



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хабаровского края

РАСПОРЯЖЕНИЕ

12 ноября 2018 № 1224-р
г. Хабаровск

О наблюдении детей в возрасте 7
до 1 года

В целях преемственности оказания медицинской помощи детям первого года жизни, профилактики случаев младенческой смертности, снижения заболеваемости и инвалидности:

1. Утвердить прилагаемые:

Порядок проведения патронажей детей первого месяца жизни на дому (далее - Порядок № 1);

Форму регистра детей первого года жизни группы риска по младенческой смертности (далее - Форма №1);

Порядок наблюдения детей первого года жизни группы риска по младенческой смертности в медицинских организациях Хабаровского края (далее - Порядок № 2);

Порядок взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю "педиатрия" и кабинета катamnестического наблюдения КГБУЗ "Перинатальный центр" министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - Порядок № 3);

Порядок наблюдения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и /или социально опасном положении (далее – Порядок № 4);

Форму "Информационный лист наблюдения за состоянием недоношенного ребенка" (далее – Форма № 2);

2. Руководителям медицинских организаций Хабаровского края, оказывающим медицинскую помощь детям и участвующим в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края: Обеспечить организацию и взять под личный контроль исполнение Порядков № 1 - № 4 во вверенном учреждении. Предоставить в КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края список должностных лиц, назначенных ответственными за исполнение Порядков № 1 - № 4 с указанием контактных данных (Ф.И.О., номер телефона, Ф.И.О. замещающего лица в период отсутствия ответственного исполнителя). Главному врачу КГБУЗ "Перинатальный центр" министерства здравоохранения Хабаровского края Бердакову Ю.Н.:

3.1. Организовать наблюдение детей, родившиеся недоношенными с низкой и экстремально низкой массой тела (менее 1500 г) и взаимодействие с медицинскими организациями в соответствии с Порядком № 3.

3.2. Обеспечить ежеквартальное предоставление аналитической информации о наблюдении детей в возрасте до 1 года группы риска по младенческой смертности в министерство здравоохранения Хабаровского края, до 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

4. Главному внештатному специалисту неонатологу министерства здравоохранения Хабаровского края Плотоненко З.А., главному внештатному специалисту педиатру министерства здравоохранения Хабаровского края Колесниковой С.М. осуществлять методическое сопровождение выполнения Порядков № 1 - № 4 в медицинских организациях Хабаровского края, оказывающих медицинскую помощь по профилю "педиатрия".

5. Ректору краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения" министерства здравоохранения Хабаровского края Чижовой Г.В. назначить кураторов из числа профессорско-преподавательского состава для оказания консультативно-диагностической помощи в разборе сложных случаев у детей с перинатальной патологией.

6. Рекомендовать ректору Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Дальневосточный государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – ДВГМУ) Жмеренецкому К.В. назначить кураторов из числа профессорско-преподавательского состава ДВГМУ для оказания консультативно-диагностической помощи в разборе сложных случаев у детей с перинатальной патологией.

7. И.о. директора краевого государственного казенного учреждения здравоохранения "Медицинский информационно-аналитический центр" министерства здравоохранения Хабаровского края Трембач Т.Г. рассмотреть возможность разработки электронной формы регистра детей первого года жизни с выгрузкой данных из электронной медицинской карты ребенка (МИС Медиалог) и предоставить информацию в министерство здравоохранения Хабаровского края в срок до 31.12.2018.

8. Контроль исполнения настоящего распоряжения возложить на и.о. начальника управления организации медицинской помощи населению министерства здравоохранения Хабаровского края Волкову Е.И.

Министр



А.В. Витько

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Хабаровско-

ГО края
от 12 ноября 2018 г. № 1224-р

Порядок проведения патронажей детей первого месяца жизни на дому

Порядок по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому устанавливают правила наблюдения здоровых детей, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), детей, являющихся гражданами Российской Федерации, временно не идентифицированных в системе ОМС, но фактически проживающих на территории обслуживания медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также детей иностранных граждан, имеющих полис ОМС.

Патронаж – комплекс плановых мероприятий, осуществляемых врачом педиатром участковым, врачом педиатром, врачом общей практики (далее – врач), фельдшером, медицинской сестрой участковой, медицинской сестрой (далее - медицинская сестра) на дому.

Патронажи детей первого месяца жизни на дому проводятся с целью своевременной диагностики патологических состояний и предотвращение их развития, динамического наблюдения за состоянием ребенка, определением плана дальнейшего наблюдения, лечебных и профилактических мероприятий, проведения санитарно-просветительной работы, направленной на мотивацию естественного вскармливания, разработка рекомендаций по уходу.

Патронаж здоровых новорожденных, родившихся в срок, в возрасте от 0 до 28 дней выполняет врач (два патронажа) и медицинская сестра (три патронажа). Дополнительный четвертый патронаж осуществляется медицинской сестрой по назначению врача при наличии медицинских показаний.

При отсутствии врача-педиатра патронаж осуществляет фельдшер или медицинская сестра.

В случае выявления отклонений в состоянии здоровья новорожденного остальные посещения врача и медицинской сестры проводятся как активные посещения ребенка на дому по заболеванию.

Для определения тактики патронажного наблюдения детей первого месяца жизни врач составляет план врачебных и сестринских патронажей. Проведение патронажей доношенных новорожденных при наличии отклонений в состоянии здоровья ребенка и новорожденных, родившихся недоношенными, осуществляется по индивидуальному графику, сформированному врачом и согласованному с заведующим педиатрическим отделением/заведующим детской поликлиникой.

Для определения тактики патронажного наблюдения детей, получивших стационарное лечение после рождения, врач составляет индивидуальный план врачебных и сестринских патронажей согласно заболеванию ребенка. Один из патронажей к такому новорожденному осуществляется совместно с заведующим отделением.

Патронажи врачом-педиатром осуществляются по следующему алгоритму:

В случае выписки из родильного дома/отделения на 3-4 сутки, первый патронаж здорового новорожденного:

- осуществляется в первые три дня после выписки из родильного дома.
- проводится сбор и анализ анамнеза, общий осмотр, заполнение данных генеалогического анамнеза, определяются показания для проведения билирубинометрии в соответствии с приложением №1 к настоящему Порядку, проводится пульсоксиметрия, заполнение учетной формы 112-у (история развития ребенка).

Второй патронаж здорового новорожденного при выписке из родильного дома/отделения на 3-4 сутки осуществляется на 11-13 сутки жизни ребенка. Проводится общий осмотр, определяются показания для проведения билирубинометрии в соответствии с приложением №1 к настоящему Порядку, заполнение учетной формы 112-у (история развития ребенка).

В случае поздней выписки здорового новорожденного из стационара (свыше 5 суток жизни), первичный патронаж осуществляется в первые три дня после выписки из родильного дома, второй врачебный патронаж проводится с интервалом 5-7 дней от первичного патронажа врача (интервал с предыдущим осмотром может определяться участковым педиатром с учетом группы здоровья).

При ранней выписке новорожденного (в первые 24 часа жизни) или родах на дому, врач осуществляет первичный патронаж на 2-3 сутки жизни ребенка. Далее патронажи осуществляются по установленной схеме.

В случае родов на дому без последующей госпитализации новорожденного, первый патронаж осуществляется врачом в течение 24 часов после поступления информации о ребенке в медицинскую организацию и далее по установленной схеме.

При каждом патронаже новорожденного врач должен иметь медицинскую укладку, согласно рекомендованному перечню в соответствии с приложением 2 к настоящему Порядку.

Задачи врачебных патронажей:

Во время первого патронажа: исключить наличие заболеваний, оценить течение периода адаптации, провести контроль результатов выполнения аудиологического и неонатального скринингов, установить группу здоровья новорожденного, выявить и конкретизировать факторы риска развития заболеваний, определить план дальнейшего наблюдения, лечебные и профилактические мероприятия, дать рекомендации по уходу, мотивировать на естественное вскармливание, составить график вакцинации.

На первом врачебном патронаже в случае ранней выписки или родах на дому: оформить информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств¹, проведение профилактических прививок² и обработку персональных данных, провести оценку социальных условий, сбор анамнеза (при родах на дому проводится тщательный сбор акушерско-гинекологического анамнеза матери, соматического анамнеза матери, данных о протекании беременности и родов), провести оценку протекания родов и переходного периода, исключить наличие заболеваний, установить группу здоровья новорожденного, выявить и конкретизировать факторы риска развития заболеваний у новорожденного, определить план дальнейшего наблюдения, лечебные и профилактические мероприятия, организовать проведение аудиологического и неонатального скринингов, дать рекомендации по уходу, мотивировать на естественное вскармливание, составить график вакцинации.

На первом врачебном патронаже в случае поздней выписки: оформить информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, проведение профилактических прививок, исключить наличие заболеваний или продолжить лечение по рекомендациям из стационара, провести контроль результатов выполнения аудиологического и неонатального скринингов, выявить и конкретизировать факторы риска развития заболеваний, определить план дальнейшего наблюдения, лечебные и профилактические мероприятия, мотивировать на естественное вскармливание, проконтролировать выполнение назначений после выписки, определить дату и место следующего осмотра.

При втором врачебном патронаже: исключить наличие заболеваний, выявить и конкретизировать факторы риска развития заболеваний, определить план дальнейшего наблюдения, лечебные и профилактические мероприятия, мотивировать на здоровый образ жизни, провести контроль результатов выполнения аудиологического и неонатального скринингов.

Патронажи медицинской сестрой осуществляются по следующему алгоритму:

Первый патронаж новорожденного осуществляется медицинской сестрой в первые трое суток после выписки из медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь (далее - родильный дом, стационар). Медицинская сестра заполняет сведения о новорожденном в соответствии учетной формы 112-у (история развития ребенка).

Второй патронаж к новорожденному проводится медицинской сестрой на 8-10 сутки жизни ребенка.

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 января 2009 г. № 19н "О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них"

Третий патронаж новорожденного медицинской сестрой осуществляется на 17-18 сутки жизни ребенка.

Четвертый патронаж (дополнительный) новорожденного медицинской сестрой проводится на 24-28 сутки жизни ребенка по медицинским показаниям. В случае отсутствия назначения врача о проведении четвертого патронажа медицинская сестра осуществляет контрольный звонок по телефону.

Задачи патронажей медицинской сестры:

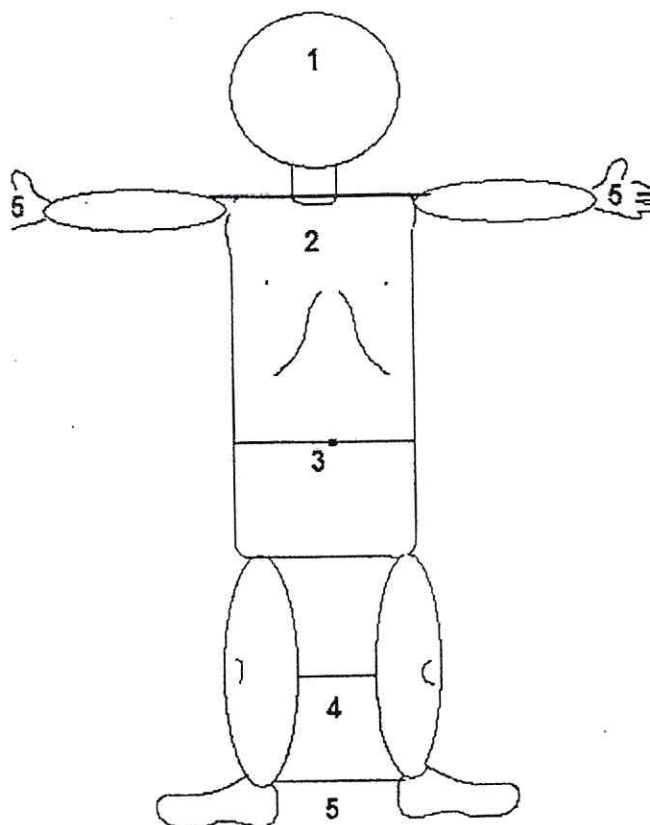
При первом патронаже медицинская сестра оформляет информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств¹, проведение профилактических прививок, проводит сбор анамнеза, осмотр условий проживания, в том числе соблюдение правил гигиены, проводит инструктаж по технике грудного вскармливания и по уходу за ребенком, проводит осмотр ребенка, дает рекомендации по уходу за пупочным кольцом и пуповинным остатком, оценивает эпителизацию пупочной ранки. Вносит в историю развития ребенка сведения о новорожденном в соответствии порядком заполнения учетной формы 112-у (история развития ребенка), информирует родителей о порядке наблюдения за ребенком, порядке выбора медицинской организации, выдает информационный материал.

На последующих патронажах медицинская сестра оценивает объем лактации и технику кормления, проводит осмотр ребенка, фиксирует динамику веса по предоставленным данным, оценивает эпителизацию пупочной ранки, дает рекомендации по уходу, проверяет выполнение врачебных рекомендаций.

При каждом патронаже новорожденного медицинская сестра должна иметь медицинскую укладку, согласно рекомендованному перечню в соответствии с приложением 3 к настоящему Порядку.

Контроль проведения врачебных и сестринских патронажей новорожденных осуществляет заведующий педиатрическим отделением поликлиники и старшая медицинская сестра педиатрического отделения.

Трактовка визуальной оценки интенсивности
иктеричности кожного покрова*



Прокрашивание 3-й зоны у недоношенных детей и 4 –й зоны у доношенных детей является показанием для срочного определения билирубина в крови.

Соответствие между уровнем билирубина и интенсивностью желтухи относительно. У недоношенных детей и детей с задержкой внутриутробного развития соответствия нет. В таких случаях показан лабораторный контроль.

Прямая гипербилирубинемия не имеет указанных закономерностей выраженности окраски кожных покровов.

* Зоны прокрашивания определяются соответственно Протоколу лечения гипербилирубинемий у новорожденных детей.

Приложение № 2
к порядку проведения
патронажей детей первого
месяца жизни на дому

Рекомендованный перечень врачебной укладки для патронажа

№ п/п	Наименование	Количество из расчета на 1 патронаж
1.	Маска медицинская одноразовая	1 шт.
2.	Бахилы	1 шт.
3.	Кожный антисептик	1 шт.
4.	Сантиметровая лента	1 шт.
5.	Стерильные салфетки	1 шт.
6.	Термометр электронный	1 шт.
7.	Фонендоскоп	
8.	Дезинфицирующие салфетки для обработки термометра электронного	1 шт.
9.	Билирубинометр (при наличии)	1 шт.
10.	Пульсоксиметр	1 шт.
11.	Информационный материал (раздаточный комплект для первого патронажа: заявление о выборе медицинской организации, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, буклет с информацией о поликлинике, памятку для родителей уход за ребенком первого года жизни, памятка о вакцинации ребенка список документов для получения)	1 шт.

Приложение № 3
к порядку проведения
патронажей детей первого
месяца жизни на дому

Рекомендованный перечень укладки медицинской сестры для патронажа

№ п/п	Наименование	Количество из расчета на 1 патронаж
1.	Маска медицинская одноразовая	1 шт.
2.	Бахилы	1 шт.
3.	Кожный антисептик	1 шт.
4.	Палочки ватные	1 шт.
5.	Стерильные салфетки	1 шт.
6.	Термометр электронный	1 шт.
7.	Дезинфицирующие салфетки для обработки термометра электронного	1 шт.
8.	Информационный материал (раздаточный комплект для первого патронажа: заявление о выборе медицинской организации, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, буклет с информацией о поликлинике, памятку для родителей уход за ребенком первого года жизни, памятка о вакцинации ребенка список документов для получения)	1 шт.

УТВЕРЖДЕНО

распоряжением министерства
здравоохранения Хабаровского края
от 22.03.18 № 224-р

Форма
регистра детей первого года жизни из группы риска по младенческой смертности

(наименование медицинского учреждения)

№ п/п	ФИО	Дата рожде- ния	Адрес	Диагноз	Группа риска	Посещения педи- атра		Посещения «уз- ких» специали- стов		Посещение ККН ПЦ		Примечание (замечания, причины не посещения специалистов и т.д.)
						План. дата	Факт. дата	План. дата	Факт. дата	План. дата	Факт. дата	
	*Иванов Иван Ива- нович	01.01.18	г. Хаба- ровск, улица Пионер- ская, д.3	Недоношен- ность 35 недель, вес при рож- дении 1900 гр	недоношен- ный ребенок	08.01.18, 16.01.18	08.01.18	0ртопед 31.01.18		28.03.18		

*пример

Примечание: регистр ведет каждый участковый педиатр, сводный регистр по МУ или району ведет заведующий детской поликлини-
кой или заведующий педиатрическим отделением. Контроль за ведением регистра и наблюдением детей осуществляет заместитель главного
врача по медицинской части.

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Хабаровского
края
от *12 марта 2018* № *1224-р*

ПОРЯДОК
наблюдения детей первого года жизни из группы риска по младенческой
смертности в медицинских организациях Хабаровского края

Наблюдение детей первого года жизни осуществляют врачи педиатры, врачи общей практики, фельдшера, медицинские сестры в амбулаторных учреждениях в соответствии с индивидуальным планом наблюдения каждого конкретного ребенка и группой риска по младенческой смертности.

Все дети первого года жизни из группы риска по младенческой смертности вносятся в регистр утвержденной Формы.

Ответственное лицо за ведение регистра в медицинском учреждении назначается главным врачом медицинской организации.

Группа риска по младенческой смертности детей в возрасте до 1 года:

- Недоношенность с массой тела менее 2000 граммов;
- Задержка внутриутробного развития III-IV степени;
- Заболевания, перенесенные в неонатальном возрасте;
- Врожденные пороки развития;
- Дети из семьи повышенного социального риска (дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном состоянии).
- Риск по синдрому внезапной смерти (если в семье были случаи смерти от синдрома внезапной смерти; дети, перенесшие очевидные жизнеугрожающие состояния; наличие у родителей или ребенка нарушений ритма сердца; курение матери во время беременности и после родов, употребление алкоголя и наркотиков).

Контроль за работой участковых педиатров, врачей общей практики, фельдшеров, медицинских сестер осуществляется главными врачами медицинских организаций.

Задачи участкового педиатра (врача общей практики), фельдшера, медицинской сестры по организации медицинской помощи детям первого года жизни группы риска по младенческой смертности:

- Оценка нервно-психического и физического развития ребенка в декретированные сроки с учетом скорректированного возраста*;
- Максимально длительное сохранение грудного вскармливания, контроль вскармливания, своевременная коррекция;

- Проведение профилактических мероприятий с учетом индивидуальных особенностей развития ребенка, параметров его здоровья/наличия патологии;
- Проведение профилактических прививок по индивидуальному графику (в том числе против риносинтициальной инфекции);
- Применение технологий ранней абилитации и реабилитации перинатальной патологии, преемственность в тактике ведения детей.

**Скорректированный возраст - это разница между фактическим возрастом в неделях и недостающими до доношенного срока неделями гестации. Например: ребенок 6 мес., родившийся при сроке гестации 28 недель, трактуется как ребенок 3 месяцев (6 месяцев $\times$ 4 = 24 недели; 24 недели - (40 недель - 28 недель) = 12 недель; 24 недели - 12 недель = 12 недель или 3 мес.)*

Сроки и частота наблюдения за недоношенными детьми в условиях поликлиники определяется постконцептуальным возрастом** ребенка и наличием у него перинатальной патологии (бронхолегочная дисплазия, анемия, ретинопатия, поражение ЦНС и др.).

***Постконцептуальный возраст - общий (т.е. гестационный плюс постнатальный) возраст недоношенного ребенка в неделях с начала последнего менструального цикла матери. Знание постконцептуального возраста недоношенного ребенка необходимо для правильной оценки соответствия его неврологического статуса (важного показателя состояния недоношенного новорожденного) истинной зрелости данного ребенка. Например, 7-недельный ребенок (ребенку 1 месяц и 3 недели), родившийся на 25-й неделе гестации, трактуется как ребенок с постконцептуальным возрастом 32 недели.*

Особенности диспансерного наблюдения врача участкового педиатра, врача общей практики, фельдшера, медицинской сестры за детьми первого года жизни группы риска по младенческой смертности.

Первый патронаж – осуществляется на следующий день после выписки из родильного дома или стационара. Задача медицинского работника выделить ведущие факторы риска, определить тактику наблюдения ребенка.

Для недоношенных детей, рожденных с массой менее 2000 граммов организовать наблюдение и обследование в течение первых двух месяцев после выписки из стационара в домашних условиях.

Каждому ребенку из группы риска по младенческой смертности составляется индивидуальный план наблюдения, указываются особенности проведения профилактических прививок, сроки абилитации или реабилитационного лечения с обязательным учетом рекомендаций, указанных в выписке из стационара, рекомендаций данных специалистами кабинета катамнеза, "узкими" специалистами.

При необходимости ребенок в плановом/экстренном порядке консультируется со специалистами КГБУЗ "Перинатальный центр", "Детская краевая клиническая больница" имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края.

Телефон дистанционно-консультативного центра КГБУЗ "Перинатальный центр" министерства здравоохранения Хабаровского края (4212) 45 25 55.

Телефон дистанционно-консультативного центра КГБУЗ "Детская краевая клиническая больница" имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края (4212) 47 56 90.

О каждом случае острого заболевания или обострения хронического заболевания у ребенка из группы риска по младенческой смертности информация доводится до руководителя медицинской организации. При необходимости проводится госпитализация ребенка.

Руководитель медицинской организации:

- лично контролирует каждый случай заболевания у ребенка первого года жизни группы риска по младенческой смертности;
 - организует проведение консультаций, консилиумов, в том числе телеконсультаций и телеконсилиумов по тактике ведения больного;
 - организует взаимодействие с медицинскими учреждениями в случае необходимости перевода ребенка в медицинское учреждение 2 - 3 уровня
-

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения
Хабаровского края
от 12 ноября 2018 № 1224-р

Порядок
взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую
помощь по профилю "педиатрия" и кабинета катamnестического наблюдения
КГБУЗ "Перинатальный центр" министерства здравоохранения Хабаровского
края

1. Дети, родившиеся недоношенными с низкой и экстремально низкой массой тела (менее 1500 г) на территории Хабаровского края, должны наблюдаться в кабинете катamnестического наблюдения КГБУЗ "Перинатальный центр" министерства здравоохранения Хабаровского края (далее - ККН).

2. Наблюдение за недоношенными детьми и осуществление запланированных амбулаторно-поликлинических реабилитационных мероприятий, а также контроль дальнейших посещений ими ККН в установленные специалистами ККН сроки, осуществляется участковым педиатром (фельдшером, медицинской сестрой) по месту жительства ребенка. В случае отказа родителей от наблюдения в ККН участковый врач педиатр (фельдшер, медицинская сестра) передает данную информацию руководителю медицинской организации и специалисту ККН.

3. В случае невозможности посещения ККН (острое заболевание, невозможность посещения ККН по семейным обстоятельствам, отдаленное место проживания, другие причины), участковым врачом педиатром (фельдшером, медицинской сестрой) заполняется информационный лист мониторинга состояния недоношенного ребенка в соответствии с Формой:

- первые 3 месяца ежемесячно;
- с 3 месяцев до 12 месяцев - 1 раз в 2 месяца.

4. Заполненные информационные листы передаются специалистам ККН по защищенному каналу связи и на бумажном носителе по адресу: 680026, г. Хабаровск, ул. Истомина 85 (с пометкой: для ККН) для анализа и получения рекомендаций.

5. При получении информационного листа наблюдения специалисты ККН проводят анализ результатов осмотра ребёнка, рожденного недоношенным; дают рекомендации по особенностям ведения и ухода за ребенком в дальнейшем; при необходимости, вносят коррекцию в программу вскармливания, медикаментозной и немедикаментозной терапии, устанавливают дату следующей подачи сведений о ребенке в дистанционной форме. В случае необходимости посещения ребенком ККН по результатам, предоставленным в дистанционной форме, в ответе будет указана дата посещения.

6. Ответы на информационные листы наблюдения направляются специалистом ККН в течение 10 дней после их получения по защищенному каналу связи.

7. Информационные листы наблюдения хранятся в ККН и в амбулаторной карте ребенка (форма 112/у – история развития ребенка) в поликлинике по месту жительства.

8. Информация специалистов ККН о проведенном обследовании с рекомендациями по наблюдению, обследованию и лечению ребёнка с указанием сроков контрольной явки в ККН, передаётся в поликлинику по месту жительства в виде протокола проведенного осмотра. Контроль за выполнением рекомендаций специалистов ККН осуществляется участковым педиатром.

9. В индивидуальном порядке, под наблюдение ККН могут браться другие дети, родившиеся и получившие лечение в отделении патологии новорождённых и недоношенных детей, имеющие тяжелую и/или сочетанную патологию, нуждающиеся в оказании специализированной помощи. По заключению участковых врачей педиатров на таких детей заполняются информационные листы, которые направляются в ККН в соответствии с п. 4 настоящего Порядка.

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Хабаровского
края
от 12 ноября 2012 № 1224-р

Лицевая сторона

Информационный лист наблюдения за состоянием недоношенного ребенка

Ф.И.О. ребенка _____

Адрес _____

Номер, адрес и телефон территориальной поликлиники: _____

дата рождения _____ гестационный возраст* _____

постнатальный возраст _____ постконцептуальный
возраст _____

Результаты проведенных антропометрических и лабораторных исследований:

Динамика массо-ростовых показателей (г) _____ (прибавка массы тела по
месяцам) _____

Оценка физического развития по шкале Фентона (до 50 постнатальных недель)

Оценка нервно - психического развития _____

Данные проведенного обследования и результаты осмотров специалистов (дата и
результат) _____

Перенесенные заболевания _____

Диагноз уточненный _____

Вскармливание _____

Проводимое _____ лечение:

Планируемая явка _____

Дата осмотра _____ Ф.И.О.врача _____

Рекомендации врачей-специалистов ККН КГБУЗ «Перинатальный центр»

Оценка физического развития _____

Рекомендации:Индивидуальные особенности наблюдения за ребенком

_____2. Индивидуальные особенности ухода за
ребенком _____

3. Фактическое питание (расчет по ккал, БЖУ): _____

Долженствующее питание (расчет по ккал, БЖУ): _____

Коррекция программы вскармливания (при
необходимости) _____
_____4. Коррекция медикаментозной реабилитации (при
необходимости) _____

_____5. Советы по немедикаментозной реабилитации (при
необходимости) _____

_____6. График посещения узких специалистов (невролог, окулист, кардиолог, ортопед и т.д.)

7. Дата следующей явки в ККН _____

8. Дата следующей подачи сведений о ребенке в дистанционной
форме _____Дата _____ Ф.И.О. врача _____

УТВЕРЖДЕНО
распоряжением министерства
здравоохранения Хабаровского
края

от 12 ноября 2018 № 12247к

ПОРЯДОК
наблюдения детей первого года жизни, находящихся в трудной жизненной
ситуации и/или социально опасном положении

Основные термины и определения

Дети первого года жизни, находящиеся в социально опасном положении - ребенок, который вследствие безнадзорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или здоровья либо не отвечающей требованиям к его воспитанию или содержанию.

Семья, находящаяся в социально опасном положении - семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними.

Дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации (далее - ТЖС) - дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, проживающие в малоимущих семьях; в семьях молодых родителей (где один или оба родителя являются несовершеннолетними), дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Семья повышенного социального риска – семья, находящаяся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном положении.

Особенности наблюдения детей первого года жизни,
находящихся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном
состоянии

Дети первого года жизни, находящиеся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном состоянии должны быть внесены в регистр детей первого года жизни группы риска по младенческой смертности в соответствии с Формой № 1.

В медицинских организациях медико-социальная помощь этой категории детей оказывается всеми медицинскими работниками в рамках своей основной деятельности.

Задачи системы медико-социальной помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации и/или социально опасном состоянии, проживающим в семьях повышенного социального риска:

- выявление детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и (или) социально опасном положении;
- комплексный анализ факторов медико-социального риска;
- разработка и реализация индивидуальных комплексных программ оказания медико-социальной, правовой и психологической помощи детям, находящимся в ТЖС и (или) СОП;
- обеспечение маршрутизации детей в трехуровневой системе оказания медико-социальной помощи;
- организация внутриведомственного взаимодействия медицинских организаций для успешной реализации индивидуальных программ медико-социальной помощи;
- обеспечение экстренного межведомственного взаимодействия медицинских организаций с иными органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности в случаях угрозы жизни и здоровью ребенка.

Организация системы медико-социальной помощи детям,
находящимся в трудной жизненной ситуации (ТЖС) и/или социально
опасном положении (СОП)

Медико-социальная помощь детям, находящимся в ТЖС и/или СОП осуществляется при оказании всех видов педиатрической медицинской помощи: первичной медико-санитарной, скорой и специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи амбулаторно (ФАП, амбулатория, детская поликлиника, детское поликлиническое отделение или кабинет), на дому при вызове медицинского работника или при его активном посещении (медицинская сестра, фельдшер, врач), в дневных стационарах, в стационарах медицинских организациях 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи.

Медико-социальная помощь включает в себя следующие мероприятия:

- проведение постоянного мониторинга медико-социального благополучия детей и их семей при оказании медицинской помощи;
- выявление детей, находящихся в ТЖС и (или) СОП;
- анализ факторов медико-социального риска, принятие плановых или экстренных мер по устранению неблагоприятных фактов и их воздействия на ребенка, принятие мер по защите прав несовершеннолетнего;
- профилактика, диагностика, лечение заболеваний и состояний, отнесенных к факторам медико-социального риска;
- разработка и реализация индивидуальных комплексных программ оказания медико-социальной помощи детям, находящимся в ТЖС и/или СОП;

- организация междисциплинарного взаимодействия внутри медицинской организации при разработке и реализации индивидуальных комплексных программ оказания медико-социальной помощи детям;
- организация внутриведомственного взаимодействия с амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими организациями при оказании медико-социальной помощи.

С целью своевременного обнаружения детей, находящихся в ТЖС и/или СОП, в медицинской организации осуществляется постоянный мониторинг медико-социального благополучия детей. В рамках оказания медицинской помощи медицинские работники выявляют и оцениваются факторы медико-социального риска.

При обнаружении факторов риска информация о ребенке незамедлительно передается руководителю медицинской организации.

Руководитель медицинской организации:

- выясняет обстоятельства социальной опасности для ребенка;
 - при подтверждении факта нахождения несовершеннолетнего в СОП обеспечивает срочное информирование органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, направляя экстренное извещение (при этом передача персональных данных ребенка по каналам межведомственного взаимодействия допускается без оформления добровольного информированного согласия одного из его родителей или иных законных представителей);
 - принимает все необходимые усилия для защиты жизни и здоровья данного ребенка от воздействия социально опасных факторов;
 - при необходимости организует проведение экстренного заседания медико-социальной комиссии медицинской организации с целью разработки индивидуальной комплексной программы помощи данному ребенку;
 - назначает ответственных лиц по обеспечению оказания медико-социальной помощи данному ребенку из числа медицинской администрации;
 - лично контролирует и координирует деятельность работников медицинской организации по оказанию медико-социальной помощи данному ребенку до прекращения нахождения несовершеннолетнего в СОП;
 - организует взаимодействие с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также при необходимости внутриведомственное взаимодействие с другими медицинскими организациями.
-