

Приказ № 868 от 22.10.202

«Об утверждении «Истории развития новорожденного» (форма №097/у) и мониторинге индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным согласно международных стандартов»

В целях усовершенствования системы сбора, регистрации и учета данных о здоровье новорожденных в соответствии с современными международными рекомендациями, утвержденными клиническими протоколами и стандартами, интеграцией индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным в существующую учетно-отчетную документацию, а также в рамках реализации программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030гг. «Здоровый человек – процветающая страна» в области охраны материнства и детства

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые:
 - 1.1. форма № 097/у «История развития новорожденных», с приложениями с 1 по 7 (Приложение 1):
 - 1.1.1. «Карта новорожденного» (форма № 097-1/у) Приложение 1;
 - 1.1.2. «Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале» (форма № 097-2/у) Приложение 2;
 - 1.1.3. «Дневник наблюдения матери за новорожденным» (форма № 097-3/у) Приложение 3;
 - 1.1.4. «Карта наблюдения за кормлением грудью» (форма № 097-4/у) Приложение 4;
 - 1.1.5. «Лист добровольного информированного согласия/ отказа» (форма № 097-5/у) Приложение 5;
 - 1.1.6. «Карта интенсивного наблюдения и лечения новорожденного в ОРИТ/ ПИТ» (форма № 097-6/у) (Приложение 6);
 - 1.1.7. «Лист консультаций узких специалистов» (форма №097-7/у). (Приложение 7)

1.2. Инструкцию по заполнению вышеперечисленных форм (Приложение 2);

2. Перечень индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным в организациях здравоохранения, национальных индикаторов «Плана действий программы Каждый новорожденный (ПДКН/ENAP)», Целей устойчивого развития и первого «Национального отчета по результатам конфиденциального перинатального аудита 100 случаев в Кыргызской Республике» (Приложение 3).

2.1. Координаторам здравоохранения областей и г. Ош, начальнику управления здравоохранения мэрии г. Бишкек, директорам Областных медико-информационных центров, руководителям республиканских организаций здравоохранения, оказывающих услуги по родовспоможению, ООБ, районных и городских ТБ, ЦОВП, ЦСМ с родильными койками при ГСВ обеспечить внедрение вышеуказанных форм первичного учета в подведомственных структурах.

Срок: с 1 января 2021г.

3. Директору Центра электронного здравоохранения при МЗ КР (Б.К. Станбеков) обеспечить:

3.1. довести данный приказ до сведения всем руководителям организаций здравоохранения через Областные медико-информационные центры;

3.2. интеграцию индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным в организациях здравоохранения, национальных индикаторов «Плана действий программы Каждый новорожденный (ПДКН/ENAP)», Целей устойчивого развития и первого «Национального отчета по результатам конфиденциального перинатального аудита 100 случаев в Кыргызской Республике» в отчетные статистические формы;

Срок: до 1 июня 2021 г.

3.3. мониторинг индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным в организациях здравоохранения, национальных индикаторов «Плана действий программы «Каждый новорожденный (ПДКН/ENAP)», Целей устойчивого развития и первого «Национального отчета по результатам конфиденциального перинатального аудита 100 случаев в Кыргызской Республике»;

Срок: постоянно.

4. Считать утратившими силу:

4.1. «Историю развития новорожденных» (форма №097/у), утвержденную Приказом МЗ КР «Об утверждении форм первичного медицинского учета случаев рождения и смерти» (№477 от 07.09.2012г.);

4.2. «Карту новорожденного» (форма №066-4/у), утвержденную Приказом МЗ КР «Об утверждении форм первичного медицинского учета службы родовспоможения и перинатологии» (№375 от 10.09.2002г.);

4.3. «Карту новорожденного ОИТ/ПИТ» (форма №066-5/у), утвержденную Приказом МЗ КР «Об утверждении форм первичного медицинского учета службы родовспоможения и перинатологии» (№375 от 10.09.2002г.).

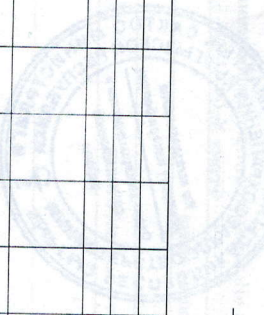
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Б.И. Джангазиева.

Министр

С.Т. Абдикаримов



Назначение лекарственных препаратов	Дата назнач	Подп. врача	Дата отм.	Подп. м/с.
За счет организации здравоохранения				
За счет ср-в матери				
Наблюдение за новорожденным находившимся на протонтировании методом «Кенгуру»				
Цвет кожных покровов				
— розовый				
— бледный				
— цианотичный				
Дыхание новорожденного				
— регулярное и глубокое				
— не ровное, поверхностное с втяжением грудной клетки				
— тахипноэ				
— брадипноэ				
— апноэ				
Движения новорожденного				
— активные				
— вялые				
Температура тела				
Продолжительность «Кенгуру» (указать кол-во часов)				
— до 10 часов/в день				
— 10 -15 часов/в день				
— более 15 часов				



Подпись лечащего врача _____

Подпись среднего мед. работника _____



Код ОЗ

Медицинская документация Форма № 097/у
Утверждена приказом МЗ КР от 16.01.2014 г. № 14

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО № _____

История родов № _____

1. Ф.И.О. матери:		2. Мать Ребенок	
Постоянное место жительства: страна _____ область _____ район _____ город/ село _____ ул. _____ дом № _____ кв. _____; номера телефонов: _____		Группа крови	
Возраст матери: _____	Брак зарегистрирован: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Резус-фактор	
Место работы: _____ должность: _____		Титр антител	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Указать _____
Образование матери: <input type="checkbox"/> начальное <input type="checkbox"/> среднее <input type="checkbox"/> среднее специальное <input type="checkbox"/> высшее <input type="checkbox"/> без образования <input type="checkbox"/> не оконченное высшее <input type="checkbox"/> не оконченное среднее		Проба Кумбса	<input type="checkbox"/> Отр. <input type="checkbox"/> Пол.
ПИН матери: _____		ВИЧ	<input type="checkbox"/> Отр. <input type="checkbox"/> Пол.
Номер паспорта матери: _____ Дата выдачи: _____		Дата	_____
Имя партнера: _____	Возраст: _____	Экспресс тест <input type="checkbox"/>	Вирусная нагрузка _____
Родственный брак: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		RW	<input type="checkbox"/> Отр. <input type="checkbox"/> Пол.
3. Фамилия, имя новорожденного:		Дата	_____
Родился _____	Поступил (заполняется при родах вне ОЗ) _____	Титр	Указать _____
Выписан _____	Умер _____	HBS AG	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
Переведен _____	Куда: _____ (указать наименование ОЗ)	Код ОЗ	_____
ПИН новорожденного: _____			
4. Акушерский анамнез предыдущих беременностей:			
Общее число беременностей _____, Общее число родов _____ из них родов в срок _____, преждевременных _____ Число прерываний беременности (абортов) _____, из них в сроке беременности свыше 12 нед. _____ Число операций кесарева сечения _____, Число мертворождений _____, Число живых детей _____			
<input type="checkbox"/> Задержка внутриутробного развития	<input type="checkbox"/> Неонатальная смерть	<input type="checkbox"/> Резус иммунизация (патологич. желтуха у ребенка)	
<input type="checkbox"/> Макросомия	<input type="checkbox"/> Отслойка плаценты	<input type="checkbox"/> Резус иммунизация (ребенок без патологии)	
<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии	<input type="checkbox"/> Замершая беременность	<input type="checkbox"/> Гипертензивные расстройства	
5. Заболевания в настоящее время и факторы риска:			
<input type="checkbox"/> Сахарный диабет МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Хронические болезни почек МКБ 10 _____	Употребление:	
<input type="checkbox"/> Болезни сердца МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Недостаточный вес (ИМТ менее 18,5)	<input type="checkbox"/> Табака	
<input type="checkbox"/> АД 140/90 и более	<input type="checkbox"/> Рост до 152 см	<input type="checkbox"/> Алкоголя	
<input type="checkbox"/> Гипотиреоз МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Венозные тромбозмболические риски	<input type="checkbox"/> ПАВ	
<input type="checkbox"/> Ожирение (ИМТ > 30)	<input type="checkbox"/> Аллергические/ анестезиологические риски	<input type="checkbox"/> Лекарственных препаратов	
Другие заболевания: _____ МКБ 10 _____		Перенесенные хирургические операции: _____	
_____ МКБ 10 _____		_____	
_____ МКБ 10 _____		_____	
6. Анамнез настоящей беременности:			
Состояла ли на учете по беременности: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Срок взятия на учет (полных недель): _____	
Какая по счету беременность _____		Роды _____	
<input type="checkbox"/> Анемия МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Неправильное положение плода МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Бактериурия	
<input type="checkbox"/> Гестационный диабет МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Разрыв плодных оболочек до 37 нед. бер. МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Маловодие МКБ 10 _____	
<input type="checkbox"/> Гипертензивные расстройства при беременности МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Низкая прибавка массы тела (26-36 нед.) менее 5кг/ нед. или потеря массы тела	<input type="checkbox"/> Многоводие МКБ 10 _____	
<input type="checkbox"/> Многоплодная беременность МКБ 10 _____	<input type="checkbox"/> Кровотечение во время беременности	МКБ 10 _____	

Другие заболевания: _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10

7. Течение родов:

Место родов: <input type="checkbox"/> стационар <input type="checkbox"/> на дому <input type="checkbox"/> в другом месте _____ (указать)	<input type="checkbox"/> Роды через естественные родовые пути <input type="checkbox"/> Кесарево сечение <input type="checkbox"/> Экстренное <input type="checkbox"/> Плановое Показания: <input type="checkbox"/> со стороны матери <input type="checkbox"/> плода _____ (указать)	Анестезия в родах: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет _____ (указать)	Продолжительность родов: Общая <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> I пер. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> II пер. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Безводный промежуток: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Патология пуповины: _____ (указать)
<input type="checkbox"/> Применение щипцов <input type="checkbox"/> Вакуум экстракция	Родостимуляция: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Индукция родов <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Температура в род. зале: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Длина пуповины: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (указать)	Родился при сроке беременности: По mensis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , по УЗИ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> В предлежании: <input type="checkbox"/> головном <input type="checkbox"/> тазовом <input type="checkbox"/> ножном Роды приняты: <input type="checkbox"/> акушеркой <input type="checkbox"/> врачом акушер-гинекологом <input type="checkbox"/> другим специалистом
Околоплодные воды: <input type="checkbox"/> Прозрачные/ светлые <input type="checkbox"/> Без запаха <input type="checkbox"/> Окрашенные кровью <input type="checkbox"/> Окрашенные меконием <input type="checkbox"/> Со зловонным запахом Кровопотеря в родах (мл) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Проведен токолиз: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> Нифедипин <input type="checkbox"/> Дата: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Профилактика РДСН: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> кол-во доз: <input type="text"/> Профилактика неонатального сепсиса: да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> эритромицин: <input type="checkbox"/> ампициллин <input type="checkbox"/>		

Диагноз в родах: _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10
 _____ МКБ 10

8. Сведения о новорожденном

Пол	Родился живой				Мертворожденный		Масса (вес)	Рост (см)	Окружность (см)		<input type="checkbox"/> Доношенный <input type="checkbox"/> Недоношенный <input type="checkbox"/> Переношенный <input type="checkbox"/> Незрелый <input type="checkbox"/> Малый для гестационного возраста <input type="checkbox"/> Крупный для гестационного возраста	Мертворожденный <input type="checkbox"/> Отсутствие внутриутробного сердцебиения плода при поступлении матери <input type="checkbox"/> Отсутствие пульсации пуповины после рождения <input type="checkbox"/> Отсутствие мышечных движений после рождения <input type="checkbox"/> Мацерация кожи <input type="checkbox"/> Видимая аномалия <input type="checkbox"/> Послед отправлен на гистологию Дата: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	пульсация пуповины	мышечные движения	сердцебиение	дыхание	аттенуально	интранатально			головы	груди		

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

	Баллы			Время после рождения				
	0	1	2	в конце 1 мин.	в конце 5 мин.	в конце 10 мин.	в конце 15 мин.	в конце 20 мин.
Сердцебиение	Нет	Менее 100	Более 100					
Дыхание	Нет	Слабый плач	Громкий плач					
Окраска кожи	Цианоз/бледная	Акроцианоз	Розовая окраска всего тела и конечностей					
Тонус мышц	Слабый	Некоторое сгибание конечностей	Активные движения					
Рефлексы	Нет	Реакция слабо выражена (grimаса)	Реакция активная (движения, кашель, громкий плач)					
Общая оценка в баллах								

9. Уход за новорожденным в первые два часа жизни

Пережатие и пересечение пуповины:
 Сразу в конце 1 мин в конце 2 мин.
 в конце 3 мин. Наложена скоба:
 Фамилия, подпись акушерки: _____

Положение: кожа к коже под лучистым теплом другое
 Уровень отсасывания: ротоглотка трахея ниже гортани желудок
 Кислород: не давали свободным потоком начало:
 под положительным давлением конец:
 через маску начало:
 конец:

Пулсоксиметрия: да нет нуждался в реанимации (смотри лист реанимации)
 Газы крови из пуповины: сделано нет ЧСС: Время достижения ЧСС > 100: (мин., сек.)
 ЧД: Время достижения спонтанного дыхания: (мин., сек.)

10 Оценка зрелости недоношенных новорожденных по шкале «Ballard»

Оценка физической зрелости								
Признаки	Баллы							Значения
	-1	0	1	2	3	4	5	
Кожа	Липкая, рыхлая, прозрачная	Желатиноподобная, красная, просвечивается	Гладкая, розовая, видны вены	Поверхностное шелушение и/или высыпание, мало вен	Трещины, бледные участки, единичные вены	Пергаментная, глубокие трещины, отсутствие сосудов	Жесткая, с трещинами, сморщенная	
Пушковые волосы	Отсутствуют	Редкие	Много	Тонкие	Участки без лануго	Практически отсутствуют		
Поверхность подошвы стопы	Пятка-большой палец: 40-50 мм. -1 балл; <40 мм. -2 балла	>50 мм., складок нет	Едва заметные красные полоски	Только передняя поперечная складка	Складки занимают 2/3 поверхности	Складки по всей поверхности		
Грудные железы	Незаметны	Едва заметны	Плоский ареол, сосок 1-2 мм	Приподнятый ареол, сосок	Возвышенный ареол соска 3-4 мм	Сформированный ареол, сосок 5-10 мм		
Глаза / Уши	Веки закрыты свободно: -1 плотно: -2	Веки открыты Ухо не расправляется	Умеренно закручено, мягкое, медленно расправляется	Хорошо закрученное, мягкое, быстро расправляется	Сформированное и твердое, расправляется сразу	Грубый хрящ, ухо твердое		
Мужские гениталии	Мошонка плоская, гладкая	Мошонка пустая, едва видны складки	Яички в верхней части канала, единичные складки	Яички опускаться, мало складок	Яички опущены, хорошо выражены складки	Яички свисают, глубокие складки		
Женские гениталии	Клиитор выступает, губы плоские	Выступают клиитор и небольшие малые губы	Выступают клиитор и увеличенные малые губы	Большие и малые губы выступают одинаково	Большие губы больше чем малые	Большие губы закрывают малые и клиитор		

Суммарное количество баллов

Оценка нервно-мышечной зрелости									Оценка зрелости	
Признаки	Баллы							Наблюдаемые значения	Балл	Нед.
	-1	0	1	2	3	4	5			
Поза									-10	20
Податливость кисти									-5	22
Отдача руки								0	24	
Подколенный угол									5	26
Признак "шарфа"								10	28	
Пятка к уху								15	30	
								20	32	
								25	34	
								30	36	
								35	38	
								40	40	
								45	42	
								50	44	
								Общая сумма баллов		
								<input type="text"/>		
								Соответствует гестационному возрасту		
								<input type="text"/> нед.		

Суммарное количество баллов

11 Профилактические мероприятия:

<p>Профилактика гонобленорен:</p> <p>Время <input type="text"/> (час, мин.)</p> <p>Информированный отказ: <input type="checkbox"/></p> <p>Фамилия, подпись акушерки/ мед.сестры: _____</p> <p>Витамин К: Доза <input type="text"/></p> <p>Перорально <input type="checkbox"/> Время <input type="text"/></p> <p>в/м <input type="checkbox"/> (час, мин.)</p> <p>Информированный отказ: <input type="checkbox"/></p> <p>Фамилия, подпись акушерки/ мед.сестры: _____</p>	<p>Профилактика гипотермии:</p> <p>Время (часы, мин) <input type="text"/></p> <p>t° тела <input type="text"/></p> <p>Прикладывание к груди:</p> <p>Приложен к груди: <input type="checkbox"/> в первые 30 мин. <input type="checkbox"/> от 30 мин. до 2-х часов <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Причина, по которой не был приложен к груди: <input type="checkbox"/> КС при эндотрахеальном наркозе, <input type="checkbox"/> асфиксия тяжелой степени, <input type="checkbox"/> гестационный возраст ниже 34 нед., <input type="checkbox"/> другое (указать): _____</p> <p>Подпись акушерки/ мед.сестры: Код: <input type="text"/> Подпись врача: _____ Код: <input type="text"/></p>
---	---

12) Осмотр новорожденного перед переводом из род.зала				Комментарии
	Норма	Патология		
Общее состояние	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Кожные покровы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Бледность	<input type="checkbox"/> Мекониальное прокрашивание кожи	
		<input type="checkbox"/> Гематомы	<input type="checkbox"/> Желтуха	
		<input type="checkbox"/> Петехии	<input type="checkbox"/> Шелушение	
Голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Расщелина губы/ неба	<input type="checkbox"/> Кефалогематома	
		<input type="checkbox"/> Микрогнатия	<input type="checkbox"/> Родовая опухоль	
		<input type="checkbox"/> Подозрение на атрезию хоан	<input type="checkbox"/> Большой родничок	
			<input type="checkbox"/> Малый родничок	
Невростатус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Гипотония	<input type="checkbox"/> Возбуждение	
		<input type="checkbox"/> Плач	<input type="checkbox"/> Рефлексы	
Опорно-двигательная система	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Целостность ключицы	<input type="checkbox"/> Дисплазия тазобедренных суставов	
		<input type="checkbox"/> Позвоночник	<input type="checkbox"/> Аномалия конечностей	
Дыхание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Хрипы	<input type="checkbox"/> Поверхностное дыхание	
		<input type="checkbox"/> Раздувание крыльев носа	<input type="checkbox"/> Тахипное	
		<input type="checkbox"/> Втяжение грудной клетки	<input type="checkbox"/> Брадиное	
ССС	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Центральный цианоз	<input type="checkbox"/> Неправильный ритм	
		<input type="checkbox"/> Акроцианоз	<input type="checkbox"/> Тахикардия	
		<input type="checkbox"/> Шумы	<input type="checkbox"/> Брадикардия	
Живот	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ладьевидный	<input type="checkbox"/> Упорное пенное отделяемое из рта	
		<input type="checkbox"/> Вздутие	<input type="checkbox"/> Атрезия ануса	
Пуповинный остаток	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Отечный	<input type="checkbox"/> Мекониальное прокрашивание	
		<input type="checkbox"/> Тонкий	<input type="checkbox"/> Два сосуда	
Мочеполовая система	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Гипоспадия	<input type="checkbox"/> Неопущение яичек (яичка)	

Другое

Перевод в палату совместного пребывания с матерью Вызван специалист Перевод в ПИТ/ РИТ Перевод в другой стационар

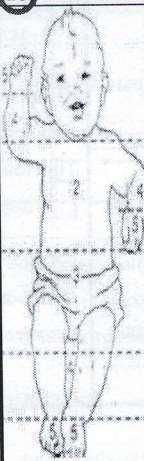
Перевод без матери Ребенок переведен в палату к матери через (часы, мин.) после рождения

Дата/ Время Подпись акушерки/ мед. сестры: Код: Подпись врача: Код:

13) Если ребенок не был приложен к груди в первые 2 часа, указать время прикладывания: от 2 до 6 часов от 6 до 12 часов
 от 12 до 24 часов свыше 24 часов

Клинические признаки	Баллы			Значения
	0	1	2	
Цианоз кожи	Отсутствует	При дыхании комнатным воздухом	При дыхании 40% O ₂	
Втяжения податливых мест грудной клетки	Отсутствуют	Умеренные	Выраженные	
Хрипы при дыхании	Отсутствуют	Слышны при аускультации	Слышны на расстоянии	
Аускультация	Дыхание прослушивается хорошо	Дыхание ослаблено	Едва слышно	
Частота дыхания	Менее 60	60-80	Более 80 или апноэ	
Суммарное количество баллов				
Оценка результатов: 2-3 балла - дыхательное расстройство легкой степени; 4-6 баллов - РДСН средней тяжести; 7 баллов и более - РДСН тяжелой степени				

15) Шкала Крамера



Зона	1	2	3	4	5
ОБС мк-моль/л	100	150	200	250	больше 250

Критерии «опасной» желтухи в зависимости от ее распространения

Возраст ребенка (часы)	Локализация желтухи	Заключение
24 часа	Любая локализация	«Опасная» желтуха
24 - 48 часов	Конечности (руки и ноги)	
>48 часов	Стопы, кисти	

Оценка желтухи:

Первые 24 часа	24 - 48 часов	>48 часов
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

16. Неонатальный скрининг

Аудиоскрининг: <input type="checkbox"/> ОАЕ <input type="checkbox"/> АBR <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> AD <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Прошел (Pass) <input type="checkbox"/> Не прошел (Refer) <input type="checkbox"/> Отказ <input type="checkbox"/> Не доступен: <input type="checkbox"/> По состоянию ребенка <input type="checkbox"/> По тех-м причинам	Нуждается в дальнейшем наблюдении: <input type="checkbox"/> Дополнительные обследования <input type="checkbox"/> Дополнительная оценка <input type="checkbox"/> Другое	Скрининг на гипотиреоз: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нуждается в дополнительном обследовании
--	--	--	--

17. Сведения о вакцинации:

	Отметка о проведении	Дата, время вакцинации	Доза	Способ введения	№ серии вакцины	Срок годности	Реакция на прививку	Подпись
Против вирусного гепатита В	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	_____	0,5	в/м		_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Против туберкулеза	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	_____	0,05	в/к		_____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Вакцинация не проводилась по причине:

Масса тела ниже 1500 гр. Острые заболевания с повышением температуры тела ГБН, тяжелая форма и среднетяжелым/тяжелым нарушением состояния
 Перинатальное поражение мозга при Открытая форма туберкулеза у матери Мать ВИЧ-позитивная выраженных клинических нарушениях
 Отказ родителей Другое _____

18. Осмотр новорожденного врачом перед/ после перевода из род.зала

Общее состояние:

удовлетворительное средней тяжести тяжелое крайне тяжелое терминальное

Общий вид:

1. Цвет кожных покровов	<input type="checkbox"/> розовый <input type="checkbox"/> серый <input type="checkbox"/> бледный <input type="checkbox"/> желтушный <input type="checkbox"/> мраморность <input type="checkbox"/> другое указать: _____
2. Цианоз	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> разлитой <input type="checkbox"/> периоральный <input type="checkbox"/> акроцианоз <input type="checkbox"/> дача кислорода _____ %
3. Эластичность кожи	<input type="checkbox"/> нормальная <input type="checkbox"/> понижена
4. Тургор подкожной клетчатки	<input type="checkbox"/> нормальный <input type="checkbox"/> понижен
5. Отеки	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> лица <input type="checkbox"/> туловища <input type="checkbox"/> конечностей <input type="checkbox"/> брюшной стенки <input type="checkbox"/> всего тела <input type="checkbox"/> склередема <input type="checkbox"/> склерема
6. Высыпания	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть характер: _____ локализация: _____
7. Кожные повреждения	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> опрелости <input type="checkbox"/> пролежни <input type="checkbox"/> раны <input type="checkbox"/> гнойники <input type="checkbox"/> некроз локализация: _____
8. Культи пуповины	<input type="checkbox"/> в скобе <input type="checkbox"/> отечная <input type="checkbox"/> тонкая <input type="checkbox"/> 2 сосуда <input type="checkbox"/> с пупочным катетером
9. Пупочное кольцо	<input type="checkbox"/> сухое без выделений <input type="checkbox"/> мокнет <input type="checkbox"/> гноится <input type="checkbox"/> покрасневшее
10. Кровоизлияния/кровоотечения	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> синяки указать: _____ <input type="checkbox"/> из ЖКТ <input type="checkbox"/> из мест инъекций <input type="checkbox"/> из других мест указать: _____
11. Видимые аномалии	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть указать: _____
12. Температура тела	<input type="checkbox"/> не измерялась <input type="checkbox"/> подмышечная _____ <input type="checkbox"/> оральная/ректальная _____

Сердечно-сосудистая система:

1. Сердечная деятельность	<input type="checkbox"/> ритмичная <input type="checkbox"/> неритмичная указать: _____
2. ЧСС	_____ раз в минуту
3. Удары верхушки сердца	<input type="checkbox"/> в обычном месте <input type="checkbox"/> в необычном месте указать: _____
4. Сердечные тоны	<input type="checkbox"/> ясные <input type="checkbox"/> приглушенные <input type="checkbox"/> не прослушиваются
5. Шумы	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> систолический <input type="checkbox"/> диастолический <input type="checkbox"/> другой указать: _____

6. Пульс	<input type="checkbox"/> в проекции a.radialis	<input type="checkbox"/> нормального наполнения	<input type="checkbox"/> слабый	<input type="checkbox"/> нет
	<input type="checkbox"/> в проекции a.femoralis	<input type="checkbox"/> нормального наполнения	<input type="checkbox"/> слабый	<input type="checkbox"/> нет
	<input type="checkbox"/> в проекции a.carotis	<input type="checkbox"/> нормального наполнения	<input type="checkbox"/> слабый	<input type="checkbox"/> нет
7. Артериальное давление	<input type="checkbox"/> систолическое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> диастолическое <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> среднее <input type="text"/>	
8. Центральное венозное давление	<input type="checkbox"/> не измерялось	<input type="checkbox"/> v.cava sup. <input type="text"/> см/H2O ст.		
		<input type="checkbox"/> v.cava inf. <input type="text"/> см/H2O ст.		
9. Время наполнения капилляров	<input type="text"/> сек.			
Дыхательная система:				
1. Характер дыхания	<input type="checkbox"/> самостоятельное	<input type="checkbox"/> СРАР	<input type="checkbox"/> ИВЛ	
2. Частота дыхания	<input type="text"/> раз в мин.			
3. Самостоятельное дыхание	<input type="checkbox"/> нет одышки	<input type="checkbox"/> есть одышка	<input type="checkbox"/> движения ноздрей	
		<input type="checkbox"/> втягивание яремной впадины	<input type="checkbox"/> втягивание межреберьев	
		<input type="checkbox"/> втягивание грудины	<input type="checkbox"/> асимметричность движений грудной клетки	
4. Ритм дыхания	<input type="checkbox"/> ритмичное	<input type="checkbox"/> Неритмичное		
5. Стон	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть		
6. Дыхание при аускультации	<input type="checkbox"/> хорошее с обеих сторон	<input type="checkbox"/> хуже с _____ стороны	<input type="checkbox"/> не прослушивается	<input type="checkbox"/> жесткое <input type="checkbox"/> пузырящееся
7. Хрипы	<input type="checkbox"/> влажные <input type="checkbox"/> сухие	<input type="checkbox"/> проводные <input type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> мелкие	<input type="checkbox"/> крепитация	<input type="checkbox"/> звук трения плевры
8. Перкуссия грудной клетки	<input type="checkbox"/> обычный звук	<input type="checkbox"/> звук изменен с _____ стороны		
9. Апноэ	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> продолжительность <input type="text"/> сек.	<input type="checkbox"/> периодичность _____
10. Содержимое носоглотки	<input type="checkbox"/> Незначительное	<input type="checkbox"/> значительное	<input type="checkbox"/> вязкое <input type="checkbox"/> гнойное	<input type="checkbox"/> с кровью <input type="checkbox"/> с примесью мекония
11. Содержимое эндотрахеальной трубки	<input type="checkbox"/> незначительное	<input type="checkbox"/> значительное	<input type="checkbox"/> вязкое <input type="checkbox"/> гнойное	<input type="checkbox"/> с кровью <input type="checkbox"/> с примесью мекония
12. Рентгенограмма грудной клетки	<input type="checkbox"/> нормальная	<input type="checkbox"/> имеются изменения		
Неврологическое состояние:				
1. Объем головы	<input type="text"/> см.			
2. Большой родничок	<input type="text"/> см. X <input type="text"/> см.	<input type="checkbox"/> ровный	<input type="checkbox"/> выбухает	<input type="checkbox"/> впадный <input type="checkbox"/> закрытый
3. Черепные швы	<input type="checkbox"/> обычные	<input type="checkbox"/> расширенные	<input type="checkbox"/> кости заходят одна на другую	
4. Форма головы	<input type="checkbox"/> нормальная	<input type="checkbox"/> гидроцефалическая	<input type="checkbox"/> микроцефалическая	
5. Кефалогематома	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	<input type="text"/> см. X <input type="text"/> см.	локализация _____
6. Движения глазных яблок	<input type="checkbox"/> Обычные	<input type="checkbox"/> фиксированный взгляд	<input type="checkbox"/> «плавающий» взгляд	<input type="checkbox"/> симптом «заходящего солнца»
	<input type="checkbox"/> нистагм _____			
	<input type="checkbox"/> есть окулоцефальный рефлекс	<input type="checkbox"/> нет окулоцефального рефлекса		
7. Реакция зрачков на свет	<input type="checkbox"/> хорошая	<input type="checkbox"/> живая	<input type="checkbox"/> нет	
8. Реакция на осмотр	<input type="checkbox"/> нормальная	<input type="checkbox"/> вялая	<input type="checkbox"/> вздрагивает на осмотр	<input type="checkbox"/> нет
9. Спонтанная активность	<input type="checkbox"/> активный	<input type="checkbox"/> вялый	<input type="checkbox"/> сопор <input type="checkbox"/> кома	<input type="checkbox"/> гипертоническая <input type="checkbox"/> гипервозбудимость
		<input type="checkbox"/> тремор конечностей	<input type="checkbox"/> медикаментозный сон	
10. Мышечный тонус	<input type="checkbox"/> нормальный	<input type="checkbox"/> гипотония	<input type="checkbox"/> поза «лягушки»	
	<input type="checkbox"/> симметричный	<input type="checkbox"/> асимметрия мышечного тонуса _____		
		<input type="checkbox"/> неодинаковый на руках и ногах _____		
		<input type="checkbox"/> гипертонус флексоров конечностей _____		
		<input type="checkbox"/> гипертонус экстензоров _____		
11. Сухожильные рефлексы	<input type="checkbox"/> нормальные	<input type="checkbox"/> вялые	<input type="checkbox"/> вызывается клонус	<input type="checkbox"/> невызываемые

12. Физиологические рефлексы	<input type="checkbox"/> нормальные	<input type="checkbox"/> вялые	<input type="checkbox"/> быстро угасают	<input type="checkbox"/> гиперэргические	<input type="checkbox"/> невызываемые
13. Признаки повреждения шейного отдела позвоночника	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> ограничен поворот головы в _____ сторону	<input type="checkbox"/> болезненная реакция на осмотр	<input type="checkbox"/> нарушение дыхания
		<input type="checkbox"/> нарушение сердечного ритма	<input type="checkbox"/> бульбарные нарушения		
14. Судороги	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> повышена неврорефлекторная возбудимость	<input type="checkbox"/> клонические	<input type="checkbox"/> тонические
		<input type="checkbox"/> судорожные эквиваленты	<input type="checkbox"/> клонико-тонические		
15. Признаки гибели мозга	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> арефлексия	<input type="checkbox"/> нарушение терморегуляции	<input type="checkbox"/> кома	
		<input type="checkbox"/> помутнение роговицы	<input type="checkbox"/> отсутствие спонтанного дыхания		
		<input type="checkbox"/> нарушение микроциркуляции (пролежни)			
		<input type="checkbox"/> другое _____			

Пищеварительная система:

1. Живот	<input type="checkbox"/> мягкий	<input type="checkbox"/> напряженный	<input type="checkbox"/> вздутый	<input type="checkbox"/> впаший/ ладьевидный
2. Желудок	<input type="checkbox"/> пустой	<input type="checkbox"/> имеется _____ мл. содержимого _____		
3. Перистальтика кишечника	<input type="checkbox"/> живая	<input type="checkbox"/> вялая	<input type="checkbox"/> отсутствует	
4. Кишечные петли	<input type="checkbox"/> невидимые	<input type="checkbox"/> контурируются на поверхности живота		
5. Край печени	_____ см.	<input type="checkbox"/> твердый	<input type="checkbox"/> мягкий	<input type="checkbox"/> острый
6. Селезенка	<input type="checkbox"/> не пальпируемая	<input type="checkbox"/> пальпируемая _____ см.		
7. Наличие стула	<input type="checkbox"/> был	<input type="checkbox"/> не был	<input type="checkbox"/> нет данных	
8. Характер стула	<input type="checkbox"/> консистенция _____	<input type="checkbox"/> цвет _____		
	<input type="checkbox"/> количество _____	<input type="checkbox"/> примеси _____		
9. Рвота	<input type="checkbox"/> не было	<input type="checkbox"/> была	<input type="checkbox"/> нет данных	
10. Кормление	<input type="checkbox"/> кормится	<input type="checkbox"/> не кормится	<input type="checkbox"/> нет данных	
11. Видимые пороки развития	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть указать: _____		
12. Изменения в рентгенограмме	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть указать: _____		

Урогенитальная система:

1. Видимые пороки развития	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> есть указать: _____		
2. Наличие яичек в мошонке	<input type="checkbox"/> есть	<input type="checkbox"/> нет		
3. Количество и характер диуреза	<input type="checkbox"/> в норме	<input type="checkbox"/> отклонение от нормы почасовой _____ мл/кг/час; суточный _____ мл/сут	<input type="checkbox"/> с примесью крови	<input type="checkbox"/> с каловыми массами
		<input type="checkbox"/> диурез свободный	<input type="checkbox"/> по катетеру	

Доминирующие синдромы:

дыхательные расстройства сердечно-сосудистая недостаточность неврологические расстройства

желудочно-кишечные расстройства нарушение свертываемости крови нарушение микроциркуляции (пролежни)

19 **Диагноз:**

Предварительный:

Код по МКБ-10

Клинический:

Заключительный:
Основной

Сопутствующий

Обоснование клинического диагноза и дифференциальный диагноз:

20 План обследования:

Лабораторные исследования:			Инструментальные:	Консультации:
Общеклинические	Биохимические	Микробиологические	<input type="checkbox"/> Пульсоксиметрия <input type="checkbox"/> УЗИ головного мозга <input type="checkbox"/> УЗИ внутренних органов <input type="checkbox"/> Рентгенография грудной клетки <input type="checkbox"/> КТ <input type="checkbox"/> МРТ	<input type="checkbox"/> Невролога <input type="checkbox"/> Хирурга <input type="checkbox"/> Кардиолога <input type="checkbox"/> Офтальмолога <input type="checkbox"/> Челюстно-лицевого хирурга <input type="checkbox"/> Другого специалиста (указать) _____
<input type="checkbox"/> Общий анализ крови <input type="checkbox"/> Ощий анализ мочи	<input type="checkbox"/> Сахар крови <input type="checkbox"/> Билирубин <input type="checkbox"/> С-реактивный белок <input type="checkbox"/> Газы крови	<input type="checkbox"/> Бак.посев крови		

21 План наблюдения/ ведения:

<input type="checkbox"/> Совместное пребывание <input type="checkbox"/> В условиях ПИТ/ реанимации	Вид вскармливания: <input type="checkbox"/> ИГВ <input type="checkbox"/> Смешанное <input type="checkbox"/> Искусственное	Кратность наблюдения: <input type="checkbox"/> Каждые 3 часа <input type="checkbox"/> Каждые 6 часов <input type="checkbox"/> Каждые 8 часов <input type="checkbox"/> Каждые 12 часов <input type="checkbox"/> 1 раз в 24 часа
Вакцинация: <input type="checkbox"/> БЦЖ <input type="checkbox"/> Против ВГВ	Фототерапия: <input type="checkbox"/> По часам <input type="checkbox"/> Непрерывно	Измерение: <input type="checkbox"/> ЧД <input type="checkbox"/> ЧСС <input type="checkbox"/> АД <input type="checkbox"/> Термометрия <input type="checkbox"/> Диурез <input type="checkbox"/> Сатурация O ₂ <input type="checkbox"/> Другое (указать) _____

22 План лечения:

Дата/ время: _____ Врач: _____ Код _____ Подпись _____

23 Выхаживание методом «Кенгуру»: продолжительность до 10 часов в день 10-15 часов в день более 15 часов в день

24 Инвазивные процедуры

Катетеризация периферической вены

Катетеризация (указать дату, время)	Удалено (указать дату, время)	Количество дней		Вена правой кисти	Вена левой кисти	Правая локтевая вена	Левая локтевая вена	Вена правой лодыжки	Вена левой лодыжки	Вена головы	Пункция не удалась	Диаметр каноли	Обезболивание	Осложнения
			Подпись											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											

Катетеризация центральной вены

Катетеризация (указать дату, время)	Удалено (указать дату, время)	Количество дней		Пупочная вена	Подключичная вена справа	Подключичная вена слева	Другой сосуд	Пункция не удалась	Диаметр каноли	Обезболивание	Положение катетера	Рентген контроль	Коррекция положения	Посев катетера	Осложнения
			Подпись												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												

Эндотрахеальная интубация	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Количество дней <input type="text"/>
Введение желудочного зонда	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Количество дней <input type="text"/>
Катетеризация мочевого пузыря	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Количество дней <input type="text"/>
Спинно-мозговая пункция	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Кратность <input type="text"/>
Плевральная пункция	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Кратность <input type="text"/>
Забор капиллярной крови из пальца	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Кратность <input type="text"/>
Забор капиллярной крови из пятки	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Кратность <input type="text"/>
Абдоминальное дренирование	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Количество дней <input type="text"/>
Плевральное дренирование	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Количество дней <input type="text"/>

25 Дневники ежедневного наблюдения за новорожденным

Дата/ время: Возраст в днях

Масса тела гр.

Дефицит массы тела

ЧД ЧСС

Температура тела:

Сатурация:

Диурез:

Дата/ время:

Возраст в днях

Масса тела гр.

Дефицит массы тела

ЧД ЧСС

Температура тела:

Сатурация:

Диурез

Дата/ время:

Возраст в днях

Масса тела гр.

Дефицит массы тела

ЧД ЧСС

Температура тела:

Сатурация:

Диурез

Дата/ время:

Возраст в днях

Масса тела гр.

Дефицит массы тела

ЧД ЧСС

Температура тела:

Сатурация:

Диурез

26 Консультирование:	Дата:	Подпись:	2. Уход за новорожденным	Дата:	Подпись:
1. Грудное вскармливание			<input type="checkbox"/> Уход за пуповинным остатком и пупочной раной		
<input type="checkbox"/> Преимущества ГВ			<input type="checkbox"/> Уход за кожей и естественными складками		
<input type="checkbox"/> Молозиво			<input type="checkbox"/> Уход за глазами		
<input type="checkbox"/> 4 ключевых положения у груди			<input type="checkbox"/> Уход за носом		
<input type="checkbox"/> 4 ключевых признака прикладывания к груди			<input type="checkbox"/> Уход за наружным слуховым проходом		
<input type="checkbox"/> Достоверные признаки недостатка молока			<input type="checkbox"/> Купание новорожденного		
<input type="checkbox"/> Сцеживание и хранение грудного молока					
3. Температурный комфорт			4. Опасные признаки новорожденного, при которых необходимо обратиться за мед.помощью		

Мною _____ были прослушаны все вышеуказанные темы:
(Ф.И.О. матери) _____ Подпись: _____

27 Выписка новорожденного

Возраст на момент выписки:	Сведения о вскармливании на момент выписки:	Ребенок:	Выписан:
<input type="checkbox"/> Меньше/ = 12 часов	<input type="checkbox"/> Исключительно грудное	<input type="checkbox"/> Выписан домой с матерью	<input type="checkbox"/> Переведен в другой стационар
<input type="checkbox"/> 13-24 часа	<input type="checkbox"/> Смешанное	<input type="checkbox"/> Выписан домой без матери	<input type="checkbox"/> Опекунство
<input type="checkbox"/> 25-48 часов	<input type="checkbox"/> Искусственное	<input type="checkbox"/> Смерть матери	<input type="checkbox"/> Переведен в Дом ребенка
<input type="checkbox"/> 49-72 часа		<input type="checkbox"/> Отказной	<input type="checkbox"/> Возвращен в биологическую семью
<input type="checkbox"/> Более 72 часов		<input type="checkbox"/> Брошенный	

Передала ребенка мед. сестра: _____
Код (Ф.И.О.)
Дата Подпись _____

Приняла ребенка мать: _____
(Ф.И.О.)
Дата Подпись _____

В случае отсутствия матери, указать кто принял ребенка: _____
(Ф.И.О.)
Кем приходится ребенку: _____
Дата: Подпись _____

Медицинское свидетельство о рождении ребенка получила: _____
(подпись матери/ другого лица)
№ медицинского свидетельства о рождении:
Дата получения:

В случае регистрации живорождения органами ЗАГС в родовспомогательной организации:
№ актовой записи о рождении дата регистрации:

Выписной/ переводной эпикриз

Ф.И.О. матери: _____

Возраст матери лет Дата родов Дата выписки:

Беременность: Роды: Срок гестации: Самостоятельные Оперативные

I период II период Безводный период Характер околоплодных вод _____

Пол ребенка: муж жен Масса тела при рождении гр. Масса тела при выписке гр. Рост

Окружность головы: груди Оценка по шкале Апгар баллов.

Мероприятия по восстановлению дыхания: нет да

Клинический диагноз: _____

МКБ-10 _____

Кормление: ИГВ смешанное искусственное Трудности вскармливания: нет да указать причину: _____

Причины отсутствия ИГВ: мать с диагнозом R-75/ B20-24 химиотерапия открытая форма туберкулеза нежелание матери

отсутствие матери другое (указать) _____

29 В случае смерти новорожденного в возрасте 7-27 суток

Указать № медицинского свидетельства о смерти Датy выдачи:

Код МКБ-10	Причина смерти:	
I.	a)	Непосредственная причина смерти
	b)	
	c)	Осложнение
	d)	Основная причина смерти
II.		Прочие важные состояния

30 Патологоанатомическое (судебно-медицинское) вскрытие

Вскрытие проведено: да нет

Если да, то наличие расхождения клинического диагноза и диагноза по результатам вскрытия:

a) по основному заболеванию: да нет б) по смертельному осложнению: да нет

Заключение патологоанатома/ судебно-медицинского эксперта:

(Blank lined area for text entry)

31 Результаты гистологического исследования последа

(Blank lined area for text entry)

32 Передача информации о рождении ребенка на уровень ПМСП

Адрес, по которому выбывает ребенок: область _____, район _____
город, село _____ ул. _____ дом № _____ кв. _____

Информация о выписке новорожденного передана по месту наблюдения ребенка: да нет Дата

Наименование организации здравоохранения:

Информацию передала (Ф. И. О., должность)

Приняла (Ф. И. О., должность)

Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

Ф.И.О. родильницы: _____ **Дата родов:**

Гестационный возраст
 Масса тела
 Дата:

Характер околоплодных вод: светлые/прозрачные с примесью крови мекониальные

	1 кг.	2 кг.	3 кг.	4 кг.	Преддуктальная сатурация		Мышечный тонус (условные обозначения)
					Время	%	
ЭТТ (размер)	2,5	3,0	3,0 - 3,5	3,5	1 минута	60-65%	ДА = движения активные
Глубина введения ЭТТ (см.)	7	8	9	10	2 минута	65-70%	
Адреналин через ЭТТ (1:10000) - 1 мл/кг	1	2	3	3	3 минута	70-75%	НС = некоторое сгибание
Адреналин внутривенно (1:10000) - 0,1 мл/кг	0,1	0,2	0,3	0,4	4 минута	75-80%	
Натрия хлорид 0,9% внутривенно 10 мл/кг	10	20	30	40	5 минута	80-85%	Г = гипотония
					10 минута	85-95%	

Оценка состояния новорожденного																
	30"	60"	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'	12'	14'	15'	20'	
Пульсация пуповины																
Произвольные движения																
Д Отсутствует																
Ы Нерегулярное, типа «гаспинг»																
Х Регулярное, с втяжением																
А уступчивых мест грудины,																
Н стонущее																
И Регулярное, без дыхательных																
Е нарушений																
Ч 0-60																
С 60-100																
С более 100																
К Очень бледная																
О Разлитой цианоз																
Ж Акроцианоз																
А Розовая																
Мышечный тонус (см. таблица)																
Температура тела																
Поза «принюхивания»																
Сатурация O ₂																

Проводимые мероприятия																
	30"	60"	2'	3'	4'	5'	6'	7'	8'	9'	10'	12'	14'	15'	20'	
Лучистое тепло																
Тактильная стимуляция																
Теплосберегающий пакет/пленка																
Санация ВДП																
Интубация трахеи																
Санация трахеи																
С маска																
Р назальные канюли																
А назофарингеальная трубка																
Р																
И маска																
В интубационная трубка																
Л																
Параметры: P _{ip}																
Респ																
Частота																
T _{in}																
FiO ₂																
Непрямой массаж сердца (ЧСС)																
Адреналин 1:10000																
- эндотрахеально, мл																
-в/в, мл																
Физиологический р-р NaCl, мл																
Сурфактант, мг																

Исход						
Переведен в палату совм. пребыв.		в ОРИТ/ ПИТ		в другой стационар	умер	
Состояние ребенка на момент окончания реанимаци. мероприятий		удовлетворит.		средней тяжести	тяжелое	крайне тяжелое
Возраст ребенка на момент окончания реанимаци. мероприятий		<input type="text"/>		Способ и условия транспортировки:	в условиях транспортн. кювеза	без
Самостоятельное дыхание				Способ респираторной поддержки:	ИВЛ	CPAP
Диагноз:						
	Код МКБ 10					
Ф.И.О. врача/ среднего мед. работника:			Подпись:			

Инструкция к Приложению №2 Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале (форма № 097-2/у)

<p>Карта заполняется на каждого новорожденного, которому была проведена первичная реанимация в родильном зале. Карта заполняется во всех организациях здравоохранения, в которых предоставляется акушерская и неонатальная помощь врачом неонатологом (при его отсутствии – врачом педиатром/ акушер-гинекологом/ анестезиологом-реаниматологом) или, при отсутствии врача, акушеркой.</p> <p>Форма является вкладным листом к «Истории развития новорожденного» (форма №097/у).</p> <p>Первичная реанимация проводится при рождении новорожденного в асфиксии. В Карту последовательно вносятся все мероприятия оказанной первичной реанимации. При проведении реанимационных мероприятий необходимо четко придерживаться алгоритма действий по времени, а при введении медикаментов - стандартов введения медикаментов (см. КП «Первичная реанимация новорожденных», утвержденный Приказом МЗ КР №104 от 10.02.2016 г.).</p>	
Раздел/ поля	Описание
Ф.И.О. родильницы	Фамилия, имя, отчество матери новорожденного.
Дата родов	Число, месяц, год (двумя последними цифрами) и время рождения (часы, минуты) ребенка.
Гестационный возраст	Указывается срок беременности, при котором родился ребенок, в неделях гестации.
Масса тела	Указывается масса тела новорожденного при рождении в граммах.
Дата	Дата проведения первичной реанимации (число, месяц, год).
Характер околоплодных вод.	«Галочкой» отмечается соответствующий характер околоплодных вод (светлые/ прозрачные, с примесью крови, мекониальные). Характер околоплодных вод необходимо знать для определения тактики лечения.
Подготовка оборудования и медикаментов для первичной реанимации.	<p>В Карте помещена справочная таблица для правильного выбора размера эндотрахеальной трубки (ЭТТ), глубины ее введения при проведении первичной реанимации новорожденному, дозировки адреналина (для введения через ЭТТ и в/в) и натрия хлорида в зависимости от массы тела ребенка при рождении. В верхней строке находим соответствующую массу тела ребенка, и ниже в ячейках смотрим необходимые для проведения первичной реанимации параметры.</p> <p>Реанимационное место должно иметь трехсторонний доступ. Необходимо подготовить следующее оборудование для проведения первичной реанимационной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – саморасправляющийся мешок объемом 250,0-500,0 мл., маски с мягким obturatorом и размерами 00, 0 и 1; – соединительные трубки; – увлажнитель; – пульсоксиметр с датчиками для новорожденных; – набор для интубации. <p>Необходимо проверить систему подачи воздушно-кислородной смеси:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наличие источника кислорода с флоуметром (измеритель потока кислорода) и источник сжатого воздуха. Давление, скорость потока воздушно-кислородной смеси должна составлять не менее 5 л/мин. – Необходимо проверить функционирование контрольного клапана, целостность саморасправляющегося мешка. <p>Обеспечить дополнительные мероприятия по поддержанию температуры тела – окклюзионная пластиковая/полиэтиленовая пленка для обертывания новорожденных.</p>
Предуктальная сатурация	В таблице указаны колебания физиологических показателей предуктальной сатурации.



Приложение 3
к «Истории развития новорожденных»
(форма № 097-3/У)

Дневник наблюдения матери за новорожденным

Дата	Температура тела	Кормление	Мочепускание	Стул	Заметки матери (наблюдения мамы новорожденного, которые вызывают сомнения и вопросы)

Примечание: Наблюдения матери регистрируются каждый день при каждом кормлении и физиологических отправлениях.
НЕМЕДЛЕННО информируйте акушерку или неонатальную медсестру о возникших проблемах:
— о вопросах по кормлению ребенка;
— об опасных признаках для жизни ребенка.



Перечень индикаторов качества предоставления перинатальных услуг матерям и новорожденным в организациях здравоохранения

№ п/п	Наименование индикатора	Сроки сбора информации
1. Питание:		
1.1.	Доля беременных женщин, принимающих препараты железа и фолиевой кислоты	1 раз в год
1.2.	Доля новорожденных в ОЗ, которые на момент выписки получали исключительно грудное вскармливание	1 раз в год
2. Антенатальный уход:		
2.1.	Доля беременных с Rh-отрицательной кровью, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году	1 раз в год
2.2.	Доля беременных с Rh-отрицательной кровью и имевших в анамнезе новорожденного с патологической желтухой, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году	1 раз в год
2.3.	Доля беременных, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году, прошедших обследование на сифилис в первой половине беременности	1 раз в год
2.4.	Доля беременных, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году, прошедших обследование на сифилис во второй половине беременности	1 раз в год
2.5.	Доля беременных, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году и имеющих положительный результат теста на сифилис	1 раз в год
2.6.	Доля беременных, наблюдавшихся по поводу беременности в отчетном году и имеющих положительный результат теста на сифилис, получивших полный курс лечения	1 раз в год
2.7.	Доля детей, рожденных в текущем году ВИЧ-положительными матерями, которым был поставлен диагноз ВИЧ	1 раз в год
2.8.	Доля беременных с гипертензивными расстройствами	1 раз в год
2.9.	Доля беременных с сахарным диабетом	1 раз в год
3. Уход за новорожденным		



Приложение 4
к «Истории развития новорожденного»
(форма № 097-4/у)

Карта наблюдения за кормлением грудью

Ф.И.О. матери _____	Дата наблюдения: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Имя ребенка _____	Возраст ребенка <input type="text"/>
Признаки успешного кормления грудью:	Признаки, указывающие на возможные проблемы:
Общие:	
Мать:	Мать
<input type="checkbox"/> Мать выглядит здоровой	<input type="checkbox"/> Мать нездорова или чем-то расстроена
<input type="checkbox"/> Мать расслаблена, ей комфортно	<input type="checkbox"/> Мать выглядит напряженной и ей неудобно
<input type="checkbox"/> Между матерью и ребенком хорошая связь	<input type="checkbox"/> Мать не смотрит на ребенка
Ребенок:	Ребенок:
<input type="checkbox"/> Ребенок выглядит здоровым	<input type="checkbox"/> Ребенок нездоров или сонный
<input type="checkbox"/> Ребенок расслаблен, ему комфортно	<input type="checkbox"/> Ребенок беспокойный, плачет
<input type="checkbox"/> Ребенок приложен к груди, кажется голодным	<input type="checkbox"/> Ребенок отказывается сосать
ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ:	ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ:
<input type="checkbox"/> Грудь здоровые	<input type="checkbox"/> Грудь выглядят красными, напряженными, или трещины соска
<input type="checkbox"/> Нет боли и комфортно	<input type="checkbox"/> Грудь и сосок болезненны
<input type="checkbox"/> Грудь, хорошо поддержана пальцами далеко от соска	<input type="checkbox"/> Грудь поддерживается пальцами близко к соску
ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА	ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА
<input type="checkbox"/> Голова и тело ребенка на одной линии	<input type="checkbox"/> Голова и тело ребенка не на одной линии
<input type="checkbox"/> Ребенка держит близко к телу матери	<input type="checkbox"/> Ребенка не держит близко к телу матери
<input type="checkbox"/> Все тело ребенка поддерживается	<input type="checkbox"/> Все тело ребенка не поддерживается
<input type="checkbox"/> Ребенок подносится к груди, нос напротив соска	<input type="checkbox"/> Грудь подносится к ребенку, губы/подбородок напротив соска
ПРИЛОЖЕНИЕ К ГРУДИ	ПРИЛОЖЕНИЕ К ГРУДИ
<input type="checkbox"/> Над верхней губой ребенка виден большой участок ареолы, чем под нижней	<input type="checkbox"/> Большой участок ареолы виден под нижней губой ребенка
<input type="checkbox"/> Рот широко открыт	<input type="checkbox"/> Рот открыт нешироко
<input type="checkbox"/> Нижняя губа вывернута наружу	<input type="checkbox"/> Нижняя губа не вывернута наружу
<input type="checkbox"/> Подбородок ребенка прикасается к груди	<input type="checkbox"/> Подбородок ребенка не прикасается к груди
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ	КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ
<input type="checkbox"/> Медленно, глубоко сосет с паузами	<input type="checkbox"/> Быстро и неглубоко сосет
<input type="checkbox"/> Щеки круглые	<input type="checkbox"/> Щеки напряжены и втянуты
<input type="checkbox"/> Можно видеть или слышать сосание	<input type="checkbox"/> Можно слышать чмокание и шелканье
<input type="checkbox"/> Ребенок отпустил грудь	<input type="checkbox"/> Мать отняла ребенка от груди

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____

Ф.И.О. специалиста _____

Подпись: _____



Приложение 5
к «Истории развития новорожденных»
(форма № 097-5/у)

Лист информированного добровольного согласия/ отказа

Я _____, мать/ законный опекун
(Ф.И.О. матери/ законного опекуна)

муж. жен _____, в соответствии с Законом КР
(фамилия ребенка)

«Об охране здоровья граждан в КР» от 09.01.2005г., полностью и в доступной форме проинформирована медицинскими работниками о своих правах, как пациента, и о необходимости проведения ниже перечисленных профилактических мероприятий.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях, в связи с проведением процедур моему ребенку, я принимаю ответственность за состояние здоровья своего ребенка, а также подтверждаю, что мне был понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно даю **согласие на проведение/ отказываюсь от проведения** ниже перечисленных процедур.

Я знаю о потенциальных рисках при отказе от ниже перечисленных профилактических процедур.

При принятии этого решения я настоящим освобождаю _____,
(наименование больницы)

ее сотрудников и моего лечащего врача/ среднего мед. работника от ответственности за любой вред или убытки любого рода, которые могут возникнуть в результате моего отказа от ниже перечисленных профилактических процедур.

<p align="center">Добровольное согласие/ отказ от профилактики гонобленореи</p> <p>Согласна на проведение данной процедуры:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Дата: _____</p> <p>Подпись: _____</p>

<p align="center">Добровольное согласие/ отказ от витамина К</p> <p>Согласна на проведение данной процедуры:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Дата: _____</p> <p>Подпись: _____</p>
--

<p align="center">Добровольное согласие на вид вскармливания</p> <p>Согласна на:</p> <p>ИГВ <input type="checkbox"/></p> <p>Искусственное вскармливание <input type="checkbox"/></p> <p>Дата: _____</p> <p>Подпись: _____</p>
--

<p align="center">Добровольное согласие/ отказ от вакцинации против вирусного гепатита В</p> <p>Согласна на проведение данной процедуры:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Дата: _____</p> <p>Подпись: _____</p>
--

<p align="center">Добровольное согласие/ отказ от вакцинации против туберкулеза (БЦЖ)</p> <p>Согласна на проведение данной процедуры:</p> <p>Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p>Дата: _____</p> <p>Подпись: _____</p>

Я свидетельствую, что разъяснила родильнице (родственникам) суть выполнения и возможный риск при проведении вышеперечисленных профилактических процедур, а также последствия, которые могут возникнуть в результате отказа от них

Лечащий врач: _____ Подпись _____
(Ф.И.О.)

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Доклуд вены																											
Периферическая вена																											
Центральная вена																											
Респираторная поддержка	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Кислород свободным потоком (маска, носовые канюли)																											
CPAP																											
ИВЛ																											
Концентрация кислорода																											
Давление на входе (Pin)																											
Время вдоха (Tin)																											
Частота (Freq)																											
Вдох/Выдох (I/E)																											
ПДКВ (PEEP)																											
Санация интубационной трубки																											
Дренажные положения																											
Вибрационный массаж																											
Ингаляции/Аэрозоль																											
Лабораторные исследования	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Общий/Газовый анализ крови																											
Нб, эритроциты, Нг, лейкоциты																											
Время свертывания крови																											
Анализ газов крови																											
Глюкоза крови																											
Электролиты																											
Билирубин (фракции)																											
Прокальцитонин																											
C-реактивный белок																											
Посев крови (спинно-мозговая жидкость, моча)																											
Общий анализ мочи																											
Копрограмма																											
Другое																											
Инструментальные исследования	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Рентгенография органов грудной клетки																											
Рентгенография органов брюшной полости																											
УЗИ внутренних органов																											
Нейросонография																											
ЭКГ																											
ЭХО-КГ																											
ЭЭГ																											
МРТ/КТ																											
Другое																											
Параметры наблюдения	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Артериальное давление																											
САД																											
ДАД																											
Частота сердечных сокращений (ЧСС)																											
Частота дыхания (ЧД)																											
Сатурация O2																											
Температура тела																											
Тип выделений	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Срыгивание/рвота																											
Дренаж																											
Мочевой катетер																											
Почасовой диурез, суточный диурез																											
Стул																											
Клизма																											

Подпись:

Мед. сестра:

Подпись

