



**ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

« 19 » 06 2018 г.

№ 948

г. Кемерово

Об утверждении форм в медицинскую документацию новорожденных

В целях повышения качества оказания специализированной медицинской помощи новорожденным, снижения младенческой смертности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

- 1.1. форму Осмотра врача выездной неонатальной реанимационно-консультативной бригады (ВНРКБ);
- 1.2. форму Транспортного листа выездной неонатальной реанимационно-консультативной бригады (ВНРКБ);
- 1.3. форму Листа наблюдения за новорожденным в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

2. Руководителям государственных медицинских организаций, медицинских организаций иной формы собственности (по согласованию) обеспечить заполнение вышеуказанных форм при оказании медицинской помощи новорожденным.

3. Директору ГБУЗ КО «Новокузнецкий медицинский информационный центр» (В.А. Махов) разместить приказ на официальном сайте департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Е.М. Зеленину.

И.о. начальника департамента

А.В. Брежнев



**Осмотр врача выездной неонатальной реанимационно-
консультативной бригады (ВНРКБ)**

Наименование учреждения здравоохранения: _____

Дата, время осмотра _____

Фамилия, имя ребенка, возраст: _____

С анамнезом ознакомлен(а).

T-___°C ЧСС-___/мин ЧД-___/мин АД-___/___мм.рт.ст. SatO2___%

Объективные данные:

Состояние ребенка: *среднетяжелое, тяжелое, очень тяжелое, крайне тяжелое, агональное.*

Респираторная поддержка (*не требуется, получает O2 в палатку, на ИВЛ*):

Rate: ___/мин, PIP мбар, PEEP мбар, O2 % Синхронизация: *спонтанная, медикаментозная, десинхронизация.*

Уровень сознания: *в сознании, сонор, кома, оценить на фоне седации невозможно.*

Реакция на осмотр: *адекватная, снижена, гиперестезия, отсутствует.*

Двигательная активность: *достаточная, снижена.*

Мышечный тонус: *достаточный, снижен, повышен, атония.*

Судороги: *отсутствуют, локальные, генерализованные, тонические, клонические.*

Телосложение: *правильное, неправильное.*

Питание: *удовлетворительное, пониженное, избыточное, прочее.*

На голоде, кормится смесью, сцеженное грудное молоко, грудное вскармливание.

По желудочному зонду отделяемое *есть, нет.*

Кожные покровы *бледные, розовые, чистые, иктеричные, цианотичные.*

Слизистые *розовые, цианотичные.*

Отеки: *нет, есть, локализация.*

Перфузия: *достаточная, недостаточная*

Форма головы: *долихоцефалическая, округлая, деформированная.*

Большой родничок ___^x___ см, *не напряжен, выбухает, прочее.*

Швы: *открыты, закрыты, захождение, расхождение.*

Ключицы: *целые, перелом слева, справа.*

Грудная клетка: *обычной формы, симметричная, вздутая, ассиметричная.*

Экскуссия: *достаточная, недостаточная*

При самостоятельном дыхании: *механика дыхания удовлетворительное, втяжение грудины, межреберий, яремной вырезки, экспираторный стон, дыхание спокойное, тахипноэ, брадипноэ, патологическое дыхание по типу _____.*

Апноэ: *отсутствуют, редкие, частые, кратковременные, длительные.*

Аускультативно дыхание: *пуэрильное, жесткое, не выслушивается, проводится по всем полям, ослаблено равномерно, слева, справа, хрипы*

Тоны сердца: *громкие, приглушены, глухие, ритмичные, брадиаритмия, тахикардия, шумы.*

При необходимости АД на нижних конечностях _____

Живот *обычной формы, мягкий, умеренно вздут, резко вздут, напряжен, запавший*

Печень: + см. *из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, выступает*

Половые органы сформированы *правильно, неправильно, по женскому типу, по мужскому типу.*

Наличие ануса: *сформирован, не сформирован*

Диурез: *достаточный, снижен*

Стул *отходил меконий, стула не было, частый, жидкий*

Пищевод для зонда *проходим, непроходим.* При необходимости: проба Элефанта *положительная*

Пупочный катетер: *есть, нет, функционирует на забор, введение*

Периферический катетер: *есть, нет, функционирует*

Центральный сосудистый доступ: *нет, силиконовая линия, катетер, работает / не работает на забор*

Лабораторные данные: _____

Предварительный диагноз:

Основной: _____

Осложнения: _____

Сочетанный: _____

Сопутствующий: _____

Фон: _____

Мероприятия:

Для дальнейшего лечения ребенок транспортируется в _____

(ОРИТН, ОПН, другое)

В связи с наличием _____ (причина отмены
транспортировки) медицинская эвакуация (транспортировка) в _____
отменена.

Согласовано с зав. ОРИТН _____:

Врач ВНРКБ _____ (подпись/ФИО)

Транспортный лист выездной неонатальной реанимационно-консультативной бригады (ВНРКБ)

Дата: _____ 20__ г.

| | | |
|---|--------------|-------------------|
| Вызывающая медицинская организация (город) | | |
| Время поступления вызова | Время выезда | Время прибытия |
| | Время убытия | Время возвращения |
| Сведения о больном | | |
| Фамилия, имя ребенка: | | |
| Возраст: | | |
| Дата заболевания: | | |
| Цель транспортировки: <i>транспорт в ОРИТН, транспорт в ОПН, перегоспитализация, обследование, прочее</i> | | |
| Показания к транспортировке: | | |

Анамнез и краткая характеристика заболевания: _____

Состояние при первичном осмотре _____

Респираторная поддержка: _____

Гемодинамика _____

АД _____ ЧСС _____ Дыхание _____

Объективные данные: _____

Диагноз врача ВНРКБ: _____

Предтранспортировочная подготовка: _____

Состояние после проведенных мероприятий _____

На транспорте:

| Время | T | ЧСС | ЧД | АД | Цвет кожи | Активность | Лекарственные препараты (дозы) |
|-------|---|-----|----|----|--------------|------------|--------------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Респираторная поддержка: ИВЛ (% O₂ _____), O₂ маска, без O₂ поддержки

| Время | Fio | Pin | PEEP | f | I:E | Sa O ₂ |
|-------|-----|-----|------|---|-----|-------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Манипуляции и вмешательства:

| Время начала | Вид манипуляции | | | | Осложнения | Время окончания |
|-----------------|-----------------|--|--|--|------------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Результат выезда:

Доставлен в отделение _____ медицинской организации _____

Транспорт перенес (без ухудшения, с ухудшением) _____

Состояние при поступлении в стационар: _____

Транспорт ребенка произведен ВНКРБ в составе:

врач анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра _____

Подпись врача _____ ФИО врача _____

