



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

« 30 » декабря 2021 г.

№ 510-П

г. Нальчик

О маршрутизации новорожденных в Кабардино-Балкарской Республике

Во исполнение приказа Минздрава России от 15.11.2012 № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»» в целях снижения младенческой заболеваемости и смертности в Кабардино-Балкарской Республике, совершенствования маршрутизации, улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи новорожденным,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Порядок маршрутизации новорожденных на территории Кабардино-Балкарской Республики в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

1.2. Информированное согласие на транспортировку и оказание медицинской помощи в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

1.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

1.4. Информированное согласие для пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Минздраву КБР:

2.1 обеспечить оказание медицинской помощи и госпитализацию новорожденных Кабардино-Балкарской Республики в соответствии с порядком маршрутизации новорожденных на территории Кабардино-Балкарской Республики, утвержденным настоящим приказом;

2.2 обеспечить своевременную транспортировку новорожденных в ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР или ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава КБР бригадой скорой медицинской помощи или выездной неонатальной бригадой ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР в соответствии с порядком маршрутизации новорожденных на территории Кабардино-Балкарской Республики, утвержденным настоящим приказом.

3. Признать утратившим силу приказ Минздрава КБР от 19.05.2017г. № 87-П «О подготовке к вводу в эксплуатацию нового объекта государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики».

4. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на руководителей медицинских организаций.

5. Отделу информационных технологий и связей Минздрава КБР обеспечить публикацию данного приказа на сайте Минздрава КБР.

6. Отделу государственной службы, кадров и делопроизводства Минздрава КБР ознакомить с настоящим приказом заинтересованных.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Т.В.Аникушину.

Министр



Р.М.Калибатов

Заместитель министра



Т.Аникушина

Начальник отдела организации
медицинской помощи детям
и службы родовспоможения



Ю.Шогенова

Главный специалист-эксперт
отдела правового обеспечения



Б.Шхагапсоева

**Порядок маршрутизации новорожденных детей
на территории Кабардино-Балкарской Республики**

1. Новорожденные, родившиеся в родовспомогательных учреждениях II группы, нуждающиеся в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее – ОРИТн), переводятся выездной неонатальной реанимационной бригадой ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР в медицинские организации согласно таблице «Схема маршрутизации новорожденных в КБР» (п.12) при условии транспортабельности и наличия места после согласования с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом.
2. Новорожденные, родившиеся в родовспомогательных учреждениях II группы, НЕ нуждающиеся в реанимационной помощи, транспортируются в ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава КБР (далее – РДКБ) в плановом порядке бригадами скорой медицинской помощи, после согласования с заведующим отделением согласно таблице «Схема маршрутизации новорожденных в КБР». В случае перегоспитализации ребенка без матери обязательно оформление информированного согласия на медицинское вмешательство в лечебном учреждении, в которое транспортируется пациент, в соответствии с приложением №3 к настоящему приказу.
3. В случае родов на дому новорожденные госпитализируются в близлежащий акушерский стационар с матерью.
4. Дети, родившиеся в медицинских организациях, не имеющих акушерских отделений, госпитализируются в близлежащий акушерский стационар.
5. При нахождении родильницы на лечении в стационаре не акушерского профиля (кроме инфекционного), отсутствии возможности ее транспортировки на родоразрешение в акушерский стационар, родоразрешение проводится на месте врачами выездной акушерской и неонатальной бригад ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР. В дальнейшем новорожденный ребенок, нуждающийся в оказании реанимационной помощи, транспортируется выездной неонатальной реанимационной бригадой в ОРИТн ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР. При отсутствии показаний для пребывания в реанимационном отделении – в близлежащий акушерский стационар.
6. При родоразрешении женщины с инфекционной патологией (за исключением особо опасных инфекций), новорожденный переводится в мельцеровский бокс ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР и выписывается с учетом состояния ребенка в установленном порядке. В случае необходимости продолжения лечения, которое не может быть проведено в

условиях ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР, ребенок может быть переведен в другую медицинскую организацию только по истечении инкубационного периода инфекционного заболевания.

7. При родоразрешении женщины с особо опасной инфекцией, требующей изоляции в условиях инфекционного стационара (госпиталя), новорожденный остается в инфекционном стационаре до окончания инкубационного периода согласно действующим методическим указаниям и рекомендациям. Акушерско-гинекологическая и неонатальная консультативная помощь оказывается специалистами близлежащего акушерского стационара, в том числе с применением Телемедицинских консультаций. Если новорожденный по тяжести состояния нуждается в оказании реанимационной помощи, консультативную помощь оказывают специалисты выездной неонатальной бригады ГБУЗ «Перинатальный центр» Минздрава КБР.

8. При перегоспитализации пациента выездной реанимационной неонатальной бригадой в установленном порядке оформляется запись врача выездной реанимационной бригады в истории болезни пациента, карта транспортировки, информированное согласие на перевод, транспортировку и оказание медицинской помощи в ходе транспортировки и в лечебном учреждении, в которое транспортируется пациент, в соответствии с приложениями № 2 – № 4 к настоящему приказу.

9. Учреждение, из которого транспортируется пациент, предоставляет подробную выписку из медицинской карты больного с указанием ФИО матери, домашнего адреса, контактного телефона, информации о соматическом и акушерском анамнезе, течении беременности и родов, о клинических проявлениях раннего неонатального периода у ребенка с подробным описанием последовательности развития симптомов, проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, а также ксерокопии паспорта и полиса матери.

10. В соответствии с приказом Минздрава России от 13 октября 2021 г. № 987н «Об утверждении формы документа о рождении и порядка его выдачи» оформление медицинского свидетельства о рождении проводится в той медицинской организации, в акушерском отделении которой происходили роды.

11. В случае родов в стационаре медицинских организаций, не имеющих акушерских отделений, или на дому, медицинское свидетельство о рождении выдается акушерским стационаром, который принимает ребенка с матерью. При невозможности госпитализации матери и ребенка в один акушерский стационар, справка о рождении оформляется в акушерском стационаре, где находится новорожденный.

12. Схема маршрутизации новорожденных в КБР отражена в прилагаемой таблице:

Таблица. Схема маршрутизации новорожденных в КБР

№	Категория	Принимающее учреждение		
		«ПЦ»	«РДКБ»	Акушерский стационар II группы
1	Недоношенные со сроком гестации 32 недели и ниже с любой патологией, кроме хирургической, вне зависимости от места рождения	+		
2	Новорожденные, нуждающиеся в оказании реанимационной помощи и требующие высоких параметров ИВЛ, вне зависимости от места рождения	+		
3	Новорожденные, нуждающиеся в реанимационной помощи и НЕ требующие высоких параметров ИВЛ, родившиеся в родильных отделениях ЦРБ		+	
4	Новорожденные с хирургической патологией, вне зависимости от места рождения		+	
5	Новорожденные, родившиеся в «ПЦ» и находящиеся в отделении новорожденных, требующие лечения в связи с заболеваниями перинатального периода		+	
6	Новорожденные, родившиеся в «ПЦ» и находящиеся в ОРИТн	+		
7	Новорожденные, выписанные из родильных отделений с заболеваниями перинатального периода		+	
8	Новорожденные с критическими пороками сердца, нуждающиеся в транспортировке в Федеральные учреждения в неонатальном периоде, независимо от места рождения	+		
9	Новорожденные, родившиеся в медицинских организациях, вне родовспомогательных учреждений	+		
10	Новорожденные, родившиеся на дому и не требующие реанимационной помощи			Близлежащий *
11	Новорожденные, родившиеся на дому и требующие реанимационной помощи	+		

*Перинатальный центр или акушерский стационар II группы, к которым относятся:

1. ГБУЗ «Центральная районная больница» Баксанского муниципального района;
2. ГБУЗ «Межрайонная многопрофильная больница»;
3. ГБУЗ «Центральная районная больница» Майского муниципального района;
4. ГБУЗ «Центральная районная больница» г.о.Прохладный и Прохладненского муниципального района.

Главному врачу ГБУЗ «ПЦ»

ФИО законного представителя

Адрес проживания:

Паспорт

Телефон

**Информированное согласие
на транспортировку и оказание медицинской помощи**

Я (ФИО) _____,

даю согласие на транспортировку моего ребенка: мальчика (девочки)

_____ в (ГБУЗ «ПЦ» МЗ
КБР, ГБУЗ РДКБ МЗ КБР, другое учреждение (указать) _____)
на обследование и дальнейшее лечение.

О тяжести состояния, причине перевода, возможном ухудшении, осложнениях во время и после транспортировки, вплоть до летального исхода, информирована. Согласие оформлено и подписано лично в присутствии врача (фельдшера, медсестры).

Дата _____

Подпись матери (отца) _____.

Подпись врача (фельдшера, медсестры) _____.

Телефоны: Матери _____.

Отца _____.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
_____ года рождения, проживающая по адресу _____

_____ ,
гражданин РФ _____, паспорт: серия _____ номер _____, выдан: _____

_____ ,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка, признанного
недееспособным: _____

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

поставлен в известность, что я (представляемый) госпитализирован в _____

_____ (отделение, учреждение) даю информированное
добровольное согласие на медицинское вмешательство, для получения специализированной медицинской
помощи, законным представителем которого я являюсь.

Медицинским работником _____

_____ ФИО, должность медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

- Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях здоровья представляемого;

- Я ознакомлен_(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение представляемому, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, других вирусных инфекций, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных, порошковых и жидких форм внутрь, внутримышечных инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован_(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит представляемому делать во время их проведения;

- Я извещен_(а) о том, что представляемому необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден_(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил_(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на представляемого во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил_(а)

правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я согласен_(на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны

- Я ознакомлен_(а) и согласен_(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

- Разрешаю передачу информации лицам, выбранным мною, в соответствии с п5 части 3 ст 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о состоянии моего (представляемого) здоровья.

« _____ » _____ 20 ____ год

Подпись пациента (законного представителя) _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
ФИО, должность _____ подпись _____

Примечание:

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

В случаях, когда состояние пациента не позволяет выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача учреждения, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: _____

« _____ » _____ 20 ____ год

Подпись пациента (законного представителя) _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(ФИО, должность) _____ (подпись) _____

Консилиум врачей в составе:

Должность, ФИО, подпись _____

Должность, ФИО, подпись _____

Должность, ФИО, подпись _____

« _____ » _____ 20 ____ год

**Информированное согласие
для пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии**

В соответствии со статьей 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информируем Вас о том, что вашему ребенку (пациенту), законным представителем которого вы являетесь, могут быть предложены по жизненным показаниям следующие лечебно-диагностические манипуляции и методы лечения:

- искусственная вентиляция легких (ИВЛ) – проводится при помощи аппарата ИВЛ. Применяется в случае поражения легких или необходимости замещения функции органов дыхания, в связи с нарушением их нормального функционирования, вызванного различными причинами. Параметры искусственной вентиляции и длительность ее применения зависят от тяжести состояния пациента;
- катетеризация периферических и магистральных сосудов обеспечивает венозный доступ для введения лекарственных препаратов, проведения длительной инфузионной терапии и парентерального питания. Позволяет осуществлять забор крови для необходимых лабораторных исследований, контролирующих функциональное состояние здоровья пациента, а также позволяющих оценить эффективность проводимого лечения. Исключает болевой фактор при проведении заборов анализов и введении лекарственных препаратов
- люмбальная пункция, пункция желудочков мозга – проводится с лечебно-диагностической целью по строго установленным показаниям. Позволяет на ранних этапах диагностировать развитие менингита, энцефалита, кровоизлияния. Способствует нормализации внутричерепного давления. Проводится по показаниям детям с судорожным синдромом;
- пункция различных полостей (брюшной полости, перикарда, плевральных полостей и т.д). Чаще необходима как неотложная помощь при осложнениях заболеваний, позволяет купировать быстро нарастающее ухудшение состояния;
- инфузионная терапия – внутривенное вливание лекарственных веществ, создающих оптимальные условия функционирования жизнедеятельности органов и систем организма
- парентеральное питание – важная составляющая часть инфузионной терапии. Позволяет возместить недостаток питательных веществ для нормального роста и развития пациента;
- переливание крови и кровезаменителей – при наличии показаний пациенту может проводиться переливание крови и ее компонентов (эритроцитарная масса, плазма, криопреципитат и т.д.) для возмещения потерь крови, низком гемоглобине, нарушениях свертывающей системы. При данном виде лечения подписывается дополнительное информированное согласие, которое вам будет предложено;
- антибиотикотерапия – введение антибактериальных препаратов. Используется для борьбы с имеющимися очагами воспаления и позволяет защитить больной организм от инфекционных факторов внешней среды.
- иммунокоррегирующая терапия – введение препаратов, позволяющих стимулировать иммунитет, то есть защитные силы организма пациента.
- терапевтическая гипотермия- применяется у новорожденных детей, рожденных в тяжелой асфиксии для сохранности головного мозга. Проводится по показаниям у доношенных детей с использованием специального аппарата

Законные представители пациента имеют право быть информированными о состоянии здоровья, планах, методах лечения, прогнозе, возможных рисках лечения, вариантах медицинских вмешательств, их последствиях и возможных результатах проведенного лечения.

По жизненным показаниям, в критической ситуации или в случае отсутствия законного представителя пациента, вышеперечисленные и другие необходимые лечебно-диагностические манипуляции и методы лечения, способствующие своевременному выявлению и эффективности проводимого лечения в целях сохранения жизни и здоровья пациента, могут быть применены по решению консилиума без вашего согласия. (Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст 20, п 9; ст 48)

Законные представители (мать/отец,

опекун, попечитель) ФИО _____ подпись _____

Врач (ФИО, должность) _____ подпись _____

Заведующий отделением (ФИО) _____ подпись _____

« _____ » _____ 20 _____ г