Утверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ио гл. врача КГБУЗ «Партизанская РБ» В.Д.Ершов

«31\_» «\_мая \_» 2016 г, приказ №188

# Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи в Партизанском районе.

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам в период беременности**

1.Медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы(услуги) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

2.Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам включает в себя два этапа:

**Амбулаторный -** осуществляется врачами акушерами-гинекологами гинекологического кабинета поликлиники КГБУЗ «Партизанская РБ».

**Стационарный** этап осуществляется в родильном и гинекологическом отделении Партизанской РБ или отделениях патологии родильных домов г.Красноярска (при акушерской патологии); при соматической патологии - в специализированных отделениях Партизанской РБ или многопрофильных учреждений здравоохранения (КГБУЗ «Краевая клиническая больница, КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер №1», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И.Крыжановского»).

3. Главным врачом Партизанской районной больницы разрабатываются и утверждаются мероприятия по организации акушерско-гинекологической помощи в Партизанском районе и листы маршрутизации женщин в случае возникновения осложнений в период беременности, в том числе при экстрагенитальной патологии.

4. **При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:**

- врачом акушером-гинекологом – не менее 7 раз;

- врачом-терапевтом- не менее 2 раз;

- врачом-стоматологом– не менее 2;

- врачом отоларингологом , врачом- офтальмологом – не менее одного раза (первый осмотр проводится не позднее 7-10 дней с момента первичного обращения в ж/к).

- другими врачами-специалистами – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии;

-врачом-генетиком – при наличии показаний (отягощенный семейный анамнез по врожденной и наследственной патологии, отягощенный акушерский анамнез, возраст женщины старше 35 лет, воздействие неблагоприятных факторов в период, предшествующий зачатию и в эмбриональном периоде ( острые инфекционные заболевания, прием лекарственных средств, проф.вредности , тяжелые экстрагенитальные заболевания), позитивный биохимический скрининг, наличие ультразвуковых маркеров патологии плода, выявленные пороки развития у плода).

**Кардиотокография** проводится дважды в сроке 32 и 36 недель беременности, при наличии показаний - дополнительно.

**Допплерометрия** проводится всем беременным женщинам из группы риска по ФПН в сроке 26-28 недель беременности.

Дородовая диагностика нарушений развития ребенка осуществляется в первом и втором триместрах беременности.

Дородовой диагностике нарушений развития ребенка в период с 11 до 14 недель (оптимально – в 11-12 нед.) подлежат все беременные женщины, проживающие в Красноярском крае, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности до 12 недель.

Дородовый скрининг первого триместра проводится в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно- диагностический центр медицинской генетики».

При ранней постановке беременной женщины на диспансерный учет с ней проводится разъяснительная беседа о необходимости проведения данного вида обследования и определяется дата его проведения.

5. Пренатальный скрининг первого триместра беременности состоит из следующих этапов:

- экспертное УЗИ на маркеры хромосомных аномалий и врожденных пороков развития;

- забор крови на биохимическое исследование сывороточных маркеров хромосомных аномалий РАРР-А и В-ХГЧ в день проведения экспертного УЗИ.

Беременные женщины, вошедшие в группу риска по хромосомным аномалиям(индивидуальный риск 1/100 и выше) и врожденным порокам развития (по результатам биохимического и ультразвукового скрининга), направляются в сроки 11-14 недель (оптимально - до 12 недель) в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» для проведения уточняющей (в т.ч. инвазивной) диагностики и определения тактики ведения беременности.

В случае выявления хромосомных аномалий и/или пороков развития плода, не совместимых с жизнью, при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии прерывание беременности до 12 недель осуществляется в гинекологическом отделении Партизанской РБ.

При наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более 5 беременностей, токсикоз с нарушением водно-электролитного баланса, предлежание хориона), гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов), соматической патологии беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»).

В первом триместре беременности заключение о возможности вынашивания беременности либо прерывания беременности при наличии врожденного или наследственного заболевания у плода осуществляется Пренатальным консилиумом.

Во втором триместре беременности дородовой диагностике нарушений развития ребенка подлежат все беременные женщины, проживающие в Красноярском крае, обратившиеся за медицинским наблюдением по беременности в сроки свыше 12 недель.

Пренатальный скрининг второго триместра беременности состоит из следующих этапов:

- скрининговое УЗИ плода в 18-21 нед. и 30-34 нед. беременности. Дополнительные исследования проводятся при наличии показаний.

Забор крови беременных женщин, вставших на учет после 12 недель, для биохимического скрининга уровней сывороточных маркеров II триместра (АФП, ХГ, неконъюгированный эстриол) проводится в сроке 16-20 недель. Доставка образцов сыворотки крови (с соблюдением требований) в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» осуществляется 1 раз в 3 дня.

УЗИ-исследование в сроки 20-22 и 32-34 недели проводятся в КГБУЗ «Партизанская РБ». При выявлении пороков развития плода во втором триместре беременности и беременные женщины из группы риска по врожденной патологии направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» для уточнения диагноза и на Пренатальный консилиум для определения тактики ведения беременности.

Если по заключению Пренатального консилиума врачей возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется в КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница»».

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду, для проведения фетальной хирургической помощи по заключению Пренатального консилиума беременная женщина направляется в федеральные государственные учреждения.

При наличии врожденных аномалий (пороков развития) новорожденного, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, проводится консилиум врачей в КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», в состав которого входят врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач-детский кардиолог и врач-детский хирург (с учетом выявленного порока развития плода).

При невозможности оказания необходимой медицинской помощи   
в Красноярском крае, беременная женщина или новорожденный по заключению консилиума врачей направляется в федеральные государственные учреждения.

6. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности   
с учетом состояния плода осуществляется до 22 недель беременности Пренатальным консилиумом.

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются   
в гинекологическое отделение Партизанской РБ.

В сроке до 22 недель (второй триметр) при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, токсикоз   
с нарушением водно-электролитного баланса, гестоз, предлежание плаценты, низкая плацентация, метаболические нарушения, многоплодная беременность   
с фетофетальным синдромом) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Девочки до 17 лет включительно для прерывания беременности   
по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного   
или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости (до достижения возраста 15 лет) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) направляются в гинекологическое отделение МБУЗ «Родильный дом № 4» г. Красноярска;

7. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, патологии плода, родов, послеродового периода   
и патологии новорожденного.

8. При постановке беременной женщины на учет, в соответствии с заключениями профильных специалистов врачом акушером-гинекологом   
до 11-12 недель беременности решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

Беременные женщины с экстрагенитальной патологией направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу КГУБЗ «Краевая клиническая больница» с целью проведения адекватного объема диагностических и лечебных мероприятий, своевременного решения вопроса   
о прерывании или пролонгировании беременности у женщин с тяжелой соматической патологией. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности, с учетом состояния беременной женщины, осуществляется врачебной комиссией КГБУЗ «Краевая клиническая больница»   
в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям (соматические заболевания матери) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины направляются в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

9. **Этапность оказания медицинской помощи** женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде **определена приложением 5**  
к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н   
«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

10. Основными критериями качества работы женской консультации, оцениваемой министерством здравоохранения Красноярского края, органами управления здравоохранения муниципальных образований, руководителями учреждений здравоохранения, являются:

удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в ранние сроки (до 12 недель);

доля преждевременных родов из числа женщин, закончивших беременность;

доля преждевременных родов в сроке 22-27 недель родов из числа женщин, закончивших беременность;

показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности;

отсутствие антенатальной гибели плода;

отсутствие врожденных аномалий развития у новорожденных, подлежащих пренатальной диагностике и не выявленных во время беременности;

показатель абортов на 1000 женщин фертильного возраста;

разрыв матки до госпитализации;

несвоевременная госпитализация при гипертензии средней степени тяжести, обусловленной беременностью;

несвоевременная госпитализация при переношенной беременности;

отсутствие запущенных случаев онкопатологии женской половой сферы   
и молочных желез;

охват беременных женщин пренатальной (дородовой) диагностикой нарушения развития ребенка в первом триместре (биохимический   
и ультразвуковой скрининг) не менее 95% от числа вставших на диспансерное наблюдение в период беременности в ранние сроки (до 12 недель);

охват беременных женщин пренатальной (дородовой) диагностикой нарушения развития ребенка во втором и третьем триместре (биохимический   
и ультразвуковой скрининг) не менее 95% от числа состоявших на учете по диспансерному наблюдению;

опрос пациентов об удовлетворенности, оказываемой медицинской помощью.

Правила организации деятельности женской консультации, организации деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации, штатные нормативы персонала женской консультации (кабинета), стандарт оснащения женской консультации, базовый спектр обследования беременных женщин с физиологической и патологической беременностью, с экстрагенитальными заболеваниями, в послеродовом периоде регулируются приложениями: 1, 2, 3, 4   
и 5 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н   
«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

## 11. Вопросы организации деятельности консультативной поликлиники перинатального центра регулируются приложением 3 к настоящему приказу.

12. Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

13. При угрожающем аборте до 22 недель лечение беременной женщины осуществляется:

низкой группы риска – в гинекологическом отделении Партизанской РБ;

средней группы риска – в гинекологическом отделении Партизанской РБ;

высокой группы риска – в акушерском отделении патологии № 2 (малых сроков беременности) перинатального центра.

При угрожающем аборте до 22 недель и наличии соматической патологии лечение беременной женщины (жители края) осуществляется:

низкой группы риска – в гинекологическом отделении Партизанской РБ;

средней группы риска – в гинекологическом отделении Партизанской РБ;

высокой группы риска – в гинекологическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

14. Врачи женских консультаций осуществляют плановую госпитализацию беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

15. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

15.1. При экстрагенитальной патологии беременная женщина госпитализируется в профильное соматическое отделение учреждений здравоохранения вне зависимости от срока беременности при условии совместного наблюдения и ведения врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом:

В сроке свыше 22 недель при наличии соматической патологии беременные женщины (жители края) госпитализируются:

группы низкого риска– в профильное соматическое отделение Партизанской РБ;

группы среднего риска – в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

группы высокого риска – в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница.

При экстрагенитальной патологии, требующей оказания высокотехнологичной медицинской помощи, жительницы Партизанского района госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» или в федеральные государственные учреждения Российской Федерации.

15.2. В сроки свыше 22 недель при наличии акушерской патологии беременные женщины госпитализируются:

группы низкого риска – в отделение патологии беременности родильного отделения Партизанской РБ;

группы среднего риска- в отделение патологии родильных домов

г. Красноярска (по профилю);

группы высокого риска – в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра.

16. В случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно при наличии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, положительный партус-тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек, отсутствии эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, госпитализация женщин осуществляется в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра.

В случаях угрозы преждевременных родов от 22 до 34 недель беременности включительно при отсутствии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, отрицательный партус-тест), при корригируемой истмико-цервикальной недостаточности госпитализация женщины осуществляется – в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;

В случаях угрозы преждевременных родов от 34 до 37 недель беременности включительно при наличии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, положительный партус-тест), при не корригируемой истмико-цервикальной недостаточности, преждевременном разрыве плодных оболочек, отсутствии эффекта от стационарного лечения в течение трех дней, госпитализация женщин (жители края и г. Красноярска) при осуществляется в МБУЗ «Родильный дом   
№ 2» г. Красноярск, где имеется отделение реанимации новорожденных.

В случаях угрозы преждевременных родов от 34 до 37 недель беременности включительно при отсутствии маркеров преждевременных родов (данные ультразвукового исследования шейки матки и цервикального канала, отрицательный партус-тест), при корригируемой истмико-цервикальной недостаточности госпитализация женщины осуществляется – в отделение патологии беременности МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск;

17. При сроке беременности 25 и более недель при наличии у плода тяжелых врожденных пороков развития и иной выраженной патологии, совместимой с жизнью и требующей решения вопроса о коррекции, госпитализация беременных женщин для родоразрешения осуществляется в акушерское отделение патологии № 1 (больших сроков беременности) перинатального центра, где имеются отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, обслуживаемые круглосуточно работающим врачом неонатологом, владеющим методами реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

При наличии тяжелых врожденных пороков плода и невозможности оказания необходимой помощи в Красноярском крае беременная женщина направляется для получения высокотехнологичной медицинской помощи   
в федеральные государственные учреждения.

18. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности   
и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей специалистов, врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения:

Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом об учреждении здравоохранения, в котором планируется родоразрешение.

Беременные женщины направляются на родоразрешение:

группы низкого риска – в родильное отделение Партизанской РБ;

группы среднего риска – в родильные дома г. Красноярска (по профилю);

группы высокого риска – в перинатальный центр.

Вопрос о необходимости дородовой госпитализации решается индивидуально.

В родильные дома г. Красноярска (согласно профилю) и в перинатальный центр направляются беременные женщины на родоразрешение после предварительного согласования с администрацией учреждения здравоохранения.

19**. В родильные дома г. Красноярска согласно профилю направляются беременные женщины группы среднего риска на родоразрешение:**

в родильное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница № 20   
им. И.С. Берзона» – при наличии заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной системы (в т.ч. сахарный диабет любой степени компенсации) и крови;

в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярск – при невынашивании беременности и с преждевременными родами с 35 недель беременности;

в МБУЗ «Родильный дом № 5» г. Красноярск – женщины   
с резус-конфликтной беременностью (Rh и АВО изосенсибилизация), заболеваниями центральной нервной системы, с гепатитом В и С,   
с ВИЧ-инфекцией;

в МБУЗ «Родильный дом № 1» г. Красноярска – женщины с гестозом   
и рубцом на матке.

в МБУЗ «Родильный дом № 4» г. Красноярска – женщины с заболеваниями органов дыхания и туберкулезом любой локализации.

В случае отсутствия профильного заболевания у беременной женщины группы среднего риска данная категория граждан из учреждений здравоохранения края направляется на родоразрешение в родильное отделение МБУЗ «Городская клиническая больница№20 им. И.С. Берзона»;

При сочетании осложнений беременности и тяжелой экстрагенитальной патологии беременные женщины родоразрешаются в специализированных краевых учреждениях здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния (КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского»).

20. Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров,   
и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении   
для предотвращения развития возможных осложнений, беременная женщина направляется в отделение сестринского ухода для беременных женщин.

В дневные стационары направляются женщины в период беременности   
и в послеродовой период, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур,   
но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

**Маршрутизация направления женщин в период беременности   
и родов в учреждения здравоохранения края и г. Красноярска**

Беременные женщины направляются госпитализацию и родоразрешение:

группы низкого риска – в родильное отделение КГБУЗ «Партизанская РБ»;

группы среднего риска – в родильные дома г. Красноярска (по профилю);

группы высокого риска – в перинатальный центр.

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности   
и родов в муниципальных учреждениях здравоохранения межрайонных центров

Специализированная реанимационно-анестезиологическая и акушерско-гинекологическая помощь женщинам группы высокого и среднего риска в период беременности, родов и послеродового период и женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии с «Мероприятиями по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 8 к настоящему приказу).

**Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности   
и родов в учреждениях здравоохранения края   
и г. Красноярска**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Муниципальные образования** | **Учреждения здравоохранения** | **Направление на госпитализацию женщин в период беременности и родов** |
| Партизанский район | МБУЗ «Родильный дом № 1» | группа высокого и среднего н риска;  женщины с гестозом и рубцом на матке |
| МБУЗ «Родильный дом № 2» | группа высокого и среднего н риска;  невынашивание беременности и родоразрешение женщин с преждевременными родами свыше 35 недель беременности |
| МБУЗ «Родильный дом № 4» | группа высокого и среднего н риска;  женщины с заболеваниями органов дыхания и туберкулезом любой локализации. |
| МБУЗ «Родильный дом № 5» | группа высокого и среднего н риска;  женщины с резус-конфликтной беременностью (Rh и АВО изосенсибилизация), заболеваниями центральной нервной системы, ВИЧ-инфицированные, с гепатитом В и С; |
| МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона», родильное отделение | группа высокого и среднего н риска;  при наличии заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной системы и крови |
| Партизанский район | КГБУЗ «Партизанская РБ» | группа низкого риска |

Приложение № 2

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Маршрутизация беременных женщин на проведение пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в 1 триместре беременности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Муниципальные образования | Учреждения здравоохранения | Учреждения здравоохранения медицинского округа |
| Партизанский район | КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» | КГБУЗ «Партизанская РБ» |

Приложение № 3

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_

**Мероприятия**

**по организации оказания помощи пациентам в консультативной поликлинике перинатального центра КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница»**

1. Медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) не зависимо от форм собственности, направляют пациентов группы высокого риска в консультативную поликлинику перинатального центра КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» (далее — консультативная поликлиника) для получения специализированной медицинской помощи.

2. На консультацию к врачу акушеру-гинекологу направляются:

**2.1. Беременные женщины группы высокого риска:**

угрожающие преждевременные роды при сроке беременности   
с 22 до 37 недель;

угрожающий самопроизвольный выкидыш в сроке до 22 недель;

беременные женщины с привычным невынашиванием;

беременные женщины, имеющие в анамнезе инвазивное вмешательство – эмболизация маточных артерий;

предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании, в сроке 34-36 недель;

холестаз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке и рубец на матке после корпорального кесарева сечения;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии несостоятельности рубца;

рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения;

планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом   
на матке;

беременные женщины с миомой матки больших размеров (узел 7 см   
и более) и/или с множественными узлами;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III – IV степени при предыдущих родах;

задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

изоиммунизация при беременности (Rh-конфликт);

наличие у плода врожденных аномалий развития, требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

кровотечение в ранние сроки беременности: угрожающий аборт   
при желанной беременности;

наступление беременности у женщины с привычным невынашиванием   
в анамнезе;

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность   
после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

синдром потери плода в анамнезе;

биохимические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери.

**2.2. Беременные женщины группы высокого риска, имеющие акушерскую** **патологию,** определяющую тяжесть состояния, при наличии соматической патологии:

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью   
или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии, гломерулонефрит;

системные заболевания соединительной ткани (системные васкулиты, системная красная волчанка, системная склеродермия);

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо -   
или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических   
и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные   
при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

гематологические отклонения, выявленные при антенатальном обследовании матери.

2.3. Беременные женщины, имеющие вышеуказанную соматическую патологию, определяющую тяжесть состояния пациента, направляются в кабинет приема беременных женщин, страдающих соматическими заболеваниями   
в консультативной поликлинике КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

**2.4. Женщины с гинекологическими заболеваниями:**

планирование беременности у пациенток с отягощенным акушерским   
и гинекологическим анамнезом;

женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, трубного происхождения, маточного происхождения, цервикального происхождения, связанное с мужскими факторами;

привычное невынашивание беременности;

эндометриоз матки, яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища, других локализаций;

фолликулярные кисты яичников, кисты желтого тела, другие   
и неуточненные кисты яичников для решения вопроса о необходимости оперативного лечения с использованием современных эндоскопических медицинских технологий (лапароскопия, гистероскопия);

миома матки любой локализации, в т.ч. после инвазивного вмешательства – эмболизация маточных артерий;

полип тела матки, шейки матки, влагалища и вульвы, железистая гиперплазия эндометрия, аденоматозная гиперплазия эндометрия для решения вопроса о необходимости оперативного лечения с использованием современных эндоскопических медицинских технологий (гистероскопия);

нарушение менструального цикла по типу первичной и вторичной аменореи, первичной и вторичной олигоменореи, первичной и вторичной дисменореи, менометроррагии (обильные, частые и нерегулярные менструации), синдром предменструального напряжения;

врожденные аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб   
и широких связок: агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, двурогая матка, однорогая матка, агенезия и аплазия шейки матки, эмбриональная киста шейки матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, другие врожденные аномалии тела и шейки матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ;

аномалии половых хромосом: синдром Шерешевского-Тернера, чистый гонадный дисгенез, другие аномалии половых хромосом; гиперпролактинемия;

гипофункция и другие нарушения гипофиза: гипопитуитаризм;

дисфункция яичников: избыток эстрогенов, избыток андрогенов, синдром поликистоза яичников, первичная яичниковая недостаточность;

нарушения полового созревания: задержка полового созревания, преждевременное половое созревание;

синдром андрогенной резистентности (синдром тестикулярной феминизации);

адреногенитальные расстройства: адреногенитальные синдромы, вирилизация или феминизация, приобретенные или обусловленные гиперплазией надпочечников, которая является следствием врожденных ферментативных дефектов в синтезе гормонов вирилизация (женская);

адреналовый ложный гермафродитизм;

гетеросексуальная преждевременная ложная половая зрелость;

врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов.

**2.5. Девочки с гинекологической патологией от 15 до 17 лет включительно**  на консультацию к врачу акушеру-гинекологу, прошедшему тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей:

врождённые аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб, широких связок, агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, девственная плева, полностью закрывающая вход   
во влагалище, сращение губ, для оперативного лечения;

воспалительные заболевания половых органов- вульвиты и вульвовагиниты специфической и неспецифической этиологии, рецидивирующие;

опухоли яичников, вульвы, вагины, матки, требующие хирургического лечения;

эндометриоз.

ювенильные кровотечения;

дисменорея;

сальпингиты, оофориты, пельвиоперитонит;

апоплексия яичника;

разрыв, перекрут кисты яичника;

внематочная беременность;

инородное тело влагалища;

травмы половых органов;

девочки с нарушениями менструации на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии; пороками развития мочевыводящих путей; первичные нарушения в системе гемостаза; вторичное повреждение гипоталямо-гипофизарной связи опухолью, травмой, хирургическим вмешательством.

**2.6. Девочки с гинекологической патологией от 0 до 14 лет включительно** направляются в детскую консультативную поликлинику КГБУЗ «Краевая клиническая больница» на консультацию к врачу акушеру-гинекологу, прошедшему тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей:

врождённые аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб, широких связок, агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, девственная плева, полностью закрывающая вход   
во влагалище, сращение губ, для оперативного лечения;

воспалительные заболевания половых органов- вульвиты и вульвовагиниты специфической и неспецифической этиологии, рецидивирующие;

опухоли яичников, вульвы, вагины, матки, требующие хирургического лечения;

эндометриоз.

ювенильные кровотечения;

дисменорея;

сальпингиты, оофориты, пельвиоперитонит;

апоплексия яичника;

разрыв, перекрут кисты яичника;

внематочная беременность;

инородное тело влагалища;

травмы половых органов;

девочки с нарушениями менструации на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии; пороками развития мочевыводящих путей; первичные нарушения в системе гемостаза; вторичное повреждение гипоталямо-гипофизарной связи опухолью, травмой, хирургическим вмешательством.

**2.7. Девочки с гинекологической патологией от 0 до 17 лет включительно направляются в случаях, когда:**

отсутствует возможность поставить диагноз,

существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза,

отсутствует эффект от проводимой терапии,

при подозрении на наличие пороков развития и нарушения полового развития,

при подозрении на наличие инфекций, передаваемых половым путём.

**3. На консультацию к врачу урологу:**

3.1. Беременные женщины группы высокого риска, имеющие акушерскую патологию, определяющую тяжесть состояния, при наличии заболеваний мочевыделительной системы:

заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью   
или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии.

3.2. Женщины, планирующие беременность, имеющие заболевания мочевыделительной системы:

заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью   
или артериальной гипертензией, тубулоинтерстициальные болезни почек;

мочекаменная болезнь;

врожденные аномалии и пороки развития мочевыделительной системы;

3.3. Мужчины: мужской фактор бесплодия; тубулоинтерстициальные болезни почек; мочекаменная болезнь; врожденные аномалии и пороки развития мочевыделительной системы; гиперплазия предстательной железы; воспалительные и другие болезни предстательной железы; гидроцеле   
и сперматоцеле; орхит и эпидидимит; атрофия яичка; варикозное расширение вен мошонки; неопущение яичка; гипоспадия; другие врожденные аномалии (пороки развития) мужских половых органов.

**4. На консультацию к врачу дерматовенерологу:**

4.1. Беременные женщины: для лечения ИППП и с кожными заболеваниями.

4.2. Женщины, планирующие беременность: для лечения ИППП   
и с кожными заболеваниями.

4.3. Мужчины с мужским фактором бесплодия для лечения ИППП   
и с кожными заболеваниями.

5. На консультацию врача терапевта:

5.1. Беременные женщины группы высокого риска, имеющие акушерскую патологию, определяющую тяжесть состояния, при наличии соматической патологии:

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;

заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания ЖКТ;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

5.2. Женщины, планирующие беременность имеющие вышеуказанную соматическую патологию.

5.3. Мужчины с мужским фактором бесплодия, имеющие соматическую патологию.

**6. На консультацию к врачу стоматологу** по направлению врача консультативной поликлиники перинатального центра:

6.1. Беременные женщины, пациенты, планирующие беременность, женщины с гинекологическими заболеваниями, для санации полости рта.

7. Специализированная медицинская помощь в консультативной поликлинике оказывается пациентам при **предъявлении следующих документов**:

документ, удостоверяющий личность гражданина (паспорт, наличие   
у иностранных граждан вида на жительство или разрешения на временное проживание);

страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования пациента;

СНИЛС;

направление по форме № 057/у-04, подписанное председателемврачебной комиссииучреждения здравоохранения, заверенное печатью учреждения здравоохранения;

выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного, индивидуальной карты беременной женщины по форме № 027/у;

обменная карта беременной женщины;

результаты диагностических исследований пациента в оригинале   
или в электронном варианте (сканированные диагностические исследования);

копия электронного уведомления консультативной поликлиники о дате   
и времени оказания медицинской помощи.

8. Пациенту, обратившемуся в консультативную поликлинику перинатального центра самостоятельно без предварительной записи, медицинская консультация предоставляется в порядке очереди путём записи в регистратуре.

По результатам оказания медицинской помощи пациенту, специалист консультативной поликлиники перинатального центра принимает решение   
о необходимости стационарного лечения.

9. Предварительная запись пациентов в консультативную поликлинику перинатального центра осуществляется медицинскими организациями, оказывающими акушерско-гинекологическую медицинскую помощь   
в Красноярском крае, не зависимо от форм собственности, путем направления соответствующего обращения по электронному адресу: reqistr\_pc[@kdb.krasmed.ru](mailto:kdb@kdb.krasmed.ru) и по телефону 8 (391) 222-02-66 (регистратура консультативной поликлиники перинатального центра).

Ответ на обращение с указанием времени и даты оказания медицинской консультации направляется ответственным работником регистратуры в течение одного рабочего дня со дня получения обращения.

* + 1. 10. Прием по экстренным показаниям проводится без предварительной записи, вне общей очереди всех обратившихся.
    2. Отсутствие страхового полиса и личных документов не является причиной отказа в экстренном приеме.
    3. В случае необходимости оказания пациенту экстренной медицинской помощи медицинское обследование пациента проводится незамедлительно   
       при его обращении.
    4. 11. При необходимости проведения пациенту дополнительного диагностического обследования специалист консультативной поликлиники, предоставляющий консультацию, выдает пациенту направление   
       на дополнительное диагностическое обследование.
    5. 12. По результатам оказанной медицинской помощи пациенту, специалист консультативной поликлиники перинатального центра:

выдает медицинское заключение, в котором указываются установленный диагноз и рекомендации по дальнейшему лечению, наблюдению и реабилитации;

принимает решение о необходимости оказания медицинской помощи пациенту в условиях стационара перинатального центра.

1. Плановая госпитализация пациентов в профильные отделения перинатального центра осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники перинатального центра после согласования врачебной комиссией.

В состав врачебной комиссии перинатального центра входят: заведующий консультативной поликлиникой, заведующий профильным стационарным отделением, врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники.

Заключение врачебной комиссии перинатального центра регистрируется   
в амбулаторной карте больной с определением даты и времени госпитализации.

Пациенты поступают в приёмные отделения перинатального центра   
с амбулаторной картой, которая вкладывается в историю болезни.

1. В случае обращения женщин в консультативную поликлинику перинатального центра и необходимости госпитализации в экстренном порядке в профильное отделение, врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники делает соответствующую запись в амбулаторной карте, согласовывает   
   с заведующим консультативной поликлиники и направляет пациентку в приёмное отделение.

В случае транспортировки женщин машиной скорой помощи госпитализация пациентки в профильное отделение в экстренном порядке осуществляется в приёмном отделении на основании сопроводительного листа бригады скорой помощи.

Заведующий профильным отделением в дневное время, в его отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) дежурный врач профильного отделения осуществляет в приемном отделении осмотр пациентов, обратившихся в экстренном порядке, и решает вопрос о госпитализации.

15. Оказание медицинской помощи пациентам в консультативной поликлинике перинатального центра осуществляется в рамках действующей «Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи»*.*

16. Оказание медицинской помощи пациентам в консультативной поликлинике перинатального центра осуществляется в соответствии   
со стандартами медицинской помощи.

**Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в консультативной поликлинике и гинекологическом отделении перинатального центра КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница»**

1. **На стационарное лечение в гинекологическое отделение перинатального** **центра** КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница» направляются женщины с гинекологической патологией для оказания высокотехнологичных медицинских технологий с целью сохранения   
и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы при отсутствии тяжёлой соматической патологии, гнойно-воспалительных акушерских осложнений (инфицированный септический аборт, послеродовый эндометрит, акушерский перитонит, сепсис) и воспалительных заболеваний женской половой сферы.

2. Для оказания плановой медицинской помощи в гинекологическое отделение перинатального центра направляются женщины с заболеваниями:

- женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции, трубного происхождения, маточного происхождения, требующее хирургического лечения;

- привычное невынашивание беременности

- эндометриоз матки, яичников, маточной трубы, тазовой брюшины, ректовагинальной перегородки и влагалища, других локализаций для проведения оперативного лечения;

- фолликулярные кисты яичников, кисты желтого тела, другие   
и неуточненные кисты яичников для проведения оперативного лечения   
с использованием современных эндоскопических медицинских технологий;

- полип тела матки, шейки матки, влагалища и вульвы, железистая гиперплазия эндометрия, аденоматозная гиперплазия эндометрия для проведения оперативного лечения с использованием современных эндоскопических медицинских технологий (гистероскопия, резектоскопия);

- нарушение менструального цикла по типу первичной и вторичной аменореи, первичной и вторичной олигоменореи, первичной и вторичной дисменореи, меноррагии, метроррагии (обильные, частые и нерегулярные менструации), требующие специального обследования и хирургического лечения;

- врожденные аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб   
и широких связок: агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, двурогая матка, однорогая матка, агенезия и аплазия шейки матки, эмбриональная киста шейки матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, другие врожденные аномалии тела и шейки матки, девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище, сращение губ для оперативного лечения;

- миома матки любой локализации, требующая хирургического лечения,   
в т. ч.; инвазивного вмешательства – эмболизация маточных артерий;

- опущение гениталий, хирургическая коррекция пролапса;

- редкие формы внематочной беременности (шеечная, в роге матки, интралигаментарная, брюшная) для проведения оперативного лечения, инвазивного вмешательства – эмболизация маточных артерий;

- наличие доброкачественных образований матки, придатков и беременность до 22 недель.

3. Медицинская помощь в плановом порядке в консультативной поликлинике перинатального центра оказывается женщинам с гинекологическими заболеваниями при предъявлении следующих документов:

- документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, наличие   
у иностранных граждан вида на жительство или разрешения на временное проживание);

- страховой медицинский полис ОМС

- СНИЛС;

- направление по форме № 057/у-04, подписанное председателем врачебной комиссии учреждения здравоохранения, заверенного печатью учреждения;

- выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного   
по форме № 027/у;

- результаты диагностических исследований пациента в оригинале   
или сканированные;

- копия электронного уведомления консультативной поликлиники перинатального центра о дате и времени оказания медицинской помощи.

Пациенту, обратившемуся в консультативную поликлинику перинатального центра самостоятельно без предварительной записи, медицинская консультация предоставляется в порядке очереди путём записи в регистратуре. По результатам оказания медицинской помощи пациенту, специалист консультативной поликлиники перинатального центра принимает решение   
о необходимости стационарного лечения.

Предварительная запись пациентов в консультативную поликлинику перинатального центра осуществляется учреждениями здравоохранения края путем направления соответствующего обращения по электронному адресу: reqistr\_pc[@kdb.krasmed.ru](mailto:kdb@kdb.krasmed.ru) и по телефону 8 (391) 222-02-66 (регистратура консультативной поликлиники перинатального центра).

Ответ на обращение с указанием времени и даты оказания медицинской консультации направляется ответственным работником регистратуры в течение одного рабочего дня.

4. Перечень необходимого обследования в учреждениях здравоохранения при направлении в консультативную поликлинику перинатального центра   
для оказания плановой медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями.

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование | Срок действия |
| анализ крови на RW, ВИЧ, HbsAg, гепатит В и С. | не более 30 дней до момента госпитализации |
| группа крови, Rh-фактор | не более 30 дней до момента госпитализации |
| развёрнутый анализ крови | не более 10 дней до момента госпитализации |
| общий анализ мочи | не более 10 дней до момента госпитализации |
| мазок на флору | не более 10 дней до момента госпитализации |
| общий белок, мочевина, билирубин, сахар, электролитный баланс, АЛТ, АСТ. | не более 10 дней до момента госпитализации |
| коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, РФМК) | не более 10 дней до момента госпитализации |
| ультразвуковое исследование органов малого таза | не более 30 дней до момента госпитализации |
| заключение терапевта для оперативного лечения (при наличии соматической патологии – диагноз, получаемое лечение, рекомендации с учётом предстоящей операции, резюме) | не более 30 дней до момента госпитализации |
| ЭКГ (после 40 лет обязательно) | не более 30 дней до момента госпитализации |
| заключение стоматолога | не более 30 дней до момента госпитализации |
| флюорография | не более 1 года до момента госпитализации |
| ирригоскопия (для операции по поводу опухолей яичников) | не более 30 дней до момента госпитализации |
| фиброгастроскопия (для операции по поводу опухолей яичников и матки) | не более 30 дней до момента госпитализации |
| кольпоскопия, мазок на атипические клетки | не более 3 месяцев до момента госпитализации |
| при наличии соматических заболеваний – заключения соответствующих специалистов | не более 30 дней до момента госпитализации |

5. Плановая госпитализация пациентов в гинекологическое отделение перинатального центра осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники перинатального центра после согласования врачебной комиссией.

6. Для оказания **экстренной медицинской помощи в гинекологическое** **отделение перинатального центра направляются** женщины с заболеваниями:

редкие формы внематочной беременности (шеечная, в роге матки, интралигаментарная, брюшная) для проведения оперативного лечения, инвазивного вмешательства – эмболизация маточных артерий;

апоплексия яичника;

разрыв кисты и перекрут ножки кисты яичника;

дисфункциональные маточные кровотечения.

7. В случае обращения женщин с гинекологическими заболеваниями   
в консультативную поликлинику перинатального центра и необходимости госпитализации в экстренном порядке в гинекологическое отделение, врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники делает соответствующую запись в амбулаторной карте, согласовывает с заведующей консультативной поликлиники и направляет пациентку в приёмное гинекологическое отделение.

В случае транспортировки женщин с гинекологическими заболеваниями машиной скорой помощи госпитализация пациентки в гинекологическое отделение в экстренном порядке осуществляется в приёмном гинекологическом отделении на основании сопроводительного листа бригады скорой помощи.

Заведующий гинекологическим отделением в дневное время, в его отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) дежурный врач гинекологического отделения осуществляет в приемном гинекологическом отделении осмотр пациентов, обратившихся в экстренном порядке, и решает вопрос о госпитализации.

9. Медицинскую карту стационарного больного № 003/у заполняет врач приемного гинекологического отделения в дневное время, в его отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) дежурный врач гинекологического отделения.

10. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями в консультативной поликлинике и гинекологическом отделении перинатального центра осуществляется в рамках действующей «Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи»*.*

11. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

12. В день выписки из гинекологического отделения пациентам выдается выписка из медицинской карты стационарного больного (учетная форма 027/у)   
с рекомендации по дальнейшему наблюдению и реабилитации.

Дубликат выписки вклеивается в амбулаторную карту больной, которая возвращается в поликлинику после регистрации в организационно-методическом отделе через 3-4 дня.

13. Явка пациентки за гистологическим исследованием макропрепарата через 7-10 дней в приёмное отделение с 12.00 до 16.00.

*Результаты гистологического исследования для жительниц края отправляются* ***по почте.***

**Оказание медицинской помощи детям с гинекологической патологией от 0 до 17 лет включительно в КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница»**

1. Медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) не зависимо от форм собственности направляют девочек с гинекологической патологией:

**от 0 до 14 лет** включительно к врачу акушеру-гинекологу **детской консультативной поликлиники;**

от **15 до 17 лет** включительно к врачу акушеру-гинекологу консультативной **поликлиники перинатального центра.**

1. Критериями для направления в гинекологическое отделение перинатального центра девочек от 0 до 17 лет являются:

заболевания, требующие хирургического вмешательства или манипуляций   
с использованием анестезии;

необходимость подбора и проведения комплексной терапии;

проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля   
за эффективности терапии.

3. Для оказания плановой медицинской помощи в гинекологическое отделение перинатального центра направляются девочки   
от 0 до 17 лет включительно с заболеваниями:

врождённые аномалии (пороки развития) яичников, фаллопиевых труб, широких связок, агенезия и аплазия матки, удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища, другие удвоения матки, перегородка влагалища, перегородка полости матки, девственная плева, полностью закрывающая вход   
во влагалище, сращение губ, для оперативного лечения;

опухоли яичников, вульвы, вагины, матки, требующие хирургического лечения;

эндометриоз.

4. Для оказания экстренной медицинской помощи в гинекологическое отделение перинатального центра направляются девочки   
от 0 до 17 лет включительно с заболеваниями:

ювенильные кровотечения;

дисменорея;

апоплексия яичника;

разрыв, перекрут кисты яичника;

внематочная беременность;

инородное тело влагалища;

травмы половых органов;

девочки с нарушениями менструации на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии; пороками развития мочевыводящих путей; первичные нарушения в системе гемостаза; вторичное повреждение гипоталямо-гипофизарной связи опухолью, травмой, хирургическим вмешательством.

5. Медицинская помощь в плановом порядке оказывается девочкам   
с гинекологическими заболеваниями от 0 до 17 лет включительно   
при предъявлении следующих документов:

документа, удостоверяющего личность гражданина (паспорт, свидетельство о рождении, наличие у иностранных граждан вида на жительство или разрешения на временное проживание);

страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС;

направление по форме № 057/у-04, подписанное председателем врачебной комиссии учреждения здравоохранения, заверенного печатью учреждения;

выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного   
по форме № 025/у-04;

результаты диагностических исследований пациента в оригинале   
или в электронном варианте (сканированные диагностические исследования).

копия электронного уведомления консультативной поликлиники перинатального центра о дате и времени оказания медицинской помощи.

Пациенту, обратившемуся в консультативную поликлинику перинатального центра самостоятельно без предварительной записи, медицинская консультация предоставляется в порядке очереди путём записи в регистратуре.

По результатам оказания медицинской помощи пациенту, врач акушер-гинеколог принимает решение о необходимости стационарного лечения.

Предварительная запись пациентов в консультативную поликлинику перинатального центра осуществляется учреждениями здравоохранения края путем направления соответствующего обращения по электронному адресу: reqistr\_pc[@kdb.krasmed.ru](mailto:kdb@kdb.krasmed.ru) и по телефону 8 (391) 222-02-66 (регистратура консультативной поликлиники перинатального центра).

Ответ на обращение с указанием времени и даты оказания медицинской консультации направляется ответственным работником регистратуры в течение одного рабочего дня со дня получения обращения.

6. Плановая госпитализация детей с гинекологической патологией (наличие пороков развития и полового созревания, с нарушениями менструации, опухолевидными образованиями женской половой сферы)   
на специализированные гинекологические койки осуществляется при наличии флюрографии (результаты действительны в течение года), маркеров гепатитов В   
и С, сифилис (в случае оперативного лечения), сведений об отсутствии контактов с детьми, заболевшими детскими инфекциями в течение 21 дня.

Аналогичные документы, требуются и для госпитализации родственника, поступающего в стационар по уходу за больным ребёнком.

7. Перечень необходимого обследования в учреждениях здравоохранения при направлении в консультативную поликлинику для оказания плановой медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями   
от 0 до 17 лет включительно.

|  |  |
| --- | --- |
| Обследование | Срок действия |
| анализ крови на RW, ВИЧ, HbsAg, гепатит В и С. | не более 30 дней до момента госпитализации |
| группа крови, Rh-фактор | не более 30 дней до момента госпитализации |
| развёрнутый анализ крови | не более 10 дней до момента госпитализации |
| общий анализ мочи | не более 10 дней до момента госпитализации |
| мазок на флору | не более 10 дней до момента госпитализации |
| общий белок, мочевина, билирубин, сахар, электролитный баланс, АЛТ, АСТ. | не более 10 дней до момента госпитализации |
| коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, РФМК) | не более 10 дней до момента госпитализации |
| ультразвуковое исследование органов малого таза | не более 30 дней до момента госпитализации |
| заключение педиатра для оперативного лечения (при наличии соматической патологии – диагноз, получаемое лечение, рекомендации с учётом предстоящей операции, резюме) | не более 30 дней до момента госпитализации |
| дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров) | не более 2-х недель |
| заключение стоматолога | не более 30 дней до момента госпитализации |
| Rh-графия лёгких | не более 1 года до момента госпитализации |
| кишечные инфекции (дети до 2-х лет и сопровождающие лица) | не более 2-х недель |
| при наличии соматических заболеваний – заключения соответствующих специалистов | не более 30 дней до момента госпитализации |

8. Плановая госпитализация пациентов в гинекологическое отделение перинатального центра осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники после согласования врачебной комиссией.

В состав врачебной комиссии перинатального центра входят: заведующий консультативной поликлиникой, заведующий гинекологическим отделением, врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники.

Заседание врачебной комиссии перинатального центра проводится ежедневно с 13.00 до 15.00 (кроме выходных и праздничных дней).

Заключение врачебной комиссии перинатального центра регистрируется   
в амбулаторной карте больной с определением даты и времени госпитализации.

Пациентка поступает в приёмное гинекологическое отделение перинатального центра с амбулаторной картой, которая вкладывается в историю болезни.

9. В случае обращения детей с гинекологическими заболеваниями   
от 0 до 17 лет включительно в консультативную поликлинику и необходимости госпитализации в экстренном порядке в гинекологическое отделение врач акушер-гинеколог консультативной поликлиники делает соответствующую запись в амбулаторной карте, согласовывает с заведующим консультативной поликлиники перинатального центра и направляет пациентку в приёмное гинекологическое отделение.

В случае транспортировки девочек с гинекологическими заболеваниями   
от 0 до 17 лет включительно машиной скорой помощи госпитализация пациентки в гинекологическое отделение в экстренном порядке осуществляется в приёмном гинекологическом отделении на основании сопроводительного листа бригады скорой помощи.

Заведующий гинекологическим отделением в дневное время,   
в его отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) дежурный врач гинекологического отделения осуществляет в приемном гинекологическом отделении осмотр пациентов, обратившихся в экстренном порядке, и решает вопрос о госпитализации.

10. Медицинская карта стационарного больного форма № 003/у заполняется врачом приемного гинекологического отделения в дневное время,   
в его отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) дежурным врачом гинекологического отделения.

11. При плановой и экстренной медицинской помощи девочкам   
с гинекологическими заболеваниями от 0 до 17 лет включительно объём оперативного вмешательства определяется при участии врача акушера-гинеколога и детского хирурга.

Оперативное вмешательство осуществляется при участии врача акушера-гинеколога и детского хирурга.

12. Оказание медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями от 0 до 17 лет включительно в консультативной поликлинике   
и гинекологическом отделении перинатального центра осуществляется в рамках действующей «Программы государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи»*.*

13. Оказание медицинской помощи девочкам с гинекологическими заболеваниями от 0 до 17 лет включительно осуществляется в соответствии   
со стандартами медицинской помощи.

14. В день выписки из гинекологического отделения пациентам выдается выписка из медицинской карты стационарного больного (учетная форма 027/у)   
с рекомендации по дальнейшему наблюдению и реабилитации.

Дубликат выписки вклеивается в амбулаторную карту больной, которая возвращается в поликлинику после регистрации в организационно-методическом отделе через 3-4 дня.

15. Явка пациентки за гистологическим исследованием макропрепарата через 7-10 дней в приёмное отделение с 12.00 до 16.00.

Результаты гистологического исследования для жительниц края отправляются по почте.

Приложение № 4

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_

**Мероприятия**

**по организации оказания медицинской помощи беременным**

**женщинам с врожденными пороками внутренних органов у плода**

1. Диагноз врожденного порока развития у плода ставится до 20-22 недель беременности.

В случае подтверждения диагноза врожденного порока развития у плода Пренатальным консилиумом в КГБУЗ «Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики» в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, детского хирурга (по профилю выявленной патологии), врача генетика, врача педиатра (неонатолога), врача кардиолога, врача сердечно-сосудистого хирурга определяется прогноз для развития плода, жизни новорожденного, здоровья и качества жизни ребенка   
в будущем, сроки и место родоразрешения.

2. Пренатальный консилиум представляет беременной женщине (семье) информацию о результатах обследования, наличии врожденного порока у плода   
и прогнозе для здоровья и жизни новорожденного, методах лечения, связанном   
с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства,   
их последствиях и результатах проведенного лечения, на основании чего женщина (семья) принимает решение о вынашивании или прерывании беременности.

3. При наличии у плода врожденного порока развития несовместимого   
с жизнью, или порока с неблагоприятным прогнозом, а также отказе женщины (семьи) от медицинского вмешательства с целью лечения порока развития   
у новорожденного, рекомендуется прерывание беременности по медицинским показаниям.

При отказе женщины (семьи) от прерывания беременности из-за наличия   
у плода порока развития с неблагоприятным прогнозом или несовместимого   
с жизнью, беременность ведется в соответствии с порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период в соответствии с приложениями 1 - 5 настоящего приказа.

Учреждение здравоохранения для родоразрешения определяется наличием экстрагенитальной патологии у беременной и/или особенностями течения беременности.

4. В сроке свыше 22 недель при ухудшении состояния плода,   
а также развитии плацентарной недостаточности беременная женщина госпитализируется в перинатальный центр.

5. При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с пороком развития у плода, требующим хирургической помощи, Пренатальный консилиум руководствуется следующими положениями:

5.1. При наличии у плода порока развития (кроме врожденного порока развития сердца), требующего экстренной хирургической помощи в первые семь дней жизни, беременная женщина направляется для родоразрешения   
в перинатальный центр.

5.2. При наличии у плода порока развития (в т.ч. врожденный порок развития сердца), требующего планового хирургического вмешательства   
в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

5.3. При невозможности оказания необходимой медицинской помощи новорожденному с ВПР в Красноярском крае, беременная женщина   
по заключению Пренатального консилиума направляется в федеральные государственные учреждения.

Пренатальный консилиум определяет план обследования, сроки и место родоразрешения.

6. При наличии врожденных аномалий (пороков развития) плода,   
не совместимых с жизнью, беременные женщины направляются   
на родоразрешение в учреждения здравоохранения с учетом группы риска   
и соматической патологии:

беременные женщины группы низкого риска – в родильные дома (отделения) учреждений здравоохранения по месту жительства;

беременные женщины группы среднего риска – в родильные дома (отделения) учреждений здравоохранения межрайонных центров;

беременные женщины группы высокого риска – в перинатальный центр;

беременные женщины с тяжелой соматической патологией –   
в специализированные краевые учреждения здравоохранения по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

7. Оказание медицинской помощи беременным женщинам с врожденными пороками сердца (далее – ВПС) у плода.

При решении вопроса о месте и сроках родоразрешения беременной женщины с сердечно-сосудистым заболеванием у плода, требующим хирургической помощи, Пренатальный консилиум в составе врача акушера-гинеколога, врача сердечно-сосудистого хирурга (врача кардиолога), врача детского кардиолога (врача педиатра), врача педиатра (неонатолога) руководствуется следующими положениями:

7.1. При наличии у плода следующего ВПС, требующего экстренного хирургического вмешательства в первые семь дней жизни, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр:

простая транспозиция магистральных артерий;

синдром гипоплазии правых отделов сердца;

синдром гипоплазии левых отделов сердца;

предуктальная коарктация аорты;

перерыв дуги аорты;

критический стеноз легочной артерии;

критический стеноз клапана аорты;

сложные ВПС, сопровождающиеся стенозом легочной артерии;

атрезия легочной артерии;

тотальный аномальный дренаж легочных вен.

7.2. При наличии у плода ВПС, требующего планового хирургического вмешательства в течение первых 28 дней – трех месяцев жизни ребенка, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

7.3. В перинатальном центре для подтверждения диагноза и наличия показаний к хирургическому вмешательству консилиум в составе детского врача сердечно-сосудистого хирурга (врача-кардиолога), врача неонатолога составляет план лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом отделении.

7.4. Транспортировка новорожденного к месту оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется выездной анестезиолого-реанимационной неонатальной бригадой.

7.5. К ВПС, требующим планового хирургического вмешательства   
в течение первых 28 дней жизни ребенка, относятся:

общий артериальный ствол;

коарктация аорты (внутриутробно) с признаками нарастания градиента на перешейке после рождения (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

умеренный стеноз клапана аорты, легочной артерии с признаками нарастания градиента давления (оценка посредством динамического пренатального эхокардиографического контроля);

гемодинамически значимый открытый артериальный проток;

большой дефект аорто-легочной перегородки;

аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии;

гемодинамически значимый открытый артериальный проток   
у недоношенных.

7.6. К ВПС, требующим оперативного вмешательства до трех месяцев жизни, относятся:

единственный желудочек сердца без стеноза легочной артерии; атриовентрикулярная коммуникация, полная форма без стеноза легочной артерии;

атрезия трикуспидального клапана;

большие дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок;

тетрада Фалло;

двойное отхождение сосудов от правого (левого) желудочка.

8. При наличии у плода изолированного порока развития, требующего хирургического вмешательства, беременная женщина направляется   
для родоразрешения в перинатальный центр.

8.1. К изолированным ВПР относятся:

гастрошизис;

атрезия кишечника (кроме дуоденальной атрезии);

объемные образования различной локализации;

пороки развития легких;

пороки развития мочевой системы с нормальным количеством околоплодных вод;

9. При наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями или наличии множественных ВПР, совместимых с жизнью, требующего хирургического вмешательства, беременная женщина направляется для родоразрешения в перинатальный центр.

9.1. К ВПР плода, часто сочетающимся с хромосомными аномалиями,   
или наличием множественных ВПР, относятся:

омфалоцеле;

дуоденальная атрезия;

атрезия пищевода;

врожденная диафрагмальная грыжа;

пороки мочевыделительной системы, сопровождающиеся маловодием.

Приложение № 5

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_

**Мероприятия**

**по организации оказания медицинской помощи женщинам в период родов и в послеродовой период**

1. Медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию   
на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги)   
по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

2. С целью обеспечения доступной и качественной медицинской помощью беременных женщин, рожениц и родильниц оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе листов маршрутизации.

В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам   
в период родов и в послеродовый период, разделяются на три группы   
по возможности оказания медицинской помощи:

а) первая группа – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога;

б) вторая группа – учреждения здравоохранения службы родовспоможения в межрайонных центрах и учреждения здравоохранения службы родовспоможения г. Красноярска (по профилю).

в) третья группа – перинатальный центр.

3. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи   
и направления беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:

отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины   
или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний: пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений; компенсированная патология дыхательной системы (без дыхательной недостаточности); увеличение щитовидной железы без нарушения функции; миопия I и II степени без изменений на глазном дне; хронический пиелонефрит без нарушения функции; инфекции мочевыводящих путей вне обострения; заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преждевременные роды, ЗВРП);

головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г)   
и нормальных размерах таза матери;

отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма   
у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в учреждения здравоохранения второй и третьей группы в плановом порядке.

4. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи   
и направления беременных женщин на родоразрешение в акушерские стационары **второй группы (средняя степень риска) являются:**

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

переношенная беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I-II степени;

тазовое предлежание плода;

поперечное и косое положение плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное при при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;

мертворождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

многоводие;

задержка внутриутробного роста плода I-II степени;

беременность после разрывов промежности III – IV степени   
при предыдущих родах;

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности свыше 35 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности госпитализации в учреждение здравоохранения третьей группы (высокой степени риска);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями   
на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

преждевременные роды при сроке беременности 35-37 недель являются показанием для госпитализации беременных женщин на родоразрешение   
в МБУЗ «Родильный дом № 2» г. Красноярска.

5. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи   
и направления беременных женщин на **родоразрешение в перинатальный центр (высокая степень риска) являются:**

преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности с 22 до 34 недель, при отсутствии противопоказаний   
для транспортировки;

предлежание плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке 34-36 недель;

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность   
после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

преэклампсия, эклампсия;

холестаз, гепатоз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

рубец на матке после двух и более операций кесарева сечения;

планирование родоразрешения женщины естественным путем с рубцом на матке;

беременные женщины с миомой матки больших размеров (узел 7 см   
и более) и/или с множественными узлами;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

изоиммунизация при беременности (Rh-конфликт);

наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

заболевания сердечно-сосудистой системы, не сопровождающиеся развитием сердечно-сосудистой недостаточности;

тромбофлебиты в анамнезе;

заболевания органов дыхания, не сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани без активности процесса, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, не сопровождающиеся почечной недостаточностью   
или артериальной гипертензией;

заболевания печени (хронические гепатиты);

заболевания крови (тяжелая железодефицитная анемия, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов   
без последствий);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе вне зависимости   
от локализации;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, роженицы   
и родильницы при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

эндокринные заболевания (заболевания щитовидной железы   
с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

тромбозы, тромбоэмболии в анамнезе, тромбофлебиты в анамнезе   
и при настоящей беременности (не требующие хирургической коррекции);

заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной   
или сердечно-легочной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью   
или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо-   
или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями   
на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

заболевания крови, не вызванные ВИЧ-инфекцией (гемолитическая   
и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических   
и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные   
при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины,   
при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

6. Направление беременных женщин (рожениц) в акушерские стационары осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

7. При поступлении беременной женщины (роженицы) в приемное отделение учреждения здравоохранения проводится санитарная обработка беременной женщины (роженицы). При отсутствии противопоказаний   
к госпитализации в физиологическое родовое отделение, беременная женщина (роженица) госпитализируется в отделение патологии беременности (родовой блок), при наличии противопоказаний – в обсервационное отделение.   
При неотложных состояниях беременная женщина (роженица) переводится   
в отделение анестезиологии и реаниматологии (палата интенсивной терапии).

8. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные (партнерские) роды.

В процессе родов необходимо ведение партограммы.

В течение родов и в первые дни после рождения выполняется комплекс мероприятий, направленных на профилактику гипотермии новорожденных.

В родильном зале рекомендуется обеспечить первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов после рождения продолжительностью не менее   
30 минут и поддержку грудного вскармливания.

9. В послеродовых отделениях рекомендуется совместное пребывания родильниц и новорожденных, свободный доступ членов семьи к женщине   
и ребенку.

Рекомендуемое время пребывания родильницы в учреждении здравоохранения после физиологических родов – полных 3 суток.

Выписка родильницы из учреждения здравоохранения после физиологических родов осуществляется на 4 сутки после проведения неонатального скрининга и проведения БЦЖ новорожденному на третьи сутки.

В случае выписки родильницы и новорожденного из учреждения здравоохранения в более ранние сроки неонатальный скрининг осуществляется   
на амбулаторном этапе специалистами детской поликлиники по месту жительства.

Женская консультация (акушерско-гинекологический кабинет) и детская поликлиника должны быть извещены о дате выписки родильницы новорожденного не менее, чем за сутки.

10. Перед выпиской родильницам после операции кесарево сечение и всех осложненных родов осуществляется проведение ультразвукового исследования органов малого таза.

11. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев   
до 2 лет с момента рождения ребенка), индивидуальные рекомендации   
по контрацепции.

12. После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется в женскую консультацию (кабинет) по месту жительства   
для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде. При этом учитывается соматический статус здоровья родильниц и особенности течения беременности   
и родов.

При наличии соматического заболевания у родильницы врач женской консультации передает сведения смежным специалистам в поликлинику по месту жительства для дальнейшего диспансерного наблюдения.

Врач акушер-гинеколог женской консультации (кабинета)   
после физиологических родов осуществляет осмотр в течение первых трех дней после выписки, через 6-8 недель после родов с рекомендациями по контрацепции.

При назначении контрацепции особое внимание уделить женщинам группы риска для предупреждения нежелательной беременности (женщины одинокие,   
не состоящие в браке, вдовы, имеющие тяжелые хронические соматические заболевания, подростки, социально незащищенный контингент).

Приложение № 6

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи**

**беременным женщинам, роженицам и родильницам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи**

1. Беременные женщины с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, в сроке до 10-12 недель беременности направляются   
на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу КГУБЗ «Краевая клиническаябольница»и к кардиологу КГУБЗ «Краевая клиническая больница», при наличии показаний госпитализируются в профильное соматическое отделение КГУБЗ «Краевая клиническая больница».

Консилиум в составе врача-кардиолога, врача кардиохирурга и врача акушера-гинеколога на основании результатов клинического обследования делает заключение о тяжести состояния женщины и представляет ей информацию   
о состоянии ее здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях   
и результатах проведенного лечения для решения вопроса о возможности дальнейшего вынашивания беременности.

Прерывание беременности по медицинским показаниям в сроки до   
12 недель, беременным женщинам с подтвержденными сердечно-сосудистыми заболеваниями, осуществляется в гинекологическом отделении КГУБЗ «Краевая клиническая больница».

2. К заболеваниям сердечно-сосудистой системы, требующим консультации и (или) госпитализации беременных женщин в сроке до 12 недель в учреждения здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «сердечно-сосудистая хирургия» и (или) «кардиология», для решения вопроса о возможности вынашивания беременности относится следующая патология:

2.1. ревматические пороки сердца:

все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;

все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II   
и более степени тяжести;

все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;

пороки сердца с тромбоэмболическими осложнениями;

пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией;

2.2. врожденные пороки сердца:

пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;

пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);

пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;

пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;

пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;

пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или наличием постстенотического расширения);

врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и/или нарушениями сердечного ритма;

кардиомиопатии;

тетрада Фалло;

Болезнь Эбштейна;

сложные врожденные пороки сердца;

синдром Эйзенменгера;

болезнь Аэрза;

2.3. болезни эндокарда, миокарда и перикарда:

острые и подострые формы миокардита;

хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и/или сложными нарушениями сердечного ритма;

инфаркт миокарда в анамнезе;

острые и подострые формы бактериального эндокардита;

острые и подострые формы перикардита;

2.4. нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма);

2.5. состояния после операций на сердце.

3. При наличии медицинских показаний для прерывания беременности   
и согласия женщины искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям при сроке до22 недель проводится в условиях гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», имеющей возможность оказания специализированной (в том числе кардиореанимационной) помощи женщине.

При отказе женщины прервать беременность консилиум КГБУЗ «Краевая клиническая больница» в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга) и врача акушера-гинеколога решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности.

В случае необходимости (наличие тромбоза протеза, критических стенозов и недостаточности клапанов сердца, требующих протезирования, нарушение сердечного ритма, требующих радиочастотной аблации) консилиум решает вопрос о госпитализации в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

При сроке беременности 18-22 недели женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, направляются на специализированный прием к врачу акушеру-гинекологу КГУБЗ «Краевая клиническая больница», обследуются амбулаторно или стационарно (по показаниям) для уточнения функционального состояния сердечно-сосудистой системы, подбора/коррекции медикаментозной терапии, пренатальной диагностики с целью исключения пороков развития плода, проведения УЗИ и допплерометрии для оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

4. При сроке беременности 27-32 недели беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, проведения УЗИ и допплерометрии, подбора (коррекции) медикаментозной терапии, определения предполагаемых сроков и места родоразрешения, оценки состояния фетоплацентарного комплекса.

Консилиум учреждения здравоохранения, в которое госпитализирована беременная женщина, в составе врача кардиохирурга, врача кардиолога и врача акушера-гинеколога на основании осмотра, результатов обследования (электрокардиографии и эхокардиографии, ультразвукового исследования   
с допплерометрией) составляет заключение о тяжести состояния женщины   
и о дальнейшей тактике ведения беременности, а при наличии противопоказаний – о досрочном родоразрешении по медицинским показаниям.

5. При сроке беременности 35-37 недель беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями госпитализируются в профильное соматическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

Способ и сроки родоразрешения определяются консилиумом в составе врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга), врача акушера-гинеколога и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с функциональным классом по сердечной недостаточности и динамической оценкой, а также течением беременности и особенностями состояния фетоплацентарного комплекса.

Функциональный класс по сердечной недостаточности уточняется непосредственно перед родами с внесением необходимых корректив в план ведения беременности, сроки и способы родоразрешения.

6. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями, нуждающиеся в хирургической помощи, при наличии высокого риска развития критических состояний, в том числе, связанных с кардиохирургической патологией (тромбоз протеза, критические стенозы и недостаточность клапанов сердца, требующие протезирования; нарушения сердечного ритма, требующие радиочастотной аблации), и нуждающиеся в экстренной кардиохирургической помощи госпитализируются в 10-12,18-22,27-32,35-37 недель и для родоразрешения в КГБУЗ «Краевая клиническая больница» для проведения соответствующего лечения.

Дальнейшая тактика ведения родильниц определяется консилиумом   
в составе врача акушера-гинеколога, врача кардиолога (врача сердечно-сосудистого хирурга по показаниям), врача анестезиолога-реаниматолога.   
При наличии показаний к кардиохирургической коррекции медицинское вмешательство проводится в условиях отделения сердечно-сосудистой хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница». Для дальнейшего лечения   
и реабилитации родильница переводится в кардиологическое отделение.

7. Беременные женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями,   
не нуждающиеся в хирургической помощи, при отсутствии высокого риска развития критических состояний госпитализируются по показаниям   
свыше 22 недель беременности и на родоразрешение в МБУЗ «Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона».

Приложение № 7

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовой период**

1. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, относятся:

острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно - сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);

пре- и эклампсия;

HELLP-синдром;

острый жировой гепатоз беременных;

ДВС-синдром;

послеродовой сепсис;

сепсис во время беременности любой этиологии;

ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и так далее);

пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;

миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушениями ритма   
или недостаточностью кровообращения;

сахарный диабет с труднокорригируемым уровнем сахара в крови   
и склонностью к кетоацидозу;

тяжелая анемия любого генеза;

тромбоцитопения любого происхождения;

острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;

тяжелая форма эпилепсии;

миастения;

острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

2. Для организации медицинской помощи, требующей интенсивного лечения и проведения реанимационных мероприятий, в стационаре Партизанской РБ создана палата интенсивной терапии – ПИТ.

С целью оказания специализированной акушерско-гинекологической   
и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска   
и края создан акушерский реанимационно-консультативный центр (далее – АРКЦ) на базе перинатального центра и межрайонные акушерские реанимационно-консультативные центры.

Правила организации деятельности АРКЦ перинатального центра регулируются «Мероприятиями по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам   
г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра» (приложение 8 к настоящему приказу) и приложениями   
13-15 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н   
«Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

3. Оказание неотложной медицинской помощи, включая мероприятия   
по реанимации и интенсивной терапии, женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется в два этапа:

догоспитальный, осуществляемый выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой, функционирующей в составе АРКЦ перинатального центра или МАРКЦ, которая состоит из врачей анестезиологов-реаниматологов, владеющих методами ургентной диагностики, реанимации   
и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии; врачей акушеров-гинекологов, владеющих навыками хирургических вмешательств, и медицинских сестер - анестезистов, освоивших навыки оказания неотложной помощи   
в неонатологии и акушерстве и гинекологии;

стационарный, осуществляемый в отделениях анестезиологии   
и реаниматологии учреждений здравоохранения.

4. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщины, роженицы или родильницы и женщины   
с гинекологическим заболеванием на уровне ФАПа, участковой больницы, врачебной амбулатории, участка общей врачебной практики медицинский работник в экстренном порядке сообщает дежурному администратору ЦРБ о сложившейся ситуации, вызывает бригаду скорой медицинской помощи (далее – СМП).

5. Дежурный администратор ЦРБ организует консультативную помощь медицинскому работнику ФАПа, УБ, ВА, ОВП, оказывающему первую медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице   
и женщине с гинекологическим заболеванием, с привлечением специалистов врачей акушеров-гинекологов и врачей анестезиологов-реаниматологов   
до времени прибытия бригады СМП, осуществляет подготовку подразделений учреждения здравоохранения к приему беременной женщины, роженицы   
или родильницы и женщины с гинекологическим заболеванием.

6. При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы   
и женщины с гинекологическим заболеванием в Партизанскую РБ, после оценки тяжести состояния пациентки и установления предварительного диагноза, врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог оказывает ей медицинскую помощь в соответствии с «Мероприятиями по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи в АРКЦ перинатального центра» (приложение8).

При поступлении беременной женщины, роженицы или родильницы   
и женщины с гинекологическим заболеванием в РБ, каждое обращение регистрируется в журнале регистрации обращений (приложение 8 к настоящему приказу).

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог Партизанской РБ, оказывающий медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице и женщине с гинекологическим заболеванием заполняет формализованную историю болезни (далее – ФИБ) (приложение 8 к настоящему приказу), которая вклеивается в медицинскую документацию (история родов, история болезни).

Врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог Партизанской РБ консультирует пациентку с состоянием и заболеванием, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии в период беременности, родов, после родов и с гинекологическим заболеванием со старшим врачом акушером-гинекологом и/или со старшим врачом анестезиологом-реаниматологом **АРКЦ** перинатального центра, в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее и ночное время суток) с дежурным врачом акушером-гинекологом и/или врачом анестезиологом-реаниматологом АРКЦ перинатального центра (далее – дежурный врач АРКЦ).

7. Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ перинатального центра направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам ,роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся на лечении в РБ, а также для транспортировки данной категории граждан в специализированные учреждения здравоохранения в соответствии с «Мероприятиями по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам Партизанского района в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра»(приложение 8 к настоящему приказу) и «Порядком оказания специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам края в межрайонном акушерском реанимационно-консультативном центре муниципального учреждения здравоохранения».

8. Анестезиолого-реанимационная акушерская бригада АРКЦ перинатального центра направляется для оказания специализированной анестезиолого-реанимационной и акушерско-гинекологической помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам с тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологией и женщинам с гинекологическими заболеваниями, находящимся   
на лечении в КГБУЗ «Партизанская РБ», а также для транспортировки данной категории граждан в перинатальный центр и/или специализированные учреждения здравоохранения (КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского.

Госпитализация женщин, нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии, из Партизанской РБ в соответствующее структурное отделение перинатального центра и/или КГБУЗ«Краевая клиническая больница»,

и/или специализированные учреждения здравоохранения (КГБУЗ«Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер№1», КГБУЗ«Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им.А.И.Крыжановского, осуществляется после предварительного согласования с заведующим АРКЦ, заместителем главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярская краевая клиническая детская больница», с заместителем главного врача по хирургии и /или терапии «Краевая клиническая больница», администрацией специализированных учреждений здравоохранения.

9. Транспортировка пациентов из отдаленного (доставка пациента на автомашине в отделение реанимации и интенсивной терапии занимает больше одного часа, учреждение здравоохранения расположено на расстоянии более 200 км) или транспортно недоступного учреждения здравоохранения края осуществляется с использованием специализированной (санитарно-авиационной) службы КГБУЗ «Краевая клиническая больница» воздушным транспортом.

Транспортировка пациентов из учреждений здравоохранения, расположенных менее 200 км от учреждения здравоохранения, куда госпитализируется женщина, осуществляется наземным транспортом (реанимобилем) с учетом состояния пациентки и погодных условий (метеоусловий).

Приложение № 8

к приказу гл.врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Мероприятия по организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Красноярска и края в акушерском реанимационно-консультативном центре перинатального центра»**

**1. Работа АРКЦ по оказанию круглосуточной экстренной очной (выездной) и заочной консультативной и лечебной помощи женщинам группы высокого риска в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщин с гинекологическими заболеваниями, поступившим   
в Партизанскую РБ**

1.1. Акушерский реанимационно-консультативный центр (далее – АРКЦ) обеспечивает оказание круглосуточной экстренной, заочной и очной консультативной и лечебной помощи женщинам в период беременности, родов   
и в послеродовом периоде и женщин с гинекологическими заболеваниями.

1.2. Поступившее сообщение в АРКЦ регистрируется в журнале регистрации обращений.

1.3. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ, в их отсутствие (праздничные и выходные дни, вечернее   
и ночное время суток) – дежурный врач акушер-гинеколог и/или врач анестезиолог-реаниматолог АРКЦ (далее – дежурный врач АРКЦ) на основании полученной информации, заполняет формализованную историю болезни (далее - ФИБ), предоставляет необходимую консультацию или организует проведение консультации соответствующим профильным специалистом и совместно принимают одно из следующих тактических решений:

срочный (неотложный) выезд в учреждение здравоохранения,

проведение дистанционного интенсивного наблюдения за тактикой ведения и лечения женщины, нуждающейся в реанимации и интенсивной терапии.

**Дистанционное интенсивное наблюдение за состоянием женщин   
в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщин   
с гинекологическими заболеваниями, находящихся в Партизанской РБ и нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии**

4.1. Старший врач акушер-гинеколог и/или старший врач анестезиолог-реаниматолог, дежурный АРКЦ, принявший решение проводить дистанционное интенсивное наблюдение за пациенткой, нуждающейся в реанимации   
и/или интенсивной терапии, на основании полученной информации заполняет ФИБ и дает необходимые рекомендации по тактике ведения, лечения, проведения лабораторных и инструментальных методов исследования, периодичности консультирования, определяет показания и срок перевода на следующий этап лечения или организует проведение консультации соответствующим профильным и/или смежным специалистом.

**Дистанционное динамическое наблюдение за состоянием беременных женщин группы высокого риска, находящихся в учреждениях здравоохранения края**

1.Врачакушер-гинеколог ПартизанскойРБ при постановке на диспансерное наблюдение беременной женщины в женской консультации заносит в программу «Перинатальный мониторинг» сведения каждой пациентки, что позволяет определить группу пренатального и материнского риска.

При выявлении беременной женщины группы высокого риска необходимо пациентку поставить на диспансерное динамическое наблюдение совместно   
со специалистами АРКЦ перинатального центра.

2. Врач акушер-гинеколог Партизанской РБ при первом посещении женской консультации беременной женщины группы высокого риска заполняет и направляет ФИБ в АРКЦ.

3. Врач акушер-гинеколог АРКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, на основании полученной информации заполняет ФИБ и дает необходимую консультацию и рекомендации по дальнейшей тактике с учетом клинической ситуации, указывает дату и время следующей консультации не реже:

через 7-10 дней после первого обращения;

1 раза в месяц до 28 недель беременности;

2 раза в месяц с 28 недель до 36 недель беременности;

1 раз в неделю после 36 недель беременности;

4. При каждой последующей консультации врач АРКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, и врач акушер-гинеколог Партизанской РБ вносят данные в ФИБ.

5. Врач акушер-гинеколог Партизанской РБ при каждой консультации специалистами АРКЦ вносит ФИБ в индивидуальную карту беременной.

6. Не позднее срока 36 недель беременности врач акушер-гинеколог АРКЦ, осуществляющий дистанционное динамическое наблюдение, определяет срок и место родоразрешения, согласовывает с лечащим врачом учреждения здравоохранения и фиксирует в ФИБ.

**6. Проведение**

**организационно-методической работы**

АРКЦ с целью осуществленияорганизационно-методической работы:

6.1. Проводит мониторинг дефектов оказания медицинской помощи, женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщинам с гинекологическими заболеваниями, состоявших под наблюдением специалистов АРКЦ, с ежемесячным предоставлением анализа консультанту отдела организации педиатрической и акушерско-гинекологической помощи министерства здравоохранения Красноярского края и консультанту главному акушеру-гинекологу главного управления здравоохранения администрации   
г. Красноярска (жители г. Красноярска), главному специалисту по анестезиологии и реанимации в детской и акушерской практике министерства здравоохранения Красноярского края.

6.2. Проводит оценку качества оказания медицинской помощи женщинам   
в период беременности, родов и в послеродовом периоде и женщинам   
с гинекологическими заболеваниями в учреждениях здравоохранения края   
и нуждавшихся в реанимации и/или интенсивной терапии, состоявших   
под наблюдением специалистов АРКЦ.

6.3. Вносит предложения по внедрению новых, современных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин в учреждениях здравоохранения края.

6.4. Принимает участие в проведении семинаров, конференций, совещаний по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

**ПЕРЕЧЕНЬ**

синдромов и заболеваний у женщин в период беременности, родов, в послеродовом периодеи с гинекологическими заболеваниями**,**  при наличии признаков которых, врач учреждения здравоохранения края обязан обратиться

в АРКЦ перинатального центра

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Синдромы и заболевания |
| 1 | острая сердечно-сосудистая недостаточность |
| 2 | острая дыхательная недостаточность |
| 3 | острая печеночная недостаточность |
| 4 | острая почечная недостаточность |
| 5 | острая церебральная недостаточность |
| 6 | синдром патологии гемостаза беременных |
| 7 | тяжелые формы позднего гестоза (преэклампсия, эклампсия);  атипичные формы позднего гестоза |
| 8 | кровотечения во время беременности и родов |
| 9 | гнойно-септические инфекции (эндометрит послеродовый, эндометрит после операции кесарево сечение, перитонит, сепсис, септический шок) |
| 10 | осложнения, связанные с проведением анестезии в период беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 11 | интраоперационные осложнения, связанные с массивной кровопотерей (более 1500 мл) |
| 12 | беременные, роженицы, родильницы с тяжелой экстрагенитальной  патологией, у которых возможно ухудшение состояния по соматическому заболеванию в период беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 13 | беременные группы риска перинатальных потерь |
| 14 | тяжелая изоиммунизация по группе и Rh-фактору (плода) |
| 15 | метаболические заболевания плода, требующие лечения сразу после рождения |
| 16 | врожденные аномалии плода, требующие немедленной постнатальной помощи |
| 17 | гинекологические заболевания, требующие реанимации и/или интенсивной терапии |

**ПЕРЕЧЕНЬ**

синдромов и заболеваний, при наличии признаков которых, женщины в период беременности, родов, в послеродовом периодеи с гинекологическими заболеваниями**,**  находящиеся в учреждении здравоохранения края, госпитализируются в перинатальный центр

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Синдромы и заболевания |
| 1 | острая сердечно-сосудистая недостаточность (исключая пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации) |
| 2 | острая дыхательная недостаточность (исключая бактериально-вирусную этиологию, бронхиальную астму тяжелой степени, гормонозависимую) |
| 3 | острая почечная недостаточность (исключая тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки) |
| 4 | острая печеночная недостаточность (исключая цирроз печени, опухоли) |
| 5 | острая церебральная недостаточность (исключая недостаточность органической этиологии - травма, инфекции, опухоль, острое нарушение мозгового кровотечения) |
| 6 | тяжелые формы позднего гестоза (преэклампсия, эклампсия) |
| 7 | атипичные формы позднего гестоза (HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени) |
| 8 | кровотечения во время беременности и родов, в т.ч.: |
| 8.1. | предлежание плаценты с эпизодами кровотечений в предшествующие периоды беременности |
| 8.2. | преждевременная отслойка плаценты с кровопотерей более 1000 мл |
| 8.3. | внематочная беременность с кровопотерей более 1000 мл |
| 8.4. | шеечно-перешеечная беременность |
| 8.5. | послеродовая (послеабортная) кровопотеря более 1000 мл |
| 8.6. | интраоперационные осложнения, связанные с массивной кровопотерей (более 1500 мл) |
| 9 | осложнения, связанные с проведением анестезии в период беременности, родов и в послеродовом периоде |
| 10 | рубец на матке с клиническими или инструментальными проявлениями несостоятельности |
| 11 | тяжелая рвота беременных |
| 12 | трансфузионные нарушения |
| 13 | тяжелая анемия (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии) |
| 14 | тромбоцитопения (исключая злокачественные заболевания крови, осложнения химиотерапии) |
| 15 | состояния, угрожаемые по материнскому травматизму |
| 16 | беременные группы риска перинатальных потерь |
| 17 | метаболические заболевания плода, требующие лечения сразу после рождения |
| 18 | врожденные аномалии плода, требующие немедленной постнатальной помощи |
| 19 | гинекологические заболевания (исключая гнойно-воспалительные осложнения), требующие реанимации и/или интенсивной терапии, при отсутствии тяжелой соматической патологии женщины |

**ПЕРЕЧЕНЬ**

синдромов и заболеваний, при наличии признаков которых, женщины в период беременности, родов, в послеродовом периодеи с гинекологическими заболеваниями госпитализируются в соответствующее структурное отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

|  |  |
| --- | --- |
| № п/п | Синдромы и заболевания |
| 1 | острая сердечно-сосудистая недостаточность (пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации) |
| 2 | острая дыхательная недостаточность (бактериально-вирусной этиологии, бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая) |
| 3 | острая почечная недостаточность (тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки) |
| 4 | острая печеночная недостаточность (цирроз печени, опухоли) |
| 5 | острая церебральная недостаточность (недостаточность органической этиологии - травма, опухоли, острое нарушение мозгового кровообращения) |
| 6 | ожоговая болезнь |
| 7 | острая эндокринная недостаточность |
| 8 | острая недостаточность желудочно-кишечного тракта (острые хирургические заболевания) |
| 9 | интраоперационные осложнения, связанные с ранением смежных органов |
| 10 | гнойно-септические инфекции (эндометрит послеродовый, эндометрит после кесарева сечения, перитонит, сепсис, септический шок) |
| 11 | беременные, роженицы, родильницы с тяжелой экстрагенитальной патологией, в т.ч: |
| 11.1 | пороки сердца с нарушением кровообращения I степени, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации |
| 11.2 | миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушением ритма или недостаточностью кровообращения |
| 11.3 | тяжелый пиелонефрит с нарушением пассажа мочи, карбункул, апостематоз почек, пиелонефрит единственной почки, гломерулонефрит |
| 11.4 | бронхиальная астма тяжелой степени, гормонозависимая |
| 11.5 | системные заболевания соединительной ткани (системные васкулиты, системная красная волчанка, системная склеродермия) |
| 11.6 | сахарный диабет с труднокоррегируемым уровнем сахара в крови и склонность к кетоацидозу |
| 11.7 | острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг, тяжелая форма эпилепсии, миастения |
| 11.8 | тяжелые травматические поражения во время беременности, родов и после родов |
| 12 | гинекологические заболевания, требующие реанимации и/или интенсивной терапии, в сочетании с тяжелой соматической патологией женщины |

**Карта**

**консультации с реанимационно-консультативным центром**

**(формализованная история болезни – ФИБ) женщин в период беременности, родов и после родов (прерывания беременности)**

**(Заполняется при каждом обращении в АРКЦ)**

##### Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время обращения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### учреждение здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Ф.И.О. врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Ф.И.О. больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

возраст больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_срок беременности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Здоровье мужа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Течение настоящей беременности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I половина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II половина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предыдущие беременности, исход \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок беременности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по первой явке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по менструации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по УЗД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Объективные данные.**

Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кожа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_температура\_\_\_\_\_\_\_\_\_сознание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сердечные тоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пульс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органы дыхания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органы пищеварения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мочевая система (симптом XII ребра) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отеки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Акушерский статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОЖД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ВДМ\_\_\_\_\_\_\_\_\_ПМП\_\_\_\_\_\_\_\_Размеры таза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

положение плода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_предлежание плода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сердечные тоны плода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вагинальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Данные лабораторных исследований\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Данные УЗИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Спопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Оценка пренатальных факторов риска\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сумма баллов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степень риска\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План ведения беременной, родов: (вводный эпикриз I, II, III триместр беременности, этапный эпикриз в 30 и 36 недель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Консультанта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача

**Карта**

**консультации с реанимационно-консультативным центром**

**(формализованная история болезни – ФИБ) женщин с гинекологическими заболеваниями**, **нуждающихся в реанимации и/или интенсивной терапии**

##### Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время обращения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### учреждение здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Ф.И.О. врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Ф.И.О. больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

возраст больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Здоровье мужа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Объективные данные.**

Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кожа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_температура\_\_\_\_\_\_\_\_\_сознание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сердечные тоны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_АД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пульс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органы дыхания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

органы пищеварения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мочевая система (симптом XII ребра) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отеки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_диурез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вагинальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

###### Данные лабораторных исследований\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные УЗИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План ведения пациентки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Консультанта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача

**ФИБ реанимационного больного**

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время**\_\_\_\_\_\_\_\_**

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение здравоохранения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исход: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Больная осмотрена в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кожные покровы**

Цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Влажность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Температура\_\_\_\_\_\_\_\_Сыпь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гематомы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отеки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Особенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЦНС**

Седация (какие препараты применялись?, время последнего введения?, проводится или нет в данный момент?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Оценка степени угнетения сознания по шкале Глазго**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Балл** | **Глаза открываются** | **Словесный ответ / в т.ч. если больной на ИВЛ** | **Двигательная активность** |
| **1** | Не реагирует на раздражители | Не реагирует | Нет ответа |
| **2** | В ответ на боль | Нечленораздельные звуки | Децеребрационная ригидность |
| **3** | В ответ на обращение | Отдельные слова / сомнительно | Декортикационная ригидность |
| **4** | Спонтанно | Дезориентирован, отвечает на вопросы | Сохранены сгибательные рефлексы |
| **5** |  | Ориентирован и отвечает / кажется способным отвечать | Локализует боль |
| **6** |  |  | Выполняет команды |

Сумма баллов = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Соответствие характеристик состояния сознания по шкале Глазго традиционным терминам Ясное сознание – 15 баллов. Оглушение – 14-13 баллов.. Сопор – 12-9 баллов

Кома (умеренная, глубокая) – 8-4 баллов. Кома (запредельная) – 3 балла.

Зрачки D S \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_мм.

Менингиальные симптомы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ И ТЯЖЕСТИ ОРГАННЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Шкала SOFA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оценка** | **Показатель** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Оксигенация | РаО2/FiO2 | < 400 | < 300 | < 200 | < 100 |
| Коагуляция | Тромбоциты x 109/л | < 150 | < 100 | < 50 | < 20 |
| Печень | Билирубин мкмоль/л | 20 - 32 | 33-101 | 102-204 | > 204 |
| Сердечно-сосудистая система | Степень инотропной и вазоактивной поддержки | САД < 70 | Дофамин ≤ 5 мкг/кг/мин или добутамин (любая доза) | Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин ≤ 0,1 | Дофамин > 5 или адреналин / норадреналин > 0,1 |
| ЦНС | Показатель по шкале Глазго | 13 - 14 | 10 - 12 | 6 - 9 | < 6 |
| Почки | Креатинин (мкмоль/л) или олигурия | 110 - 170 | 171 - 299 | 300 – 400 или < 500 мл/сут | > 440 или < 220 мл/сут |

Сумма баллов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Респираторный статус.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***На месте*** | ***Перед выездом*** | ***В пути*** | ***Поступление в АРИТ*** |
| **Аппарат ИВЛ** |  |  |  |  |
| **Респ поддержка** |  |  |  |  |
| FiO2, % |  |  |  |  |
| частота дыхания |  |  |  |  |
| Pip, Peep |  |  |  |  |
| Ti (сек.) |  |  |  |  |
| SaO2 (%) |  |  |  |  |
| Complince |  |  |  |  |
| Resistence |  |  |  |  |
| рО2, мм.рт.ст. |  |  |  |  |
| рСО2, мм.рт.ст. |  |  |  |  |
| рН |  |  |  |  |
| ВЕ |  |  |  |  |
| HCO3 |  |  |  |  |

Аускультативная картина **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Осложнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сердечно-сосудистая система**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***На месте*** | ***Перед выездом*** | ***В пути*** | ***Поступление в АРИТ*** |
| **Внутривенная инфузия:** |  |  |  |  |
| раствор |  |  |  |  |
| скорость инфузии |  |  |  |  |
| Вазопрессоры (доза) |  |  |  |  |
| Дополн болюс |  |  |  |  |
| седация |  |  |  |  |
| **Мониторинг** |  |  |  |  |
| ЧСС (уд/мин) |  |  |  |  |
| АД (мм.рт.ст.) |  |  |  |  |
| Температура тела (°С) |  |  |  |  |

**Осложнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Почки**

Диурез - объем за последние сутки (если прошло меньше суток, то с момента поступления)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл/сутки Диурез на момент осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл/час

Какие препараты применялись для лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Удельный вес мочи \_\_\_\_\_\_\_\_ Креатинин крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мкмоль/л

Концентрация калия в плазме\_\_\_\_\_\_ ммоль/л Мочевина крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л

Особенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Печень**

Пальпация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Альбумин сыворотки крови\_\_\_\_\_\_ Билирубин \_\_\_\_\_\_ прямой \_\_\_\_\_ не прямой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

АсТ \_\_\_\_(норма \_\_\_\_\_) АлТ \_\_\_\_\_(норма \_\_\_\_\_) Щелочная фосфатаза \_\_\_\_\_\_ ПТИ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Живот**

Брюшная стенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Перистальтика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перитонеальные симптомы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дренажи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Гемостаз**

АВСК \_\_\_\_\_\_\_ ПТИ \_\_\_\_\_\_\_ Фибриноген \_\_\_\_\_\_\_\_ АЧТВ \_\_\_\_\_\_\_\_ ОФТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тромбиновое время \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тромбоциты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Мочевой пузырь, матка, влагалище и др.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сумма баллов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Метод родоразрешения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Состояние новорожденного по шкале Апгар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Возможность транспортировки больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Особенности, дополнения, замечания**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендовано на месте: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Лист транспортировки**

Расстояние (КМ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Время(Часы)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***На месте*** | ***Перед выездом*** | ***В пути*** | ***Поступление в АРИТ*** |
| **Аппарат ИВЛ** |  |  |  |  |
| **Респ поддержка** |  |  |  |  |
| FiO2, % |  |  |  |  |
| частота дыхания |  |  |  |  |
| Pip, Peep |  |  |  |  |
| Ti (сек.) |  |  |  |  |
| SaO2 (%) |  |  |  |  |
| Complince |  |  |  |  |
| Resistence |  |  |  |  |
| рО2, мм.рт.ст. |  |  |  |  |
| рСО2, мм.рт.ст. |  |  |  |  |
| рН |  |  |  |  |
| ВЕ |  |  |  |  |
| HCO3 |  |  |  |  |
| **Внутривенная инфузия:** |  |  |  |  |
| раствор |  |  |  |  |
| скорость инфузии |  |  |  |  |
| Вазопрессоры (доза) |  |  |  |  |
| Дополн болюс |  |  |  |  |
| седация |  |  |  |  |
| **Мониторинг** |  |  |  |  |
| ЧСС (уд/мин) |  |  |  |  |
| АД (мм.рт.ст.) |  |  |  |  |
| Температура тела (°С) |  |  |  |  |
| **Шкала SOFA** |  |  |  |  |
| **Шкала Глазго** |  |  |  |  |

Передана (отделение, Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время передачи больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач анестезиолог-реаниматолог**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Типовой журнал**

**регистрации обращений (дистанционное интенсивное наблюдение)**

**в АРКЦ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Учреждение здравоохранения края | Дата и время обращения | Дата и время снятия с наблюде-ния | Ф.И.О. больного | Возраст | срок гестации | Диагноз (в том числе проведение ИВЛ) | Принятое решение | Условия транспор­тировки2 | Исход3 | Ф.И.О.  консуль­тируемого врача | Ф.И.О. консуль­танта |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:

1. - санитарная авиация (САС), реанимобиль (РА)
2. - улучшение состояния, перевод, летальный исход

**Типовой журнал**

**регистрации обращений (дистанционное динамическое наблюдение беременных женщин)**

**в АРКЦ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Учреждение здравоохранения края | Дата и время обращения | Ф.И.О. больного | Возраст | Срок гестации | Группа риска (количество баллов) | Диагноз | Рекомендации | Дата и время снятия с наблюде-ния | Ф.И.О.  консуль­тируемого врача | Ф.И.О. консуль­танта |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 9

к приказу главного врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

# 

# VI. Мероприятия по оказанию медицинской помощи

# женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности,

# родов и в послеродовой период

# 1. Оказание медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовом периоде осуществляется в соответствии приложениями 1-8 настоящего приказа.

2. Специализированную медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным женщинам в период беременности, родов и после родов оказывает врач инфекционист, а в случае его отсутствия – врач другой специальности (терапевт   
и др.), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам   
ВИЧ-инфекции.

Руководителем медицинской организации, имеющей лицензию   
на медицинские услуги по специальности «акушерство и гинекология»   
(за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)   
и «инфекционные болезни», независимо от форм собственности, приказом   
по учреждению назначается специалист, ответственный за ВИЧ-инфекцию.

Ответственным за ВИЧ-инфекцию назначается врач инфекционист,   
а в случае его отсутствия – врач другой специальности (терапевт и др.), прошедший тематическое усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию, формирует заявку   
на антиретровирусные препараты, необходимые для лечения ВИЧ-инфекции   
и профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и направляет   
в КГБУЗ «Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» по электронной почте: aids@krsn.ru

Контроль за наличием антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов   
для диагностики ВИЧ-инфекции осуществляет заместитель главного врача Партизанской РБ.

3. Обследование на ВИЧ-инфекцию беременных женщин.

При первичном обращении женщины на прием врачом акушером-гинекологом собирается анамнез с целью выявления рисков возможного инфицирования ВИЧ-инфекцией:

наличие ВИЧ-инфекции у женщины или ее мужа (полового партнера);

наличие в анамнезе «рискованных» половых связей;

парентеральное употребление психоактивных веществ в анамнезе   
или в настоящее время женщиной или ее мужем (половым партнером);

планирование женщиной беременности.

3.1. При выявлении рисков возможного инфицирования ВИЧ-инфекцией врачом акушером-гинекологом проводится предварительное консультирование пациентки (дотестовое консультирование) по вопросам профилактики   
ВИЧ-инфекции и назначается обследование на ВИЧ-инфекцию. Обследование   
на ВИЧ-инфекцию является добровольным, поэтому пациент подписывает информированное согласие.

При назначении обследования на ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится предварительное консультирование женщины.   
При проведении дотестового консультирования обсуждаются вопросы   
по заболеванию ВИЧ-инфекцией, по предупреждению заражения   
ВИЧ-инфекцией, предполагаемые результаты тестирования.

Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется   
в процедурном кабинете поликлиники Партизанской РБ с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции в КГБУЗ «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» с направлением.

При получении положительного результата тестирования на ВИЧ-инфекцию проводится дополнительное обследование. Женщине разъясняется,   
что необходимость обследования направлена на сохранение ее здоровья   
и снижение риска заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

3.2. При постановке на учет по диспансерному наблюдению   
по беременности в этот же день в процедурном кабинете поликлиники производится забор крови у женщины для исследования на ВИЧ-инфекцию.

3.3. Доставка крови для исследования в лаборатории диагностики   
ВИЧ-инфекции и получение результатов исследования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин по коду 109 осуществляется в течение 3 суток.

Осуществляется однократное обследование на ВИЧ-инфекцию половых партнеров(мужа, сожителя) беременной женщины.

Направление на исследование на ВИЧ-инфекцию оформляется разборчиво (печатными буквами), указывается Ф. И. О., адрес, дата рождения пациента и код 109 для женщины и 138 для мужа (сожителя, полового партнера) беременной женщины.

3.4. При получении отрицательного результата исследования на   
ВИЧ-инфекцию врачом акушером-гинекологом проводится последующее консультирование (послетестовое консультирование) женщины по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования на ВИЧ-инфекцию женщины и ее мужа (сожителя, полового партнера) записываются в медицинскую документацию беременной женщины (индивидуальная карта беременной, обменная карта).

3.5. При наблюдении беременной женщины в акушерско-гинекологическом кабинете врачом акушером-гинекологом проводится обследование на ВИЧ-инфекцию в следующие сроки беременности:

в день постановки на учет по поводу беременности;

в 30 недель беременности;

в 36 недель беременности.

3.6. Молекулярно-биологическое обследование беременных на РНК ВИЧ проводится:

а) при получении сомнительных результатов тестирования на ВИЧ, полученных в арбитражном исследовании (иммунный блоттинг);

б) при получении отрицательных результатов теста на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами в случае, если беременная женщина относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в течение последних 6 месяцев).

3.7. При получении результата обследования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины «ВИЧ в работе» или «ИФА АТ к ВИЧ положительные» врач акушер-гинеколог разъясняет пациентке, что результат серологического исследования   
на ВИЧ-инфекцию может быть ложно-положительным и материал направлен   
на исследование в арбитражную лабораторию диагностики ВИЧ-инфекции.

При этом проводится последующее консультирование (послетестовое консультирование) беременной женщины по вопросам профилактики   
ВИЧ-инфекции и обсуждаются возможные причины получения положительного результата.

Послетестовое консультирование включает обсуждение следующих вопросов: значение полученного результата с учетом риска заражения   
ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи   
ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекци от матери ребенку, доступные   
для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников.

В случае положительного или сомнительного результата исследования   
на ВИЧ-инфекцию, полученного из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуноблот положительный или сомнительный), в течение 2 дней   
в процедурном кабинете поликлиники производится повторно забор крови у беременной женщины и материал направляется в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции.

Доставка крови для исследования в лаборатории диагностики   
ВИЧ-инфекции и получение результатов исследования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин по коду 109 осуществляется в течение 3 суток.

3.8. При подтверждении положительного результата на ВИЧ-ннфекцию, полученного после повторного забора крови у беременной женщины, врач акушер-гинеколог проводит последующее консультирование (послетестовое консультирование) пациентки по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции   
и незамедлительно направляет женщину на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ инфекцию (инфекционисту) Партизанской РБ.

3.9. В случае отрицательного результата исследования на ВИЧ-инфекцию, полученного при повторном исследовании из арбитражной лаборатории диагностики ВИЧ (иммуноблот отрицательный), беременная женщина обследуется на ВИЧ-инфекцию в акушерско-гинекологическом кабинете поликлиники Партизанской РБ ежемесячно до срока родов.

3.10. Информация, полученная медицинскими работниками   
о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД субъекта Российской Федерации, перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного,   
не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4. Диспансерное наблюдение беременных ВИЧ-инфицированных женщин.

4.1. При выявлении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) в тот же день пациентке оформляется направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу и передаются сведения о пациентке в соответствии со ст.4 п.4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) по месту жительства.

В случае выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины врачом акушером-гинекологом женской консультации в тот же день оформляется направление на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), и передаются сведения о пациентке в соответствии со ст.4 п.4 Федерального закона от21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в поликлинику по месту жительства;

4.2. Беременные женщины, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция наблюдаются врачом акушером-гинекологом в акушерско-гинекологическом кабинете поликлиники Партизанской РБ совместно с врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом).

4.3. В целях снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для своевременного принятия решения о начале профилактического лечения антиретровирусными препаратами и определения тактики родоразрешения   
у ВИЧ-инфицированной беременной женщины врач, ответственный   
за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), определяет клиническую стадию   
ВИЧ-инфекции.

Для установления клинической стадии ВИЧ-инфекции врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), проводится сбор анамнеза, осмотр, дополнительное обследование пациентки: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), анализ крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки), общий анализ мочи.

4.4. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) в ранние сроки беременности (до 12 недель).

Первый визит к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), в ранние сроки беременности (до 12 недель).

Осуществляется обследование в течение 2 недель (сбор анамнеза, осмотр, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), анализ крови   
на вирусную нагрузку РНК ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки), общий анализ мочи).

При втором визите врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), проводит оценку результатов исследования.

При получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ   
более 100000 копий/мл назначаются антиретровирусные препараты незамедлительно вне зависимости от срока беременности:

При получении результата вирусной нагрузки РНК ВИЧ менее   
100000 копий/мл назначаются антиретровирусные препараты с 14 недель беременности.

С 14 до 19 недель беременности после назначения антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной беременной женщине через 2 недели врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), осуществляется контроль   
за приемом препаратов и проводится повторное исследование: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), для выявления нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм).

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает пациентке лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина),

через 6 недель терапии и в 36 недель беременности – повторное исследование крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ. По результатам исследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о методе родоразрешения: при вирусной нагрузке РНК ВИЧ   
более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем операции кесарево сечение; при вирусной нагрузке РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение естественным путем;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (СД-4 клетки).

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине   
и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.5. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) в срок беременности от 20 до 30 недель.

Первый визит к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), от 20 до 30 недель беременности ВИЧ-инфицированной женщины.

Врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), проводится сбор анамнеза, осмотр, дополнительное исследование пациентки: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), анализ крови на вирусную нагрузку ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки), общий анализ мочи.

Антиретровирусные препараты назначаются в день осмотра до получения результатов обследования.

После назначения антиретровирусных препаратов через 2 недели врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), осуществляется контроль   
за приемом препаратов и проводится повторное исследование: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), для выявления нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм).

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина);

через 6 недель терапии и в 36 недель беременности – повторное исследование крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ. По результатам исследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о методе родоразрешения: при вирусной нагрузке РНК ВИЧ   
более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем операции кесарево сечение; при вирусной нагрузке РНК ВИЧ менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение естественным путем;

1 раз в 3 месяца – исследование крови на иммунный статус (СД-4 клетки).

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине   
и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

4.6. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, не получающей антиретровирусную терапию, врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) от 31 недели до срока родов.

В случае выявления врачом акушером-гинекологом ВИЧ-инфекции   
у женщины от 31 недели беременности до срока родов пациентка незамедлительно направляется к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), с целью назначения антиретровирусных препаратов в день осмотра.

Врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) проводится сбор анамнеза, осмотр, дополнительное исследование пациентки: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), анализ крови на вирусную нагрузку ВИЧ и иммунный статус (СД-4 клетки), общий анализ мочи.

Антиретровирусные препараты назначаются в день осмотра до получения результатов обследования.

После назначения антиретровирусных препаратов через 2 недели врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), осуществляется контроль   
за приемом препаратов и проводится повторное исследование: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), для выявления нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз   
более трех норм).

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина);

через 6 недель терапии (не позднее 36 недель беременности) – повторное исследование крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ.

Врач акушер-гинеколог осуществляет контроль за приемом антиретровирусных препаратов, назначенных ВИЧ-инфицированной женщине   
и ежемесячно до срока родов направляет пациентку на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

При наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов беременная женщина незамедлительно направляется на консультацию к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту).

Рекомендуемые сроки госпитализации для родоразрешения в 38-39 недель беременности.

Врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о родоразрешении женщины путем операции кесарево сечение независимо от показателя на вирусную нагрузку РНК ВИЧ, т.к. поздно начатое лечение антиретровирусными препаратами не гарантирует снижение вирусной нагрузки менее 1000 копий/мл.

4.7. После пересечения пуповины ребенка прием антиретровирусных препаратов женщиной прекращается, если она получала их с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции.

4.8. Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), при наличии нежелательных явлений (анемии, диареи, рвоты после приема препаратов, болей   
в животе, появление сыпи, повышение температуры тела, повышение трансаминаз более трех норм) на получение антиретровирусных препаратов у беременной женщины с целью решения вопроса о смене схемы лечения (профилактики)   
ВИЧ-инфекции осуществляет консультации с инфекционистом КГБУЗ «Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

4.9. Ведение ВИЧ-инфицированной женщины, находящейся   
на антиретровирусной терапии, врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом) с учетом срока беременности и клинической стадии заболевания.

Врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом),   
при наблюдении ВИЧ-инфицированной женщины репродуктивного возраста, получающей антиретровирусную терапию, ежемесячно уточняются вопросы планирования беременности.

При условии планирования беременности ВИЧ-инфицированной женщиной врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), проводит осмотр пациентки, дополнительное обследование: развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, вирусную нагрузку ВИЧ, иммунный статус (СД-4 клетки), маркеры вирусных гепатитов, оценивает риски   
при беременности и прогноз по клиническому течению ВИЧ-инфекции, эффективность, безопасность и фармакокинетику получаемых антиретровирусных препаратов.

В случае планирования беременности и получения антиретровирусных препаратов (диданозин, ставудин, эфавиренз), необходимо назначить другую схему лечения лекарственными препаратами, рекомендуемыми для приема   
во время беременности по согласованию с инфекционистом КГБУЗ «Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД   
и инфекционными заболеваниями» .

В тот же день врачом, ответственным за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом), оформляется направление на консультацию к врачу акушеру-гинекологу   
и передаются сведения о пациентке в соответствии со ст.4 п.4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан   
в Российской Федерации» в женскую консультацию (акушерско-гинекологический кабинет) по месту жительства.

Врач акушер-гинеколог проводит консультирование ВИЧ-инфицированной женщины, определяет акушерские риски и противопоказания для вынашивания беременности, дает рекомендации пациентке о необходимости диспансерного наблюдения по беременности с ранних сроков (до 12 недель) в женской консультации (акушерско-гинекологическом кабинете) по месту жительства.

В случае наступления беременности врач акушер-гинеколог осуществляет диспансерное наблюдение по беременности и передает сведения о пациентке   
в соответствии со ст.4 п.4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ   
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту) поликлиники Партизанской РБ.

Первый визит беременной ВИЧ-инфицированной женщины находящейся   
на антиретровирусной терапии к врачу, ответственному за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), при выявлении беременности в сроки 5-6 недель беременности:

В случае ВИЧ-инфекции в стадии клинической и лабораторной ремиссии (вирусная нагрузка РНК ВИЧ ниже уровня определения, иммунологический статус CD4 более 350 кл/мкл) антиретровирусную терапию до конца I триместра беременности можно отменить.

Решение об отмене принимается в индивидуальном порядке, с учетом мнения беременной женщины, которой разъясняется, что прерывание лечения антиретровирусными препаратами приводит к повышению вирусной нагрузки РНК ВИЧ и снижению уровня CD4 клеток, ухудшает прогноз заболевания   
и увеличивает риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

В случае эффективности и безопасности проводимой антиретровирусной терапии продолжают получаемую схему с 12 недель беременности.

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), выписывает антиретровирусные препараты беременной ВИЧ-инфицированной женщине ежемесячно до срока родов и назначает пациентке лабораторные исследования:

ежемесячно до срока родов – развернутый анализ крови, биохимический анализ крови (определение глюкозы, билирубина, АЛТ, АСТ, мочевины, общего белка, креатинина), общий анализ мочи;

в 36 недель беременности – повторное исследование крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ. По результатам исследования в 36 недель беременности врачу акушеру-гинекологу даются рекомендации о методе родоразрешения:   
при вирусной нагрузке РНК ВИЧ более 1000 копий/мл показано родоразрешение путем операции кесарево сечение; при вирусной нагрузке РНК ВИЧ   
менее 1000 копий/мл – возможно родоразрешение естественным путем.

В случае ВИЧ-инфекции в стадии клинических проявлений (стадия 2 а,б,в;  
 4 а,б,в) антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированной беременной женщине проводится независимо от срока гестации, вирусной нагрузки РНК ВИЧ   
и иммунологического статуса CD4 клеток препаратами, рекомендуемыми   
для приема во время беременности.

Прием антиретровирусных препаратов продолжается в течение беременности и родов.

После родов вопрос о продолжении схемы приема антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированной женщиной решается врачом, ответственным   
за ВИЧ-инфекцию (инфекционистом).

ВИЧ-инфицированной женщине, нуждающейся в лечении ВИЧ-инфекции, продолжается прием антиретровирусных препаратов по ранее назначенной схеме, кроме калетры.

Доза калетры, увеличенная в III триместре беременности (по 3 таблетки   
2 раза в сутки) после родов снижается до терапевтической дозы (2 таблетки   
2 раза в сутки).

4.10. В период диспансерного наблюдения за беременной женщиной   
с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона и др.). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

4.11. В течение всего периода наблюдения беременной женщины   
с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ   
от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации незамедлительно информирует врача, ответственного за ВИЧ-инфекцию (инфекциониста);

5. Проведения экстренной профилактики передачи ВИЧ-инфекции матери   
и ребенку.

5.1. При поступлении в родильный дом (отделение) беременной женщины на родоразрешение с неизвестным ВИЧ-статусом в приемном отделении производится экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию.

Организация экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин, поступающих в родильные дома (отделения) на родоразрешение   
с неизвестным ВИЧ-статусом или имеющих эпидемиологические показания   
с использованием быстрых простых тестов позволяет с высокой степенью вероятности выявить ВИЧ-инфекцию у женщины, провести профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и снизить риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией.

*Руководителем учреждения здравоохранения приказом по учреждению определяется порядок проведения тестирования на ВИЧ-инфекцию и назначаются специалисты, выполняющие экспресс-тестирование.*

Тестирование на ВИЧ-инфекцию выполняется акушеркой, обученной данной технологии.

При поступлении беременной женщины в родильное отделение  
на родоразрешение с неизвестным ВИЧ статусом или имеющей эпидемиологические показания, в отделении незамедлительно проводится экспресс-тестирование пациентки на ВИЧ-инфекцию после получения информированного согласия пациентки.

Приемное отделение необходимо обеспечить неснижаемым запасом экспресс тест-систем для диагностики ВИЧ-инфекции.

Осуществляется забор 3-5 мл крови в чистую сухую пробирку для экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию.

Методика исследования выполняется строго в соответствии с инструкцией, прилагаемой к тест-системе.

Дежурная акушерка проводит оценку результата выполненного исследования в соответствии со временем, указанным в инструкции к тест-системе.

Окончательный результат исследования на ВИЧ-инфекцию оценивается врачом акушером-гинекологом, фиксируется в медицинской документации (истории родов) и заверяется его личной подписью.

Результат тестирования на ВИЧ-инфекцию регистрируется в Журнале учета экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции.

Необходимо обеспечить сохранность использованной тест-полоски   
до получения результата исследования на ВИЧ-инфекцию классическим иммуноферментным методом (ИФА-метод).

В лабораторию КГБУЗ «Краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» доставляется не менее 5 мл крови/сыворотки пациентки с указанием в направлении «**Cito**».

Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется   
после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции.

*Подготовка медицинского персонала родильного отделения   
по выполнению экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию осуществляется заместителем главного врача на рабочем месте с ежеквартальным принятием зачета.*

Данные о подготовке и переподготовке медицинских работников регистрируются в «Журнале подготовки медицинских работников экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию».

Внеочередная подготовка сотрудников осуществляется при появлении   
в учреждении экспресс-тестов на ВИЧ-инфекцию других производителей.

5.2. К беременным женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом относятся пациенты:

отсутствует медицинская документация (обменная карта);

отсутствуют результаты исследований на ВИЧ-инфекцию в обменной карте;

отсутствуют результаты исследований на ВИЧ-инфекцию в 36 недель беременности;

беременные женщины, употребляющие парентерально психоактивные вещества, имеющие половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером (мужем), имеющие половые контакты с партнером (мужем), употребляющим парентерально психоактивные вещества в последние 3 месяца.

Результаты выполненного экспресс-тестирования на ВИЧ-инфекцию записываются в историю родов и «журнал выполненных исследований».

Беременной женщине с неизвестным ВИЧ-статусом одновременно   
с экспресс-тестированием на ВИЧ-инфекцию осуществляется забор крови. Материал направляется в лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции   
для исследования классическим иммуноферментным методом (ИФА-метод).

Доставка крови для исследования в лаборатории диагностики   
ВИЧ-инфекции и получение результатов исследования на ВИЧ-инфекцию беременных женщин по коду 109 осуществляется в течение 3 суток.

Тестирование роженицы на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию о значении тестирования, методах профилактики передачи ВИЧ   
от матери ребенку (применение антиретровирусных препаратов, способе родоразрешения, особенностях вскармливания новорожденного (после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком,   
а переводится на искусственное вскармливание).

5.3. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию, полученного экспресс–методом, проводится экстренная профилактика   
в родильном доме (отделении) врачом акушером-гинекологом, ведущим роды.

Роженице с ВИЧ-инфекцией проводится профилактика в родильном отделении врачом акушером-гинекологом, ведущим роды.

5.4. При получении отрицательного результата на ВИЧ-инфекцию экспресс–методом экстренная профилактика проводится при наличии эпидемиологических показаний:

беременным женщинам, употребляющим парентерально психоактивные вещества;

беременным женщинам, имеющим половые контакты   
с ВИЧ-инфицированным партнером (мужем);

беременным женщинам, имеющим половые контакты с партнером (мужем), употребляющим парентерально психоактивные вещества в последние 3 месяца;

при невозможности проведения экспресс-тестирование на антитела к ВИЧ   
у роженицы.

Для проведения профилактических мероприятий беременной женщине (родильнице) и ее ребенку необходимо получить подписанное информированное согласие.

5.5. Немедикаментозные меры профилактики ВИЧ-инфекции:

При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке   
более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

Врачом-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов.

Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

Искусственное вскармливание ребенка с рождения (не прикладывать новорожденного к материнской груди).

Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний)   
до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка) перед родами   
(на сроке не ранее 32 недели беременности) более или равна 1 000 коп/мл;

б) вирусная нагрузка матери перед родами неизвестна;

в) антиретровирусная химиопрофилактика не проводилась во время беременности (или проводилась в режиме монотерапии или ее продолжительность была менее 4 недель) или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом   
не рекомендуется его проводить при безводном промежутке более 4 часов.

Окончательное решение о способе родоразрешения женщины   
с ВИЧ-инфекцией принимается врачом акушером-гинекологом, ведущим роды,   
в индивидуальном порядке, с учетом состояния матери и плода, сопоставляя   
в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка   
при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

5.6. Медикаментозная профилактика ВИЧ-инфекции (экстренная схема):

Вводить внутривенно капельно раствор зидовудина (из расчета 2 мг/ кг   
в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины) за 3 часа   
до планового кесарева сечения или незамедлительно при развившейся родовой деятельности, прекратить введение данного препарата после пересечения пуповины.

При отсутствии раствора зидовудина назначают его 300 мг в таблетках перорально с началом родовой деятельности, затем по 300 мг каждые 3 часа   
в течение всего периода родов.

Вместо зидовудина возможно использование никавира (фосфазид) перорально 600 мг с началом родовой деятельности, затем по 400 мг каждые   
4 часа до окончания родов.

Одновременновводится невирапин 200 мг в таблетках однократно   
(по возможности не позднее, чем за 2-3 часа до родоразрешения).

С первого дня после родов на 7 дней женщине назначается зидовудин   
300 мг в таблетках+ламивудин по 150 мг в таблеткахкаждые 12 часов перорально.

При наличии анемии у женщины (гемоглобин менее 75мг/л) зидовудин заменяется никавиром (фосфазид).

Проведение химиопрофилактики в родах путем назначения одной дозы невирапина допускается лишь в крайних случаях при отсутствии других препаратов.

Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

5.7. Выписка родильниц с неизвестным ВИЧ-статусом осуществляется после получения результатов исследования на ВИЧ-инфекцию из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции.

5.8. При получении отрицательных результатов на ВИЧ-инфекцию   
из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции и при отсутствии эпидемиологических показаний профилактическое лечение антиретровирусными препаратами прекращается.

При наличии эпидемиологических показаний при выписке в обменной карте женщине рекомендуется через 3 месяца пройти повторное тестирование   
на ВИЧ-инфекцию по месту жительства.

5.9. При получении положительного результата на ВИЧ-инфекцию   
из лабораторий диагностики ВИЧ-инфекции после родов врачом акушером-гинекологом родильного дома (отделения) назначается консультация врача, ответственного за ВИЧ-инфекцию (инфекциониста).

Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист) незамедлительно назначает забор крови на вирусную нагрузку РНК ВИЧ и иммунный статус   
(СД-4 клетки) для решения вопроса о продолжении антиретровирусной терапии.

5.10. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для молекулярно-генетических исследований на ВИЧ- инфекцию ( ДНК ВИЧ) с помощью вакуумных систем   
для забора крови.в специальные пробирки Кровь направляется в лабораторию КГБУЗ Красноярский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИД   
и инфекционными заболеваниями

5.11. Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается   
и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

Показаниями к назначению антиретровирусной профилактики новорожденному, рожденному от матери с ВИЧ-инфекцией, положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах, неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре являются:

возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

эпидемиологические показания:

неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально психоактивные вещества или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально в течение последних 12 недель психоактивные вещества или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией.

Новорожденному проводится гигиеническая ванна с раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды).   
При невозможности использовать хлоргексидин используется мыльный раствор.

При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки антиретровирусные препараты   
для продолжения антиретровирусной профилактики в соответствии   
с действующими современными российскими протоколами, рекомендациями   
и стандартами.

При проведении профилактического курса антиретровирусных препаратов методами экстренной профилактики, выписка из родильного дома матери   
и ребенка осуществляется после окончания профилактического курса,   
то есть не ранее 7 дней после родов.

В акушерском стационаре проводится консультирование женщин с ВИЧ   
по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации.

5.12. Врач педиатр (неонатолог) назначает ребенку зидовудин внутрь   
в сиропе из расчета 2 мг/кг (разовая доза) 4 раза в сутки или 4 мг/кг (разовая доза) 2 раза в сутки в течение 6 недель.

В случае отсутствия у матери профилактики ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами ребенку одновременнос зидовудином назначается:

невирапин внутрь в сиропе из расчета 2 мг/кг веса (разовая доза) 1 раз   
в сутки в течение 3 дней;

первая доза невирапина дается в первые часы после рождения, непозднее   
48 часов жизни ребенка;

использование одного препарата допускается только при отсутствии другого препарата.

В случаях позднего выявления ВИЧ-инфекции у матери или роды произошли вне лечебного учреждения профилактика ребенку проводится:

если возраст ребенка не превышает трех суток (72 часа);

с момента последнего прикладывания к груди прошло менее трех суток   
(72 часа);

препараты зидовудин + невирапин назначаются незамедлительно   
по той же схеме.

Проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку   
по истечении 72 часов с момента прекращения контакта считается малоэффективным.

5.13. После родов врач акушер-гинеколог родильного дома (отделения)   
в течении 10 дней направляет «Извещение о новорожденном, рожденном   
ВИЧ-инфицированной матерью» (учетная форма №309/у в соответствии   
с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных   
ВИЧ-инфицированными матерями») в КГБУЗ «Краевой центр по профилактике   
и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

6. Назначение женщине в период беременности антиретровирусных препаратов в случае острой ВИЧ-инфекции

6.1. Заражение ВИЧ-инфекцией во время беременности приводит к развитию острой стадии заболевания и значительному повышению риска передачи   
ВИЧ-инфекции ребенку.

Заражение острой ВИЧ-инфекцией во время беременности наиболее вероятно среди пациентов, имеющих эпидемиологические показания   
к проведению дополнительного исследования на ВИЧ-инфекцию:

беременные женщины, употребляющие парентерально психоактивные вещества;

беременные женщины, имеющие половые контакты   
с ВИЧ-инфицированным партнером (мужем);

беременные женщины, имеющих половые контакты с партнером (мужем), употребляющим парентерально психоактивные вещества в последние 3 месяца.

6.2. В случае выявления и сохранении во время беременности эпидемиологических показаний врачом акушером-гинекологом акушерско-гинекологического кабинета поликлиники в тот же день оформляется направление пациентки на консультацию к врачу, ответственному   
за ВИЧ-инфекцию (инфекционисту), и передаются сведения о пациентке   
в соответствии со ст.4 п.4 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ   
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в поликлинику по месту жительства;

6.3. Врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), ежемесячно   
до срока родов проводит исследование беременной женщине на антитела   
к ВИЧ-инфекции и дополнительные исследования на ВИЧ-p24Ag   
и/или молекулярно-генетические исследования на вирусную нагрузку РНК ВИЧ.

6.4. В случае положительныхрезультатов на ВИЧ-инфекцию врач, ответственный за ВИЧ-инфекцию (инфекционист), назначает беременной женщине антиретровирусные препараты независимо от срока гестации в течение всей беременности до срока родов по схеме:

зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг + калетра (лопинавир/ритонавир) 400/100 мг 2 раза в сутки. В третьем триместре беременности в данной схеме доза калеры (лопинавир/ритонавир) увеличивается до 600/150 мг 2 раза в сутки до срока родов.

**Информированное согласие**

**на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции**

**от матери ребенку во время беременности,**

**родов и новорожденному**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_\_года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов;

- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка;

- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

- все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

- как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- Проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь.

- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.

- Сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.

- Сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.

- Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, разборчиво) подпись

Приложение № 10

к приказу главного врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи   
женщинам с гинекологическими заболеваниями**

1. Медицинская помощь при гинекологических заболеваниях оказывается   
в рамках первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг)по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) независимо от форм собственности.

Правила организации деятельности гинекологического отделения медицинской организации, рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения гинекологического отделения медицинской организации определены приложениями 17 – 19 к приказу Министерства здравоохранения РФ   
от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

2. Этапность оказания медицинской помощи женщинам   
с гинекологическими заболеваниями определена приложением 20 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

3. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно – просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).

На этапе первичной медико-санитарной помощи врач акушер-гинеколог акушерско-гинекологического кабинета поликлиники взаимодействует со специалистом по социальной работе, психологом и юристом кабинета медико-социальной помощи в части осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное лечение гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, прерывание беременности при сроке до 12 недель, преконцепционная и прегравидарная подготовка.

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография или ультразвуковое исследование молочных желез, ультразвуковое исследование органов малого таза.

4. По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые женщины, не нуждающиеся   
в диспансерном наблюдении;

II группа – женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;

III группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании   
в амбулаторных условиях для уточнения (установления) диагноза при впервые установленном хроническом заболевании или при наличии уже имеющегося хронического заболевания, а также нуждающиеся в лечении в амбулаторных условиях;

IV группа – женщины, нуждающиеся в дополнительном обследовании   
и лечении в условиях стационара;

V группа – женщины с впервые выявленными заболеваниями   
или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания   
для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Женщинам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуются профилактические осмотры не реже 1 раза в год.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы   
в детородном возрасте женщины ориентируются врачом-акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

Женщинам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья,   
в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение врачом-акушером-гинекологом по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы, фоновыми заболеваниями шейки матки;

2 диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития   
и положения гениталий;

3 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

5. Врач акушер-гинеколог акушерско-гинекологического кабинета проводит профилактические осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

При наличии риска возникновения патологии репродуктивной системы   
в детородном возрасте женщины ориентируются врачом акушером-гинекологом на деторождение с последующим подбором методов контрацепции.

При наличии тяжелой экстрагенитальной патологии женщины в детородном возрасте и противопоказаний для вынашивания беременности врач акушер-гинеколог осуществляет подбор методов контрацепции.

6. Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований. Ультразвуковое исследование молочных желез и маммография осуществляется   
в поликлинике по направлению врача акушера-гинеколога гинекологического кабинета.

Женщины с выявленными кистозными и узловыми изменениями молочных желез направляются в КГБУЗ «Красноярский краевой онкологический диспансер» для верификации диагноза.

После исключения злокачественных новообразований женщины   
с доброкачественными заболеваниями молочных желез находятся   
под диспансерным наблюдением врача акушера-гинеколога поликлиники Партизанской РБ, который оказывает медицинскую помощь по диагностике доброкачественной патологии молочных желез и лечению доброкачественных диффузных изменений с учетом сопутствующей гинекологической патологии.

Медицинская помощь женщинам с целью выявления заболеваний молочных желез оказывается врачом-акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по патологии молочной железы.

7. В случае наличия показаний для оказания специализированной   
(в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи женщины   
с гинекологической патологией направляются в учреждения здравоохранения, имеющие лицензии и специалистов соответствующего профиля:

в гинекологическое отделение Партизанской РБ – женщины с гинекологической патологией для оказания специализированной медицинской помощи;

в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница» – женщины с гинекологической патологией, в т.ч. в сочетании с тяжелой соматической патологией, с тяжелыми гнойно-воспалительными акушерскими осложнениями (инфицированный септический аборт, послеродовый эндометрит, акушерский перитонит, сепсис), воспалительными заболеваниями женской половой сферы для оказания высокотехнологичных медицинских технологий;

в гинекологическое отделение перинатального центра – женщины   
с гинекологической патологией при отсутствии тяжелой соматической патологии, гнойно-воспалительных акушерских осложнений (инфицированный септический аборт, послеродовый эндометрит, акушерский перитонит, сепсис), воспалительных заболеваний женской половой сферы для оказания высокотехнологичных медицинских технологий с целью сохранения   
и восстановления анатомо-функционального состояния репродуктивной системы;

Основной задачей специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи при гинекологических заболеваниях является сохранение   
и восстановление анатомо-функционального состояния репродуктивной системы с использованием современных медицинских технологий (эндоскопических, методов вспомогательной репродукции).

Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

8. Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях стационара дневного пребывания.

8.1. В дневные стационары направляются женщины с гинекологическими заболеваниями, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур,   
но не требующие круглосуточного наблюдения и лечения,   
а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания   
в круглосуточном стационаре. Рекомендуемая длительность пребывания   
в дневном стационаре составляет 4-6 часов в сутки.

Направление на госпитализацию в дневной стационар осуществляется врачом акушером-гинекологом поликлиники. С целью госпитализации выдается направление, выписка из индивидуальной карты беременной или амбулаторной карты. При плановой госпитализации необходимое предварительное обследование, которое проводится в акушерско-гинекологическом кабинете поликлиники. Результаты обследования выдаются пациентке.

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий   
и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

проведение комплексного курсового лечения больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и беременных женщин;

продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в стационаре,   
в состоянии, не требующем наблюдения в ночное и вечернее время, в условиях активного стационарного режима.

8.2. При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного наблюдения, пациентка незамедлительно переводится в стационар круглосуточного пребывания.

Показаниями для экстренной госпитализации в круглосуточный стационар являются:

угроза жизни больной при острой гинекологической патологии;

состояние больной, требующее неотложных лечебно-диагностических мероприятий и/или круглосуточного наблюдения.

Показаниями для плановой госпитализации в круглосуточный стационар являются:

невозможность проведения лечебно-диагностических мероприятий   
в амбулаторно-поликлинических условиях;

состояние больной, требующее круглосуточного наблюдения в связи   
с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больной;

осложненная беременность;

территориальная отдаленность больной от стационара (с учетом потенциально возможного осложнения);

неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.

9. В случае наличия показаний для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» женщины края   
и г. Красноярска направляются в федеральные государственные учреждениях Российской Федерации. Лечение пациентов в федеральных учреждения здравоохранения Российской Федерации осуществляется в счет квот федерального бюджета и за счет средств краевого бюджета.

Приложение № 11

к приказу главного врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Мероприятия по организации оказания медицинской помощи девочкам**

**с гинекологическими заболеваниями**

1. Оказание медицинской помощи девочкам Партизанского района (в возрасте до 17 лет включительно) с гинекологическими заболеваниями осуществляется в рамках первичной медико-санитарной, специализированной,   
в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам включает:

профилактику нарушений формирования репродуктивной системы   
и заболеваний половых органов;

раннее выявление, лечение, в том числе неотложное, и проведение медицинских реабилитационных мероприятий при выявлении гинекологического заболевания;

персонифицированное консультирование девочек и их законных представителей по вопросам интимной гигиены, риска заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, профилактики абортов и выбора контрацепции;

санитарно-гигиеническое просвещение девочек, проводимое на территории медицинской организации, и направленное на усвоение стереотипа здорового образа жизни, приобретение навыков ответственного отношения к семье и своим репродуктивным возможностям с использованием эффективных информационно-просветительных моделей.

2. Первичная медико-санитарная помощь девочкам с целью профилактики, диагностики и лечения гинекологических заболеваний оказывается в акушерско- гинекологическом кабинете и в детской поликлинике учреждения здравоохранения, консультативной поликлинике перинатального центра и иных медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы(услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и (или) «педиатрии» независимо от форм собственности.

Медицинские организации обеспечивают доступность, междисциплинарное взаимодействие и преемственность в оказании медицинской помощи, включая применение реабилитационных методов.

3. Первичная медико-санитарная помощь девочкам в целях выявления гинекологических заболеваний организуется в амбулаторных условиях   
и в условиях дневного стационара врачом акушером-гинекологом, прошедшим тематическое усовершенствование по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей,   
а в случае отсутствия указанного врача-специалиста - любым врачом-акушером-гинекологом, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым.

Девочкам, проживающим в отдаленных и труднодоступных районах, первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами акушерами-гинекологами или врачами педиатрами в составе выездных бригад.

Врачи-акушеры-гинекологи, оказывающие медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, должны направляться на обучение на цикле тематического усовершенствования по особенностям формирования репродуктивной системы и течения гинекологической патологии у детей   
не реже 1 раза в 5 лет.

4. Основной обязанностью врача-акушера-гинеколога или другого медицинского работника при оказании первичной медико-санитарной помощи является проведении профилактических осмотров девочек в возрасте 3, 7, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики гинекологических заболеваний и патологии молочных желез.

В остальные возрастные периоды осмотр девочки проводится врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым и осуществляется направление девочки к врачу-акушеру-гинекологу в соответствии с перечнем показаний согласно приложению 21 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012   
№ 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

5. При проведении профилактических медицинских осмотров девочек декретируемых возрастов после получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство врач акушер-гинеколог или иной медицинский работник осуществляет выяснение жалоб, проводит общий осмотр, измерение роста и массы тела с определением их соответствия возрастным нормативам, оценку степени полового развития по Таннеру, осмотр и ручное исследование молочных желез и наружных половых органов, консультирование по вопросам личной гигиены и полового развития.

При профилактическом осмотре девочки в возрасте до 15 лет разрешается присутствие ее законного представителя.

6. По результатам профилактических осмотров девочек формируются группы состояния здоровья:

I группа – практически здоровые девочки; девочки с факторами риска формирования патологии репродуктивной системы.

II группа – девочки с расстройствами менструаций в год наблюдения (менее 12 месяцев); с функциональными кистами яичников; с доброкачественными болезнями молочных желез; с травмой и с острым воспалением внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания.

III группа – девочки с расстройствами менструаций в течение   
более 12 месяцев; с доброкачественными образованиями матки и ее придатков;   
с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов   
без нарушения оттока менструальной крови; с хроническими,   
в том числе рецидивирующими, болезнями наружных и внутренних половых органов при отсутствии осложнений основного заболевания,   
а также при их сочетании с экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией в стадии компенсации.

IV группа – девочки с нарушением полового развития; с пороками развития половых органов, сопровождающимися нарушением оттока менструальной крови; с расстройствами менструаций и с хроническими болезнями наружных   
и внутренних половых органов в активной стадии, стадии нестойкой клинической ремиссии и частыми обострениями, требующими поддерживающей терапии;   
с возможными осложнениями основного заболевания; с ограниченными возможностями обучения и труда вследствие основного заболевания;   
с сопутствующей экстрагенитальной, в том числе эндокринной, патологией   
с неполной компенсацией соответствующих функций.

V группа – девочки-инвалиды с сопутствующими нарушениями полового развития, расстройствами менструаций и заболеваниями наружных и внутренних половых органов.

Девочки из I и II группы состояния здоровья подлежат плановым профилактическим осмотрам врачом-акушером-гинекологом или другим медицинским работником.

Девочкам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья,   
в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Группы диспансерного наблюдения:

1 диспансерная группа – девочки с нарушением полового развития;

2 диспансерная группа – девочки с гинекологическими заболеваниями;

3 диспансерная группа – девочки с расстройствами менструаций на фоне хронической экстрагенитальной, в том числе эндокринной патологии.

7. Медицинские вмешательства проводятся после получения информированного добровольного согласия девочек в возрасте 15 лет и старше,   
а в случае обследования и лечения детей, не достигших указанного возраста,   
а также признанных в установленном законом [порядке](consultantplus://offline/ref=30E8EB09C83ECC31955195A883195C226F2E7EE0AB5641DD6381FF847D185CA75AE7C56530163183r4J9H) недееспособными,   
если они по своему состоянию не способны дать информированное добровольное согласие, - при наличии информированного добровольного согласия одного   
из родителей или иного законного представителя.

8. При наличии беременности любого срока у девочки в возрасте   
до 17 лет включительно наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства и иных медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» независимо   
от форм собственности в соответствии приложениями 1-8 настоящего приказа.

9. Медицинский работник, оказывающий первичную медико-санитарную помощь, направляет девочку с гинекологической патологией на амбулаторно-поликлинический прием к врачу акушеру-гинекологу в консультативную поликлинику перинатального центра в случаях, когда: отсутствует возможность поставить диагноз, существует необходимость проведения дополнительных методов обследования для верификации диагноза, отсутствует эффект   
от проводимой терапии, при подозрении на наличие пороков развития   
и нарушения полового развития.

Плановая госпитализация детей с гинекологической патологией (наличие пороков развития и полового созревания, с нарушениями менструации, опухолевидными образованиями женской половой сферы)   
на специализированные гинекологические койки осуществляется при наличии флюрографии (результаты действительны в течение года), маркеров гепатитов В   
и С, сифилис (в случае оперативного лечения), сведений об отсутствии контактов с детьми, заболевшими детскими инфекциями в течение 21 дня.

Критерии отбора детей с гинекологической патологией   
на специализированные гинекологические койки:

тяжесть состояния больной;

необходимость хирургического вмешательства или манипуляций   
с использованием анестезии, необходимость подбора и проведения комплексной терапии;

проведение комплексного обследования с использованием современных диагностических технологий для уточнения диагноза и для контроля   
за эффективностью терапии.

10. Плановая специализированная медицинская помощь девочкам   
с гинекологической патологией (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы) оказывается в гинекологическом отделении перинатального центра, который имеет гинекологические койки для детей   
и лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и «педиатрии».

11. Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с острыми гинекологическими заболеваниями, в т.ч. с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, оказывается с учетом состояния пациента:

в гинекологическом отделении учреждения здравоохранения по месту жительства и/или

в гинекологическом отделении учреждения здравоохранения межрайонных центров и/или

в гинекологическом отделении перинатального центра (за исключением воспалительных заболеваний женской половой сферы);

12. Экстренная и неотложная медицинская помощь девочкам с воспалительными образованиями женской половой сферы (тубоовариальная гнойная опухоль) оказывается в МБУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Красноярск;

При выполнении экстренных хирургических вмешательств на органах малого таза у девочек рекомендуется использовать малоинвазивный доступ (лапароскопия) с обеспечением сохранения функции матки и ее придатков.

13. При необходимости реабилитационного и восстановительного лечения медицинская помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями оказывается в медицинских организациях (санаторно-курортных организациях), имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

14. Девочки, достигшие возраста 18 лет, передаются под наблюдение врача-акушера-гинеколога поликлиники Партизанской РБ после оформления переводного эпикриза.

Врачи женских консультаций обеспечивают прием документов и осмотр девушки для определения группы диспансерного наблюдения.

15. Правила организации деятельности врача-акушера-гинеколога, оказывающего медицинскую помощь девочкам с гинекологическими заболеваниями, определены приложением 21 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Приложение № 12

к приказу главного врача Партизанской РБ

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

# IX. Мероприятия по организации оказания медицинской помощи женщинам

# при искусственном прерывании беременности

1. Искусственное прерывание беременности, в том числе несовершеннолетним, проводится врачом акушером-гинекологом в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» независимо   
от форм собственности.

2. Искусственное прерывание беременности проводится при наличии информированного добровольного согласия женщины.

Искусственное прерывание беременности у несовершеннолетних младше   
15 лет, а также несовершеннолетних, больных наркоманией младше 16 лет, проводится на основе добровольного информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

3. Для получения направления на искусственное прерывание беременности женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу в медицинские организации, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь   
в Красноярском крае, независимо от форм собственности.

4. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, направляет беременную женщину в [кабинет](consultantplus://offline/ref=5CF287686FD464769F3C3FEE3BB4F8060353C66F3D5E13FFFAAEC7F6A9A703ED31669C8A4E5190d5f5H) медико-социальной помощи поликлиники для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе).

5. Врач-акушер-гинеколог при обращении женщины за направлением   
на искусственное прерывание беременности производит обследование   
для определения срока беременности и исключения медицинских противопоказаний.

Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы. Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний.

При наличии других противопоказаний (заболевания, состоянии,   
при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью) вопрос решается индивидуально консилиумом врачей.

6. Перед направлением на искусственное прерывание беременности   
при сроке до двенадцати недель рекомендуется микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение основных групп крови   
(А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза.

7. Искусственное прерывание беременности в зависимости от срока беременности, показаний и противопоказаний может быть проведено   
с использованием медикаментозного или хирургического метода на основании информированного добровольного согласия женщины.

При медикаментозном методе прерывания беременности используются лекарственные средства, зарегистрированные на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкциями по медицинскому применению препаратов.

При использовании хирургического метода искусственного прерывания беременности рекомендуется вакуумная аспирация.

8. Прерывание беременности медикаментозным методом проводится   
в условиях дневного стационара в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи с периодом наблюдения   
не менее 1,5-2 часов после приема препаратов.

9. Прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) хирургическим методом (вакуумная аспирация) проводится в условиях дневных стационаров медицинских организаций и в стационаре. Продолжительность наблюдения женщины в условиях дневного стационара после произведенного без осложнений прерывания беременности определяется лечащим врачом с учетом состояния женщины, но составляет не менее 4 часов.

Искусственное прерывание беременности в ранние сроки (мини-аборты) у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (рубец на матке, внематочная беременность), миомой матки, хроническими воспалительными заболеваниями с частыми обострениями, аномалиями развития половых органов и другой гинекологической патологией, при наличии тяжелых экстрагенитальных заболеваний, тяжелых аллергических заболеваний (состояний) производится в условиях стационара.

Искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель у женщин производится в условиях стационара.

10. Перед хирургическим прерыванием беременности у первобеременных женщин во всех сроках, а у повторно беременных женщин после восьми недель   
и при наличии аномалий шейки матки (врожденных или приобретенных   
в результате оперативных вмешательств или травм) проводится подготовка шейки матки.

11. Контроль опорожнения полости матки осуществляется путем визуализации удаленных тканей. При необходимости выполняется УЗИ   
и (или) определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина количественным методом в динамике.

12. Вопрос об искусственном прерывании беременности по социальному показанию решается комиссией в составе руководителя медицинской организации, врача-акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача-акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социального [показани](consultantplus://offline/ref=27464FB9523E32D8D4A88DB0541A99BC4C993BF4FA1FC27C483166227B9C85453CB5447993B450z7s9K)я для искусственного прерывания беременности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. № 98 «О социальном показании   
для искусственного прерывания беременности».

При наличии социального показания для искусственного прерывания беременности комиссией выдается заключение, заверенное подписями членов комиссии и печатью медицинской организации.

13. Для подтверждения наличия медицинских показаний для прерывания беременности, утвержденных приказом Министерства здравоохранения   
и социального развития Российской Федерации от 3 декабря 2007 г. № 736 (зарегистрирован Минюстом России 25 декабря 2007 г. № 10807), с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г.   
№ 1661н (зарегистрован Минюстом России 3 февраля 2012 г. № 23119),   
в медицинских организациях формируется комиссия в составе врача-акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание (состояние) беременной женщины, являющееся медицинским показанием   
для искусственного прерывания беременности, и руководителя медицинской организации (далее – Комиссия).

*Персональный состав Комиссии и порядок ее деятельности определяется руководителем медицинской организации.*

При наличии медицинских показаний для проведения искусственного прерывания беременности Комиссией выдается заключение о наличии   
у беременной женщины заболевания, являющегося показанием для проведения искусственного прерывания беременности, заверенное подписями членов Комиссии и печатью медицинской организации.

14. Перед направлением на искусственное прерывание беременности   
во II триместре проводится обследование: общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический общетерапевтический, коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение антител классов M, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов M, G к антигену вирусного гепатита B и вирусному гепатиту С   
в крови, определение антител к бледной трепонеме в крови, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, анализ мочи общий, микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (трансвагинальное), регистрация электрокардиограммы, прием врача-терапевта. По показаниям проводятся консультации смежных врачей-специалистов.

15. Для прерывания беременности сроком более двенадцати недель рекомендуется медикаментозный метод.

16. При прерывании беременности во втором триместре рекомендуется проводить контроль УЗИ.

17. При наличии признаков неполного аборта и (или) обнаружении остатков плодного яйца проводится вакуумная аспирация или кюретаж.

После выделения плаценты проводится ее осмотр с целью определения целостности.

18. При проведении медикаментозного аборта антибиотикопрофилактика проводится при высоком риске возникновения воспалительных заболеваний.

19. Искусственное прерывание беременности осуществляется   
с обязательным обезболиванием на основе информированного добровольного согласия женщины.

20. После искусственного прерывания беременности женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови независимо от метода прерывания беременности проводится иммунизация иммуноглобулином антирезус Rho (Д) человека в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата.

21. После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу; предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также по предупреждению абортов и необходимости сохранения и вынашивания следующей беременности.

22. После искусственного прерывания беременности контрольный осмотр врача акушера-гинеколога при отсутствии жалоб проводится через 9-15 дней.

23. Искусственное прерывание беременности по [медицинским показаниям](consultantplus://offline/ref=B58EB2FFB2BCF9AE09DB3F4B9195161852AF13F792AFA355422BBFA91BF017EA4E7A3F5D480720w3xBK) со стороны матери при сроке до 22 недель беременности проводится в условиях гинекологического отделения КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер № 1», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского».

24. Для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) женщины при отсутствии тяжелой генитальной и соматической патологии направляются   
в гинекологическое отделение Партизанской РБ.

В сроке до 22 недель (второй триметр) при наличии тяжелой акушерской (отягощенный акушерский анамнез, более пяти беременностей, токсикоз   
с нарушением водно-электролитного баланса, гестоз, предлежание плаценты, низкая плацентация, метаболические нарушения, многоплодная беременность   
с фетофетальным синдромом) и гинекологической патологии (миома матки больше 12 недель, 2 рубца на матке, осложненное течение послеоперационного периода, опухоли гениталий, патология развития половых органов) беременные женщины направляются на прерывание беременности по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания): в гинекологическое отделение КГБУЗ «Краевая клиническая больница»;

Девочки до 17 лет включительно для прерывания беременности   
по медицинским показаниям с учетом состояния плода (наличие врожденного или наследственного заболевания) и при состоянии физиологической незрелости   
(до достижения возраста 15 лет) при сроке до 22 недель беременности (второй триместр) направляются в гинекологическое отделение МБУЗ «Родильный дом № 4» г. Красноярск;

25. Прерывание беременности (родоразрешение) по медицинским показаниям со стороны матери с 22 недель беременности проводится   
в специализированных краевых учреждениях здравоохранения и учреждениях здравоохранения г. Красноярска по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния: КГБУЗ «Краевая клиническая больница», КГБУЗ «Красноярский краевой противотуберкулезный диспансер   
№ 1», КГБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер   
им. А.И. Крыжановского».