



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

18.02.2021

315-142/21П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**О временном порядке организации работы
центра анестезиологии и реанимации на базе
ГБУЗ НО "Нижегородская областная детская
клиническая больница" и организации
выездной работы**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 декабря 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», от 15 ноября 2012 г. № 921н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"» в целях совершенствования оказания медицинской помощи детям, нуждающимся в интенсивной терапии и реанимации в медицинских организациях, а также с целью снижения младенческой и детской смертности в Нижегородской области п р и к а з ы в а ю:

1. Организовать:

1.1. оказание медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 декабря 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», от 15 ноября 2012 г. N 921н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"» в медицинских организациях, имеющих отделения анестезиологии и реанимации;

1.2. Центр анестезиологии и реанимации (далее - ЦАиР) на базе отделения реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»;

1.3. две выездные бригады на базе ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» для обслуживания и транспортировки новорожденных и детей:

1.3.1. от 0 до 28 дней по Нижегородской области (неонатальная бригада);

1.3.2. от 0 до 3 лет (включительно) по городу Нижнему Новгороду (детская бригада);

1.4. выездную бригаду на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» для обслуживания и транспортировки детей от 28 дней до 17 лет (включительно) по Нижегородской области.

2. Утвердить:

- 2.1. положение об организации ЦАиР (Приложение № 1);
- 2.2. форму журнала консультаций ЦАиР (Приложение № 2);
- 2.3. перечень нозологических форм и патологических синдромов, при наличии которых, проводится обязательное консультирование пациента в ЦАиР ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» (Приложение № 3);
- 2.4. показания для транспортировки несовершеннолетнего в учреждения 3 уровня (Приложение №4);
- 2.5. критерии класса тяжести больного (Приложение №5)
- 2.6. карту мониторинга пациента, находящегося в ОРИТ (ПИТ) медицинских организаций (Приложение №6);
- 2.7. форму ежемесячного отчета о работе ЦАиР (Приложение № 7);
- 2.8. форму информированного добровольного согласия на транспортировку (Приложение №8);
- 2.9. форму листа транспортировки (приложение №9).

3. Главному врачу ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» Кондратьевой И.Ю.:

3.1. организовать ЦАиР на базе отделения реанимации и интенсивной терапии в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу;

3.2. утвердить штатные нормативы ЦАиР: руководитель центра, ставки врачей анестезиологов-реаниматологов;

3.3. организовать системное оказание консультативно-методической помощи, в том числе с использованием телемедицинских технологий, государственным учреждениям здравоохранения по вопросам оказания реанимационно-анестезиологической помощи детям от 0 до 17 лет включительно;

3.4. обеспечить ежемесячное проведение анализа качества и безопасности данного вида медицинской помощи;

3.5. привлекать главных внештатных профильных специалистов министерства здравоохранения по детству к проведению заочных и очных консультаций и осуществления мониторинга состояния детей, требующих интенсивного наблюдения и оказания реанимационной помощи;

3.6. обеспечить передачу информации руководителем ЦАиР в отдел детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области о работе ЦАиР ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, за истекший месяц по форме согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

3.7. проводить анализ организации оказания реанимационно-анестезиологической помощи детям в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области (главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Заборских С.В.);

3.8. обеспечить дежурства врачей анестезиологов-реаниматологов на выездной бригаде ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» и ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко»;

3.9. координировать необходимость выездов бригад и определять состав специалистов выездной бригады к детям (главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Заборских С.В.);

4. Главному врачу ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» (Созонову М.М.):

4.1. организовать две выездные бригады для обслуживания и транспортировки новорожденных (по Нижегородской области и за пределы области) и детей до 3 лет (включительно) по г.Н.Новгороду;

4.2. обеспечить дежурства и выезды бригад в круглосуточном режиме;

4.3. к дежурствам в качестве внешних совместителей привлекать специалистов (врачей анестезиологов – реаниматологов) из ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр», ГБУЗ НО «Родильный дом №4 Ленинского района г.Н.Новгорода», ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г.Н.Новгорода»;

4.4. обеспечить консультацию, выезды специалистов к детям и транспортировку детей в учреждения 3 уровня в соответствии с медицинскими показаниями.

4.5. предусмотреть выплаты стимулирующего характера врачам анестезиологам-реаниматологам и среднему мед.персоналу, работающим на выездных бригадах.

5. Главному врачу ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» (Миронов Н.Н.):

5.1. организовать выездную бригаду для обслуживания и транспортировки детей от 28 дней до 17 лет (включительно) на базе отделения санитарной авиации (по Нижегородской области и за пределы области);

5.2. обеспечить дежурства и выезды бригады в круглосуточном режиме;

5.3. к дежурствам в качестве внешних совместителей привлекать специалистов из ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода»;

5.4. синхронизировать действия по выезду бригад с ЦАиР ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница».

5.5. предусмотреть выплаты стимулирующего характера врачам анестезиологам-реаниматологам и среднему мед.персоналу, работающим на выездных бригадах.

6. Главным врачам ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1 Приокского района г.Н.Новгорода» (Гурьева Е.В.), ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №40 Автозаводского района г.Н.Новгорода» (Мануйленко О.В.), ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» (Рыжова Н.К.), ГБУЗ НО «Родильный дом №4 Ленинского района г.Н.Новгорода» (Биткина Э.Н.), ГБУЗ НО «Родильный дом №1 Нижегородского района г.Н.Новгорода» (Ниманихина А.В.) обеспечить направление специалистов (анестезиологов-реаниматологов, неонатологов), подведомственных медицинских организаций, для трудоустройства в качестве внешних совместителей на выездной бригаде ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф».

7. Главным врачам государственных бюджетных учреждений министерства здравоохранения Нижегородской области:

- 7.1. организовать работу в соответствии с настоящим приказом;
- 7.2. информировать дежурных специалистов ЦАиР (телефон 417-56-67) о наличии или поступлении в подведомственную медицинскую организацию тяжелых и детей в течение 1 часа;
- 7.3. издать внутренние приказы об исполнении настоящего приказа в зависимости от функции и уровня организации;
- 7.4. назначить ответственных лиц за своевременную оперативную передачу информации и проведение дистанционных консультаций.
8. И.о.директора ГБУЗ НО «Нижегородский медицинский информационно-аналитический центр» (Захаров А.А.):
- 8.1. обеспечить защиту персональных данных и сведений о пациентах, составляющих врачебную тайну, при их обработке и передаче по защищенному электронному каналу связи VipNet в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области;
- 8.2. разместить настоящий приказ на сайте министерства здравоохранения Нижегородской области.
9. Приказы министерства здравоохранения Нижегородской области от 04 октября 2020 г. № 315-562/19П/од «Об организации работы центра анестезиологии и реанимации на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», от 29 декабря 2012 г. № 3287 «Об оказании анестезиолого-реанимационной помощи новорожденным и детям раннего возраста города Нижнего Новгорода» и приказ Департамента здравоохранения Нижегородской области от 28 июля 2006 г. «О дополнительных мерах по совершенствованию экстренной неонатологической помощи» считать утратившими силу.
10. Приказ распространяется на правоотношения возникшие с 1 января 2021 года и действует до особого распоряжения.
11. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Карпову Г.Н.

Заместитель Губернатора
Нижегородской области,
министр

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Правительства Нижегородской области

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 0382059E007BABD09A4B7C460ED52E21FC
Кому выдан: Мелик-Гусейнов Давид Валерьевич
Действителен: с 11.03.2020 до 11.03.2021

Д.В.Мелик-Гусейнов

Требования к организации работы Центра анестезиологии и реанимации (далее - Порядок организации ЦАиР)

1. Центр анестезиологии и реанимации ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница (далее - ЦАиР) создается на функциональной основе на базе действующего отделения реанимации и интенсивной терапии.

2. ЦАиР осуществляет методологическое руководство работой отделений реанимации и анестезиологии медицинских организаций, оказывающих помощь детям Нижегородской области от 0 суток жизни до 17 лет включительно.

3. Задачами ЦАиР являются:

3.1. оказание круглосуточной экстренной лечебно-консультативной помощи детям Нижегородской области в возрасте от 0 до 17 лет включительно в стационарах государственных бюджетных медицинских организаций, в том числе специализированной профильной консультативной помощи (хирургической, неврологической, педиатрической, анестезиолого-реанимационной, кардиохирургической, нейрохирургической, комбустиологической, инфекционной и др.) с привлечением специалистов и главных специалистов министерства здравоохранения Нижегородской области соответствующих профилей;

3.2. проведение оперативного мониторинга за состоянием здоровья детей, нуждающихся в реанимации и интенсивной терапии, находящихся в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области;

3.3. организация экстренной госпитализации детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно в специализированные отделения при наличии медицинских показаний;

3.4. проведение анализа дефектов оказания медицинской помощи, летальных исходов и осложнений у детей в государственных медицинских организациях Нижегородской области;

3.5. оказание консультативно-методической помощи работникам государственных медицинских организаций Нижегородской области по вопросам оказания реанимационной помощи детям.

4. При оказании реанимационно-консультативной помощи детям специалистами ЦАиР и врачами государственных медицинских организаций используется медицинская документация согласно приложению № 3 к

настоящему приказу.

5. Порядок работы ЦАиР:

5.1. В ЦАиР круглосуточно работает врач анестезиолог-реаниматолог, имеющий подготовку по особенностям оказания анестезиологической и реанимационной помощи детям.

В дневное время дистанционную консультативную помощь оказывают дополнительно два врача анестезиолога-реаниматолога, подготовленные по особенностям оказания реанимационной помощи детям.

5.2. Обращение врачей из медицинских организаций в ЦАиР за консультативной помощью фиксируется в журнале консультаций (Приложение №2 к настоящему приказу), а также осуществляется аудиозапись.

5.3. Врач ЦАиР:

- определяет состояние больного, в соответствии с классом тяжести больного (приложение №5 настоящему Порядку организации ЦАиР),

- определяет возможность медицинского учреждения по оказанию реанимационной помощи и интенсивной терапии,

- проводит коррекцию проводимого лечения,

- даёт рекомендации по дальнейшему наблюдению и тактике ведения пациента,

- передаёт информацию в ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» (далее - НЦМК) или отделение санитарной авиации ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» (далее – НОКБ) для планирования возможного выезда,

- организует консультацию и выезд специалиста по профилю заболевания ребенка,

- принимает тактическое решение, которое может включать в себя:

- 5.3.1. выезд врача реанимационно-консультативной бригады (далее - РКБ) НЦМК для консультации больного;

- 5.3.2. выезд врача РКБ НЦМК для консультации и эвакуации пациента, в том числе с использованием санитарной авиации;

- 5.3.3. эвакуация пациента в специализированный центр;

- 5.3.4. дистанционное интенсивное наблюдение за больным с ведением формализованной истории болезни (приложение №6 к приказу);

- 5.3.5. разовую телефонную консультацию.

5.4. Врач МО, в которую поступил тяжёлый ребенок:

- организовывает первичную консультацию специалистами ЦАиР не позднее 1 часа с момента поступления ребенка в учреждение 1,2 уровня;

- направляет карту мониторинга пациента, находящегося в ОРИТ (ПИТ) по защищенному электронному каналу связи VipNet;

- связывается с ЦАиР (телефон 417-56-67).

Стандартная периодичность представления информации о состоянии больного в карте динамического наблюдения:

– не менее двух раз в сутки (каждые 12 часов) при стабильном состоянии,

- через 2-3 часа при нестабильном, тяжелом состоянии,

- иная периодичность информирования (в зависимости от класса тяжести состояния больного, установленная консультантом, в соответствии с приложением №5 к настоящему Порядку организации ЦАиР).

5.5. Дистанционное интенсивное наблюдение (далее - ДИН) – это передача информации о ребенке с нарушениями жизненно-важных функций или высоким риском их развития из медицинской организации (1,2 уровня) в ЦАиР, а также передача в медицинские организации Нижегородской области консультативной информации из ЦАиР.

Постановка на учет в ЦАиР и дистанционному интенсивному наблюдению подлежат больные дети с нарушением витальных функций или высоким риском их развития, находящиеся в палатах интенсивной терапии и реанимационно-анестезиологических отделениях всех медицинских организаций Нижегородской области. Определение тяжести производится в соответствии с классом тяжести больного (приложение №5 к настоящему Порядку организации ЦАиР).

5.6. Постановка ребенка на учет в ЦАиР:

Любое ДИН начинается с постановки больного ребенка на учет в ЦАиР. Информацию о детях, в том числе и новорожденных, передают врачи-специалисты, оказывающие медицинскую помощь детям.

Любое обращение в ЦАиР по поводу консультации детей со стороны врачей стационаров всех уровней подлежит обязательной регистрации в рабочей документации ЦАиР, что подразумевает ведение карты мониторинга пациента, находящегося в ОРИТ (ПИТ) ЦРБ (Приложение №3 к настоящему приказу).

Основная задача ДИН:

Предоставление врачом консультантом ЦАиР рекомендаций по тактике дальнейшего обследования и интенсивной терапии детей в критическом состоянии, а также совместное принятие тактического решения и согласование необходимости и возможности перевода ребенка в специализированную клинику.

Рекомендации по лечению должны включать в себя:

1. Рекомендации по поддержке центральной гемодинамики с расчетом дозы вазопрессорных препаратов;
2. Рекомендации по респираторной поддержке и респираторной терапии;
3. Расчет физиологической потребности в жидкости, электролитах, белках, углеводах, калориях для ребенка, наблюдаемого в ЦАиР;
4. Рекомендации по проведению рациональной антибактериальной и иммунозаместительной терапии;
5. Подробные рекомендации по симптоматической и патогенетической терапии.

Требования к проведению и**оформлению ДИН**

При проведении ДИН врач ЦРБ оформляет «Формализованную историю болезни» на ребенка (Приложение №6 к настоящему приказу), где фиксирует:

- данные о состоянии больного ребенка в динамике, диагностические и терапевтические представления о больном ребенке (изменения тактики, обследований и лечения);
- функциональный статус ребенка, определенный с учетом степени тяжести;
- рекомендации специалиста ЦАиР по проведению дальнейшей диагностики и лечению (независимо от планируемого выезда бригады) после получения полной информации о больном ребенке, оценка степени тяжести несовершеннолетнего;
- информацию, полученную в процессе консультаций с привлечением (при необходимости) врачами, ведущими специалистами и главными внештатными специалистами министерства здравоохранения Нижегородской области, по согласованию дальнейшей тактики ведения пациента;
- время передачи информации о постановке пациента на учет в ЦАиР;
- согласование и время выезда к больному ребенку бригады;
- ежедневно – данные о состоянии больного несовершеннолетнего, находящегося на учете, на основании информации, предоставляемой врачами медицинской организации Нижегородской области, где находится ребенок.

Врач медицинской организации, где находится больной ребенок, наблюдаемый ЦАиР:

- подробно регистрирует в первичной медицинской документации (истории болезни) все рекомендации врача-консультанта ЦАиР (с указанием времени их получения) и несет ответственность за правильность записи, (вне зависимости от того, согласен он с полученными рекомендациями или не согласен);
- каждые 12 часов (2 раза в сутки), если нет необходимости чаще (по рекомендации врача-консультанта), информирует ЦАиР о состоянии больного, находящегося на учете;
- обеспечивает выполнение полученных рекомендаций по диагностическим исследованиям и лечению наблюдаемого больного ребенка.

5.7. врач ЦАиР (НТЦМК или сан авиации):

- принимает решение о переводе в медицинское учреждение более высокого уровня и возможность транспортировки ребенка при невозможности оказания всего объема необходимой реанимационной медицинской помощи в государственном учреждении здравоохранения по месту нахождения больного.

В случае крайней тяжести состояния ребенка (высокий риск ухудшения состояния во время транспортировки при отсутствии возможности адекватного лечения на месте) вопрос о транспортировке должен быть согласован с руководителем ЦАиР ГБУЗ «Нижегородская областная детская клиническая больница» с записью в листе транспортировке о данном решении.

Все перегоспитализации детей должны быть согласованы с заведующими отделениями, куда планируется транспортировка ребенка.

5.7.1. Организация транспортировки (перегоспитализации) детей, требующих реанимационных мероприятий и интенсивной терапии в условиях транспортировки, находящегося на ИВЛ и в тяжелом состоянии:

5.7.2. при организации транспортировки ребенка:

- от 0 до 3 лет включительно (город Нижний Новгород), и от 0 до 28 дней (Нижегородская область) - вызов бригады ГКУЗ НО «Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» осуществляется по телефону – **250-94-01; 250-94-02.**

- от 28 дней до 17 лет включительно (Нижегородская область) - вызов бригады санитарной авиации ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» осуществляется по телефону – **435-83-53; 438-95-93; 438-93-36.**

- от 3 лет до 17 лет включительно (город Нижний Новгород) – вызов бригады скорой медицинской помощи (или реанимационной) ГКУ НО «Станция скорой медицинской помощи» осуществляется по телефону – **103.**

5.7.3. В иных случаях эвакуация детей в учреждения 3 уровня возможна санитарным транспортом направляющей медицинской организации.

5.8. Варианты тактического решения ЦАиР:

5.8.1 Продолжение ДИН врачом анестезиологом-реаниматологом ЦАиР. Оно должно сопровождаться указанием конкретного, согласованного с медицинской организацией, времени следующего сеанса связи. Каждый ДИН должен сопровождаться принятием тактического решения, зафиксированного в формализованной истории болезни и первичной медицинской документации больного;

5.8.2. Выезд в медицинскую организацию Нижегородской области бригады специалистов с определением степени срочности транспортировки;

5.8.3. Снятие больного с учета в ЦАиР с указанием причины (улучшение состояния, перевод в учреждение 3 уровня, смерть);

5.8.4. Тактическое решение согласовывается с врачом медицинской организации, в которой находится больной ребенок.

5.9. Рекомендуемое оснащение ЦАиР:

5.9.1. Автоматическая телефонная связь с функцией записи и хранения телефонных разговоров;

5.9.2. Персональный компьютер с дополнительными опциями обеспечения видеосвязи

5.9.3. Сотовая связь;

5.9.4. Факсимильная связь.

5.10. Ответственность за достоверность передаваемой информации:

5.10.1. При постановке на учет в ЦАиР и проведении ДИН лечащий врач медицинской организации, в которой находится тяжелый больной ребенок, несет полную ответственность за достоверность передаваемой информации в ЦАиР;

5.10.2. Врач-консультант ЦАиР несет ответственность как за качество проводимой консультации, так и за принятое решение, связанное с согласованием необходимости выезда (или не выезда) к больному бригады специалистов;

5.10.3. Лечащий врач и заместитель главного врача медицинской организации, в которой находится тяжелый больной ребенок, несут ответственность за выполнение рекомендаций, полученных в ходе консультации, до приезда специалистов выездной бригады.

6. При выявлении дефектов в оказании медицинской помощи детям в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области заведующим ЦАиР информация о дефектах в оказании медицинской помощи направляется начальнику отдела детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области.

Перечень нозологических форм и патологических синдромов, при которых больные должны быть консультированы специалистами ЦАиР в экстренном порядке:

- синдром полиорганной недостаточности;
- острая недостаточность кровообращения: острая сердечная недостаточность, острая сосудистая недостаточность, острая недостаточность кровотока (все виды шока – травматический, геморрагический, ангидремический, септический, анафилактический, кардиогенный и др.);
- острая дыхательная недостаточность (обструкционная, вентиляционная, шунто-диффузионная, смешанная);
- острая церебральная недостаточность (гипоксического, метаболического, токсического, инфекционно-аллергического генеза);
- острая почечная недостаточность (преренальная, ренальная, постренальная);
- острая печеночная недостаточность (экзогенная, эндогенная, врожденная);
- острое расстройство гомеостаза (гипо-, нормо- и гиперосмолярные состояния);
- синдром острого нарушения кислотно-щелочного равновесия;
- синдром эндо- и экзотоксикоза;
- тяжелые формы гнойно-септической патологии;
- тяжелые формы острой хирургической патологии;
- необходимость в повторном оперативном вмешательстве (релапаротомия и др.);
- травмы у детей до 3-х лет;
- сахарный диабет впервые выявленный;
- анемия средней (у детей до 3 лет) и тяжелой степени;
- пороки развития при дестабилизации состояния и требующие вмешательства.

Информация о больном должна быть представлена в максимально короткие сроки с момента поступления больного либо внезапного утяжеления состояния с использованием всех доступных каналов связи (телефон, электронная почта, факс и др.) в следующем объеме:

- анкетные данные;
- дата и время поступления;
- данные проведенного обследования;
- объем оказанной помощи, в том числе на догоспитальном этапе;
- краткий план ведения больного.

На каждого больного заполняется лист транспортировки, информированное добровольное согласие законных представителей ребенка.

**Экстренный перевод больного
из государственных учреждений здравоохранения первого уровня
в специализированные отделения и центры возможна в случаях:**

- 1) невозможности обеспечения больному в данном стационаре необходимого объема медицинской помощи при имеющейся возможности обеспечения в учреждении, куда планируется перевод;
- 2) при отсутствии положительного эффекта от проводимого лечения у наблюдаемых больных;
- 3) при возникновении (развитии) ятрогенных осложнений.

Абсолютные противопоказания для транспортировки.

Транспортировка противопоказана до купирования патологического состояния:

- наличие у больного отрицательной пробы на перекладывание;
- остановка сердца, возникшая менее чем за сутки до транспортировки;
- некупированное кровотечение;
- наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.);
- нарастание патологической неврологической симптоматики при наличии диагностированного внутричерепного объемного процесса;
- некупированная пароксизмальная тахикардия;
- наличие декомпенсированных метаболических нарушений по данным кислотно-щелочного состояния;
- некупированная лихорадка выше 39°C;
- ректальная гипотермия менее 35°C;
- отсутствие иммобилизации при переломах.
- некорригированный шок любой этиологии до момента стабилизации.

Относительные противопоказания для транспортировки.

При наличии описанных состояний транспортировка возможна только по жизненным показаниям. Решение о транспортировке принимается консилиумом специалистов на месте (врач анестезиолог-реаниматолог КРКЦ, врач анестезиолог-реаниматолог медицинской организации, заместитель главного врача по медицинской части медицинской организации) с консультацией заведующего КРКЦ по телефону:

- отсутствие венозного доступа при степени тяжести состояния 3 или выше;
- анизокория при невозможности исключить внутричерепной объем;
- артериальная гипотония, АД менее 25% от возрастной нормы;

- декомпенсированные нарушения периферического кровообращения.
- насыщение (сатурация) крови кислородом менее 88% при отсутствии врожденного порока сердца синего типа;
- наличие анемии – гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее $1,5 \cdot 10^{12}/л$; гематокрит менее 20%;
- тромбоцитопения менее 35 000 в 1 мкл;
- отсутствие рентгенологического контроля при бронхолегочных заболеваниях или после пункции подключичной вены;
- параметры ИВЛ, требующие давления на вдохе больше 27 см вод. ст.;
- оперативное вмешательство (полостная операция, операция, выполненная на фоне шока), выполненное менее чем за сутки перед транспортировкой;
- некупированный судорожный синдром.
- необходимость применения вазопрессоров в дозах, воздействующих на альфа-адренорецепторы.

Класс тяжести больного

Класс тяжести больного – это основа тактико-лечебной деятельности ЦАиР. Определение класса тяжести производится врачом-консультантом ЦАиР.

I класс тяжести – физиологически стабильные больные дети, состояние которых компенсировано средствами плановой терапии, традиционной для педиатрических отделений. Не нуждается в данный момент в переводе в ОРИТ.

II класс тяжести – больные дети, состояние которых компенсировано за счет проведения поддерживающей терапии, требующие круглосуточного наблюдения медицинского персонала и периодического врачебного контроля с возможностью коррекции терапии. Специфические средства и методики интенсивной терапии (кардиореспираторная поддержка) не применяются. Перевод в ОРИТ может быть связан с необходимостью круглосуточного наблюдения за больными, организовать которое в лечебном учреждении, где находится ребенок, нет возможности (отсутствие круглосуточного пребывания педиатра).

III класс тяжести – больные дети с декомпенсацией деятельности одной из функциональных систем, которая эффективно устраняется средствами заместительной и поддерживающей интенсивно терапии, возможной только в палатах интенсивной терапии, требующие постоянного специализированного наблюдения или мониторинга, либо больные с признаками субкомпенсации двух и более функциональных систем. Стабилизация состояния достигается средствами интенсивной заместительной и поддерживающей терапии. Показан перевод в ОРИТ для проведения интенсивно терапии и интенсивного наблюдения.

IV класс тяжести – физиологически нестабильные больные дети с декомпенсацией функций более 1 системы жизнеобеспечения, получающие критическую заместительную терапию с частой коррекцией ее режимов в течение суток, требующие постоянного мониторинга и врачебного наблюдения. Относительная стабилизация жизненно-важных функций достигается ценой критических, опасных, но жизненно оправданных средств терапии. Показано лечение в специализированном реанимационном отделении (ОРИТ учреждения 3 уровня).

Больные 1 и 2 классов тяжести – входят в группу низкого и среднего риска, но состояние может ухудшиться. Требуют динамического наблюдения, дистанционной консультации ЦАиР и при необходимости маршрутизации в учреждения 3 уровня.

Больные 3 и 4 классов тяжести – характеризуются декомпенсированными нарушениями систем, требующие применения средств и методик интенсивной терапии на базе ОРИТ учреждений 3 уровня. Требуют срочной консультации и, при возможности, маршрутизации в учреждения 3 уровня, с привлечением выездной бригады.

Приложение 6
к приказу министерства
здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

**Карта мониторинга пациента, находящегося в ОРИТ (ПИТ) ЦРБ
«Формализованная история болезни»**

Дата обращения				Время обращения			
Район				Фамилия, Имя, Отчество врача ЛПУ			
ЛПУ		РД					
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ							
Фамилия ребёнка						Пол	
						М Ж	
Возраст				Масса тела			
Адрес прописки							
Дата заболевания		Дата и время госпитализации					
Диагноз врача ЛПУ							
СОСТОЯНИЕ НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ							
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА							
Сознание							
Ясное	Поверхностное оглушение	Глубокое оглушение	Сопор	Кома I	Кома II	Кома III	
Медикаментозная седация		Да					Нет
Зрачки	OD=OS	Миоз	Мидриаз	Анизокория: OD > OS, OS > OD			
Реакция зрачков на свет: (+) (-)		Роговичный рефлекс: (+) (-)			Рефлекс на санацию: (+) (-)		
СУДОРОГИ							
Нет	Генерализованные		Локальные		Тонические		Клониче-ские
Менингеальная симптоматика	Есть						
	Нет						
Очаговая симптоматика	Есть						
	Нет						
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА							
Цвет кожи	Бледно-розовый	Бледность	Центральный цианоз	Периферический цианоз	Мраморность	Серый колорит	
Микроциркуляция	Не нарушена	Снижение температуры дистальных отделов конечностей		Время наполнения капилляров ___ с			
Пульс		АД		ЦВД			
Нарушения ритма сердца	Есть	Наполнение пульса на периферических артериях			Удовлетворительно		
	Нет				Снижено		
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА							
Характер дыхания	Спонтанное, адекватное			Спонтанное, неадекватное			ИВЛ
Частота дыхания		SpO2		FiO2	SpO2 при FiO2 = 0,21		
Интубационная трубка №				Глубина введения, см			
ИВЛ	FiO2	PIP	PEEP		f	tin	I:E
Синхронизация с аппаратом ИВЛ		Синхронизирован			Десинхронизирован		
Аускультация лёгких		Дыхание проводится равномерно с двух сторон			Дыхание проводится неравномерно (ослаблено: D S)		
		Хрипов нет		Сухие хрипы		Влажные хрипы Крепитация	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ							
Стул	Было	Парез кишечника II степени		Парез кишечника III степени		Желудочно-кишечное кровотечение	
	Не						

	было			
Питание	Усваивает		Отделяемое по желудочному зонду	Есть
	Не усваивает			Нет
ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА				
Гепатомегалия	Есть	Иктеричность кожи	Есть	Общий билирубин
	Нет		Нет	
ALaT			ASaT	
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА				
Темп диуреза	1 мл/кг/час		0,5 мл/кг/час	< 0,5 мл/кг/час, анурия
Отёки	Есть			
	Нет			

СИСТЕМА КРОВИ И МЕТАБОЛИЗМ						
Нб	Ег	Нт	L	Тг	Гликемия	
Лейкоцитарная формула	ПЯ	СЯ	ЭОЗ	МОН	ЛИМФ	
Газы, КОС	pH	pCO2	pO2	HCO3	BE	
Биохимия	Общий белок		Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	
Температура тела			ВСК по			
Кровоточивость	Есть	Фибриноген		ПТИ		АПТВ
	Нет					
Сосудистый доступ	Нет	Периферический катетер		Центральный венозный катетер		
Рентгенограмма органов грудной клетки						
Примечание						
Проводимая терапия						
Заключение	Состояние ребёнка		Стабильное		Нестабильное	
	Выезд РКБ		Показан		Не показан	
Диагноз врача РКЦ						
Рекомендации по терапии и обследованию						

Оценка тяжести состояния ребёнка и степени компенсации витальных нарушений

Дата/тяжесть состояния										
Тяжесть состояния										
ЦНС										
ССС										
ЖКТ										
МВС										
Кровь										
Метаболизм										
Тактическое решение	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН	ДИН
	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд	Выезд
Врач										
Исход	Улучшение			Перевод			Смерть			

Дата			
Снят с ДИН	До прибытия РКБ	В присутствии РКБ	После убытия РКБ

Приложение 7
к приказу министерства
здравоохранения Нижегородской области
от _____ № _____

форма ежемесячного отчета о работе РКЦ

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	ИТОГО
Кол. детей поставленных на учет в РКЦ													
Количество консультаций по телефону													
Количество выездов РКБ всего													
Вылетов по САС всего													
Выездов РКБ на реанимобиле всего													
Кол.выезд. консультаций:													
Транспортир. детей РКБ:													
в том числе на ИВЛ													
в том числе от 0 до 3 лет (вкл)													
в том числе от 4 до 17 (вкл)													

Отчет направляется ежемесячно в отдел детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области (E-mail: pediatr.nnov@yandex.ru)

Приложение 8
к приказу министерства
здравоохранения Нижегородской области
от _____ № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ТРАНСПОРТИРОВКУ

Я, нижеподписавшийся (аяся), _____
(фамилия, имя, отчество пациента, законного

представителя)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 21.11.2011 N 323-ФЗ, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован (а) о состоянии своего здоровья или здоровья

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

представляемого мной на основании _____
(наименование и реквизиты правоустанавливающего

документа, кем, когда выдан)

а именно, о нижеследующем:

- о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания;
- о необходимости транспортировки;
- об общем плане обследования и лечения;
- о цели, характере, ходе и способах транспортировки;
- о методах лечения, которые будут применяться в ходе транспортировки;
- о плане предполагаемого медикаментозного лечения и действия лекарственных средств, в том числе о возможном изменении медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств;

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях моего (представляемого мною лица) обследования и лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Со мной обсуждены последствия отказа от транспортировки, обследования и лечения. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно врач РКБ КРКЦ с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

Я осознаю, что транспортировка не гарантирует полного выздоровления, что для лучшего результата необходимо проходить медицинские обследования для контроля за моим состоянием здоровья.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенную мне (представляемому мною лицу) транспортировку, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания, добровольно в соответствии со статьей 35 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" 21.11.2011 N 323-ФЗ, даю свое согласие на транспортировку.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на транспортировку мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

"__" _____ 20__ г. _____ / _____ /
Подпись пациента Расшифровка подписи

Настоящий документ оформлен _____

Врач РКБ

по результатам предварительного информирования пациента (законного представителя) о состоянии его здоровья (здоровья представляемого)

" ___ " _____ 20__ г. _____ / _____ /

Подпись

Расшифровка подписи

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

" ___ " _____ 20__ г. _____ / _____ /

Подпись

Расшифровка подписи

" ___ " _____ 20__ г. _____ / _____ /

Подпись

Расшифровка подписи

Приложение 9
к приказу министерства
здравоохранения Нижегородской области
от _____ № _____

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ новорожденного ребенка

«___» «_____» 20__ г.

Ребенок (Ф.И.О.) _____ возраст _____

Лечебное учреждение _____

Дата рождения «___» «_____» ____ г. Дата поступления «___» «_____» 20__ г.

Дата ухудшения состояния «___» «_____» 20__ г.

Анамнез заболевания _____

Осмотр на месте _____

Состояние ребенка _____ обусловлено синдромом _____

Сознание _____ Судороги _____

Зрачки D _____ S _____ Фотореакции _____

Сухожильные рефлексы _____ Большой родничок _____

Температура тела _____ °С кожные покровы _____

Дыхание респиратор _____ PIP _____ mbar
PEEP _____ mbar; FiO₂ _____ ; Tin _____ сек.; flow _____ l/min; rate _____ ; SaO₂ _____ %;

Аускультативно _____

Гемодинамика _____

ЧСС _____ в/мин. АД _____ мм рт. ст.

Периферический кровоток _____

Живот _____ Перистальтика кишечника _____

Печень _____ Селезенка _____ Стул _____

Диурез _____

Предварительный диагноз _____

Предтранспортная подготовка _____

Транспортный индекс риска физиологической стабильности новорожденных (Transport Risk Index of Physiologic Stability for Newborn Infants (TRIPS))

Параметры:

1. температура;
2. респираторный статус;
3. систолическое артериальное давление;
4. ответ на болевые стимулы.

Параметры	Значения	Баллы
Температура	< 36,1 0С	8
	36,1-36,5 0С	1
	36,6-37,1 0С	0
	37,2-37,6 0С	1
	> 37,6 0С	8

Респираторный статус	Тяжелая дисфункция (апноэ, тахипноэ, интубированные)	14
	Умеренная дисфункция (ЧДД > 60 или SpO <	5
	Низкая или умеренная (ЧДД ≤ 60 и SpO ≥ 85%)	0
Систолическое артериальное давление	< 20 мм рт.ст.	26
	20-40 мм рт.ст.	16
	> 40 мм рт.ст.	0
Ответ на болевые стимулы	Нет, мышечная релаксация	17
	Летаргия, нет плача	6
	Крик, раздражительность, повышенное	0

Интерпретация:

- минимальная оценка — 0;
- максимальная — 65;
- чем выше оценка по TRIPS, тем выше вероятность смерти.

ТРАНСПОРТИРОВКА ТРАНСПОРТИРОВКА: ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ (МОНИТОРИНГА)

Мониторинг	Перед транспортировкой	Во время транспортировки по часам						После транспортировки
		1 ч	2 ч	3 ч	4 ч	5 ч	6 ч	
Сатурация								
Гемодинамика								
Дыхание								
Температура тела								
АД								
Параметры респираторной поддержки				Лечебные мероприятия (с отметкой времени выполнения)				
И В Л	ЧД, в мин		PiP см.вод.ст					
	T вдоха, сек		РееР см.вод.ст					
	FiO ₂ , %		Поток л/мин					

Доставлен в учреждение /отделение _____
 «__» _____ 20__ года Время: ___ ч ___ мин. Передан врачу: _____

Время транспортировки: с _____ до _____ реанимобилем / санавиацией

Состояние в ходе транспортировки

Врач РКЦ _____ / _____

ФИО _____ подпись врача

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ ребенка старше 1 месяца

« ___ » « _____ » 20__ г. Время ___ ч ___ мин

Ребенок (Ф.И.О.) _____ возраст _____

Лечебное учреждение _____

Дата рождения « ___ » « _____ » 20__ г. Дата поступления « ___ » « _____ » 20__ г.

Дата ухудшения состояния « ___ » « _____ » 20__ г.

Анамнез заболевания _____

Сознание _____ Судороги _____

Зрачки D ___ S ___ Фотореакции _____

Температура тела _____ °С кожные покровы _____

Дыхание респиратор _____ РІР _____ см. вод.ст. _____

PEEP ___ см. вод.ст.; FiO2 ___ ; Tin ___ сек.; flow ___ l/min; rate ___ ; SaO2 ___ %;

Аускультативно _____

Гемодинамика _____ ЧСС _____ в/мин. АД _____ мм рт. ст.

Периферический кровоток _____

Живот _____ Перистальтика кишечника _____

Печень _____ Селезенка _____ Стул _____ Диурез _____

Данные обследования: Нв ___ Нт ___ Эр ___ Le ___ Tr ___ Глюкоза крови _____

Билирубин ___ Мочевина ___ Лактат ___ КОС _____ ОАМ _____

Данные инструментальных исследований: _____

Предварительный диагноз _____

Состояние ребёнка _____ обусловлено синдромом _____

Проба с переключением ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ / ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ

*положительная проба при наличии изменений ЧСС, САД, Sat - более чем на 10% - нетранспортабелен!

Решение о дальнейшей тактике (ДИН,
транспортировка) _____

Мероприятия по подготовке к транспортировке _____

ТРАНСПОРТИРОВКА: ЛИСТ НАБЛЮДЕНИЯ (МОНИТОРИНГА)

Мониторинг	Перед транспортир овкой	Во время транспортировки по часам						После транспорти ровки
		1 ч	2 ч	3 ч	4 ч	5 ч	6 ч	
Сатурация								
Гемодинамика								
Дыхание								
Температура тела								
АД								
Параметры респираторной поддержки				Лечебные мероприятия (с отметкой времени выполнения)				
И В Л	ЧД, в мин		РiP см.вод.ст					
	T вдоха, сек		РееP см.вод.ст					
	FiO ₂ , %		Поток л/мин					

Доставлен в учреждение /отделение _____
«__» _____ 20__ года Время: __ч__мин Передан врачу: _____

Время транспортировки: с _____ до _____ реанимобилем / санавиацией

Состояние в ходе транспортировки

Врач РКЦ _____ / _____

ФИО подпись врача