



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от 14 » 12 2024 г. № 1600

г. Кострома

**«Об утверждении Порядка организации медицинской помощи  
по профилю «неонатология» на территории Костромской области»**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», в целях повышения качества оказания медицинской помощи новорождённым детям в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Костромской области, снижения младенческой смертности, в том числе неонатальной смертности,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Костромской области в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

2) протокол транспортировки новорожденных детей на территории Костромской области в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

3) схему маршрутизации новорождённых детей в Костромской области по профилю «неонатология» в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

2. Главным врачам областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Костромской области, в структуре которых находятся родильные дома (отделения), отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых, отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии, педиатрические отделения, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «неонатология»:

1) обеспечить оказание медицинской помощи новорожденным детям в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и настоящим приказом;

2) обеспечить:

- незамедлительную готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи новорожденным детям в соответствии с методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21 апреля 2010 года № 15-4/10/2-3204;

- строгий контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием и профилактикой возникновения внутрибольничной инфекции в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» и Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2017 года № 15-4/10/2-4536 «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах и детских больницах. Методические рекомендации»

- обучение медицинского персонала, присутствующего в родильном зале во время родов, на циклах тематического усовершенствования «Первичная реанимационная помощь новорожденным в родильном доме» и «Стабилизация состояния новорожденных после первичной реанимации в родильном доме» 1 раз в 5 лет;

- обучение врачей-неонатологов, врачей анестезиологов-реаниматологов в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства имени В.Н. Городкова», ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и других федеральных государственных учреждений здравоохранения;

- повышение квалификации акушерок, детских медицинских сестёр и медицинских сестёр ОРИТН/ОАР/ПИТН в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский НИИ Материнства и детства имени В.Н. Городкова» и ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- активное проведение телемедицинских консультаций (ТМК) с головным учреждением – ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- профессиональную подготовку врачей-неонатологов и врачей анестезиологов-реаниматологов, оказывающих медицинскую помощь новорожденным детям на циклах тематического усовершенствования по вопросам респираторной терапии в неонатологии 1 раз в 5 лет;

- проведение 2 раза в год тренингов оказания первичной реанимационной помощи новорожденным детям при рождении для медицинского персонала, присутствующего во время родов;

- проведение ЭКГ и ЭХО-кардиографии новорожденным детям.

3. Главному врачу ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королёва Е.И.» Храмову В.А.:

1) доукомплектовать отделение экстренной и плановой консультативной помощи анестезиологами-реаниматологами «неонатального» профиля и квалифицированными медицинскими сестрами по профилю «неонатология»;

2) возложить на медицинских сестёр ответственность за подготовку оборудования в реанимобиле и воздушном транспорте к транспортировке и помощи врачу при проведении транспортировки новорожденного ребёнка;

3) укомплектовать реанимобиль для новорожденных необходимым оборудованием;

4) обеспечить дополнительную оплату медицинским работникам выездной реанимационной неонатальной бригады за время, затраченное на стабилизацию состояния новорожденного ребёнка перед переводом.

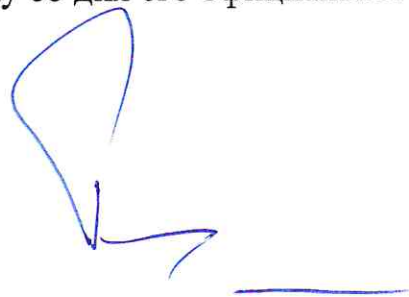
4. Главным врачам ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королёва Е.И.» Храмову В.А. и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» Федоренко А.В. обеспечить техническую готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи детям с ОНМТ и ЭНМТ.

5. Признать утратившим силу приказ департамента здравоохранения Костромской области от 15 июля 2022 года № 697 «О порядке оказания медицинской помощи новорожденным детям на территории Костромской области».

6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

7. Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Директор департамента



Н.В. Гирин

УТВЕРЖДЕН  
приказом департамента здравоохранения  
Костромской области  
от 27.12. 2024 года № 1600

**Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»  
в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения  
Костромской области**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Костромской области новорожденным детям в период от рождения и до полных 28 суток жизни, а также новорожденным старше 28 дней, находящимся на лечении в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей после окончания перинатального периода, в том числе:

- доношенным детям, родившимся при сроке беременности от 37 до 42 недель;
- недоношенным детям, родившимся при сроке беременности от 22 недель до 37 недель;
- переношенным детям, родившимся при сроке беременности 42 недели и более.

2. Медицинская помощь новорожденным детям оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

3. Медицинская помощь новорождённым детям может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

4. Первичная медико-санитарная помощь новорожденным детям включает в себя мероприятия по профилактике болезней, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, санитарно-гигиеническому просвещению родителей новорожденных детей.

5. Первичная медико-санитарная помощь новорожденным детям включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;

- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь новорожденным детям осуществляется в амбулаторных условиях медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь новорожденным детям осуществляется в амбулаторных условиях врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

6. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь новорожденным детям оказывается в медицинских организациях акушерского, неонатологического и педиатрического профиля.

7. В случае рождения ребенка в медицинской организации акушерского профиля новорожденному ребёнку оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

8. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь новорожденным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

9. Бригада скорой медицинской помощи в первые часы жизни ребенка, родившегося вне медицинской организации и нуждающегося в интенсивном лечении, доставляет новорожденного в медицинские организации педиатрического или неонатологического профиля, где ему оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях.

В случае рождения вне медицинской организации ребенка, не нуждающегося в интенсивном лечении, он переводится в медицинскую организацию акушерского профиля для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

10. Медицинская помощь при наличии состояний, которые требуют проведения интенсивной терапии, оказывается в организации, в которой проводилось родоразрешение, или в профильной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям.

11. При рождении здорового доношенного ребенка проводятся процедуры по уходу за новорожденным, в том числе направленные на поддержку грудного вскармливания и профилактику гипотермии, после чего новорожденный с матерью переводятся в послеродовое отделение.

Спустя 2 часа после рождения врач-неонатолог вносит в историю развития новорожденного запись о состоянии ребенка (при переводе его в отделение для новорожденных) в разделе «Первичный осмотр новорожденного» с обязательным указанием даты и точного времени (часы и минуты) осмотра и назначения вакцинации против вирусного гепатита В с учётом показаний/противопоказаний, после чего новорожденный с матерью переводятся в послеродовое отделение.

В случае необходимости по тяжести состояния или другим объективным причинам запись первичного осмотра новорожденного может быть выполнена ранее 2 часов после рождения с обязательным указанием даты и точного времени осмотра.

При выявлении у новорождённого клиники дыхательной недостаточности в первые минуты и часы после родов врач-неонатолог (врач-педиатр) дает оценку функции дыхания ребенка на момент перевода по шкале Silverman для недоношенных и шкале Downes для доношенных (таблица № 1, таблица № 2 приложения № 2).

В течение первых суток жизни ребенка врач-неонатолог (врач-педиатр) проводит клинический осмотр новорожденного не менее двух раз с контролем температуры тела, частоты дыхания и частоты сердцебиения. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

12. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинской сестрой каждые 3 - 3,5 часа с целью оценки состояния и при необходимости оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

13. Врач-неонатолог осматривает новорожденного ежедневно, а при ухудшении его состояния с такой частотой, которая определена медицинскими показаниями, но не реже одного раза в 3 часа. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

14. В стационарных условиях медицинской организации акушерского профиля на основании добровольного информированного согласия родителей на проведение профилактических прививок новорожденным, оформленного по рекомендуемому образцу добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 января 2009 года № 19н, осуществляется проведение профилактических прививок согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2011 года № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям». Данные о проведенных профилактических прививках вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

15. В медицинской организации акушерского, неонатологического или педиатрического профиля в сроки, установленные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 марта 2006 года № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», осуществляется забор крови новорожденного для проведения неонатального скрининга.

Перед выпиской новорожденному осуществляется аудиологический скрининг. Данные о проведенных неонатальном и аудиологическом скринингах вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

Рекомендуемое время пребывания здорового новорожденного в родильном доме 2-5 суток. В выписном эпикризе из истории развития

новорожденного ребёнка врач-неонатолог (врач-педиатр) указывает полную информацию о ребёнке, о всем проведенном объеме обследования и лечения, о вакцинации, профилактике геморрагической болезни новорождённого, неонатальном и аудиологическом скринингах.

16. Выписка новорожденного осуществляется при его удовлетворительном состоянии и отсутствии медицинских показаний к направлению в стационарные условия медицинской организации неонатологического или педиатрического профиля. Информация на амбулаторный педиатрический этап о выписке новорожденного ребёнка передается ответственным сотрудником родильного дома (отделения) в день выписки ребенка.

В соответствии с приказом департамента здравоохранения Костромской области от 13 ноября 2021 года № 877 «О внедрении раннего неонатального скрининга с целью выявления критических врождённых пороков сердца» на 2-е сутки жизни и 3-4 перед выпиской из акушерского стационара проводится неонатальный скрининг на раннее выявление критических врождённых пороков сердца, а перед выпиской, врач-неонатолог проводит специализированный осмотр и обследование новорождённого ребёнка:

- оценка цвета кожных покровов;
- оценка пульса на a. radialis и a. Femoralis;
- измерение артериального давления на правой руке и любой ноге;
- пульсоксиметрия на правой руке и любой ноге (желательно одномоментная);
- подсчёт частоты дыхания и оценка его характера;
- аускультация сердца и лёгких;
- оценка расположения сердца в грудной полости и печени в брюшной полости;
- оценка наличия синдромальной патологии и других дефектов развития;
- электрокардиографическое исследование и УЗИ сердца по показаниям.

Данные обследования вносятся в историю развития новорождённого.

Все новорождённые дети с синдромом Дауна или подозрением на другую синдромальную патологию, а также с множественными дефектами развития (вне зависимости от наличия или отсутствия шума в сердце) должны быть обследованы кардиологом в течение первых дней жизни или переведены на обследование в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

Новорождённые с подозрением на врожденный порок сердца и выявленным врожденным пороком сердца не могут быть выписаны домой из акушерского стационара без проведения ЭХО-КГ.

17. При наличии медицинских показаний первичная реанимация новорожденным после рождения осуществляется в медицинских организациях, где произошли роды, а также в машинах скорой медицинской помощи в соответствии с Письмом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 апреля 2010 года № 15-4/10/2-3204 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям».

Проведение первичной реанимации новорожденного обеспечивают следующие медицинские работники:

- врачи и фельдшеры или акушерки бригад скорой и неотложной медицинской помощи, осуществляющие транспортировку рожениц;

- врачи и медицинские работники со средним медицинским образованием акушерско-гинекологических отделений родильных домов, перинатальных центров и больниц, в обязанности которых входит оказание помощи во время родов (врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра, акушерка);

- врачи и медицинские работники со средним медицинским образованием отделений новорожденных родильных домов, перинатальных центров, детских и многопрофильных больниц (врач-неонатолог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-педиатр, медицинская сестра).

При родах, происходящих в медицинской организации акушерского профиля, присутствует врач-неонатолог, а в его отсутствие - акушерка или медицинская сестра, имеющие специальные знания, навыки и набор оборудования для оказания первичной реанимации новорожденному.

При проведении сердечно-легочной реанимации новорожденному врачу-неонатологу или медицинскому работнику со средним медицинским образованием (акушерка, медицинская сестра), который ее проводит, оказывают помощь не менее двух медицинских работников с высшим или со средним медицинским образованием.

18. В акушерских стационарах II уровня: ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королёва Е.И.» и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы», имеющих в своём составе палаты интенсивной терапии новорождённых, интенсивная терапия проводится в объеме, необходимом для полной стабилизации состояния новорождённого ребенка, включая аппаратную искусственную вентиляцию легких с последующим переводом новорождённого ребёнка в отделение реанимации и интенсивной терапии ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом транспортабельности и стабилизации состояния.

В сложных случаях консультирование проводится с привлечением дежурного врача анестезиолога-реаниматолога отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 33-14-62 или посредством проведения экстренной телемедицинской консультации с федеральными государственными учреждениями здравоохранения Российской Федерации.

19. В акушерских стационарах I уровня: ОГБУЗ «Буйская центральная районная больница», ОГБУЗ «Вохомская центральная районная больница», ОГБУЗ «Галичская центральная районная больница», ОГБУЗ «Мантуровская центральная районная больница», ОГБУЗ «Нерехтская центральная районная больница», ОГБУЗ «Шарьинская центральная районная больница имени Каверина В.Ф.» и или иных медицинских организациях, где родился ребёнок, ответственным врачом-неонатологом, врачом-педиатром или дежурным врачом-терапевтом одновременно с началом проведения



интенсивной терапии новорождённому ребёнку вызывается дежурный врач анестезиолог-реаниматолог «неонатального» профиля отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» по телефону: 8 (9442) 55-45-63 или 55-37-51 и до приезда врача анестезиолога-реаниматолога «неонатального» профиля на место, консультируются с ним по телефону.

Врач анестезиолог-реаниматолог неонатального профиля отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» совместно с медицинской организацией имеющей акушерский стационар 1 уровня, где родился новорожденный, организует лечение, необходимое для стабилизации состояния новорожденного перед транспортировкой, и после достижения стабилизации состояния и транспортабельности осуществляет его перевод в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

Решение о возможности перевода (транспортировки) новорожденного ребенка принимает анестезиолог-реаниматолог неонатального профиля отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.».

20. О всех новорождённых детях с внезапными острыми заболеваниями и состояниями представляющими угрозу жизни и сложных случаях необходимо сообщать главному внештатному специалисту неонатологу департамента здравоохранения Костромской области и/или дежурному врачу анестезиологу-реаниматологу отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 33-14-62.

21. При подозрении и (или) выявлении у новорожденного острой хирургической патологии он неотложно переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных ОГБУЗ «Костромская областная детская больница». Транспортировка проводится согласования комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортировкой и условий транспортировки с дежурным врачом детским хирургом ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 53-28-72 и дежурным врачом анестезиологом-реаниматологом отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 33-14-62.

22. При выявлении у новорожденного инфекционных заболеваний, представляющих эпидемическую опасность, его перевод осуществляется неотложно в инфекционное отделение (койки) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям.

23. При выявлении у новорожденного заболеваний, которые излечиваются в сроки не более 10 суток и не представляют эпидемической опасности для окружающих, наблюдение, обследование и лечение новорожденного осуществляется медицинской организацией, в которой

он родился, при наличии в ней условий для диагностики и лечения данного заболевания.

При отсутствии в акушерском стационаре врача-неонатолога, новорождённый ребёнок переводится на обследование и лечение в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

24. При наличии медицинских показаний для консультации и оказания медицинской помощи новорожденным привлекаются врачи-специалисты по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 октября 2015 года № 700н.

25. При наличии медицинских показаний новорожденный, не нуждающийся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

26. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у детей с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, приведенном в приложении к Положению об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 декабря 2014 года № 796н, а также при наличии у больного медицинских показаний в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 года № 617.

27. При наличии у новорожденного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 года № 1689н.

28. При подозрении у новорожденного ребенка критических врожденных пороков сердца требующих экстренного перевода в кардиохирургический центр (простая транспозиция магистральных артерий; синдром гипоплазии правых отделов сердца или левых отделов сердца, критическая коарктация/перерыв дуги аорты; критический стеноз/атрезия лёгочной артерии; критический стеноз клапана аорты; аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии) или подозрение на врожденный порок сердца при которых оперативное вмешательство показано в первый месяц жизни (общий артериальный ствол; тотальный аномальный дренаж лёгочных вен; единственный желудочек сердца; атрезия трёхстворчатого клапана; атриовентрикулярная коммуникация полная форма; умеренная КА с признаками нарастания градиента; умеренный стеноз ЛА с нарастанием градиента) проводится экстренная телемедицинская консультация с ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

29. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «неонатология», осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями к настоящему приказу.

30. В случае отказа родителей новорожденного от родительских прав или в случае, если родители оставили новорожденного в медицинской организации акушерского профиля без оформления документов, новорожденный подлежит переводу в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

31. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием неонатологической медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых реакций у новорожденного, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

32. В случае ухудшения состояния новорождённого после выписки из акушерского стационара (родильного дома) на дому, новорождённые дети из муниципальных образований Костромской области (исключая Костромской район и г. Кострому) госпитализируются в педиатрические палаты (боксы) ближайших медицинских организаций Костромской области с последующей медицинской перегоспитализацией в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» с учётом транспортабельности и медицинских показаний;

новорожденные дети из Костромского района и г. Костромы госпитализируются в ОГБУЗ «Костромская областная детская больница».

УТВЕРЖДЕНО  
приказом департамента здравоохранения  
Костромской области  
от 27.12 2024 года № 1000

Положение о порядке транспортировки новорождённых детей  
на территории Костромской области

I. Порядок подготовки новорождённого ребёнка к перегоспитализации на этапе акушерского стационара.

1. В течение 2-х часов от момента рождения недоношенного ребёнка, констатации тяжёлого состояния или любых сомнений, возникающих при оценке состояния и проведении терапии у новорождённого ребёнка, врач акушерского стационара (врач-неонатолог, педиатр, анестезиолог-реаниматолог или акушер-гинеколог) (далее – врач акушерского стационара), в котором осуществляется курация ребенка, должен обратиться за консультативной помощью и решением вопроса о перегоспитализации новорождённого ребёнка к дежурному фельдшеру отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ Костромская областная клиническая больница (далее – санавиация) по телефону: 8 (9442) 55-45-63 или 55-37-51.

2. Дежурный фельдшер санавиации:

1) фиксирует в журнале: дату, время обращения, место рождения (акушерский стационар), фамилию ребёнка, пол, дату и время рождения, срок гестации, антропометрические данные (вес, рост), оценку по шкале Апгар, оценку состояния новорождённого;

2) связывает врача акушерского стационара с врачом анестезиологом-реаниматологом «неонатального» профиля санавиации;

3) в случае необходимости организует выезд врача анестезиолога-реаниматолога «неонатального» профиля и медицинской сестры «неонатального» профиля;

3. Врач акушерского стационара:

- созванивается с дежурным врачом санавиации, консультируется, информирует о состоянии пациента, ведущих синдромах, проблемах и проводимом лечении;

- по показаниям осуществляет вызов дежурного врача санавиации на консультацию повторным звонком на санавиацию;

- все рекомендации дежурного врача санавиации заносит в историю развития новорожденного с указанием даты и времени консультации, ФИО консультировавшего по телефону специалиста;

- в случае отказа врача санавиации приехать на консультацию, врач акушерского стационара обязан зафиксировать данный факт в истории развития новорождённого.

#### 4. Дежурный врач санавиации:

- в телефонном режиме даёт рекомендации по диагностическим мероприятиям и лечению, с целью улучшения состояния новорождённого и подготовки его к транспортировке;
- сообщает время своего выезда для проведения перегоспитализации новорождённого ребёнка.

5. Врач акушерского стационара до приезда консультанта в ходе подготовки новорожденного ребенка к транспортировке врач акушерского стационара обязан:

1) строго соблюдать все четыре принципа готовности к перегоспитализации, к которым относятся: нормальная температура тела, удовлетворительные сердечная деятельность и показатели центральной гемодинамики с адекватной микроциркуляцией, удовлетворительные показатели оксигенации, то есть должна быть обеспечена адекватная респираторная поддержка, нормальный уровень глюкозы в крови.

2) оценивать тяжесть дыхательной недостаточности у новорождённых детей с дыхательными нарушениями не находящемся на ИВЛ каждые 30 минут по специальным шкалам:

- доношенных новорождённых детей по шкале Downes;
- недоношенных новорождённых детей по шкале Сильвермана;

3) вклеить в историю развития новорожденного результаты оценки тяжести дыхательной недостаточности по шкале Downes или по шкале Сильвермана;

4) передать информацию дежурному врачу санавиации о тяжести дыхательных нарушений согласно оценке по шкале Downes или по шкале Сильвермана;

5) отразить в медицинской документации и в переводном эпикризе все обсуждаемые клинические симптомы, их динамика и основные показатели: температура тела (аксиллярная), ЧСС, ЧД, сатурация, симптом белого пятна, пульсация на периферических артериях, АД с обязательным указанием среднего АД, темп диуреза, гликемия;

6) зафиксировать все назначения в индивидуальном листе интенсивной терапии (таблица № 3 приложения № 2);

7) при наличии показания для перегоспитализации:

- информировать мать о необходимости перегоспитализации ребенка и подготовке к ней;

- подготовить пакет сопроводительных документов, который включает: выписной эпикриз (форма № 3 приложения № 2), ксерокопии паспорта, страхового полюса и СНИЛС матери;

- зафиксировать в переводном эпикризе факт осведомленности матери о перегоспитализации, закрепив согласие матери на перевод, обследование и лечение (консервативной и оперативное) ее подписью.

II. Порядок взаимодействия врача акушерского стационара с дежурным врачом санавиации.

1. В случае поступления одновременно двух вызовов дежурный врач санавиации определяет приоритетность выездов.

На территории Костромской области приоритетным должен быть выезд к новорожденному, находящемуся в тяжелом состоянии в медицинскую организацию с наиболее слабой материально-технической базой и отсутствием возможности оказания помощи новорожденному врачом-неонатологом.

2. Тактическое решение о переводе новорожденного принимает врач санавиации.

3. Врач санавиации:

- по приезду в акушерское учреждение фиксирует в истории развития новорождённого дату и время приезда, оценивает тяжесть состояния новорождённого по КШОНН (таблица № 3 приложения № 2);

- выполняя мероприятия по стабилизации состояния новорожденного и готовя его к транспортировке, осуществляет запись в истории развития новорожденного по стандартной схеме (форма № 1 приложения № 2), согласно инструкции (таблица № 4 приложения № 2);

- все назначения по стабилизации новорождённого ребёнка в акушерском стационаре дежурный врач санавиации вносит в лист интенсивной терапии (форма № 2 приложения № 2) в истории развития новорожденного, который ведется врачом акушерского стационара.

4. К моменту приезда санавиации должен быть готов переводной эпикриз (форма № 3 приложения № 2) в двух экземплярах, оригинал передается санитарной авиации, копия остается в истории развития новорожденного на месте; а также необходимые данные: паспортные, сведения о страховом полисе матери.

5. Дежурный фельдшер санавиации несет ответственность за подготовку реанимационного места в реанимобиле к транспортировке.

6. В ходе транспортировки дежурный врач санавиации продолжает все необходимые мероприятия по поддержанию жизнедеятельности ребенка (соблюдение температурного режима, ИВЛ, инфузионная терапия, инотропная поддержка, противосудорожная терапия и т.д.).

7. Любые инвазивные манипуляции, выполняемые у новорожденного ребенка дежурным врачом неонатальной реанимационной бригады санавиации на базе акушерского стационара, должны иметь четкое обоснование и добровольное информированное согласие законного представителя ребенка, зафиксированное в истории развития;

8. В ходе транспортировки новорожденного дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации фиксирует основные витальные функции: ЧСС, ЧД, АД, сатурацию и температуру тела.

9. Карта транспортировки новорожденного (форма № 4 приложения № 2) заполняется согласно инструкции (таблица № 5 приложения № 2). Карта транспортировки оформляется в двух экземплярах, оригинал остается в истории болезни принимающего стационара, копия передается на санавиацию.

III. Показаниями для перевода новорожденного являются следующие состояния (при отсутствии противопоказаний для транспортировки) :

1. хирургическая патология новорожденных (в максимально сжатые сроки). Транспортировка проводится после совместного определения комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортирной подготовке и условий транспортировки с дежурным отделением детской хирургии ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 53-28-72;

2. дыхательная недостаточность любой степени тяжести;
3. нарушения гемодинамики;
4. инфекционные заболевания (в максимально сжатые сроки);
5. гемолитическая болезнь новорожденного и другие патологические желтухи;
6. геморрагическая болезнь новорожденного и другие нарушения гемостаза;
7. брадикардия и/или апноэ, нарушения сердечного ритма;
8. врожденные аномалии (в том числе ВПС, особенно при подозрении на дуктус-зависимые ВПС);
9. тяжелая и среднетяжелая (по показаниям) перинатальная асфиксия, тяжелая и среднетяжелая церебральная ишемия;
10. срок гестации 34 недели и менее и/или вес при рождении < 2200 гр.;
11. гематологические отклонения (тромбоцитопения, среднетяжелая и тяжелая анемия, выраженные бактериальные сдвиги);
12. другие клинические состояния, которые требуют интенсивной терапии (метаболические заболевания, внутричерепное кровоизлияние и др.) или курации новорожденного в условиях второго этапа выхаживания.

IV. Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке.

Транспортировка противопоказана до купирования следующих патологических состояний:

1. наличие у больного положительной «пробы на перекладывание»;
2. некупированное кровотечение;
3. некупированные судороги;
4. наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.);
5. некупированная пароксизмальная тахикардия;
6. некупированная гипертермия выше 39°C;
7. ректальная гипотермия менее 36°C (за исключением случаев, где требуется терапевтическая гипотермия).

Не рекомендуется транспортировка новорожденного ребенка в тяжелом состоянии в случае:

1. отсутствия венозного доступа;



2. наличия некупированной артериальной гипотонии, декомпенсированных нарушений периферического кровообращения;
3. сатурации крови кислородом менее 80%, при отсутствии ВПС;
4. наличия тяжелой анемии - гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%;
5. тяжелой тромбоцитопении менее 30000 и геморрагических нарушений на этом фоне;
6. потребности в жестких параметрах ИВЛ.

V. Порядок взаимодействия дежурного врача неонатальной реанимационной бригады санавиации и врача анестезиолога-реаниматолога (неонатолога) второго этапа выхаживания (порядок передачи больного в профильное отделение).

1. Дежурный врач санавиации:

1) находясь в акушерском стационаре, объективно информирует врача принимающего стационара о состоянии новорожденного, о ведущих синдромах и методах их коррекции. Сообщает температуру в кувезе, необходимую для поддержания температуры тела новорожденного в пределах 36,5 - 37,5°C, параметры ИВЛ, скорость волемиической нагрузки и дозу инотропных препаратов;

2) информирует стационар о всех осложнениях и ситуациях, сопровождающихся ухудшением состояния новорожденного в дороге, и методах их коррекции;

3) самостоятельно поднимает новорожденного в отделение;

2. Передача дежурным врачом санавиации и прием врачом анестезиологом-реаниматологом (или врачом-неонатологом) новорожденного, находящегося в тяжелом состоянии, осуществляется непосредственно в отделении.

3. Дежурный врач санавиации и врач, принимающий ребенка, на месте совместно осуществляют термометрию и фиксируют указанный показатель в карте транспортировки с указанием времени измерения температуры тела новорожденного. Совместно оцениваются такие показатели как ЧСС, ЧД, АД и сатурация крови кислородом по данным монитора, с фиксацией последних в момент передачи в карте транспортировки. Указанная информация подкрепляется подписями обеих сторон. Градусники, которыми осуществляется измерение температуры тела у новорожденного, должны проходить регулярную поверку и замену по мере выхода из строя. Предпочтение должно оставаться за электронными градусниками. Измерение температуры тела новорожденного неисправными градусниками является недопустимым.

4. После транспортировки пациента дежурный врач санавиации передает необходимую сопроводительную документацию (карта транспортировки) врачу профильного специализированного отделения.

5. После транспортировки новорожденного дежурным фельдшером санитарной авиации с использованием необходимого расходного материала

(контур для аппарата ИВЛ, назальные канюли и прочие приспособления) осуществляется текущая дезинфекция указанных материалов и оборудования, а также салона автомобиля в случае наличия инфекционной патологии у новорожденного;

6. В истории болезни врач стационара в первичном статусе фиксирует температуру тела новорожденного с указанием времени измерения.

7. Транспортировка новорожденного из машины до подготовленного реанимационного места осуществляется с соблюдением необходимых условий (транспортный инкубатор с аппаратной ИВЛ, ИВЛ мешком Амбу с подачей кислорода по необходимости).

8. К моменту поступления новорожденного в стационар в нем должно быть подготовлено реанимационное место.

VI. Готовность отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на базе ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» к приему новорожденного в тяжелом состоянии.

Подготовка места подразумевает нагретый кувез, настроенный аппарат ИВЛ с заданными параметрами, подготовленные инфузионные помпы с инотропными и вolemическими препаратами, работающее мониторное обеспечение. При необходимости должен быть настроен и подключен аппарат активной аспирации. Полная готовность аппаратуры должна быть проконтролирована врачом анестезиологом-реаниматологом принимающей медицинской организации.

Модифицированная форма оценки тяжести РДС  
(модифицированная шкала Downes)

Оценка тяжести дыхательной недостаточности проводится в случаях развития дыхательной недостаточности после рождения у доношенного новорождённого ребёнка.

Баллы	Частота дыхания	Цианоз	Втяжение грудной клетки	Затруднённый выдох (стон)	Характер дыхания при аускультации
0	<60	нет при 21% O <sub>2</sub>	нет	нет	пузырьное
1	60-80	есть, исчезает при 40% O <sub>2</sub>	умеренное	выслушивается стетоскопом	изменено или ослаблено
2	>80 или апноэ	исчезает при O <sub>2</sub> >40%	значительное	слышно на расстоянии	плохо проводится

Оценка тяжести РДС по модифицированной шкале Downes

Клинические критерии	Дата осмотра _____								
	Время осмотра _____								
Частота дыхания									
Цианоз									
Втяжение грудной клетки									
Затруднённый выдох (стон)									
Характер дыхания при аускультации									
<b>ВСЕГО баллов</b>									

Подпись врача-неонатолога \_\_\_\_\_

## Шкала Сильвермана

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

## Оценка тяжести РДС по шкале Сильвермана

Клинические критерии	Дата осмотра _____									
	Время осмотра _____									
Движение грудной клетки										
Втяжение межреберий										
Втяжение грудины										
Положение нижней челюсти										
Дыхание										
<b>ВСЕГО баллов</b>										

Подпись врача-неонатолога

\_\_\_\_\_

## Оценка тяжести состояния ребёнка при осмотре по шкале КШОНН\*

№	Системы	Баллы	Клинические маркеры	Время транспортировки		
				Перед	В пути каждые 3 часа	После
1.	ЦНС	2	отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия			
		1	мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр			
		0	нормальные рефлексы, нормальный тонус			
2.	Дыхательная система	2	нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку			
		1	нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер			
		0	обходится без кислорода			
3.	Сердечно-сосудистая система	2	выраженная брадикардия (<100 уд. в мин.) или тахикардия(>170 уд. в мин.), артериальная гипотония			
		1	умеренная тахикардия (160-170 уд. в мин.)			
		0	нормальная ЧСС, нормальное АД			
4.	Печень	2	увеличена более 2 см			
		1	увеличение печени менее 2 см			
		0	размеры печени не увеличены			
5.	Мочевыделительная система	2	анурия, гематурия			
		1	олигоурия			
		0	нормальный почасовой диурез			
6.	Кожа	2	выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера			
		1	умеренная бледность с периоральным и акроцианозом			
		0	нормальная окраска кожи			
7.	Температура тела	2	гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°)			

		1	умеренная гипотермия (36,4° - 36,0°C)			
		0	нормальная температура (36,5° - 37,2°C)			

\*По шкале КШОНН проводится оценка состояния как недоношенного, так и доношенного новорождённого.

Показания к межгоспитальной транспортировке недоношенных новорожденных определяются по шкале КШОНН в зависимости от количества баллов:

1-2 балла – среднетяжёлое состояние, новорождённый может оставаться в акушерском учреждении 1 и 2 го уровня;

3-5 баллов – тяжёлое состояние, требуется транспортировка в отделение патологии новорождённых (далее ОПН) или отделение недоношенных детей (далее ОНД);

6-8 баллов – очень тяжёлое состояние, требуется транспортировка в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых (далее ОРИТН) на 3 уровень;

9-14 баллов – крайне тяжёлое состояние; транспортировка противопоказана, требуется стабилизация состояния новорождённого ребёнка.

Карта-вкладыш в историю развития новорожденного  
и медицинскую карту стационарного больного

История развития новорожденного № \_\_\_\_\_ ФИО матери \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

Возраст \_\_\_\_\_ час.

Врач РКБ \_\_\_\_\_ Дата работы

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. и Время работы

с \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин. по \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

Цель выезда \_\_\_\_\_

Состояние новорожденного \_\_\_\_\_ t тела \_\_\_\_\_ °C

Тяжесть состояния обусловлена \_\_\_\_\_

**Кожные покровы** \_\_\_\_\_

**Неврологическая симптоматика:**

Коммуникабельность \_\_\_\_\_

Крик \_\_\_\_\_ Двигательная активность \_\_\_\_\_

Рефлексы \_\_\_\_\_

Мышечный тонус \_\_\_\_\_ Большой родничок \_\_\_\_\_

Зрачки \_\_\_\_\_ фотореакция \_\_\_\_\_ судороги \_\_\_\_\_

другие особенности \_\_\_\_\_

**Сердечно сосудистая система:**

ЧСС \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ среднее АД \_\_\_\_\_ симптом белого пятна \_\_\_\_\_ сек.

Пульсация на a.radialis \_\_\_\_\_

на a. femoralis \_\_\_\_\_

Тоны сердца \_\_\_\_\_ шум \_\_\_\_\_

**Дыхание:**

Частота дыханий \_\_\_\_\_ Апноэ \_\_\_\_\_ Оценка по шкале Доунса/Сильвермана \_\_\_\_\_

Оксигенотерапия \_\_\_\_\_

Сатурация \_\_\_\_\_ % Интубационная трубка: № \_\_\_\_\_ Глубина стояния \_\_\_\_\_ (см)

Отделяемое из трахеи \_\_\_\_\_

**Параметры ИВЛ:**

Указать название аппарата ИВЛ \_\_\_\_\_

Режим вентиляции \_\_\_\_\_ PIP \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ MEAN \_\_\_\_\_ FIO2 \_\_\_\_\_ Fset \_\_\_\_\_ Tin \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

Синхронизация \_\_\_\_\_

Экскурии грудной клетки \_\_\_\_\_

Равномерность проведения дыхания \_\_\_\_\_

Хрипы \_\_\_\_\_

Рентгенограмма грудной  
клетки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Желудочно - кишечный тракт:**

Питание \_\_\_\_\_

Отделяемое из желудка \_\_\_\_\_

Вздутие живота \_\_\_\_\_ перистальтика \_\_\_\_\_

Печень \_\_\_\_\_ Селезенка \_\_\_\_\_ Стул \_\_\_\_\_

Другие особенности \_\_\_\_\_

**Выделение:** введено жидкости всего (до приезда бригады) \_\_\_\_\_

Отеки \_\_\_\_\_ Диурез = \_\_\_\_\_ мл/кг/час

Общий анализ крови (особенности) \_\_\_\_\_

Уровень глюкозы в крови \_\_\_\_\_

Катетеризация вены \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** \_\_\_\_\_

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

**ДИАГНОЗ:** \_\_\_\_\_

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

**Динамика состояния за период наблюдения:**

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

Время	АД	ЧСС	ЧД	SatO2	t тела	С-м белого пятна	Респираторная терапия с указанием параметров искусственной вентиляции легких						
							FiO2	PIP	PEEP	Fset	Mean	Tin	DO

\_\_\_\_\_





Инструкция по заполнению  
«Карты-вкладыша в историю развития новорожденного и медицинскую  
карту стационарного больного»

1.	Представляет собой документ формата А-4.
2.	Карта - вкладыш предназначен для записи в историю болезни пациента, к которому пребывала бригада.
3.	Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ.
4.	В графе «цель выезда» следует указать, с какой целью была направлена к новорожденному выездная реанимационная бригада (консультация на месте, решение вопроса о переводе, выполнение планового перевода, выполнение манипуляций и пр.).
5.	В графе «состояние больного» должна быть указана степень тяжести состояния (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное).
6.	Описывается динамика состояния за время наблюдения врача выездной бригады.
7.	Отдельно описываются все манипуляции и лечебные мероприятия, проводимые врачом выездной бригады на месте.
8.	При принятии решения о перегоспитализации новорожденного проводится проба на перекладывание.
9.	В графе «заключение» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады описывает свое диагностическое представление о больном, включая выделение ведущих звеньев патогенеза, показания или противопоказания к транспортировке. В конце указывается риск транспортировки.
10.	В графе «диагноз» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады выставляет свой предварительный диагноз.
11.	Карта - вкладыш заполняется в двух экземплярах, один из которых вклеивается в историю развития новорожденного или медицинскую карту стационарного больного, к которому была направлена реанимационная бригада, копия доставляется главному неонатологу Костромской области.

## ЛИСТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия \_\_\_\_\_  
 возраст \_\_\_\_\_ Группа крови \_\_\_\_\_ резус \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_

Вес \_\_\_\_\_ (- \_\_\_\_\_)  
 Вес при рождении \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

НАЗНАЧЕНИЯ					
Кувез, t = _____ °C, влажность = _____ % / Кроватка с лучистым теплом / без лучистого тепла					
Шапочка / гнездо / затемнение кувеза / смена положений через каждые 3 часа					
Оксигенотерапия через назальные канюли / маску / палатку, FiO2 = _____ % , поток л/мин					
ИВЛ _____ сутки, указать аппарат ИВЛ:					
Режим ИВЛ: A/C SIMV IMV IPPV CPAP					
Мониторинг ЧСС, ЧД, АД, SatO2 <span style="float: right;">ФОТОТЕРАПИЯ 24 часа непрерывно</span>					
Санация трахеобронхиального дерева и носоглотки по необходимости / через _____ часа					
№	Медикаментозные препараты	Доза	Кратность введения	Часы введения	Путь введения
СПЖ = _____ мл/кг    БЕЛОК = _____ г/кг    ЖИР = _____ г/кг    ККАЛ = _____ на кг					
ГЛЮКОЗА = _____ %    нагрузка глюкозой = _____ мг/кг/мин					



## АНАЛИЗЫ

НАЗНАЧЕНИЕ	Время	НАЗНАЧЕНИЕ	Время
Общий анализ крови+тромб+ретик		Мазок из желудка по Грамму	
Время свертывания		Смыв из носогл / уха / ануса на флору	
Уровень глюкозы в крови		Общий анализ мочи	
Венозный гематокрит		Копрограмма	
Группа крови и резус-фактор		ПЦР крови / ликвора / носоглотки	

Вес в \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ (- \_\_\_\_\_ )

Подпись медсестры \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ (из родильного дома)

ФИО матери \_\_\_\_\_

возраст \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

Дата родов: ____/____/____	Апгар: ____/____/____	Гепатит В: серия ____/____/____
Время: _____:_____	Вес: _____г.	БЦЖ-М: серия ____/____/____
Пол: муж / жен	Длина: _____см	Неонатальный скрининг: ____/____/____
Гр. крови матери: ( )Rh	Окр. голо вы: _____см	Аудиоскрининг: ____/____/____
Гр. крови ребенка: ( )Rh	Окр. груд и: _____см	прошел / не прошел

**Анамнез:**

Вредные привычки: курение , алкоголь , наркомания  –

Соматические заболевания: \_\_\_\_\_

ВИЧ \_\_\_\_\_ RW \_\_\_\_\_ HbsAg \_\_\_\_\_ гепатит С \_\_\_\_\_ другие \_\_\_\_\_

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция: \_\_\_\_\_

Предыдущие беременности: аборт  \_\_\_\_\_, выкидыш  \_\_\_\_\_, замершая беременность  \_\_\_\_\_, преждевременные роды  срочные роды

**Настоящая беременность:** \_\_\_\_\_ На учете в ж/к с \_\_\_\_\_ нед. / не наблюдалась

Течение беременности: \_\_\_\_\_

Титр антител (при наличии) \_\_\_\_\_

Прием антибиотиков: препарат \_\_\_\_\_ срок беременности \_\_\_\_\_ нед.

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

Профилактика ВИЧ: не проводилась / проводилась

УЗИ данные: \_\_\_\_\_

**Роды** \_\_\_\_\_ при сроке гестации \_\_\_\_\_ нед. Предлежание головное / ягодичное / ножное / поперечное. Кесарево сечение ДА / НЕТ, экстренное ДА / НЕТ. Показания \_\_\_\_\_







Энтеральное питание «_____», мл										
Уровень глюкозы в крови, ммоль/л										
Динамика веса										

Медикаментозная терапия

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Доза в мг/кг/сут	Кратность введения	Путь введения	Часы введения

**ДИАГНОЗ** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Переводится в ЛПУ** \_\_\_\_\_

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

**КАРАНТИН: НЕТ / ДА**

**Мать ребенка на перевод в \_\_\_\_\_ согласна \_\_\_\_\_**

Карта транспортировки новорожденного

Дата транспортировки « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 ФИО матери ребенка \_\_\_\_\_ пол  
 МУЖ // ЖЕН  
 Дата рождения « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут  
 Адрес \_\_\_\_\_  
 ДИАГНОЗ \_\_\_\_\_  
 Перегоспитализация: (куда) \_\_\_\_\_  
 Подготовка к транспортировке: с \_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут по \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут  
 МЕРОПРИЯТИЯ на месте: \_\_\_\_\_  
 ТРАНСПОРТИРОВКА: Время выезда « \_\_\_\_\_ » \_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час  
 \_\_\_\_\_ мин.  
 Время в пути \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут. НА РУКАХ // В КУВЕЗЕ.  
 Респираторная терапия аппаратом ИВЛ в режиме IPPV // CP AP // IMV:  
 PIP \_\_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ FI02 \_\_\_\_\_ Fset \_\_\_\_\_ Tin \_\_\_\_\_ Tex \_\_\_\_\_ Mean \_\_\_\_\_  
 Инфузионная терапия: НЕТ // ПРОВОДИЛАСЬ: \_\_\_\_\_  
 В/в струйно: НЕТ // ДА:  
 Другие манипуляции: \_\_\_\_\_  
**Введение сильнодействующих и психотропных препаратов:** Наименование: \_\_\_\_\_  
 Доза: \_\_\_\_\_  
 Цель введения: \_\_\_\_\_  
 Время: \_\_\_\_\_  
**МОНИТОРИНГ** (каждые 30 мин. транспортировки кроме t тела, которая измеряется в начале, середине и конце пути):

Время								
ЧСС								
АД								
ЧД								
Sat02								
t тела								

Состояние больного за время транспортировки: без ухудшения // с ухудшением. На момент передачи ребенка: ЧСС \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_ ЧД \_\_\_\_\_ Sat02 \_\_\_\_\_ Температура тела \_\_\_\_\_ °C

С больным переданы следующие документы (НЕТ): \_\_\_\_\_  
 Дата и время передачи новорожденного « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ минут  
 Бригада: Врач \_\_\_\_\_ Медсестра \_\_\_\_\_

Подпись врача, принявшего новорожденного ребенка в отделение \_\_\_\_\_

Инструкция по заполнению «Карты  
транспортировки новорожденного»

1.	Представляет собой документ формата А-4.
2.	Карта предназначена для предоставления информации врачу отделения, в которое переводится пациент.
3.	Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ.
4.	Графа «транспортировка» включает: точное время в пути (часы и минуты), в кувезе или на руках находился больной, описание респираторной терапии с указанием параметров, описание инфузионной терапии проводимой в пути, болюсное введение медикаментов с подробным описанием (наименование препарата, доза, время введения).
5.	Графа «введение психотропных и сильнодействующих препаратов» служит для описания применения соответствующих медикаментов.
6.	<b>ВНИМАНИЕ!</b> Указав наименование препарата, показание к использованию, введенную дозу и точное время введения, врач должен поставить свою подпись. Медицинская сестра, исполнив распоряжение врача, обязана сделать в карте транспортировки соответствующую запись, заверить её подписью с указанием времени выполнения назначения. Данная запись удостоверяется подписью врача.
7.	В графе «мониторинг» врач-анестезиолог-реаниматолог бригады не реже одного раза в 30 минут отмечает витальные показатели пациента за время транспортировки: пульс, артериальное давление, частоту дыхания, сатурацию крови кислородом и температуру.
8.	В графе «состояние больного за время транспортировки» врач указывает наличие или отсутствие ухудшения состояния, возникшее во время перегоспитализации.
9.	В графе «дата и время передачи новорожденного» время передачи больного под наблюдения медицинского персонала должно быть указано с точностью до минуты.
10.	Карта транспортировки должна быть заверена подписью врача-анестезиолога-реаниматолога РКБ с отчетливым написанием своей фамилии и фамилии медицинской сестры, а также подписью врача того отделения, в которое доставлен новорожденный.
11.	Карта транспортировки заполняется в двух экземплярах, один экземпляр передается врачу, принимающему больного, другой (копия) - главному неонатологу Костромской области.

