



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

«20» 12 2018 г.

г. Грозный

№ 328

г О порядке маршрутизации детского населения г
Чеченской Республики

В целях эффективного использования коечного фонда медицинских организаций, соблюдения этапности оказания медицинской помощи, упорядочения госпитализации больных и совершенствования оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детскому населению Чеченской Республики,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. Схему маршрутизации детского населения республики для оказания первичной медико-санитарной помощи (приложение № 1);
- 1.2. Схему маршрутизации детского населения республики для оказания специализированной медицинской помощи (приложение № 2);
- 1.3. Порядок направления пациента на консультацию и/или на госпитализацию (приложение № 3);
- 1.4. Порядок направления/ перевода новорожденных детей, нуждающихся в стационарной медицинской помощи (приложение № 4);
- 1.5. Переводной эпикриз для новорожденного из родильных отделений (приложение № 5);
- 1.6. Карту транспортировки (приложение № 6);
- 1.7. Карта транспортировки новорожденных (приложение № 7);
- 1.8. Порядок работы с дефектами, выявленными при госпитализации (приложение № 8);
- 1.9. Дефектурную карту (приложение № 9).

2. Главным врачам медицинских организаций Чеченской Республики:

2.1. Руководствоваться в своей работе:

- приказом Минздрава России от 07.03.2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

- приказом Минздрава России от 02.12.2014 г. № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

- приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 921н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»;
- приказом Минздрава России от 12.11.2012 г. № 909н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская анестезиология-реанимация».

2.2. Обеспечить информирование прикрепленного населения о порядке маршрутизации прикрепленного детского населения в соответствии с оказываемой медицинской помощью;

2.3. Принять к неукоснительному исполнению порядок направления пациента на консультацию и/или госпитализацию, а также порядок направления/ перевода новорожденных детей, нуждающихся в стационарной медицинской помощи согласно приложениям № 3 и № 4 к настоящему приказу;

2.4. Детей, пострадавших в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), направлять в ГБУ «Детская клиническая больница № 2 г. Грозный» согласно приложениям № 2 и № 3 к настоящему приказу;

2.5. Организовать работу с дефектами направлений пациентов из медицинских организаций согласно приложениям № 8 и № 9 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУ «ССМП г. Грозный», главным врачам, имеющим в структуре подведомственной медицинской организации станции и отделения скорой медицинской помощи:

3.1. Детей, нуждающихся в оказании первичной медико-санитарной помощи, доставлять в медицинские организации в соответствии с приложениями № 1 и № 6 к настоящему приказу;

3.2. Детей, в том числе новорожденных, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи, доставлять в медицинские организации в соответствии с приложениями № 2, № 4, № 6 и № 7 к настоящему приказу;

4. Главным штатным и внештатным детским специалистам Министерства здравоохранения Чеченской Республики оказывать организационно-методическую помощь учреждениям здравоохранения в организации медицинской помощи детям в соответствии со схемой маршрутизации детского населения республики для оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи.

5. Персональную ответственность за нарушение порядка маршрутизации детского населения возлагаю на руководителей медицинских организаций.

6. Начальнику отдела ведомственного контроля качества медицинской деятельности и внедрения стандартов Минздрава ЧР ежеквартально, не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным, составлять аналитическую справку по выявленным дефектам направления/госпитализации пациентов из медицинских организаций городов и районов Чеченской Республики, а также проделанной работе по устранению выявленных дефектов.

7. Признать утратившим силу приказ Минздрава ЧР от 04.08.2018 г. № 147.

8. Общему отделу ГКУ «Управление по обеспечению деятельности Министерства здравоохранения Чеченской Республики» довести настоящий приказ до руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому и взрослому населению, территориальному Фонду обязательного медицинского страхования, а также территориальной страховой компании МАКС-М.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики Гадаева А.А.

Министр



Э.А. Сулейманов

Схема маршрутизации детского населения Чеченской Республики для оказания
первичной медико-санитарной помощи

Медицинская организация			
Район	Амбулаторная помощь	Стационарная помощь	
		Дневной стационар	Круглосуточный стационар
Ачхой-Мартановский	ГБУ "Ачхой-Мартановская ЦРБ"	ГБУ "Ачхой-Мартановская ЦРБ"	ГБУ "Ачхой-Мартановская ЦРБ"
г. Аргун	ГБУ "ГБ № 1 г. Аргун"	ГБУ "ГБ № 1 г. Аргун"	ГБУ "ГБ № 1 г. Аргун"
Веденский	ГБУ "Веденская ЦРБ"	ГБУ "Веденская ЦРБ"	ГБУ "Веденская ЦРБ"
г. Грозный	ГБУ "ДП № 1 г. Грозный" ГБУ "ДКБ № 2 г. Грозный" ГБУ "ДП № 3 г. Грозный" ГБУ "ДП № 4 г. Грозный" ГБУ "ДП № 5 г. Грозный"	ГБУ "ДП № 1 г. Грозный" ГБУ "ДКБ № 2 г. Грозный" ГБУ "ДП № 3 г. Грозный" ГБУ "ДП № 4 г. Грозный" ГБУ "ДП № 5 г. Грозный" ГБУ "РДКБ им. Е.П. Глинки"	(педиатрическое отделение) ГБУ "ДКБ № 2 г. Грозный" ГБУ "ГБ № 3 г. Грозный" ГБУ "РДКБ им. Е.П. Глинки"
Грозненский	ГБУ "Грозненская ЦРБ"	(педиатрическое отделение) ГБУ "ДКБ № 2 г. Грозный" ГБУ "РДКБ им. Е.П. Глинки"	(педиатрическое отделение) ГБУ "ДКБ № 2 г. Грозный" ГБУ "ГБ № 3 г. Грозный" ГБУ "РДКБ им. Е.П. Глинки"
Гудермесский	ГБУ "Гудермесская ЦРБ"	ГБУ "Гудермесская ЦРБ"	ГБУ "Гудермесская ЦРБ"
Итум-Калинский	ГБУ "Итум-Калинская УБ"		ГБУ "Шатойская МРБ"
Курчалоевский	ГБУ "Курчалоевская ЦРБ"	ГБУ "Курчалоевская ЦРБ"	ГБУ "Курчалоевская ЦРБ"
Наурский	ГБУ "Наурская ЦРБ"	ГБУ "Наурская ЦРБ"	ГБУ "Наурская ЦРБ"
Надтеречный	ГБУ "Надтеречная ЦРБ"	ГБУ "Надтеречная ЦРБ"	ГБУ "Надтеречная ЦРБ"
Ножай-Юртовский	ГБУ "Ножай-Юртовская ЦРБ"	ГБУ "Ножай-Юртовская ЦРБ"	ГБУ "Ножай-Юртовская ЦРБ"
Сунженский	ГБУ "Сунженская ЦРБ"	ГБУ "Сунженская ЦРБ"	ГБУ "Сунженская ЦРБ"
Урус-Мартановский	ГБУ "Урус-Мартановская ЦРБ"		ГБУ "Урус-Мартановская ЦРБ"
Шатойский	ГБУ "Шатойская МРБ"		ГБУ "Шатойская МРБ"
Шаройский	ГБУ "Шаройская УБ"		ГБУ "Шатойская МРБ"
Шалинский	ГБУ "Шалинская ЦРБ"		ГБУ "Шалинская ЦРБ"
Шелковской	ГБУ "Шелковская ЦРБ"	ГБУ "Шелковская ЦРБ"	ГБУ "Шелковская ЦРБ"

Порядок направления/перевода пациента на консультацию и/или госпитализацию

1. Настоящее постановление определяет правила взаимодействия между учреждениями первого, второго и третьего уровней оказания медицинской помощи детскому населению Чеченской Республики.

2. Основными показаниями для межуровневого направления пациента являются:

- отсутствие эффекта от проводимого лечения, необходимость коррекции проводимой терапии;

- развитие осложнений у пациента, находящегося на лечении;

- отсутствие у медицинской организации возможности организовать соответствующего специалиста или вида обследования, которые необходимы пациенту;

- необходимость оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, а также принятия решения об иногороднем дообследовании/ лечении.

3. Порядок направления пациента:

а) Отбор на плановую госпитализацию в медицинскую организацию 2-го и 3-го уровня производится, с учетом заполняемости коек, заведующим профильного отделения.

б) При поступлении на плановое лечение пациент обязан при себе иметь:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении);

- полис ОМС;

- выписку из амбулаторной карты (учетная форма № 027/у «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного», утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030) (приложение № 10);

- направление (учетная форма № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 255) (приложение № 11), заполненное и заверенное лечащим врачом;

Справочно: Противопоказания для направления на госпитализацию в общесоматические стационары:

- подозрение на острое инфекционное заболевание;

- туберкулез легких (МБТ+);

- пациенты с тяжелой формой психических заболеваний без сопровождающего лица;

в) При поступлении на плановое оперативное лечение пациент обязан при себе иметь:

- общий анализ крови с указанием гематокрита и МНО (ПТИ) + время свертываемости и кровотечения;

- общий анализ мочи;
- группа крови и резус-фактор;
- RW, HBsAg, ВИЧ;

г) Для детей старше 15 лет, направленных на плановую госпитализацию, необходимо представить результаты флюорографии (действительно 1 год);

д) Для лиц, осуществляющих уход за детьми, необходимо представить результаты флюорографии (действительно 1 год).

4. Порядок перевода пациента:

а) Межуровневый перевод стационарного больного осуществляется в первой половине рабочего дня, при этом необходимо обеспечить договоренность с администрацией больницы, куда пациент переводится. Обязательно наличие заполненного переводного эпикриза с указанием всех проведенных медицинских манипуляций;

б) Транспортировка пациента осуществляется после оценки его состояния лечащим врачом и/или совместно с другими специалистами, для определения транспортабельности на основании взвешенной оценки показаний и противопоказаний, проведения необходимой подготовки к транспортировке;

в) Перевод осуществляется только в сопровождении медицинского работника: фельдшера, врача анестезиолога-реаниматолога, что определяется характером и тяжестью основного состояния;

г) Во время транспортировки обязательно проведение динамического контроля за состоянием пациента, включая оценку основных клинических показателей, и продолжения начатого при подготовке к транспортировке лечения (жаропонижающая, противосудорожная, инфузионная терапия и т.д.);

д) Данные о состоянии пациента на этапе подготовки и во время транспортировки заносятся в Карту транспортировки (приложение № 6);

е) Оценка качества оказания медицинской помощи на этапе транспортировки (перевода) пациента осуществляется на основании следующих критериев:

- обоснованность транспортировки (перевода) в другую медицинскую организацию;

- объем подготовки пациента к транспортировке (переводу);

- наличие/ отсутствие ухудшения состояния пациента во время транспортировки (перевода);

ж) В случае нетранспортабельности, медицинская организация оставляет пациента до стабилизации состояния с вызовом профильных специалистов на себя.

5. После оказания консультативной помощи, проведенного лечения или дополнительного обследования (с целью уточнения диагноза или подготовки к госпитализации) врачом-консультантом или лечащим врачом оформляется и выдается на руки консультативная справка или медицинское заключение/выписка с четкими рекомендациями по дальнейшему лечению и обследованию в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу.

6. Руководители медицинской организации несут персональную ответственность за своевременность направления или перевода больных в медицинскую организацию высшего уровня.

Порядок направления/перевода новорожденных детей, нуждающихся
в стационарной медицинской помощи

1. Настоящий порядок определяет правила взаимодействия между учреждениями первого, второго и третьего уровней оказания медицинской помощи новорожденным детям в возрасте от 0 до 28 суток, а в некоторых случаях детей в возрасте до 60 суток.

2. Основными показаниями для направления/перевода новорожденного ребенка являются:

- наличие состояния, требующее оказания стационарной помощи;
- отсутствие коек отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее – ОРИТН), отделения патологии новорожденных (далее – ОПН), неонатальной хирургии/нейрохирургии в медицинской организации.

3. Порядок направления пациента:

а) Отбор на госпитализацию новорожденных детей (от 0 до 28 суток) в медицинскую организацию 3-го уровня производится, с учетом диагноза:

- все новорожденные дети в возрасте от 0 до 28 суток, выписанные из родильного отделения и поступившие на педиатрический участок, нуждающиеся в стационарном лечении направляются на госпитализацию в ОПН № 2 ГБУ «Родильный дом»;

- недоношенные дети в постконцептуальном возрасте (далее – ПКВ) до 40 недель и/или с весом менее 3000 г (независимо от ПКВ) направляются на госпитализацию в ОПН № 2 ГБУ «Родильный дом».

б) Отбор на госпитализацию детей в возрасте от 28 до 60 суток в медицинскую организацию 3-го уровня производится, с учетом возраста, если ребенок родился недоношенным ПКВ, веса ребенка на момент госпитализации, диагноза:

- дети в возрасте от 28 до 60 суток с диагнозом «неконъюгированная гипербилирубинемия» направляются на госпитализацию в ОПН № 2 ГБУ «Родильный дом»;

- дети в возрасте от 28 до 60 суток с диагнозом «гипотрофия» весом менее 3000 г направляются на госпитализацию в ОПН № 2 ГБУ «Родильный дом»;

- все остальные дети в возрасте от 28 до 60 суток нуждающиеся в стационарном лечении направляются на госпитализацию в профильные отделения в соответствии с приложением № 1 и приложением № 2 к настоящему приказу.

в) Необходимо принятие согласованного решения между направляющей и принимающей сторонами.

г) При поступлении на стационарное лечение пациент обязан при себе иметь:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении);
- полис ОМС;
- выписку из амбулаторной карты (учетная форма № 027/у «Выписка из

медицинской карты амбулаторного, стационарного больного», утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 г. № 1030) (приложение № 10);

- направление (учетная форма № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию», утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 г. № 255) (приложение № 11), заполненное и заверенное лечащим врачом;

Справочно: Противопоказания для направления на госпитализацию в общесоматические стационары:

- подозрение на острое инфекционное заболевание;
- туберкулез легких (МБТ+);

д) Для лиц, осуществляющих уход за детьми, поступивших в плановом порядке, необходимо представить результаты флюорографии (действительно 1 год), RW, HBsAg, ВИЧ (действительно 6 мес.).

4. Порядок перевода новорожденных детей из родильного отделения:

а) Перевод новорожденных из родильного отделения осуществляется после предварительной консультации с врачом реанимационно-консультативного центра новорожденных (далее – РКЦН) ГБУ «Родильный дом», на реанимобиле выездной неонатальной бригады в сопровождении врача и медицинской сестры. Обязательно наличие заполненного переводного эпикриза с указанием всех проведенных медицинских манипуляций (приложение № 5), ксерокопии паспорта и медицинского полиса матери;

б) Во время транспортировки обязательно проведение динамического контроля за состоянием пациента, включая оценку основных клинических показателей, и продолжения начатого при подготовке к транспортировке лечения (ИВЛ, инфузионная терапия и т.д.);

в) Данные о состоянии пациента на этапе подготовки и во время транспортировки заносятся в Карту транспортировки новорожденного (приложение № 7);

г) Оценка качества оказания медицинской помощи на этапе транспортировки (перевода) пациента осуществляется на основании следующих критериев:

- обоснованность транспортировки (перевода) в другую медицинскую организацию;

- объем подготовки пациента к транспортировке (переводу);

- наличие/ отсутствие ухудшения состояния пациента во время транспортировки (перевода);

д) В случае нетранспортабельности, медицинская организация оставляет пациента до стабилизации состояния с консультированием по телефону РКЦН ГБУ «Родильный дом».

5. Руководители медицинской организации несут персональную ответственность за своевременность консультирования с РКЦН ГБУ «Родильный дом», выполнение рекомендаций РКЦН, стабилизацию состояния перед транспортировкой и обеспечение необходимых условий для стабилизации состояния новорожденного в родильном отделении перед транспортировкой:

а) оснащение медицинским оборудованием (ИВЛ, кювез, монитор, дозатор, лампа для фототерапии);

б) наличие жизненно важных лекарственных препаратов (далее – ЖВЛП) (сурфактант, алпростан, допмин, добутамин, адреналин и т.д.);

в) расходным материалом (одноразовые контуры для проведения ИВЛ новорожденному, пупочные катетеры № 5,6,8, эндотрахеальные трубки № 3,0, № 3-5, инфузионные линии, аспирационные катетеры № 6,8,10, питательные зонды № 8,10, мочевые катетеры № 4-6, периферический венозный катетер № 24, манжета для измерения АД неонатальная, датчик пульсоксиметрии неонатальный).

Переводной эпикриз для новорожденного из родильных отделений

Наименование медицинской организации _____

ФИО матери / ребенка _____

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

АДРЕС _____

Возраст матери _____ **национальность** _____

ГРУППА КРОВИ матери _____ **отца** _____

Титр антител (при наличии) _____

Профессия _____ **место работы** _____

Проф. вредности _____ **вредные привычки** _____

ВИЧ _____ **RW** _____ **HbsAg** _____ **гепатит С** _____

Наследственность матери / отца _____

Экстрагенитальные заболевания матери _____

Беременность _____, **предыдущие** _____

Взята на учет в ЖК _____ **недель.** **Наименование ЖК** _____

Ф.И.О врача ЖК _____

Особенности беременности _____

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

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

Особенности течения родов _____

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

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

Послед на гистологи ДА/НЕТ, **изменения** _____

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

дыхательных путей / тактильная стимуляция / ИВЛ через маску / интубация / ИВЛ через интубационную трубку / max FiO2 _____ **%,** **PIP** _____ **PEEP** _____ / **непрямой массаж сердца / адреналин** № _____ **в дозе** _____ **мл / катетеризация пупочной вены / физ. раствор в дозе** № _____ **в дозе** _____ **мл/ сода 4% №** _____ **в дозе** _____ **мл. Спонтанное дыхание** появилось на _____ **минуте жизни.**

Сурфактан « _____ » **в род. зале** ДА/НЕТ, **на** _____ **минуте жизни, доза** _____ **мг.**

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

Динамика состояния ребенка _____

Максимальная убыль массы на ___ сутки __%. Остаток пуповины не отпал/отпал на ___ сутки жизни. Желтуха с ___ суток жизни, фототерапия: ДА/НЕТ, продолжительность _____
 Зрелость по шкале _____ баллов _____, на _____ недель. Физическое развитие _____
Состояние на момент перевода удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/стабильное
 Температура тела _____ ЧД _____ ЧСС _____ SatO2 _____ АД _____
 Особенности _____

Стул _____ Диурез _____ мл/кг/час
 Динамика веса _____

Прививка против гепатита В: НЕТ/ДА на ___ сутки жизни, в/м; 0,5 мл, серия _____ с.г. ___ г. ___
 БЦЖ-М: НЕТ/ДА на ___ сутки жизни, в/к, 0,025 мл, серия _____ с.г. _____ г. _____

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

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

▪ **Общий анализ крови**

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

▪ **Общий анализ мочи**

Дата	Белок	Сахар	Лейк	Эритро	Соли	Бактерии	Прочее

▪ **Билирубин и другие биохимические показатели**

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

▪ **НСГ** _____

▪ **Рентгенография** _____

▪ **Гликемический профиль**

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

ЛЕЧЕНИЕ:

вскармливание _____

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

ПЕРЕВОДНОЙ ДИАГНОЗ _____

МАТЬ НА ПЕРЕВОД, НЕОБХОДИМОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА СОГЛАСНА.

Ф.И.О. матери _____ Подпись матери _____

Переводится в ОРИТН // ОПН №2//

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

Зав. отделением _____

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ

_____ (наименование учреждения откуда переводится пациент)

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Домашний адрес: _____

Диагноз: _____

Показание к переводу _____

Показание к переводу установлено: дата _____ время _____

Состояние _____

Клинические особенности _____

Температура _____ °С, Пульс _____, АД _____ мм.рт.ст. Диурез _____ мл

Подготовка к транспортировке:

Выполнено: _____

Переводится в _____
(наименование учреждения куда переводится пациент)

Врач _____ Подпись _____

Транспортировка: начало - дата _____ время _____

Время _____ Состояние _____

Температура _____ °С, Пульс _____, АД _____ мм.рт.ст. Диурез _____ мл

Дополнительные данные _____

Время _____ Состояние _____

Температура _____ °С, Пульс _____, АД _____ мм.рт.ст. Диурез _____ мл

Дополнительные данные _____

Время _____ Состояние _____

Температура _____ °С, Пульс _____, АД _____ мм.рт.ст. Диурез _____ мл

Дополнительные данные _____

Окончание транспортировки*: дата _____ время _____

Состояние _____

Температура _____ °С, Пульс _____, АД _____ мм.рт.ст. Диурез _____ мл

Дополнительные данные _____

Медицинский работник, участвующий в транспортировке** _____

Врач учреждения, в которое переведен пациент** _____

ПРИМЕЧАНИЯ:

* Время транспортировки в карте транспортировки и время поступления в стационар в соответствии с записями приемного отделения должны совпадать.

** С целью исключения конфликта интересов объективная оценка состояния пациента после транспортировки (перевода) осуществляется совместно – медицинским работником, участвующим в транспортировке, и врачом принимающего стационара, что закрепляется подписями обоих медицинских работников.

Карта транспортировки новорожденных

ФИО больного _____
 Возраст сутки _____ Дата и время поступления в МО «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин
 Дата и время поступления вызова в РКЦ РДКБ «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин
 Дата и время выезда бригады на место «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин
 Дата и время прибытия на место «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин
 Дата и время начала транспортировки из ЛПУ «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин
 Дата и время поступления больного в МО «__» _____ 20__ г. __ ч. __ мин

Диагноз: _____

Объективный статус: _____

Врач-реаниматолог, сопровождающий новорожденного _____ / _____
 Медсестра/медбрат _____ / _____

Этап (на месте, транспортировка, госпитальный) нужное указать	час				час	
	15 мин	30 мин	45 мин	1 час	15 мин	30 мин
Дата						
Время, ежечасно						
Сатурация в %						
ЧД в 1 мин						
ЧСС уд. в 1 мин						
АД мм. рт. ст.						
АД среднее						
Оксигенация:						
Дыхание через:						
- ВДП, СРАР, ИВЛ инвазивно через ЭТТ						

ИВЛ (указать марку и модель респиратора) Режим: РIP, см вод. ст. – РЕЕР, см вод. ст. – FiO ₂ , % - Поток, л/мин -						
Медикаменты, указать название, дозу, путь введения:						
Глюкоза 10% -						
Калия хлорид 4% -						
Магния сульфат 25% -						
Натрия гидрокарбонат 4% -						
Натрия хлорида 0,9%-						

Поступил в ОРИТН дата _____ время _____ часов _____ минут

Состояние при поступлении (заполняется после совместного осмотра врачом-реаниматологом, сопровождающим и принимающим новорождённого):

Врач-реаниматолог,
сопровождающий новорожденного _____ / _____

Врач-реаниматолог,
принявший новорожденного _____ / _____

Порядок работы с дефектами, выявленными при госпитализации/консультации
пациентов в медицинской организации

1. В случае выявления нарушений требований настоящего приказа по оформлению первичной медицинской документации или иных дефектов, ответственным лицом медицинской организации 2-го или 3-го уровня заполняется дефектурная карта (приложение № 9), которая в 3-дневный срок вместе с контрольным талоном направляется в медицинскую организацию, допустившую нарушение порядка направления пациентов.
2. Медицинская организация, получив дефектурную карту, в 2-недельный срок отправляет в медицинскую организацию, выявившую дефекты, контрольный талон, с указанием причин возникновения дефектов и принятым мерам по недопущению их в дальнейшем.
3. По итогам работы за квартал, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, ответственное лицо медицинской организации составляет аналитическую справку по выявленным дефектам направления пациентов из медицинских организаций городов и районов Чеченской Республики и направляет ее в отдел ведомственного контроля качества медицинской деятельности и внедрения стандартов Минздрава ЧР для принятия управленческих решений.

Главному врачу _____
(наименование медицинской организации)

ДЕФЕКТУРНАЯ КАРТА № _____

По направлению из _____
(наименование медицинской организации)

направлен больной _____
(Ф.И.О., возраст, адрес проживания)

с диагнозом _____

№ талона амбулаторного пациента _____ № истории болезни _____

Прибыл (в поликлинику/стационар) " ____ " _____ 20__ г.

Установлен диагноз: _____

Выявлены дефекты:

1.Обследование:	
1.1. анализы отсутствуют	
1.2. анализы отсутствуют на инфекции (геп. В, С; RW; ВИЧ)	
1.3. анализы представлены не в полном объеме согласно стандарту	
1.4. не соблюден срок действия анализов	
1.5. нет даты исследований	
1.6. не оформлена паспортная часть бланка	
1.7. другие дефекты	
2. Диагноз:	
2.1. отсутствует	
2.2. не соответствует клинико-диагностическим данным	
2.3. не соответствует общепринятым классификациям	
2.4. установлен несвоевременно	
2.5. другие дефекты	
3. Лечение:	
3.1. не указано	
3.2. проводилось не в полном объеме	
3.3. не соответствует диагнозу	
3.4. не эффективно по управляемым причинам	

3.5. не проведено	
3.6. другие дефекты	
4. Обоснованность направления:	
4.1. не использованы все возможности обследования и лечения	
4.2. инкурабельность пациента	
4.3. обращение по настоянию больного, родственников	
4.4. нарушение этапности в лечении	
4.5. несвоевременное направление при наличии показаний, повлекшее ухудшение состояния	
4.6. другие дефекты	
5. Транспортировка:	
5.1. нетранспортабелен	
5.2. транспорт не выделен	
5.3. транспорт не соответствует состоянию больного	
5.4. нет транспортной карты	
5.5. транспортная карта не заполнена или заполнена частично	
5.6. транспортировка без медицинского сопровождения	
5.7. другие дефекты	

6. Другие дефекты

Карта заполнена в _____
(указать структурное подразделение медицинской организации)

Врач _____
(должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

Зав. отделением _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Зам. гл. врача _____
(подпись) (фамилия, инициалы)

Дата заполнения карты " ____ " _____ 20__ г.

(линия отреза)

Контрольный талон к дефектурной карте № _____
(подлежит возврату в медицинскую организацию в 2-недельный срок со дня получения)

Наименование медицинской организации _____

Ф.И.О. больного _____

Где были обсуждены выявленные дефекты _____

Какие меры по устранению дефектов приняты к лицам их допустившим _____

Что, по вашему мнению, послужило причиной дефектов (невнимательность, перегрузка в работе, незнание правил оформления направления на консультацию/госпитализацию, профессиональная некомпетентность, др.)

Главный врач _____

Дата заполнения _____

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного
(подчеркнуть) больного

В _____
название и адрес учреждения, куда направляется выписка

1. Фамилия, имя и отчество больного _____
2. Дата рождения _____
3. Домашний адрес _____
4. Место работы и род занятий _____
5. Даты: а) по амбулатории заболевания _____
направления в стационар _____
б) по стационару: поступления _____
выбытия _____
6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее, осложнение)

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,
проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке _____

Лечебные рекомендации: _____

М.П. " _____ " _____ 20 ____ г.

Лечащий врач _____ / _____ /
Зав.отд. _____ / _____ /
Главный врач _____ / _____ /

