО _____ Дата осмотра _____ Время _____
 Дата рождения _____ Вес при рождении _____ На кислород.терапии _____
 Гестационный возраст на момент родов _____ нед. ПКВ _____ недель
 Зрительные функции _____
 Передние отрезки глаз _____
 Оптические среды:
 Роговица _____
 Хрусталик _____
 Эмбриональная капсула хрусталика _____
 Стекловидное тело _____
 Глазное дно: фон _____
 ДЗН: цвет _____ границы _____
 Сосуды в центре: артерии _____ вены _____
 Сосуды на периферии: артерии _____ вены _____
 Ишемия (отек) сетчатки _____
 Авакулярная зона _____
 Кровоизлияния _____ Патологические очаги на гл.дне _____
 Признаки ретинопатии:
 - демаркационная линия _____ вал проминенции _____
 - сосудистые аркады _____ неоваскуляризация _____
 - участки пролиферации _____
 Фиброз стекловидного тела _____ отслойка сетчатки _____
 Диагноз _____
 Рекомендации _____

 Врач офтальмолог _____

ФИО _____ Дата осмотра _____ Время _____
 Дата рождения _____ Вес при рождении _____ На кислород.терапии _____
 Гестационный возраст на момент родов _____ нед. ПКВ _____ недель
 Зрительные функции _____
 Передние отрезки глаз _____
 Оптические среды:
 Роговица _____
 Хрусталик _____
 Эмбриональная капсула хрусталика _____
 Стекловидное тело _____
 Глазное дно: фон _____
 ДЗН: цвет _____ границы _____
 Сосуды в центре: артерии _____ вены _____
 Сосуды на периферии: артерии _____ вены _____
 Ишемия (отек) сетчатки _____
 Авакулярная зона _____
 Кровоизлияния _____ Патологические очаги на гл.дне _____
 Признаки ретинопатии:
 - демаркационная линия _____ вал проминенции _____
 - сосудистые аркады _____ неоваскуляризация _____
 - участки пролиферации _____
 Фиброз стекловидного тела _____ отслойка сетчатки _____
 Диагноз _____
 Рекомендации _____

Врач офтальмолог _____
ФИО _____ Дата осмотра _____ Время _____
Дата рождения _____ Вес при рождении _____ На кислород.терапии _____
Гестационный возраст на момент родов _____ нед. ПКВ _____ недель
Зрительные функции _____
Передние отрезки глаз _____
Оптические среды:
Роговица _____
Хрусталик _____
Эмбриональная капсула хрусталика _____
Стекловидное тело _____
Глазное дно: фон _____
ДЗН: цвет _____ границы _____
Сосуды в центре: артерии _____ вены _____
Сосуды на периферии: артерии _____ вены _____
Ишемия (отек) сетчатки _____
Аваскулярная зона _____
Кровоизлияния _____ Патологические очаги на гл.дне _____
Признаки ретинопатии:
- демаркационная линия _____ вал проминенции _____
- сосудистые аркады _____ неоваскуляризация _____
- участки пролиферации _____
Фиброз стекловидного тела _____ отслойка сетчатки _____
Диагноз _____
Рекомендации _____

Врач офтальмолог _____
ФИО _____ Дата осмотра _____ Время _____
Дата рождения _____ Вес при рождении _____ На кислород.терапии _____
Гестационный возраст на момент родов _____ нед. ПКВ _____ недель
Зрительные функции _____
Передние отрезки глаз _____
Оптические среды:
Роговица _____
Хрусталик _____
Эмбриональная капсула хрусталика _____
Стекловидное тело _____
Глазное дно: фон _____
ДЗН: цвет _____ границы _____
Сосуды в центре: артерии _____ вены _____
Сосуды на периферии: артерии _____ вены _____
Ишемия (отек) сетчатки _____
Аваскулярная зона _____
Кровоизлияния _____ Патологические очаги на гл.дне _____
Признаки ретинопатии:
- демаркационная линия _____ вал проминенции _____
- сосудистые аркады _____ неоваскуляризация _____
- участки пролиферации _____
Фиброз стекловидного тела _____ отслойка сетчатки _____
Диагноз _____
Рекомендации _____

Врач офтальмолог _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20__ г. № _____

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ФИО _____ Дата « _____ » _____ 20__ г.

Возраст на момент исследования _____ сутки жизни. ПКВ _____

Структуры головного мозга сформированы правильно _____

Рисунок извилин неизменен, обеднен _____

Признаки незрелости _____

Межполушарная борозда (N=2мм) _____ мм

По конвексительной поверхности _____ мм

Боковые желудочки на уровне передних рогов: справа _____ мм, слева _____ мм; тела:

справа _____ мм, слева _____ мм; затылочные рога: справа _____ мм, слева _____ мм

Субэпендимальные зоны _____

Сосудистые сплетения _____

Третий желудочек _____ мм. Четвёртый желудочек _____ мм. Большая цистерна (N=5 мм) _____

Очаговые образования _____

Таламусы: эхогенность _____

структура _____

Другие особенности _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

Подпись врача _____

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ФИО _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
Возраст на момент исследования _____ сутки жизни. ПКВ _____

ПЕЧЕНЬ: контуры _____ эхогенность _____
 структура _____ сосудистый рисунок _____
 желчные протоки _____
 Правая доля: толщина _____ мм; левая доля: толщина _____ мм
 ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: состояние _____ расположен _____
 стенка _____ утолщена. Содержимое _____
 ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: форма _____ контуры _____ чёткие
 Структура _____ Эхогенность _____
 Вирсунгов проток _____ расширен
 СЕЛЕЗЁНКА: _____ мм. Контуры _____ Структура _____
 Эхогенность _____
 Свободная жидкость, объемные образования _____
 Загазованность кишечника _____

Другие особенности _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подпись врача _____

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Почки расположены _____

Контуры _____

Размеры: правая _____ мм; паренхима _____

 левая _____ мм; паренхима _____

ЧЛС: справа лоханка _____ мм; чашечки _____ мм

 слева лоханка _____ мм; чашечки _____ мм

Область надпочечников _____

Мочеточники _____

Мочевой пузырь: заполнение _____ контуры _____

стенка _____ содержимое _____

Подвижность _____

Другие особенности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подпись врача _____

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТИМУСА

ФИО _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
Возраст на момент исследования _____ сутки жизни

ВИЛОЧКОВАЯ ЖЕЛЕЗА расположена _____
Эхогенность _____ Эхоструктура _____
Соотношение правой и левой доли составляет _____
Размеры _____ мм. Объём _____ см³
Соотношение масса железы / масса тела _____

Другие особенности _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

ФИО _____ Дата « ____ » _____ 20 ____ г.
Возраст на момент исследования _____ сутки жизни

ПРАВЫЙ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ:

Головка бедренной кости _____ Угол альфа _____ градус
Суставная впадина _____ формы
Лимбус _____ утолщен. Эркер _____ изменён
Окружающие мягкие ткани _____ изменены
Ядро окостенения _____ мм

ЛЕВЫЙ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ:

Головка бедренной кости _____ Угол альфа _____ градус
Суставная впадина _____ формы
Лимбус _____ утолщен. Эркер _____ изменён
Окружающие мягкие ткани _____ изменены
Ядро окостенения _____ мм

Другие особенности _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

Подпись врача _____

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ФИО _____ Сутки жизни _____ Масса тела _____ Дата _____

Аускультативно шумы есть/нет _____ систолический/систолю-диастолический _____

Пульсация на бедренной артерии *нормальная/ослабленная/отсутствует*

Сердце расположено и сформировано <i>правильно</i>					
Магистральные артерии отходят <i>типично/транспонированы/от правого желудочка</i>					
ЛП/ПП = _____ / _____ (мм)			ООО _____ (мм), ток L R		
Межжелудочковая перегородка <i>целостная</i>					
Трикуспидальный клапан (0,5 – 1,1 м/с)		Е/А _____ / _____ (м/с)		Регургитация _____ (м/с)	
Митральный клапан (0,8 – 1,3 м/с)		Е/А _____ / _____ (м/с)		Регургитация _____ (м/с)	
Аортальный клапан (1,2 – 1,8 м/с)		V _{max} _____ (м/с)		VTI _____	D аорты _____
Клапан легочной артерии (0,6 – 1,4 м/с)		V _{max} _____ (м/с)		VTI _____	D ЛА _____
АТ/ЕТ = _____ → расчетное среднее P _{ЛА} _____ (мм Нг)					
Коронарные артерии <i>отходят от синусов Вальсальвы/не визуализируются/ЛКА от ЛА</i>					
ОАПнет/есть	D _____ (мм)		направление шунта L→R/R→L/двунаправленный		
	Ток в нисходящей Ао однонаправленный/ретроградный				
	LA/Ao _____ (в норме 0,8-1,0)		Диастолический кровоток в левой легочной артерии _____ (м/с)		
	*IR средней мозговой артерии _____ (в норме <0,8)			*IR мезентериальных артерий _____	
ФВ _____ %	КДР/КСР _____ (мм)		ЗСЛЖ _____ (мм)	МЖП _____ (мм)	ПЖ _____ (мм)
Дуга Ао <i>без патологии/перерыв дуги аорта – тип А/В/С</i>				Нисходящая АоV _____ (м/с)	

Заключение: _____

Рекомендации: _____

Врач: _____

Таблица 1. Среднее давление в легочной артерии (мм рт. ст.) в зависимости от величины отношения АТ/ЕТ

АТ/ЕТ	СрДЛА	АТ/ЕТ	СрДЛА	АТ/ЕТ	СрДЛА
0,19	74	0,28	41	0,37	23
0,20	69	0,29	38	0,38	21
0,21	64	0,30	36	0,39	20
0,22	60	0,31	34	0,40	19
0,23	57	0,32	31	0,41	17
0,24	53	0,33	30	0,42	16
0,25	50	0,34	28	0,43	15
0,26	47	0,35	26	0,44	14
0,27	44	0,36	24	0,45	13

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Дата « _____ » _____ 20 ____ г. Возраст ребенка _____ ПКВ _____

ФИО _____ Дата рождения « _____ » _____ 20 ____ г.

Находится в ОПННД/ОРИТН с _____ поступал в возрасте _____ из _____

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной - _____

Сопутствующий - _____

Осложнения - _____

АНАМНЕЗ (основные особенности)

Динамика клинической картины

ИВЛ (дата) с _____ по _____, (сутки жизни) с _____ по _____, общая продолжительность _____.

НСРАР (дата) с _____ по _____, (сутки жизни) с _____ по _____, общая продолжительность _____.

Зависимость от кислорода _____. Апноэ _____.

Нарушения гемодинамики (возраст, терапия) _____

Наличие лёгочной гипертензии: ДА / НЕТ, возраст _____

Терапия _____

Наличие гемодинамически значимого ОАП: ДА/НЕТ, возраст _____

Терапия _____

Энтеральное питание начато с _____ суток, чем _____.

Желтуха с _____ по _____ сутки жизни. Максимальная убыль массы на _____ сутки _____ %.

Пуповинный остаток отпал на _____ сутки/не отпал, его состояние _____

Пупочная ранка _____ периумбиликальная область _____

Другие особенности

ОБСЛЕДОВАНИЕ (основные особенности)

- ОАК _____
- ОАМ _____
- САХАР _____
- Биохимия _____
- СРБ _____
- Посевы, ПЦР _____
- Микроскопия _____
- НСГ _____
- УЗИ _____
- ЭХО-КС _____
- ЭКГ _____
- Рентгенография _____
- ОКУЛИСТ _____
- НЕВРОЛОГ _____
- Прочее _____

ЛЕЧЕНИЕ

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Разовая доза	Кратность введения	Путь введения	Курсовая доза

РАСЧЕТ ПИТАНИЯ. Вскармливание грудное/смешанное/искусственное. А/С _____

Суточный объем питания (доношен. до 7 суток жизни) = $10 \times$ на возраст (сутки) = _____ мл

Суточный объем питания (доношен. после 7 суток жизни) = вес / $\frac{1}{5}$ = _____ мл

Калорийный способ расчета энтерального питания для недоношенных новорожденных:

Объем питания (мл/сутки) =

[Масса тела (кг) * 100 * потребность в ккал на данный возраст] / ккал в 100 мл питания

Суточный объем питания (недоношен.) = $100 \times$ _____ ккал * _____ кг / _____ = _____ мл

Объем питания на одно кормление = суточный объем / кратность кормлений (8 раз) = _____ мл

	Белки	Жиры	Углеводы	Ккал
В _____ мл				
В 100 мл				
На 1 кг				
Потребность	3,0 / 3,5 / 4,0 / 4,5	4,8 – 6,6	12 / 14	130 / 140 / 150 / 160
Коррекция				

Прививка против гепатита В: НЕТ/ДА на _____ сутки жизни. **БЦЖ-М:** НЕТ/ДА на _____ сутки жизни

Неонатальный скрининг: НЕ ВЗЯТ / ВЗЯТ « _____ » _____ 20 _____ г.

Аудиоскрининг: НЕТ/ДА, ПРОШЕЛ/НЕ ПРОШЕЛ (справа/слева) « _____ » _____ 20 _____ г.

Состояние ребенка в настоящее время удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/ стабильное

Вскармливание грудное/смешанное/искусственное по _____ мл за кормление через _____ часа/в

свободном режиме, адаптированная смесь « _____ » по _____ мл по _____ раз за стуки

Особенности _____

ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ВЕДЕНИЯ _____

Врач _____

Заведующий отделением _____

Название лечебного учреждения
Телефон отделения

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ (из родильного дома)

ФИО матери _____ возраст _____
Адрес: _____ телефон: _____

Дата родов: ____ / ____ / ____	Апгар: ____ / ____ / ____	Гепатит В: серия ____ / ____ / ____
Время: ____ : ____	Вес: ____ г.	БЦЖ-М: серия ____ / ____ / ____
Пол: муж / жен	Длина: ____ см.	Генетический скрининг: ____ / ____ / ____
Гр. крови матери: ____ (____) Rh ____	Окр. головы: ____ см.	Аудиоскрининг: ____ / ____ / ____
Гр. крови ребенка: ____ (____) Rh ____	Окр. груди: ____ см.	прошел / не прошел

Анамнез:

Вредные привычки: курение ☐, алкоголь ☐, наркомания ☐ –

Соматические заболевания: _____

ВИЧ _____ RW _____ HbsAg _____ гепатит С _____ другие _____

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция: _____

Предыдущие беременности: аборт ☐ _____, выкидыш ☐ _____, замершая беременность ☐ _____, преждевременные роды ☐ _____

срочные роды ☐

Настоящая беременность: _____ На учете в ж/к с _____ нед. / не наблюдалась ☐

Течение беременности: _____

Титр антител (при наличии) _____

Прием антибиотиков: препарат _____ срок беременности _____ нед.

Профилактика СДР: срок бер-ти _____ нед., дексаметазон/бетаметазон, курс завершен/не завершен, доза _____

Профилактика ВИЧ: не проводилась / проводилась _____

УЗИ данные: _____

Роды _____ при сроке гестации _____ нед. Предлежание головное / ягодичное / ножное / поперечное.

Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания _____

I период: _____, II период _____, безводный промежуток: _____, околоплодные воды: _____

Особенности течения родов _____

Амниотомия / вакуум-экстракция / акушерские щипцы / окситоцин / простагландины / мед-сон отдых / магнезия / токолиз (гинипрал / нифедипин / индометацин / магнезия) / антибактериальная терапия в родах (ампициллин / эритромицин / цефазолин / пенициллин), курс _____ дней, прочее _____

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов. **Первичная реанимация:** санация ВДП / тактильная стимуляция / ИВЛ маской / интубация / ИВЛ через ЭТТ / max FiO2 _____ %, PIP _____ PEEP _____ / не прямой массаж сердца / адреналин № _____ в дозе _____ мл / катетеризация пупочной вены / физраствор № _____ в дозе _____ мл/ сода 4% № _____ в дозе _____ мл. **Спонтанное дыхание** появилось на _____ минуте жизни.

Сурфактан « _____ » в родзале ДА/НЕТ, на _____ минуте жизни, доза _____ мг.

Динамика состояния ребенка _____

Максимальная убыль массы на _____ сутки ____ %. Остаток пуповины не отпал/отпал/отсечен на _____ сутки жизни. Желтуха с _____ суток жизни, фототерапия: ДА / НЕТ, продолжительность _____

Состояние на момент перевода удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / стабильное / нестабильное

Температура тела _____ °C, ЧД _____ ЧСС _____ Sat O2 _____ %, АД _____ / _____ АД ср. _____

Параметры ИВЛ/CPAP: режим _____, PIP _____, PEEP _____, FiO2 _____ MAP _____ Fset _____, Tin _____, ДО _____

Особенности _____

Стул _____ Диурез _____ мл/кг/час

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

- Общий анализ крови

Дата	Эр.	Нв	Нт	Ретик	Тром б	Лейк.	Миел	Юн.	п/я	с/я	Лим.	Мон.	Эоз.

- Общий анализ мочи

Дата	Белок	Сахар	Лейк.	Эритро.	Соли	Бактерии	Прочее

- Билирубин и другие биохимические показатели

Дата	Общий	Прямой	О/белок	СРБ	Вен Нт	АЛТ	АСТ	pH	pCO2	pO2	HCO3	BE

- НСГ _____
- Рентгенография _____
- Другие обследования и посевы _____

ЛЕЧЕНИЕ: Сосудистый доступ _____

- Инфузионная терапия и питание

Дата	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Сутки жизни										
Суточный объем, мл/кг/сутки										
Глюкоза, %										
Нагрузка глюкозы, мг/кг/минуту										
Аминокислоты, г/кг										
« _____ »										
Липиды, г/кг										
« _____ »										
Энтеральное питание										
« _____ », мл										
Сахар крови, ммоль/л										
Динамика веса										

- Медикаментозная терапия

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Разовая доза	Кратность введения	Путь введения	Часы введения

ДИАГНОЗ _____**Переводится в ЛПУ**

К эпикризу прилагаются прививочный сертификат ребенка; справка о рождении; согласие матери на перегоспитализацию ребенка; ксерокопии документов матери: паспорта, страхового полиса, СНИЛС.

КАРАНТИН: НЕТ / ДА

Дата перевода « _____ » _____ 20__ г. Врач _____

Зав. отделением _____

из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей / ОРИТН

Дата родов «_____» _____ 20__ г. час _____ . _____ Пол ребенка: МУЖ / ЖЕН

Возраст матери _____ национальность _____

Титр антител (при наличии) _____

Проф. вредности _____ вредные привычки _____

Наследственность матери / отца _____

Показания

Особенности течения родов

Профилактика РДС НЕТ/ДА, дексаметазон/бетаметазон, курс № _____, доза _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов. **Первичная реанимация:** санация дыхательных

Спонтанное дыхание появилось на минуте жизни. Сурфактант « » в родзале

Масса при рождении	Длина	О.гол.	О.гр.
--------------------	-------	--------	-------

Максимальная убыль массы на	сутки	%	Остаток пудовины на отпад/отпад на	сутки жизни
-----------------------------	-------	---	------------------------------------	-------------

Максимальная убыль массы на _____ сутки _____ %. Остаток пуповины не опал/опал на _____ сутки жизни Желтуха с _____ суток жизни фототерапия: ДА / НЕТ продолжительности _____

Зрелость по шкале _____ баллов _____, на _____ недель. Физическое развитие _____

Состояние на момент перевода удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/стабильное

Температура тела _____ ЧД _____ ЧСС _____ SatO2 _____ АД _____

Особенности _____

тул _____ Диурез _____ мл/кг/час

Динамика веса _____

Прививка против гепатита В: НЕТ/ДА на _____ сутки жизни, в/м; 0,5 мл, серия _____ с.г. _____ г.

БЦЖ-М: НЕТ/ДА на _____ сутки жизни, в/к, 0,025 мл, серия _____ с.г. _____ г.

Неонатальный скрининг: НЕ ВЗЯТ / ВЗЯТ « _____ » _____ 20 _____ г.

Аудиоскрининг: НЕТ/ДА, ПРОШЕЛ/НЕ ПРОШЕЛ (справа/слева) « _____ » _____ 20 _____ г.

ОБСЛЕДОВАНИЕ: группа крови _____ (_____) Rh (_____)

▪ Общий анализ крови

Дата	Эр	Нв	Ретик	Тромб	Лейк	Миел	юн	п/я	с/я	лим	мон	эоз	Вр.свер

▪ Общий анализ мочи

Дата	Белок	Сахар	Лейк	Эритро	Соли	Бактерии	Прочее

▪ Билирубин и другие биохимические показатели

Дата	Общий	Прямой	О/белок	СРБ	АСТ	АЛТ	Ca ⁺⁺	K ⁺	Na	Мочев.	Вен Нт

▪ НСГ _____

▪ Рентгенография _____

▪ Гликемический профиль

Дата	Сутки жизни	Инфузия мл/кг	% глюкозы	Нагр. глюк. мг/кг/мин	САХАР (ммоль/л)	

ЛЕЧЕНИЕ: вскармливание

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Разовая доза	Кратность введения	Путь введения	Часы введения

ДИАГНОЗ _____

МАТЬ НА ПЕРЕВОД, НЕОБХОДИМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА СОГЛАСНА.

Подпись матери _____

Переводится в _____

Дата перевода « _____ » _____ 20 _____ г. Врач _____

Зав. отделением _____

Консилиум по поводу назначения препаратов «off-label»
(вариант оформления заключения консилиума)

Форма оформления назначения пациенту лекарственного препарата по жизненным показаниям при наличии расхождения с инструкцией по применению.

КОНСИЛИУМ

по поводу назначения пациенту лекарственного препарата по жизненным показаниям при наличии расхождения с инструкцией по применению

г. _____ «____» _____ 20__

Учреждение: _____

Ф.И.О. Пациента: _____

Дата рождения: «_____» _____ 20__ г.

История болезни: № _____

ДИАГНОЗ: _____

Проводимые методы лечения:

Обоснование назначения препарата с оценкой ранее проводимого лечения:

Учитывая изложенное, Консилиум принимает решение о введении в терапию по жизненным показаниям следующего препарата:

Главный врач (_____)

Заведующий отделением (_____)

Лечащий врач (_____)

См. обратную сторону

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 года N 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» рекомендация Консилиума обсуждена на заседании врачебной комиссии.

СОГЛАСИЕ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ПОЛУЧЕНО.

Протокол заседания врачебной комиссии от «_____» _____ 20____ года № _____.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА*

Я, _____, являющийся
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

законным представителем Пациента: _____,
(Ф.И.О. пациента)

получил от лечащего врача _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о препарате _____,
а также подробную информацию о противопоказаниях к применению и возможных побочных
эффектах, выражающихся в следующем: _____

Я в доступной для понимания форме проинформирован о том, что данный препарат, несмотря на
отсутствие в инструкции к препарату показаний к применению, рекомендован отечественными и
зарубежными специалистами для проведения лечения заболевания

Я согласен с тем, что в случае моего отсутствия решение о применении препарата Пациенту по
жизненным показаниям может принимать Консилиум или дежурный врач в соответствии с их
профессиональными суждениями.

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

с применением в схеме терапии препарата _____
(наименование препарата)

(написать прописью «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)

Подпись законного представителя Пациента _____

паспорт _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

Дата: «_____» _____ 20____ г.

*Законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун и попечитель.

Подпись врача, проводившего беседу _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20__ г. № _____

ОПЕРАЦИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ (ОЗПК) / ЧАСТИЧНОЙ ОБМЕННОЙ ТРАНСФУЗИИ (ЧОТ)

ФИО ребенка _____ Дата рождения « _____ » _____ 20__ г. № истории _____

Дата выполнения процедуры « _____ » _____ 20__ г. Врач _____ М/с _____

Показания к проведению ОЗПК / ЧОТ _____

Согласие матери на проведение ОЗПК / ЧОТ получено.

Порядок проведения ОЗПК / ЧОТ:

1. **Венозный доступ – ПУПОЧНЫЙ КАТЕТЕР / Другой** _____

2. **Расчет объема ОЗПК / ЧОТ:**

- Общий объем ОЗПК = 2 ОЦК (1 ОЦК = 80-90 мл/кг)

Расчет для ребенка = (80-90 * вес ребенка * 2) Расчет = _____ мл * _____ гр. * 2 = _____ мл

- Объем ЧОТ = ОЦК (80-90 мл/кг) × масса тела в кг × (Н_{требенка} - Н_{желаемый}) : Н_{требенка}

Расчет для ребенка = _____ мл * _____ гр. * (_____ - _____) : _____ = _____ мл

3. **Среда для проведения ОЗПК / ЧОТ:**

- Для ОЗПК решено использовать эритроцитарную массу _____ () группы, Rh () _____ и свежезамороженную плазму _____ () группы, Rh () _____ в соотношении **2 : 1**, для ребенка взято количество эритроцитарной массы _____ мл, СЗП _____ мл

- Для ЧОТ решено использовать физиологический раствор

4. **В _____ часов** после проверки группы крови и резус-фактора больного и донора двумя сериями стандартных сывороток, после проведения пробы на совместимость крови донора и больного по группе АВО и резус-фактору, после проведения биологической пробы сделан вывод о том, что **КРОВЬ СОВМЕСТИМА**

5. **Способ введения и выведения сред:** внутривенно, дробно, медленно путем выведения 10 мл крови ребенка и выведения 10 мл эрмассы / СЗП / физраствора

6. **ОЗПК / ЧОТ начато в _____ час _____ мин, закончено в _____ час _____ минут**

7. **Всего перелито:**

- Эритроцитарной массы _____ (), Rh () _____ в количестве _____ мл

№ флакона _____ дата изготовления « _____ » _____ 20__ г. Донор _____

- Эритроцитарной массы _____ (), Rh () _____ в количестве _____ мл

№ флакона _____ дата изготовления « _____ » _____ 20__ г. Донор _____

- Свежезамороженная плазма _____ (), Rh () _____ в количестве _____ мл

№ флакона _____ дата изготовления « _____ » _____ 20__ г. Донор _____

- Физиологического раствора _____ мл

8. **Всего выведено крови ребенка** _____ мл

9. **Патологических реакций** во время проведения ОЗПК / ЧОТ не отмечено / отмечено _____

10. **Поведение** ребенка адекватное / с нарушениями _____

11. **Цвет мочи** обычный / измененный _____

12. **Диурез** после проведения ОЗПК / ЧОТ _____ мл/кг/час

Подпись врача, проводившего ОЗПК / ЧОТ _____

Подпись ассистента (врач, медсестра) _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

ФИО ребенка _____ Дата рождения « ____ » _____ 20__ г. № истории _____
 Дата выполнения процедуры « ____ » _____ 20__ г. Время начала _____ час _____ минут

№	ВВЕДЕНО			ВЫВЕДЕНО		
	Эритроцитарная масса		Плазма			
1	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0			10,0		
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
2		10,0	10,0		10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0		10,0		
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
3			10,0			10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
4	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0					
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
5		10,0	10,0		10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0		10,0	10,0	
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
6			10,0			10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
7	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0			10,0		
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
8		10,0	10,0		10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	
	Sol. Calcii gluconatis 10% - 1,0 на 4,0 мл физиологического раствора					
ВСЕГО:						

Время окончания процедуры _____ час _____ минут

Подпись врача _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Протокол инвазивных манипуляций у новорожденных

Манипуляция _____
Дата _____ Время _____
Врач _____ Медсестра _____
Показания _____
Анестезия _____
Обработка операционного поля: средство _____ экспозиция _____
Техника манипуляции _____

Динамика состояния пациента _____
Рентгенологический контроль (дренажи) _____

Осложнения _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Протокол инвазивных манипуляций у новорожденных

Манипуляция _____
Дата _____ Время _____
Врач _____ Медсестра _____
Показания _____
Анестезия _____
Обработка операционного поля: средство _____ экспозиция _____
Техника манипуляции _____

Динамика состояния пациента _____
Рентгенологический контроль (дренажи) _____

Осложнения _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Протокол инвазивных манипуляций у новорожденных

Манипуляция _____
Дата _____ Время _____
Врач _____ Медсестра _____
Показания _____
Анестезия _____
Обработка операционного поля: средство _____ экспозиция _____
Техника манипуляции _____

Динамика состояния пациента _____
Рентгенологический контроль (дренажи) _____

Осложнения _____
« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

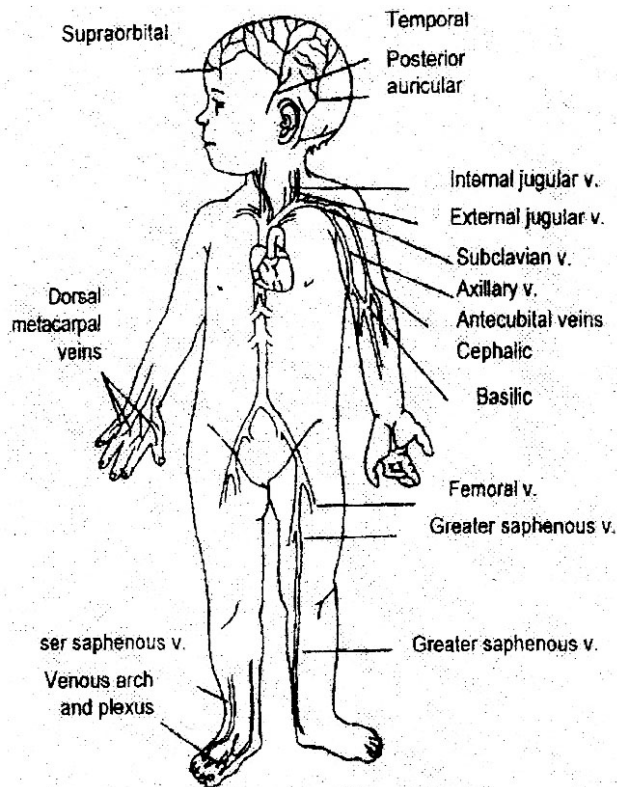
Протокол инвазивных манипуляций у новорожденных

Манипуляция _____
Дата _____ Время _____
Врач _____ Медсестра _____
Показания _____
Анестезия _____
Обработка операционного поля: средство _____ экспозиция _____
Техника манипуляции _____

Динамика состояния пациента _____
Рентгенологический контроль (дренажи) _____

Осложнения _____
« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

Поступил с _____ Отток _____ Рентген _____ Удален да _____ нет _____ Посев да _____ нет _____ Подпись врача _____	Центральный венозный доступ Фамилия _____ № истории болезни _____ Дата и время постановки _____ Глубокая линия/прочее _____ Место введения _____ Общая длина катетера _____ см Длина внутри _____ см. Длина снаружи _____ см Место нахождения конца катетера _____ Отток ДА/НЕТ Кем поставлен ВРАЧ / МЕДСЕСТРА _____ Подпись _____ Rg контрольное исследование ДА / НЕТ _____ Дата и время снимка _____ Подпись врача _____ Глубокая линия/прочее _____ Место введения _____ Общая длина катетера _____ см Длина внутри _____ см. Длина снаружи _____ см Место нахождения конца катетера _____ Отток ДА/НЕТ Кем поставлен ВРАЧ / МЕДСЕСТРА _____ Подпись _____ Rg контрольное исследование ДА / НЕТ _____ Дата и время снимка _____ Подпись врача _____ Глубокая линия/прочее _____ Место введения _____ Общая длина катетера _____ см Длина внутри _____ см. Длина снаружи _____ см Место нахождения конца катетера _____ Отток ДА/НЕТ Кем поставлен ВРАЧ / МЕДСЕСТРА _____ Подпись _____ Rg контрольное исследование ДА / НЕТ _____ Дата и время снимка _____ Подпись врача _____
---	---



Подтягивание линии

Дата _____	На _____ см	Причина _____	Длина снаружи _____ см	Отток _____	Подпись _____
Дата _____	На _____ см	Причина _____	Длина снаружи _____ см	Отток _____	Подпись _____
Дата _____	На _____ см	Причина _____	Длина снаружи _____ см	Отток _____	Подпись _____

Удаление

Дата _____	Причина _____	Посев _____	Подпись _____
Дата _____	Причина _____	Посев _____	Подпись _____
Дата _____	Причина _____	Посев _____	Подпись _____

Катетеризация пупочной вены

Дата «_____» _____ 20__ г. Кем поставлен (подпись) _____

Глубина стояния _____ см. Отток ДА / НЕТ. Рентгенологический контроль ДА / НЕТ.

Удален (дата) «_____» _____ 20__ г. Подпись _____

Катетеризация периферической вены

Место постановки _____	Дата и время постановки _____
Кем поставлен (подпись) _____	Удален _____ Причина _____

Катетеризация периферической вены

Место постановки _____	Дата и время постановки _____
Кем поставлен (подпись) _____	Удален _____ Причина _____

Катетеризация периферической вены

Место постановки _____	Дата и время постановки _____
Кем поставлен (подпись) _____	Удален _____ Причина _____

Катетеризация периферической вены

Место постановки _____	Дата и время постановки _____
Кем поставлен (подпись) _____	Удален _____ Причина _____

Артериальный доступ	
Дата «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Место введения _____	
Подпись установившего катетер _____	
Дата удаления «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Причина _____	

Артериальный доступ	
Дата «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Место введения _____	
Подпись установившего катетер _____	
Дата удаления «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Причина _____	

Артериальный доступ	
Дата «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Место введения _____	
Подпись установившего катетер _____	
Дата удаления «_____» _____ 20__ г. Время _____	
Причина _____	

Приложение 16

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от «_____» _____ 20__ г. № _____

ПРОТОКОЛ РАСЧЕТА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ФИО _____ возраст _____ сутки
« _____ » _____ 20 _____ год

1. Расчет общего количества жидкости

Суточная потребность (СПЖ) = Физиологическая потребность (мл/кг) * массу тела (гр.) – болюсы (мл)
СПЖ = _____ мл/кг * _____ кг - _____ мл = _____ мл

2. Расчет энтерального питания. Грудное молоко / ад. смесь _____

▲ **Калорийный метод:** Объем питания долженствующий (мл/сутки) = [Масса тела (кг) * 100 * потребность в ккал на данный возраст] / ккал в 100 мл питания

$V \text{ (мл/кг/сутки)} = [\text{_____ кг} * 100 * \text{_____ ккал/кг}] / \text{_____ ккал в 100 мл питания} = \text{_____ мл}$

$V \text{ (мл/разово)} = V \text{ (мл/кг/сутки)} / \text{количество кормлений}$

$V \text{ (мл/разово)} = \text{_____} / \text{_____} = \text{_____ мл}$

либо

▲ **Объем питания фактический (мл) = $V_{\text{разового кормления фактический (мл)}} * \text{число кормлений}$**

Объем питания фактический (мл) = _____ мл * _____ кормлений = _____ мл

Объем питания фактический (мл/кг/сутки) = $V_{\text{суточный фактический (мл)}} / \text{вес в кг} = \text{_____ мл/кг/сутки}$

Объем питания фактический (мл/кг/сутки) = _____ мл / _____ кг = _____ мл/кг/сутки

- *Углеводов энтерально = _____ мл * _____ / 100 = _____ гр.*
- *Белка энтерально = _____ мл * _____ / 100 = _____ гр. / _____ кг (вес) = _____ г/кг/сутки*
- *Жиров энтерально = _____ мл * _____ / 100 = _____ гр. / _____ кг (вес) = _____ г/кг/сутки*
- *Калорий энтерально = _____ мл * _____ / 100 = _____ ккал*

3. Расчет необходимого объема электролитов

Расчет дозы натрия:

• $V_{\text{физ. раствор}} = \text{вес} * \text{потребность в Na (ммоль/л)} / 0,15$

• $V_{\text{физ. раствор}} = \text{_____ ммоль} * \text{_____ кг} / 0,15 = \text{_____ мл}$

Расчет дозы калия:

• $V \text{ (мл 4\% KCl)} = \text{потребность в K} + \text{(ммоль)} * m \text{ тела} * 2$

• $V \text{ (мл 4\% KCl)} = \text{_____ ммоль} * \text{_____ кг} * 2 = \text{_____ мл}$

Расчет дозы кальция:

• $V \text{ (мл 10\% Ca глюконат)} = \text{потребность в кальции (ммоль)} * m \text{ тела} * 3,3$

Коэффициент **1,1** для 10% CaCl, для 10% глюконата Ca – **3,3**

• $V \text{ (мл 10\% Ca глюконат)} = \text{_____ ммоль} * \text{_____ кг} * 3,3 = \text{_____ мл}$

Расчет дозы магния:

• $V \text{ (мл 25\% MgSO4)} = \text{потребность в магнии (ммоль)} * m \text{ тела} / 2$

• $V \text{ (мл 25\% MgSO4)} = \text{_____ ммоль} * \text{_____ кг} / 2 = \text{_____ мл}$

4. Расчет дозы глюкозы, исходя из скорости утилизации

Доза глюкозы (г/сут) = скорость утилизации глюкозы (мг/кг/мин) * m * 1,44

Доза глюкозы (г/сут) = _____ (мг/кг/мин) * _____ кг * 1,44 = _____ г

5. Расчет объема жировой эмульсии

$V_{\text{жировой эмульсии (мл)}} = [\text{масса тела} * \text{доза жиров (г/кг/сутки)} * 100] / \text{концентрация жировой эмульсии (\%)}$

$V_{\text{жировой эмульсии (мл)}} = [\text{_____ кг} * \text{_____ (г/кг/сутки)} * 100] / 20\% = \text{_____ мл}$

6. Расчет необходимой дозы аминокислот

$V_{\text{аминокислот (мл)}} = [\text{масса тела} * \text{доза аминокислот (г/кг/сутки)} * 100] / \text{концентрация аминокислот (\%)}$

$V_{\text{аминокислот (мл)}} = [\text{_____ кг} * \text{_____ (г/кг/сутки)} * 100] / 10\% = \text{_____ мл}$

7. Определение объема, приходящегося на глюкозу

- $V_{\text{Глюкозы}} = \text{общее количество жидкости} - V_{\text{энтерально}} - V_{\text{электролитов}} - V_{\text{жировой эмульсии}} - V_{\text{аминокислот}}$
- $V_{\text{Глюкозы}} = \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл} - \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл} - (\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл}) - \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл} - \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл} = \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл}$
- **Определение дозы внутривенное глюкозы:**
- Глюкоза в/в (г) = доза глюкозы (г/сут) - углеводов энтерально (г)
- Глюкоза в/в (г) = $\underline{\hspace{2cm}} (\text{г/сут}) - \underline{\hspace{2cm}} (\text{г}) = \underline{\hspace{2cm}} \text{ г}$

8. Подбор необходимого объема глюкозы различных концентраций

$$V_2 = [\text{доза} * 100 - C_1 * V] / C_2 - C_1$$

$$V_1 = V - V_2$$

$$V_2 (\text{объем } 40\% \text{ глюкозы}) = [(\underline{\hspace{2cm}} \text{ гр.} * 100) - (10\% * \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл})] / (40\% - 10\%) = \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл } \mathbf{40\% \text{ гл.}}$$

$$V_1 (\text{объем } 10\% \text{ глюкозы}) = V - V_2 = \underline{\hspace{2cm}} - \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}} \text{ мл } \mathbf{10\% \text{ глюкозы}}$$

9. ИНФУЗИОННАЯ ПРОГРАММА

10% глюкоза – $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

40% глюкоза – $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

Аминовен инфант 10% - $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

NaCl 0,9% - $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

KCl 4% - $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

Ca (Cl, глюконат) 10% - $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

Магния сульфат 25% - $\underline{\hspace{2cm}}$ мл

Гепарин (0,5 ЕД на 1 мл инфузии) - $\underline{\hspace{2cm}}$ ЕД

Скорость инфузии составит:

Общий объем инфузии $\underline{\hspace{2cm}}$ мл / 24 ч = $\underline{\hspace{2cm}}$ мл/час

Параллельно в другом шприце пойдет инфузия $\underline{\hspace{2cm}}$ мл жировой эмульсии + Виталипид

Н $\underline{\hspace{2cm}}$ мл + Солувит Н $\underline{\hspace{2cm}}$ мл = со скоростью $\underline{\hspace{2cm}}$ мл/час

Концентрация глюкозы в инфуз. растворе (C_1 %) = Доза в/в глюкозы (гр.) * 100 / $V_{\text{инфузии}}$ (мл)

$$C_1 \% = \underline{\hspace{2cm}} * 100 / \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}} \% \text{ раствор глюкозы}$$

10. Расчет суточного калоража

- Энтеральных – $\underline{\hspace{2cm}}$ ккал
- Углеводы – $\underline{\hspace{2cm}} * 4 = \underline{\hspace{2cm}}$ ккал
- Белки – $\underline{\hspace{2cm}} * 4 = \underline{\hspace{2cm}}$ ккал
- Жиры – $\underline{\hspace{2cm}} * 9 = \underline{\hspace{2cm}}$ ккал
- Вес – $\underline{\hspace{2cm}}$ кг
- Всего ккал / кг = $[\underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}} + \underline{\hspace{2cm}}] / \underline{\hspace{2cm}} \text{ кг} = \underline{\hspace{2cm}} \text{ ккал/кг}$

Подпись врача $\underline{\hspace{15cm}}$

Приложение 17

Форма № $\underline{\hspace{2cm}}$ утверждена приказом руководителя $\underline{\hspace{10cm}}$
от « $\underline{\hspace{2cm}}$ » $\underline{\hspace{2cm}}$ 20 $\underline{\hspace{2cm}}$ г. № $\underline{\hspace{2cm}}$

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ (из акушерского стационара)

Ребенок матери (ФИО) _____ возраст _____

доношенный, недоношенный, переносенный // мальчик, девочка

Роды « _____ » 20 _____ г. _____ час. _____ минут

Мать: Группа крови _____ Rh-фактор _____ Экстрагенитальная патология матери _____ _____ Акушерско-гинекологический анамнез _____ _____ Беременность _____ Предыдущие _____ Особенности _____ _____ Роды _____, срок гестации _____ нед. _____ дней Предлежание: головное, тазовое _____ I период _____ II период _____ без. промеж. _____ Воды _____ Особенности течения родов _____ _____ Осложнения в родах _____ _____ Послед _____ _____	Ребенок: Группа крови _____ Rh-фактор _____ Масса _____ Длина _____ Окр. гол. _____ Окр. груди _____ Оценка по шкале АПГАР _____ баллов Состояние ребенка при рождении _____ _____ Мероприятия в род. зале _____ _____ Приложен к груди в родильном зале: ДА, НЕТ Вскармливание: грудное, сцеженным молоком, а/смесью _____ Лактация у матери _____ Максимальная убыль массы _____ %, на _____ день жизни Пуповинный остаток сухой, отпал на _____ день жизни Пупочная ранка сухая, чистая _____ Особенности периода адаптации: _____ _____ _____ _____ Желтуха с _____ суток жизни, степень выраженности на момент выписки _____ Выписывается на _____ день жизни С массой тела _____ В удовлетворительном состоянии
БЦЖ-М « _____ » 20 _____ г., в/к, 0,025 мл, сер. _____ № _____ с.г. _____ г. Вакцинация против гепатита В « _____ » 20 _____ г., в/м, 0,5 мл сер. _____ срок годности _____ г. Неонатальный скрининг « _____ » 20 _____ г. Аудиоскрининг: ПРОШЕЛ / НЕ ПРОШЕЛ (справа, слева) « _____ » 20 _____ г. м/с _____	Общий анализ крови « _____ » 20 _____ г. эр _____ Нв _____ Нт _____ ретик _____ тромб _____ лейко _____ п/я _____ с/я _____ лим _____ мон _____ эоз _____ САХАР _____ _____ СРБ _____ БИЛИРУБИН НСГ, УЗИ, ЭХО-КС (результат прилагается) _____ _____ Лечение: _____ _____

Диагноз : _____

Рекомендации: грудное вскармливание в свободном режиме, гулять, купать _____

Консультации: невропатолога, ортопеда, хирурга, ЛОР, окулиста в декретированные сроки _____

« _____ » 20 _____ г. Врач неонатолог _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____

от « _____ » 20 _____ г. № _____

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

(отделение патологии новорожденных и недоношенных детей)

ФИО матери / ребенка _____ Дата рождения «__» _____ 20__ г.

Пол ребенка: МУЖ/ЖЕН. В ОПН находился (лась) С «__» _____ 20__ г. ПО «__» _____ 20__ г.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основной - _____

Сопутствующий - _____

Заболевания матери _____

Беременность _____, предыдущие _____

Особенности беременности _____

Роды _____ при сроке гестации _____ недель в предлежании головном/ягодичном/ножном/поперечном положении. Кесарево сечение ДА/НЕТ. 1 период родов _____ 2 период _____ безводный промежуток _____ воды _____.

Особенности течения родов _____
Амниотомия/вакуум-экстракция/акушерские щипцы/окситоцин/простагландины/мед-сон отдых/ магнезия/токолиз (гинипрал/нифедипин/индометацин/магнезия)/антибактериальная терапия в родах (ампициллин/эритромицин/цефазолин/пенициллин). Оценка по шкале Апгар _____ баллов. Первичная реанимация: санация дыхательных путей/тактильная стимуляция/ИВЛ через маску/интубация/ИВЛ через интубационную трубку/ max FiO_2 _____%/ СРАР через маску / непрямой массаж сердца/адреналин/катетеризация пупочной вены/физраствор/сода.

Масса при рождении _____ Длина _____ О.гол. _____ О.гр. _____

В ОПН ОПЦ поступил из _____ в возрасте _____ суток жизни

Динамика состояния ребенка _____

Максимальная убыль массы на _____ сутки _____%. Остаток пуповины не отпал/отпал на _____ сутки жизни

Желтуха с _____ до _____ суток жизни, фототерапия: ДА / НЕТ, продолжительность _____

Состояние на момент выписки удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/стабильное

Вскармливание грудное/смешанное/искусственное по _____ мл за кормление через _____ часа/в свободном режиме, адаптированная смесь « _____ » по _____ мл по _____ раз за сутки

Особенности _____

Антропометрические данные:

Возраст	Вес	Длина	Окружность головы	Окружность груди
При поступлении				
В 1 месяц				

В 2 месяца				
При выписке				

Прививка против гепатита В: НЕТ/ДА на _____ сутки жизни, в/м; 0,5 мл, серия _____ с.г. _____ г.

БЦЖ-М: НЕТ/ДА на _____ сутки жизни, в/к, 0,025 мл, серия _____ с.г. _____ г.

Неонатальный скрининг: НЕ ВЗЯТ / ВЗЯТ « _____ » _____ 20 _____ г.

Аудиоскрининг: НЕТ/ДА, ПРОШЕЛ/НЕ ПРОШЕЛ (справа/слева) « _____ » _____ 20 _____ г.

ФЛГ родителей _____

ОБСЛЕДОВАНИЕ: группа крови _____ (_____) Rh (_____) _____

- Общий анализ крови

Дата	Эр	Нв	Ретик	Тромб	Лейк	Миел	юн	п/я	с/я	лим	мон	эоз	Вр.свер

- Общий анализ мочи

Дата	Белок	Сахар	Лейк	Эритро	Соли	Бактерии	Прочее

- Билирубин и другие биохимические показатели

Дата	Общий	Прямой	О/белок	СРБ	АСТ	АЛТ	Ca ⁺⁺	K ⁺	Na	Мочев.	Вен Нт

- НСГ** _____

- УЗИ** _____

- ЭХО-КС** _____

- ЭКГ** _____

- Рентгенография** _____

- ОКУЛИСТ** _____

- НЕВРОЛОГ** _____

ЛЕЧЕНИЕ: вскармливание

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Разовая доза	Кратность введения	Путь введения	Курсовая доза

РЕКОМЕНДАЦИИ:

- Вскармливание _____
- Прогулки, купание _____
- Наблюдение участкового педиатра, контроль общего анализа крови _____
- Наблюдение невропатолога, осмотр через _____
- Другие специалисты _____
- Обследование _____
- Профилактика рахита _____
- Лечение _____

Дата выписки « _____ » _____ 20 _____ г.

Врач _____ **Зав. отделением** _____

Приложение 18

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

Шкала Finnegan

Система	Признак	Оценка	Дата и возраст				
ЦНС	Плач на яркий свет	2					
	Плач на продолжительный яркий свет	3					
	Сон менее 1 часа после еды	3					
	Сон менее 2 часов после еды	2					
	Сон менее 3 часов после еды	1					
	Гиперактивный рефлекс Моро	2					
	Значительно гиперактивный рефлекс Моро	3					
	Легкий тремор при беспокойстве	1					
	Средней тяжести или тяжелый тремор при беспокойстве	2					
	Легкий тремор в покое	3					
	Средней тяжести или тяжелый тремор в покое	4					
	Высокий мышечный тонус	2					
	Экскориации	1					
	Миоکلонические подергивания	3					
	Генерализованные судороги	5					
Метаболические, вазомоторные, дыхательные нарушения	Потливость (влажная кожа)	1					
	Лихорадка 37,2-38,2 ⁰ С	1					
	Лихорадка 38,4 ⁰ С и выше	2					
	Частая зевота	1					
	Гримасничание	1					
	Сопение носом	1					
	Чихание	1					
	Раздувание крыльев носа	1					
	ЧД более 60 в минуту	1					
	ЧД более 60 + участие вспомогательной мускулатуры	2					
ЖКТ	Чрезмерное сосание	1					
	Плохое сосание	2					
	Регургитация	2					
	Рвота «фонтаном»	3					
	Разжиженный стул	2					
	Водянистый стул	3					
ВСЕГО БАЛЛОВ							

Приложение 19

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____
от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

ПАМЯТКА
для родильниц, которые оформляют заявление о согласии на усыновление
(удочерение)

При оформлении заявления о согласии на усыновление (удочерение) Вы предупреждены о том, что:

1. Согласно **п. 2 ст. 69 СК РФ** родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они отказываются без уважительной причины взять своего ребенка из родильного дома (отделения) либо из иного лечебного учреждения, воспитательного учреждения, учреждения социальной защиты населения или из других аналогичных учреждений
2. Согласно **п. 1 ст. 71 СК РФ** родители, лишённые родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком, в отношении которого они были лишены родительских прав, в том числе право на получение, а также право на льготы и государственные пособия, установленные для граждан, имеющих детей
3. Согласно **п. 2 ст. 71 СК РФ** лишение родительских прав не освобождает родителей от обязанностей содержать своего ребенка
4. Согласно **п. 1 ст. 81 СК РФ** при отсутствии соглашения об уплате алиментов на несовершеннолетних детей взыскиваются с их родителей ежемесячно в размере: на одного ребенка – одной четверти, на двух – одной трети, на трех и более детей – половины заработка и (или) иного дохода родителей
5. Согласно **п. 1 ст. 123 СК РФ** дети, оставшиеся без попечения родителей. Подлежат передаче на воспитание в семью (на усыновление / удочерение), под опеку (попечительство) или в приемную семью, а при отсутствии такой возможности в учреждения для детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей, всех типов (воспитательные учреждения, в том числе детские дома семейного типа, лечебные учреждения, учреждения социальной защиты населения и другие аналогичные учреждения).

« _____ » _____ 20 ____ г.

ОЗНАКОМЛЕНА _____ ПОДПИСЬ _____
(ФИО полностью)

Врач-неонатолог _____ Подпись _____
(ФИО полностью)

Форма протокола установления смерти человека

Протокол установления смерти человека

Я, _____,
(Ф.И.О.)

_____ (должность, место работы)

констатирую смерть _____
(Ф.И.О. или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____
(при наличии документов умершего сведения из них)

_____ (номер и серия паспорта, номер служебного удостоверения,

_____ (номер истории болезни (родов),

_____ номер и серия свидетельства о рождении ребенка),

_____ а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

_____ номер карты вызова скорой медицинской помощи,

_____ номер протокола органов дознания и др.)

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

констатация смерти человека на основании смерти головного мозга;

неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;

отсутствие у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственная вентиляция легких, массаж сердца, введение лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

наличия признаков биологической смерти;

состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

Вкладыш-карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

Ф.И.О. родильницы _____

Дата родов _____

час _____

мин _____

Характер амниотических вод (нужное подчеркнуть)		мекониальные мутные зловонные с примесью крови светлые																
Состояние новорожденного		30	60	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	15	20	30	
Пульсация пуповины																		
Произвольные движения																		
Д Ы Х А Н И Е	Отсутствует																	
	Нерегулярное, типа «гаспинг»																	
	Регулярное с втяжением уступчивых мест грудины, стонущее																	
	Регулярное, без дыхательных нарушений																	
Ч С С	0 - 60																	
	60 – 100																	
	более 100																	
Ц В Е Т	Очень бледный																	
	Разлитой цианоз																	
	Акроцианоз																	
	Розовый																	
SpO2 (%)																		
Проводимые мероприятия																		
Лучистое тепло																		
Теплосберегающий пакет / пленка																		
Санация ВДП																		
Интубация трахеи																		
Санация трахеи																		
С Р А Р	маска																	
	назальные канюли																	
	назофарингеальная трубка																	
И В Л	маска																	
	интубационная трубка																	
П А Р А М Е Т Р Ы	PIP																	
	PEEP																	
	Частота																	
	Tin																	
	FiO2																	
Непрямой массаж сердца																		
Адреналин 1: 10000, указать в мл	эндотрахеально																	
	внутривенно																	
Физиологический р-р NaCl, мл																		
Гидрокарбонат натрия 4%, мл																		
Сурфактант, мг																		

ИСХОД _____

Дата _____

Подпись _____

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

А К Т

УЧИТЫВАЯ СРОК ГЕСТАЦИИ

_____ по первой явке

_____ по менструации

_____ по данным УЗИ

Несмотря на антропометрические показатели, считать роды преждевременными, а ребенка недоношенным.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Врач акушер-гинеколог _____

Врач неонатолог _____

Шкала Сильвермана

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание
Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затрудненный выдох	Стонущее, слышно на расстоянии

Клинические признаки	Дата осмотра _____ Время осмотра							Дата осмотра _____ Время осмотра						
Движение грудной клетки														
Втяжение межреберий														
Втяжение грудины														
Положение нижней челюсти														
Дыхание														
Движение грудной клетки														
ВСЕГО баллов														

Подпись врача неонатолога _____

Приложение 24

Сведения о новорождённом

ФИО матери _____
Дата и час родов _____ Пол МУЖ/ЖЕН _____
Роды произошли в (лечебное учреждение) _____
Возраст (дата рождения) матери _____ Образование _____
Национальность _____ Брак зарегистрирован (да, нет) _____
Адрес _____
Место работы _____
Группа крови матери _____ отца _____
Титр антител (при наличии) _____
ВИЧ _____ RW _____ HbsAg _____ гепатит С _____
Наследственность матери _____
отца _____
Экстрагенитальные заболевания матери _____

Беременность _____, предыдущие _____

Особенности беременности _____

Роды _____ при сроке гестации _____ недель в предлежании головном/ягодичном/ножном/поперечном положении
Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания _____

1 период родов _____ 2 период _____ безводный промежуток _____ воды _____

Особенности течения родов _____

Амниотомия/вакуум-экстракция/акушерские щипцы/окситоцин/простагландины/мед-сон отдых/магнезия/токолиз (гинипрал/нифедипин/индометацин/магнезия)/антибактериальная терапия в родах (ампициллин/эритромицин/цефазолин/пенициллин), курс _____ дней, прочее _____

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения _____

Профилактика РДС НЕТ/ДА, дексаметазон/бетаметазон, курс № _____, доза _____

Оценка по шкале Апгар _____ баллов. **Первичная реанимация:** санация дыхательных путей / тактильная стимуляция / ИВЛ через маску / интубация / ИВЛ через интубационную трубку / тах FiO_2 _____ %, PIP _____ PEEP _____ / nCPAP _____ минут / непрямой массаж сердца / адреналин № _____ в дозе _____ мл / катетеризация пупочной вены / физраствор в дозе № _____ в дозе _____ мл/ сода 4% № _____ в дозе _____ мл.

Спонтанное дыхание появилось на _____ минуте жизни.

Сурфактант « _____ » в родзале ДА/НЕТ, на _____ минуте жизни, доза _____ мг.

Масса при рождении _____ Длина _____ О.гол. _____ О.гр. _____

Динамика состояния ребенка в родильном доме _____

Желтуха с _____ суток жизни, фототерапия: ДА / НЕТ, продолжительность _____

Остаток пуповины не отпал / отпал на _____ сутки жизни

Группа крови ребёнка _____ Rh-фактор _____

Результаты обследования в роддоме _____

Лечение в роддоме _____

Возраст при поступлении в ОРИТН / ОПН _____

Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/очень тяжелое/крайне тяжелое/критическое

Прививка против гепатита В: НЕТ / ДА на _____ сутки жизни, в/м; 0,5 мл, серия _____ с.г. _____ г.

БЦЖ-М: НЕТ / ДА на _____ сутки жизни, в/к, 0,025 мл, серия _____ с.г. _____ г.

Неонатальный скрининг: НЕ ВЗЯТ / ВЗЯТ « _____ » 20 _____ г.

Аудиоскрининг: НЕТ / ДА, ПРОШЕЛ / НЕ ПРОШЕЛ (справа / слева) « _____ » 20 _____ г.

Приложение 25

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____

от « _____ » _____ 20 _____ г. № _____

ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО В ПИТН/ОРИТН СОВМЕСТНО С

Дата осмотра «__» __ 20__ г. Время__	Возраст__	сутки. День в отделении__	сутки. № истории болезни__
Масса__(- __)	Состояние удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / очень тяжелое / крайне тяжелое / критическое		
t тела__С ⁰	Стабильное / нестабильное		
ЧД__в минуту	Неврологический статус. Сознание есть / нет / кома / медикаментозная седация. Зрачки: D__мм, S__мм, фотореакция есть / вялая / отсутствует. С-м Грефе, с-м «заходящего солнца», анизокория. Реакция на осмотр адекватная / общее угнетение / повышенная возбудимость / не реагирует. Крик громкий / отсутствует / слабый		
ЧСС__в минуту	средней силы / раздраженный / пронзительный / монотонный. Мраморность, с-м Арлекино, гиперестезия.		
АД__ / __	Большой родничок__х__см, на уровне костей черепа / запавший / выбухает / закрытый / пульсирует / не пульсирует / напряжен / не напряжен / Малый родничок__х__см. Швы: сомкнуты, захождение / расхождение по__на__мм, по__на__мм		
Среднее АД__	Сосание: да / нет. Глотание: да / нет. Судороги есть / нет, клонические / тонические / генерализованные / фокальные__.		
SpO2__%	Апноэ нет / есть, частота__в час, глубокие / короткие / требуют стимуляции / нет		
O2 маска/палат/канюль	Рефлексы новорождённого вызываются / не вызываются / ослаблены / усилены / нормальной длительности / затухающие		
Flow O2__л/мин	Мышечный тонус повышен/в норме / снижен / отсутствует. Парез / паралич есть / нет		
ИВЛ/ВЧИВЛ /NCPAP	Кожа розовая / бледная / серая / цианотичная / акроцианоз / гиперемизированная / субиктеричная__степни / иктеричная__степени / сыпь есть / нет		
Аппарат__	На ощупь кожа влажная / сухая / горячая / тёплая / холодная. Тургор нормальный / снижен (слабо / умеренно / выражено). Конечности горячие / тёплые / холодные. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно / достаточно / слабо / на животе есть / отсутствует. Глаза чистые/гнойное отделяемое/серозное отделяемое		
A/C, SIMV, IPPV, IMV, CPAP, trCPAP	Периферические отёки нет / есть / пастозность (лица/туловища/конечностей/брюшной стенки/всего тела) / склерема / позиционные__.		
PIP__смH2O	Отечность век, гиперемия конъюнктив.		
PEEP__смH2O	Дыхание: спонтанное есть /нет / свободное / затруднено: через нос / рот; эффективное / неэффективное		
Flow__л/мин	Участие вспомогательной мускулатуры нет / есть (умеренное / выраженное). Западение уступчивых мест грудной клетки нет / есть (умеренное / выраженное). Одышка нет / экспираторная /инспираторная /смешанная		
Tin__сек.	Стон нет/ есть (слабый/умеренный/выраженный). Ритм дыхания ритмичное/неритмичное. ЭТТ №__, глубина стояния__см. Перкуторно звук лёгочный / тупой / корочечный.		
FiO2__%	Аускультативно дыхание проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное справа / слева__.		
Частота__в мин / Гц	Хрипы нет / есть: влажные /сухие / проводные / крепитирующие, единичные / в большом количестве, справа/слева. Мокрота (отделяемое из ЭТТ) нет / есть: слизистое/гнойное/геморрагическое/с примесью мекония, в малом/умеренном/большом объеме.		
MEAN__	Система органов кровообращения: Тоны сердца ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются. Пульс на a.radialis ритмичный / аритмичный; наполнение (удовлетворительное/сниженное/плохое/нитевидный/не пальпируется) / напряжение (удовлетворительное/сниженное/плохое/нитевидный/не пальпируется).		
DO__мл/кг	Шум выслушивается / не выслушивается, систолический / диастолический / систоло-диастолический / интенсивный / неинтенсивный. Локализация__межреберье справа / слева, рип. max__.		
Delta P__	Время наполнения капилляров__сек. на грудине;__сек. на конечностях.		
Анализ лабораторных данных:	Система органов пищеварения: Язык сухой / влажный / обложен налётом__.		
КЩР__	Задняя стенка глотки гиперемизирована / нет / налёт		
	Энтеральное кормление нет / да по__мл каждые__часа микроструйно / болюсно, грудное молоко / адап. молочная смесь «__». Кормление через желудочный зонд / соску. Срыгивания да / нет.		
	Остаточный объем (отделяемое из желудка) слизистое / непереваренная пища__мл / с примесью крови (алая/«кофейная гуща»)__мл / с примесью желчи (светлая/зеленая) в объёме__мл		
Общий анализ крови__	Живот мягкий / напряжён, не вздут / вздут (слабо/умеренно/сильно), пальпации доступен / недоступен, болезненный / безболезненный, петли контурируются / нет. Перистальтика обычной звучности / ослаблена / усилена / отсутствует. Отечность передней брюшной стенки есть / нет, гиперемия есть / нет		
	Перитонеальные симптомы есть / нет. Печень не увеличена / увеличена +__см из под края реберной дуги. Край эластичный / плотный / острый / закругленный / бугристый. Селезенка не увеличена / увеличена +__см из под края реберной дуги. Край эластичный / плотный		
САХАР__	Стул нет / не осмотрен / есть, частота__раз, характер жидкий / кашицеобразный / плотный, цвет: меконеальный / жёлтый / зелёный / коричневый / чёрный / кровянистый / ахоличный. Примеси нет / есть: слизь / кровь (алая / прожилки) / непереваренные комочки__		
БИОХИМИЯ__	Остаток пуповины сухой / отслаивается / отпал. Пупочная ранка сухая / влажная / чистая / подкравливает (скудно / умеренно / обильно)		
	Система органов мочеиспускания: Мочевыделение: произвольное / свободное / непроизвольное / по мочевому катетеру. Моча не окрашена / светло-желтая / интенсивно-желтая / темно-коричневая / окрашена кровью. Диурез: нормальный / повышен / снижен / отсутствует / неучтён, почасовой диурез__мл/кг/час		
Общий анализ мочи__	ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Ведущие синдромы__		
Прочее__	Диагноз__		
	План ведения на сутки__		

Подпись врача

Заведующий отделением

Дата	Состояние средней тяжести / тяжелое / крайне тяжелое / терминальное
Время	Стабильное / нестабильное / с ухудшением /с улучшением / без изменений

Вес ()	Сознание есть / нет / кома / медикаментозная седация
t тела =	Судороги НЕТ/ДА
ЧД =	Апноэ НЕТ/ДА, частота за 1 час
ЧСС =	Параметры ИВЛ/ВЧИВЛ/нСРАР
АД =	Энтеральное питание не усваивает/усваивает по _____ мл через _____ часа
ср. АД =	Кожа
SpO2 =	В легких проводится _____
ИВЛ	Хрипы
ВЧИВЛ	Тоны сердца ясные/приглушены/глухие, ритмичные/аритмия
нСРАР	Шум
	Живот
	Стул
	Мочеиспускание _____ Диурез _____ мл/кг/час
	Обследование и назначения: _____
	Подпись врача _____
Дата	Состояние средней тяжести / тяжелое / крайне тяжелое / терминальное
Время	Стабильное / нестабильное / с ухудшением / с улучшением / без изменений
Вес ()	Сознание есть / нет / кома / медикаментозная седация
t тела =	Судороги НЕТ/ДА
ЧД =	Апноэ НЕТ/ДА, частота за 1 час
ЧСС =	Параметры ИВЛ/ВЧИВЛ/нСРАР
АД =	Энтеральное питание не усваивает/усваивает по _____ мл через _____ часа
ср. АД =	Кожа
SpO2 =	В легких проводится _____
ИВЛ	Хрипы
ВЧИВЛ	Тоны сердца ясные/приглушены/глухие, ритмичные/аритмия
нСРАР	Шум
	Живот
	Стул
	Мочеиспускание _____ Диурез _____ мл/кг/час
	Обследование и назначения: _____
	Подпись врача _____
Дата	Состояние средней тяжести / тяжелое / крайне тяжелое / терминальное
Время	Стабильное / нестабильное / с ухудшением / с улучшением / без изменений
Вес ()	Сознание есть / нет / кома / медикаментозная седация
t тела =	Судороги НЕТ/ДА
ЧД =	Апноэ НЕТ/ДА, частота за 1 час
ЧСС =	Параметры ИВЛ/ВЧИВЛ/нСРАР
АД =	Энтеральное питание не усваивает/усваивает по _____ мл через _____ часа
ср. АД =	Кожа
SpO2 =	В легких проводится _____
ИВЛ	Хрипы
ВЧИВЛ	Тоны сердца ясные/приглушены/глухие, ритмичные/аритмия
нСРАР	Шум
	Живот
	Стул
	Введено жидкости за сутки всего _____ мл. Выделено всего _____ мл. Диурез _____ мл/кг/час
	Обследование и назначения: _____
	Подпись врача _____

Форма № _____ утверждена приказом руководителя _____

от « » 20 г. №

ФАМИЛИЯ	Возраст	День в ОРИТН	Группа крови	Rh	Вес	(-) Вес при рождении	Дата заполнения листа « » 20 г.
---------	---------	--------------	--------------	----	-----	-----------------------	---------------------------------------

ДИАГНОЗ		№ истории болезни
---------	--	-------------------

[illegible]

ПОДПИСЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

ПОДПИСЬ ВРАЧА

ЕЖЕДНЕВНЫЙ ОСМОТР ВРАЧА НЕОНАТОЛОГА ОПННД

Дата ____/____/20__ г.

Время ____:

Сутки жизни ____

ПКВ = ____ нед.

День в отделении ____

Вес ____ г. (____)

t тела ____

ЧСС ____ в'

ЧД ____ в'

SatO₂ ____ %

АД = ____/____/____

НСРАР ____

O₂ ____

Совместно с ____

Жалобы матери ____

Состояние ____

За истекшие сутки стабильное / с улучшением / с ухудшением:

Энтеральное питание не получал / не усваивает / усваивает ____

Стул ____ Диурез ____ мл/кг*час. В весе от рождения ____

На момент осмотра реакция ____

Б.Р. ____ x ____ см, ____

мышечный тонус ____

рефлексы ____

судороги ____

КОЖА ____

видимые слизистые ____

пупочная область ____

ТОНЫ СЕРДЦА ____

шум ____

пульс ____

симптом белого пятна ____ с.

ДЫХАНИЕ ____

механика дыхания ____

перкуторно ____

хрипы ____

мокрота ____

ЖИВОТ ____

перистальтика ____

печень ____ селезенка ____

по желудочному зонду (если установлен) ____

СТУЛ при осмотре ____

Дополнительные данные: ____

Тактика ведения:

1. Лечебно-охранительный режим ____

2. Энтеральное питание ____

3. Пробиотики ____

4. Респираторная терапия ____

5. Инфузионная терапия ____

6. Антибактериальная терапия ____

7. Фототерапия ____

8. Клинико-лабораторный контроль ____

Врач ____ / ____

____ / ____

Приложение 28

1. ГОСТ ISO 9001-2011 Системы менеджмента качества.
2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации (ГПК РФ) от 14.11.2002 N 138-ФЗ.
3. Медицинское право: учебное пособие // Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. – М. – 2009. – 352 с.
4. Методические рекомендации МЗ РФ N 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».
5. Методическое письмо Минздравсоцразвития России N 15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г. «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. N 950 "Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека".
7. Приказ МЗ СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».
8. Приказ МЗ РФ от 22 января 2001 года N 12 о введении в действие отраслевого стандарта "Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении".
9. Приказ МЗ РФ от 21.03.2003 N 109 (ред. от 29.10.2009) "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации".
10. Приказ МЗ РФ от 22.03.2006 N 185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания" (вместе с "положением об организации проведения массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания", "рекомендациями по забору образцов крови при проведении массового обследования новорожденных детей на наследственные заболевания").
11. Приказ МЗ РФ от 12 февраля 2007 года N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»
12. Приказ МЗ РФ от 26 января 2009 г. N 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказ от них».
13. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 16.08.2011) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 28.01.2011 N 19614).
14. Приказ МЗ РФ от 31 января 2011 г. N 51н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
15. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. N 144 "О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230".
16. Приказ МЗ РФ от 27 декабря 2011 г. N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации".
18. Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 года N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология».
19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 909н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"».

20. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. N 442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".
22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения".
23. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 апреля 2013 г. N 183н "Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов".
24. Перетятко Л.П., Кулида Л.В., Проценко Е.В., Сарыева О.П., Губанова А.Н., Пушкин А.В. Принципы оформления клинического и патологоанатомического диагнозов при материнской смертности: Информационное письмо // Иваново. - 2006. - 28 с.
25. Распоряжение Правительства комитета по здравоохранению СПб от 20 декабря 2011 года N 692-р «О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку».
26. Салагай О.О. Медицинская документация и некоторые вопросы права // Медицинское право. - 2009. - №3. - С. 13 - 18.
27. Сварков И.А. Первичная медицинская документация как доказательство по гражданскому делу // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2010. - №7.
28. Семейного Кодекса Российской Федерации (СК РФ) от 29.12.1995 N 223-ФЗ (принят ГД ФС РФ 08.12.1995, действующая редакция от 25.11.2013).
29. Уголовный кодекс Российской Федерации (УК РФ) от 13.06.1996 N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.1996).
30. Федеральный закон от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации".
31. Федеральный закон Российской Федерации от 27 декабря 2002 года N 184-ФЗ «О техническом регулировании».
32. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
33. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (в ред. Федеральных законов от 07.08.2000 N122-ФЗ, от 10.01.2003 N15-ФЗ, от 22.08.2004 N122-ФЗ, от 29.12.2004 N199-ФЗ, от 30.06.2006 N91-ФЗ, от 18.10.2007 N230-ФЗ, от 01.12.2007 N309-ФЗ, от 23.07.2008 N 160-ФЗ, от 25.12.2008 N 281-ФЗ, от 30.12.2008 N 313-ФЗ, от 24.07.2009 N 213-ФЗ, от 08.12.2010 N 341-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 25.12.2012 N 264-ФЗ, от 07.05.2013 N 104-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ, от 21.12.2013 N 368-ФЗ).
34. Электронная история болезни. Общие положения. ГОСТ Р 52636-2006 (утв. Приказом Ростехрегулирования от 27.12.2006 N 407-ст). ИУС "Национальные стандарты", N 6, 2009.