



**Министерство
здравоохранения Нижегородской области**

П Р И К А З

11.03.2022

315-265/22П/од

№ _____

г. Нижний Новгород

**Об организации работы регионального
дистанционного детского консультативного
центра с выездными анестезиолого-
реанимационными бригадами ГБУЗ НО
«Нижегородская областная детская
клиническая больница»**

В соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», от 25 декабря 2012 г. №909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"», от 15 ноября 2012 г. №921н «Об утверждении Порядка 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. Систему оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» в соответствии с требованиями приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. №388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», от 25 декабря 2012 г. №909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"», от 15 ноября 2012 г. №921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неонатология"» в медицинских организациях, имеющих отделения анестезиологии и реанимации;

1.2. Региональный дистанционный детский консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами (далее – РДКЦ)

как самостоятельную структурную единицу ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница»;

1.3. две выездные бригады для обслуживания и транспортировки новорожденных и детей от 0 до 3 лет (включительно) по городу Нижнему Новгороду и по Нижегородской области;

1.4. выездную бригаду на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» для обслуживания и транспортировки детей от 4 до 17 лет (включительно) по Нижегородской области и за пределы региона.

2. Утвердить:

2.1. Положение об РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

2.2. Алгоритм оказания дистанционной консультативной анестезиолого-реанимационной медицинской помощи детям при экстренных и неотложных состояниях в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

2.3. Инструкцию по распределению больных по классам степени тяжести в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу;

2.4. Критерии уровней сложности и инвазивности терапии в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу;

2.5. Информированное добровольное согласие на выполнение транспортировки в соответствии с приложением № 5 к настоящему приказу;

2.6. Карту динамического интенсивного наблюдения в соответствии с приложением № 6 к настоящему приказу;

2.7. Карту транспортировки новорождённого в соответствии с приложением № 7 к настоящему приказу;

2.8. Карту оценки тяжести состояния ребенка по шкале КШОНН новорождённых в соответствии с приложением № 8 к настоящему приказу;

2.9. Карту транспортировки ребенка в возрасте от 1 месяца до 3х лет в соответствии с приложением № 9 к настоящему приказу;

2.10. Формализованную карту оценки состояния в соответствии с приложением № 10 к настоящему приказу;

2.11. Формализованную карту оценки состояния ребенка старше 1 месяца в соответствии с приложением № 11 к настоящему приказу;

2.12. Форму журнала учета консультаций (в формате Excel), вызовов в соответствии с приложением № 12 к настоящему приказу;

2.13. Форму отчета по работе РДКЦ в соответствии с приложением № 13 к настоящему приказу.

3. И.о.главного врача ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» Гурьевой Е.В. организовать:

3.1. РДКЦ на базе подведомственной медицинской организации в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

3.2. обеспечение штатного расписания РДКЦ в соответствии с нормативом;

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

3.5. привлечение 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. передачу информации руководителем РДКЦ в отдел детства и родовспоможения министерства здравоохранения Нижегородской области о работе РДКЦ ежемесячно до 10 числа месяца, следующего за отчетным, за истекший месяц по форме согласно приложению № 13 к настоящему приказу;

3.7. проведение анализа организации оказания реанимационно-анестезиологической помощи детям в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области (главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Заборских С.В., заведующий РДКЦ Новополецев Е.А.);

3.8. дежурства врачей анестезиологов-реаниматологов на выездной бригаде подведомственной медицинской организации и ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» (в качестве внешних совместителей);

3.9. координацию необходимости выездов бригад и определять состав специалистов выездной бригады к детям (главный внештатный специалист анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Заборских С.В., заведующий РДКЦ Новополецев Е.А.);

3.10. дежурства специалистов и выезды бригад в круглосуточном режиме;

3.11. привлечение к дежурствам в качестве внешних совместителей специалистов (врачей анестезиологов – реаниматологов) 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»;

3.12. консультации, выезды специалистов к детям и транспортировку детей в учреждения 3 уровня (эвакуация на себя) в соответствии с медицинскими показаниями (по Нижегородской области и за пределы области);

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

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

4.1. организовать выездную бригаду для обслуживания и транспортировки детей от 4 до 17 лет (включительно) на базе отделения санитарной авиации (по Нижегородской области и за пределы области);

4.2. обеспечить дежурства и выезды бригады в круглосуточном режиме;

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

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

5. 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 выездных бригадах РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница».

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

6.1. организовать работу в соответствии с настоящим приказом;

6.2. информировать дежурных специалистов РДКЦ (телефон 8(831) 467-12-22; 8-930-270-10-03; E-mail: drkc@nodkb.ru) о наличии или поступлении в подведомственную медицинскую организацию тяжелых и детей в течение 1 часа;

6.3. издать внутренние приказы об исполнении настоящего приказа в зависимости от функции и уровня организации;

6.4. назначить ответственных лиц за своевременную оперативную передачу информации и проведение дистанционных консультаций.

7. И.о.директора ГБУЗ НО «Нижегородский медицинский информационно-аналитический центр» (Захаров А.А.):

7.1. обеспечить информационное обеспечение проведения консультаций на единой цифровой платформе, 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;

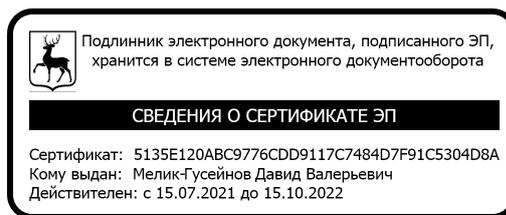
7.2. разместить настоящий приказ на сайте министерства здравоохранения Нижегородской области.

8. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 18 февраля 2021 г. № 315-142/21П/од «О временном порядке организации работы центра анестезиологии и реанимации на базе ГБУЗ НО "Нижегородская областная детская клиническая больница" и ГКУЗ НО "Нижегородский территориальный центр медицины катастроф» (с изменениям) считать утратившими силу.

9. Приказ распространяется на правоотношения возникшие с 1 января 2022 года.

10. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра Карпову Г.Н.

Заместитель Губернатора
Нижегородской области,
министр



Д.В.Мелик-Гусейнов

**Положение о региональном дистанционном детском
консультативном центре с выездными бригадами ГБУЗ
НО «Нижегородская областная детская клиническая
больница»**

1. Общие положения

1.1 Региональный дистанционный детский консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница (далее - РДКЦ) создается как самостоятельная структурная единица медицинской организации.

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

1.3. Настоящее Положение об РДКЦ (далее – Положение) определяет организацию деятельности РДКЦ.

1.4. Основной целью деятельности РДКЦ является снижение младенческой и детской смертности, профилактика инвалидизации детей, перенесших критическое состояние, путем организации своевременной высококвалифицированной консультативной и лечебной помощи детям, находящихся в медицинских организациях (далее - МО) г. Нижнего Новгорода и МО Нижегородской области.

2. Функции РДКЦ

2.1. 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;

2.2. Проведение оперативного мониторинга за состоянием здоровья детей, нуждающихся в реанимации и интенсивной терапии, находящихся в

государственных учреждениях здравоохранения г, Нижнего Новгорода и МО Нижегородской области;

2.3. Организация и проведение медицинской эвакуации детям от 0 до 3-х лет (включительно), требующих интенсивно-реанимационной помощи г.Нижнего Новгорода и Нижегородской области.

2.4. Осуществление маршрутизации детей нуждающихся в оказании специализированной помощи в ФЦ МЗ РФ по предварительному согласованию с использованием ТМК.

2.5. Проведение анализа летальных исходов и осложнений у детей в государственных медицинских организациях;

2.6. Оказание консультативно-методической помощи специалистам государственных медицинских организаций по вопросам оказания неотложной помощи детям;

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

3. Оснащение РДКЦ.

3.1 Телефонная связь

3.2 Мобильная телефонная связь.

3.3 Видеосвязь

3.4 Транспортные средства: реанимобили, оснащенные необходимым медицинским оборудованием и техническими средствами, позволяющими проводить лечение больных в критическом состоянии (проведение интенсивной терапии) в автономном режиме в течение 6-8 часов (транспортными кювезами для новорожденных, аппаратами ИВЛ, шприцевыми насосами, транспортными мониторами и электроотсосами).

4. Структура РДКЦ

4.1. РДКЦ возглавляет заведующий отделением, врач-анестезиолог – реаниматолог и организует работу в соответствии с настоящим положением, действующим законодательством, представляет интересы Отделения, несет ответственность за его деятельность.

4.2. В РДКЦ предусмотрены:

- Две круглосуточные выездные реанимационно-консультативные бригады по оказанию помощи детям от 0 до 3х лет Нижегородской области и города Н.Новгорода

- 2 анестезиолога-реаниматолога
- 2 медсестры-анестезистки
- 2 водителя-санитара
- Диспетчер по принятию и регистрации консультаций, выездов

5. Документация РДКЦ

- Информированное добровольное согласие на выполнение транспортировки в (Приложение № 5) к приказу;
- Карта динамического интенсивного наблюдения (Приложение № 6) к приказу;
- Карта транспортировки новорождённого (Приложением № 7) к приказу;
- Карта транспортировки от 1 мес. до 3х лет (Приложение № 9) к приказу;
- Формализованная карта оценки состояния новорожденного (Приложение № 10) к приказу;
- Формализованная карта оценки состояния ребенка старше 1 мес. (Приложение №11) к приказу;
- Форма журнала учета консультаций, вызовов (Приложение № 12) к приказу;
- Отчет о работе РДКЦ (Приложение № 13) к приказу.

6. Отчетность РДКЦ

6.1. Ежедневная отчетность дежурного врача заведующему отделением:

- отчет о наблюдавшихся детях за истекшие сутки 7:30-8:00;
- отчет о выездах реанимационных бригад за истекшие сутки.

6.2. Ежемесячная, квартальная, годовая отчетность (заместителю главного врача НОДКБ по организационно методической работе: таблицы, отражающие статистические данные о работе Отделения).

7. Права врачей МО и врача РДКЦ

7.1. Врачи МО имеют право обратиться в РДКЦ за консультацией в каждом неясном случае диагностики, наблюдения и лечения детей всех возрастов в тяжелом состоянии (после осмотра анестезиолога-реаниматолога МО, а при его отсутствии дежурного врача).

7.2. Врач МО имеет право подать заявку в РДКЦ на перегоспитализацию силами анестезиолого – реанимационной консультативной бригады ребенка от 0 до 3 лет в тяжелом состоянии и консультацию ребенка до 17 лет включительно.

7.3. Врач РДКЦ имеет право переадресовать консультацию главным внештатным специалистам областных учреждений соответствующего профиля.

7.4. Врач выездной анестезиолого – реанимационной бригады РДКЦ имеет право принимать тактическое решение о необходимости выезда, показаниях к перегоспитализации, в соответствии с результатом ознакомления и анализом документации, представленной МО согласно требованиям, а также изменять тактическое решение на месте консультации в рамках существующего Положения, с учетом динамики клинического состояния пациента и объективными показателями пациента на момент осмотра.

8. Ответственность сторон

8.1. Врачи МО несут персональную ответственность за:

- Полноту и достоверность заполнения документации (динамического и выписного эпикриза, информированного согласия и другой предусмотренной настоящим Положением документации)
- своевременную передачу информации в РДКЦ;
- объективность передаваемой информации;
- регистрацию факта обращения в РДКЦ по телефону и объективность записи рекомендаций врача РДКЦ и тактического решения в истории болезни;

выполнение данных рекомендаций (в случае невозможности выполнения рекомендаций из-за изменившейся ситуации или непредвиденных технических проблем врач МО должен поставить об этом в известность врача консультанта РДКЦ);

до приезда консультативной бригады, врач МО стационара, обратившийся в РДКЦ, несет полную ответственность за больного.

8.2. Врач-консультант выездной бригады РДКЦ несет персональную ответственность за:

- соблюдение сроков ДИН (совместно с лечащим врачом МО);
- четкость и обоснованность рекомендаций;
- регистрацию времени выезда и возвращения выездной бригады;
- четкость и правильность ведения документации РДКЦ;

- составление ежедневных сводок работы РДКЦ и передачу их руководству больницы.
- передачу информации о больном из МО в РДКЦ;
- принятое тактическое решение в рамках своих обязанностей;
- соблюдение правил безопасной транспортировки

9. Дефектура

9.1. Дефекты организационные.

9.2. Дефекты лечения и наблюдения.

Под организационными дефектами работы понимается нарушение правил взаимоотношений МО и РДКЦ по субъективным причинам:

- нарушение сроков постановки больного на учет в РДКЦ (позднее обращение) - ответственность на враче МО;
- передача необъективной информации в РДКЦ - ответственность на враче МО;
- нарушение времени ДИН - ответственность на враче МО и враче-консультанте РДКЦ;
- несоблюдение формы записи медицинской документации - ответственность на враче РДКЦ и враче МО;

Под дефектами наблюдения и лечения больного понимается несоответствие качества и объема медицинской помощи больному вследствие субъективных причин со стороны лечащего персонала:

- неправильный режим инфузионной терапии;
- неправильный режим респираторной и оксигенотерапии;
- неправильные дозировки лекарств;
- ятрогенные осложнения;
- несоблюдение принципов асептики.

При обнаружении дефектов или нарушении технологии и принципов работы персонала РДКЦ врачи МО обязаны довести информацию в письменной форме до администрации МО, заведующего отделением ОРИТ (ОРИТН) и администрации ГБУЗ НО «НОДКБ».

При обнаружении дефектов в диагностике, лечении, наблюдении за детьми в тяжелом состоянии со стороны врачей МО заведующий РДКЦ обязан довести информацию в письменной форме администрации ГБУЗ НО «НОДКБ» (заместителю главного врача по организационно методической работе) и сообщить об этом главному педиатру области.

Устные заявления сторон считаются недействительными и рассмотрению на административном уровне не подлежат

**Алгоритм оказания дистанционной консультативной
анестезиолого-реанимационной медицинской
помощи детям при экстренных и
неотложных состояниях**

1. Заявка на проведение консультации в РДКЦ

Заявка на проведение консультации от МО области в РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» принимается по номерам телефонов РДКЦ:

Прием вызовов: **8(831) 467-12-22**

мобильный телефон **+79302701003** [E-mail:](mailto:drkc@nodkb.ru)

drkc@nodkb.ru

2. Постановка больного на учет.

Под постановкой больного на учет в РДКЦ подразумевается: предоставление полноценной, объективной информации врачом МО, на момент консультации, об анамнезе заболевания, динамике течения заболевания и мероприятиях, проведенных врачом согласно установленным стандартам, на момент требования консультации.

Данные предварительно оформляются врачом МО согласно настоящему Положению (Приложение №6, Приложение №7, Приложение №11, Приложение №12) настоящего приказа, с направлением их в отделение РДКЦ по каналам защищенной связи (drkc@nodkb.ru)

Обязательно отмечаются: паспортные данные, ФИО врача, время консультации, анамнез настоящего заболевания, соматический статус и лабораторные данные, информация о проведенной терапии, рекомендации реаниматолога – консультанта РДКЦ по дальнейшей терапии.

Наблюдению в РДКЦ и постановки на учет подлежат больные с нарушениями витальных функций или высоким риском их развития, находящихся в ОРИТ районных и городских детских стационаров или ОРИТ родильных домов Нижегородской области.

Информацию о больном старше 1 месяца жизни передает анестезиолог-реаниматолог лечебного учреждения, проводящий лечение, информацию о новорожденных – врач неонатолог (реаниматолог, педиатр, акушер) МО, где произошли роды. При отсутствии данных специалистов на момент

поступления в МО больного с витальными нарушениями информацию передает дежурный врач.

Пациенты, требующие консультативной помощи РДКЦ, в кратчайшие сроки должны быть осмотрены анестезиологом-реаниматологом МО с привлечением специалистов диагностического звена (НСГ, ЭХО КГ, Р-графия), для уточнения характера патологии.

3. Обязанности врача МО осуществляющей консультацию в РДКЦ.

Любое обращение в РДКЦ по поводу консультации больного детского возраста со стороны врачей МО подлежит обязательной регистрации в журнале регистрации обращений, а также аудио-записью.

При осуществлении дистанционного - интенсивного наблюдения специалист МО, передающий информацию в отделение, несет полную ответственность за ее достоверность.

Ответственность за выполнение лечебных рекомендаций до приезда консультативной бригады полностью лежит на враче МО, осуществляющем интенсивную терапию данному больному на месте.

4. Экспертная оценка тяжести состояния больного.

На основе анализа функционального состояния систем жизнеобеспечения и проводимого лечения врач консультант РДКЦ делает заключение о тяжести состояния больного с отнесением больного к одному из четырех классов тяжести (приложение № 4) с дальнейшим принятием тактического решения.

В зависимости от изменения состояния больного в динамике меняются и рекомендации по лечению.

Врач МО подробно регистрирует в истории болезни рекомендации врача РДКЦ и несет ответственность за правильность записи рекомендации, вне зависимости от того согласен он с рекомендациями или не согласен.

В случае невозможности выполнения рекомендаций врача консультанта по техническим или иным причинам, врач МО обязан сообщить об этом врачу консультанту.

При отсутствии доступной альтернативной замены принципиально значимого метода или средства терапии, врач консультант делает заключение о несоответствии уровня возможностей данного стационара потребностям данного больного. Выезд консультативной бригады к данной категории больных приоритетен.

5. Принятие тактического решения.

Вариантами тактического решения являются:

- продолжение ДИН с указанием времени следующего сеанса связи;
- выезд реанимационной бригады в МО.
- снятие больного с учета с указанием причины снятия с учета.

- Решение о необходимости и возможности перевода (транспортировки) новорожденного принимается заведующим отделением (дежурным врачом отделения) МО акушерского профиля, осуществляющим консультацию, врачом выездной реанимационной бригады реанимационно-консультативного блока по согласованию с заведующим отделением (дежурным врачом отделения) принимающего отделения.

- Решение принимается, исходя из анализа состояния ребенка, характера заболевания, прогнозирования динамики, состояния и заключения о соответствии потребностей больного в необходимых методах и объеме медицинской помощи реальным возможностям данного стационара по их обеспечению.

Тактическое решение согласовывается с врачом МО. При разногласии позиций - арбитром является заведующий РДКЦ, а также заведующий профильным отделением ГБУЗ НО «НОДКБ», полномочный принимать окончательное тактическое решение. В сложных случаях, для решения вопроса о целесообразности выезда, привлекается заместитель главного врача ГБУЗ «НОДКБ» по хирургии или педиатрии (в зависимости от профиля пациента)

6. Динамическое интенсивное наблюдение (ДИН).

ДИН подразумевает периодическую связь врача РДКЦ с лечащим врачом МО по телефону с передачей и регистрацией информации о больном для разработки дальнейшей программы обследования, лечения и наблюдения за ребенком.

Основой ДИН является формализованная схематичная передача и регистрация информации о больном с оценкой физиологической стабильности работы систем жизнеобеспечения организма.

Регламентация частоты наблюдений:

- больные 1 класса тяжести - не требуют ДИН и на учет не ставятся.
- для больных 2 класса тяжести - интервал ДИН - 24 часа;
- для больных 3 класса тяжести - интервал ДИН - 8 часов;

- для больных 4 класса тяжести - интервал ДИН - 3 часа.

Каждый сеанс ДИН заканчивается принятием тактического решения. В случае продолжения ДИН диспетчером указывается время последующего сеанса связи. При необходимости или непредвиденном изменении ситуации ДИН проводится по мере необходимости.

Ответственность за своевременную и объективную информацию, передаваемую для ДИН, в первую очередь несет лечащий врач МО, обратившийся за консультативной помощью в РДКЦ. В случае невозможности телефонной связи и проведения ДИН в назначенное время (+ 1-2 часа от назначенного времени) врач консультант (диспетчер) фиксирует причину отсутствия своевременного наблюдения.

При изменении в состоянии пациента, в течении времени выезда бригады, врач МО обязан связаться с бригадой РДКЦ (диспетчером) с согласованием дальнейшей тактики лечения.

7. Выезд анестезиолога – реанимационной консультативной бригады РДКЦ в МО.

Выезд в МО анестезиолога – реанимационной консультативной бригады РДКЦ выполняется на основании анализа предоставленной информации врачом МО осуществляющей консультативный запрос. В случае необходимости выезда одновременно в несколько МО врач РДКЦ совместно с зав. отделением принимает решение об их очередности на основании регламента и очередности выездов консультативных бригад.

8. Работа анестезиолога – реанимационной консультативной - консультативной бригады РДКЦ в стационарах МО.

Выездные бригады.

- Выездная бригада детских анестезиологов – реаниматологов предназначена для оказания специализированной консультативной реанимационной медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту больных детей, находящихся в МО, а также для транспортировки детей, нуждающихся в проведении интенсивно-реанимационной терапии на межгоспитальном этапе.
- При необходимости в состав бригады может быть включен врач любой другой специальности. Формирование многопрофильной бригады осуществляется с участием заместителя главного врача по хирургии. Старшим врачом многопрофильной бригады является детский анестезиолог- реаниматолог.
- Вопрос о целесообразности перегоспитализации ребенка из стационара

области и обеспечение ее безопасности решает врач консультативной бригады совместно лечащим врачом МО осуществляющей лечение до приезда бригады. В сложных ситуациях к решению привлекается заведующий и/или заместитель главного врача ГБУЗ «НОДКБ» по хирургии.

- Врачи МО обязаны всесторонне содействовать работе бригады (обеспечение лекарственными средствами, выполнение срочных анализов, организация работы на месте и др.).
- Присутствие лечащего врача (или заведующего отделением) МО во время консультативного выезда бригады обязательно.
- В случае обнаружения существенных дефектов в лечении и обследовании детей в МО врач РДКЦ обязан заполнить дефектную карту и передать ее заведующему.

9. Консультация больного на месте.

Проводится каждому больному, к которому выезжает консультативная бригада, вне зависимости от его состояния. После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в истории болезни.

Врач консультативной бригады РДКЦ ограничивается консультацией на месте в случаях, когда перегоспитализация опасна для жизни и здоровья пациента:

- из-за нестабильного состояния больного и высокой вероятности летального исхода во время транспортировки при возможности организации проведения жизнесберегающих мероприятий на месте;
- грубого органического поражения ЦНС больного как фонового состояния;

Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке.

Все состояния, являющиеся противопоказанием к транспортировке, делятся на абсолютные и относительные.

Состояния, являющиеся противопоказанием к транспортировке больного:

1) *Абсолютные противопоказания**: при наличии описанных состояний транспортировка возможна только по жизненным показаниям с оформлением информированного согласия на транспортировку законным представителем, а при его отсутствии консилиумом врачей.

- Наличие у больного положительной пробы на перекладывание.
- Остановка сердца, возникшая менее чем за сутки до транспортировки.

- Некупированное кровотечение, вне зависимости от времени начала.
- Наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.)
- Нарастание патологической неврологической симптоматики при наличии диагностированного внутричерепного объема.
- Некупированная пароксизмальная тахикардия.
- Некупированная лихорадка выше 39,0 0С.
- Ректальная гипотермия менее 35,0 0С.
- Отсутствие иммобилизации при переломах.

* При отсутствии в МО средств (лечебных, диагностических, инструментальных и др.) для оказания необходимого уровня помощи ребенку, находящемуся в критическом состоянии, необходимо предпринять попытку стабилизации состояния непосредственно в «реанимобиле», и попытаться перегоспитализировать ребенка в ближайший стационар, располагающий такими средствами.

При невозможности транспортировки, реаниматолог консультативной бригады предпринимает попытку стабилизировать состояние больного на месте и оставляет лечащему врачу МО рекомендации по лечению и интенсивной терапии.

2) *Относительные противопоказания:* транспортировка противопоказана до купирования патологического состояния. Решение о транспортировке оформляется с участием консилиума на месте и при консультации с заведующим ОРИТ (ОРН) по телефону.

- Отсутствие венозного доступа при степени тяжести 3 или выше.
- Анизокория при невозможности исключить внутричерепной объем.
- Артериальная гипотония, менее 25% от возрастной нормы.
- Декомпенсированные нарушения периферического кровообращения.
- Сатурация крови кислородом менее 88%, при отсутствии ВПС.
- Наличие анемии (гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%).
- Тромбоцитопения менее 35 000.
- Глубокая недоношенность (масса тела менее 500,0).
- Отсутствие Rg-контроля при бронхолегочных заболеваниях или после пункции подключичной вены.
- Параметры ИВЛ, требующие давления на вдохе больше 30 см.вод. ст.
- Оперативное вмешательство на фоне шока, выполненное менее, чем за сутки перед транспортировкой.
- Некупированный судорожный синдром.
- Необходимость применения вазопрессоров инотропов максимальных

или близкихк максимальным дозах.

Врач реанимационно-консультативной бригады РДКЦ на месте проводит мероприятия по стабилизации состояния больного и устранению имеющихся противопоказаний для перегоспитализации.

После принятия решения о перегоспитализации больного, реаниматолог РДКЦ должен провести пробу на перекладывание*.

- Проба на перекладывание заключается в перекладывании больного из кровати (кювеза) на носилки (в кювез) и определения АД, ЧСС и Сатурации гемоглобина кислородом до и после перекладывания. Изменение указанных параметров более чем на 20%, появление судорог или их эквивалентов свидетельствуют о нестабильном состоянии пациента и крайне высоком риске транспортировки, которая может быть осуществлена только по жизненным показаниям. При отрицательной пробе на перекладывание и отсутствия противопоказаний к транспортировке врач РДКЦ выполняет перегоспитализацию по согласованию согласно настоящему положению.

10. Перегоспитализация больного.

После осмотра больного и выполнения необходимых манипуляций врач бригады делает соответствующую запись в истории болезни с обоснованием решения о перегоспитализации и планом терапии во время транспортировки, а также определение ее риска. Врачом МО непосредственно перед госпитализацией заполняется карта транспортировки (в части данных пациента, анамнеза, терапии). Оставшуюся часть непосредственно касающейся транспортировки заполняет врач РДКЦ в течении транспортировки и по её окончанию, с указанием параметров мониторинга и состояния пациента.

Риск транспортировки.

Выделяют четыре степени риска транспортировки.

1 степень риска - дети с отсутствием риска развития витальных нарушений. Соответствуют 1- й степени тяжести. Терапия при проведении транспортировки не требуется. Не требуют перегоспитализации силами РДКЦ.

2 степень риска - дети с отсутствием витальных нарушений, но высоким риском их развития. Соответствуют 2-й степени тяжести. При транспортировке требуют проведение мониторинга и неинвазивной терапии.

Возможно проведение перегоспитализации силами врачебной бригады специализированной «Скорой помощи» МО.

3 степень риска - дети с имеющимися витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии с физиологическими параметрами. Соответствуют 3-й степени тяжести. При проведении транспортировки требуют мониторинга витальных функций и продолжения интенсивной терапии. Вероятность развития системной декомпенсации и ухудшения состояния во время транспортировки высокая. Перегоспитализация проводится только силами РДКЦ.

4 степень риска - дети с витальными нарушениями, компенсированными методами интенсивной терапии, но с параметрами, превышающими физиологические или с одновременным поражением нескольких органов систем. При проведении транспортировки требуют проведения мониторинга и продолжения «агрессивной» интенсивной терапии. Высок риск смерти в пути. Перегоспитализация проводится силами РДКЦ только по жизненным показаниям. Необходимо заключение консилиума с участием администрации МО, дежурным врачом МО. Врачом консультантом РДКЦ. Транспортировка проводится только по согласованию с заведующим РДКЦ, заведующим принимающего отделения (ОРИ, ОРИТН) и/или заместителем главного врача ГБУЗ НО «НОДКБ» по педиатрии (хирургии).

12. Снятие больного с учета РДКЦ:

12.1. Снятие с учета в связи со стойким улучшением состояния, когда в проведении методов интенсивной терапии и интенсивного наблюдения нет необходимости. Вопрос о снятии больного с учета согласовывается с лечащим врачом МО.

12.2. Снятие с учета в связи с перегоспитализацией. После перегоспитализации больного (транспортировки его в специализированное профильное отделение) больной снимается с учета РДКЦ.

12.3. Снятие с учета в связи со смертью больного

ИНСТРУКЦИЯ ПО РАСПРЕДЕЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПО КЛАССАМ ТЯЖЕСТИ.

I класс:

физиологически стабильные больные, состояние которых компенсировано средствами плановой терапии, традиционной для педиатрических отделений. Не нуждаются в переводе в АР ОДКБ.

II класс:

больные, требующие проведения поддерживающей терапии и компенсированные на фоне такой терапии, требующие круглосуточного наблюдения медицинского персонала и контроля с возможной коррекцией терапии. Специфические средства и методики интенсивной терапии не применяются.

III класс:

больные с декомпенсацией деятельности одной из функциональных систем, которая эффективно устраняется средствами заместительной и поддерживающей интенсивной терапии, возможной только в палатах интенсивной терапии.

IV класс:

физиологически нестабильные больные с декомпенсацией функций более одной системы жизнеобеспечения, получающие критическую заместительную терапию с частой коррекцией ее режимов в течении суток, требующие постоянного мониторинга и врачебного наблюдения. Относительная стабилизация достигается ценой критических, опасных, но жизненно оправданных средств терапии

КРИТЕРИИ УРОВНЕЙ СЛОЖНОСТИ И ИНВАЗИВНОСТИ ТЕРАПИИ.

1. Традиционная плановая терапия, включающая средства малоинвазивного лечения, возможного как в педиатрическом отделении стационара, так и амбулаторно (в том числе методы хирургического, физиотерапевтического и др. лечения)

2. Традиционная поддерживающая терапия, требующая ежедневного врачебного наблюдения и контроля, возможного только в условиях стационара (профильного детского отделения - педиатрического или хирургического)

3. Интенсивная терапия, возможная только в условиях ОРИТ с постоянным наблюдением медперсонала, лабораторным и инструментальным контролем основных функций жизнедеятельности организма.

4. Критическая терапия, возможная только в условиях реанимационного отделения с постоянным мониторингом и специализированным врачебным наблюдением, требующая неоднократной коррекции в течение суток.

КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дата		Время		Врач ЛПУ	
ФИО			д.р.		Масса тела
Состояние	стабильное	тяжелое	очень тяжелое	нестабильное	терминальное
Неврологический статус	Без динамики				
Нарушения микроциркуляции		Есть	Нет	Время наполнения капилляров (сек)	
ЧСС	АД		Темп. тела		
Инотропная поддержка	Дофамин, _____мкг/кг/мин		Добутамин, _____мкг/кг/мин		Адреналин, _____мкг/кг/мин
Дыхание	Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное		ИВЛ/ВИВЛ
ЧД	FiO ₂		SpO ₂		Участие всп. м-ры
ИВЛ/ВИВЛ	FiO ₂ _____	PIP_____	PEEP_____	ЧД _{ап/сам} _____/_____	Ti_____
НСРАР	PEEP_____			ЧД_____	
Динамика со стороны внутренних органов					
Стул	Был	Не было	Диурез за _____ часов	Почасовой темп _____мл/кг/час	
Объем инфузии		мл/кг/сут			
Примечание (данные обследования)					
Динамика состояния		Без динамики		С улучшением	
Рекомендации по терапии и обследованию					
Тактическое решение		ДИН		Выезд бригады РДКЦ	
Врач-консультант					

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЁННОГО

Ф.И.О. реб. _____ Место вызова (р/д) _____ Дата родов « ____ » _____ 20 ____ года.

Данные матери: беременность _____, роды _____, роды оперативные/естественные, срок гестации _____ нед.

Течение беременности: _____

Данные ребёнка: пол ребёнка _____; Масса при рождении _____ гр.; Реанимация в р /зале _____
Воды: _____ Оценка по Апгар _____ / _____ баллов;

Оценка: Сильверман/Доунс _____ Куросурф _____

Дыхание: САМ / ИВЛ, ВИВЛ _____; PIP _____ см. вод.ст.; РЕЕР _____ см. вод.ст.; FiO₂ _____;
T_{in} _____ сек.; flow _____ l/min; ЧД _____ в мин; SaO₂ _____ %;

Лечение: _____
(заполняется врачом МО)

Дата осмотра « ____ » _____ 20 ____ года Время осмотра _____ час _____ мин
(заполняется консультантом реаниматологом РДКЦ)

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ РЕБЁНКА ПО
КЛИНИЧЕСКОЙ ШКАЛЕ ОЦЕНКИ НОВОРОЖДЁННЫХ (КШОНН)¹

№ п/п	Параметр	Число баллов	Перед транспортировкой	Во время транспортировки (время в пути более 3 часов либо при ухудшении состояния)	После транспортировки
1	ЦНС				
2	Дыхательная система				
3	Сердечно-сосудистая система				
4	Печень				
5	Мочевыделительная система				
6	Кожа				
7	Температура тела				
	Всего баллов				

Проба с переключением² положительная отрицательная

- ¹ при оценке 8 баллов и более - требуется проведение лечебно-диагностических мероприятий направленных на стабилизацию показателей, с повторной оценкой по шкале и принятия решения о возможности транспортировки.
- ² положительная проба при наличии изменений ЧСС, САД, Sat - более чем на 20% - нетранспортабелен!

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								
Параметры респираторной поддержки				Лечебные мероприятия (с отметкой времени выполнения)				
И В Л	ЧД, в мин		PIP см.вод.ст		_____			
	T вдоха, сек		PEEP см.вод.ст					
	FiO ₂ , %		Поток л/мин					

Состояние за время транспортировки _____

Примечания: _____

Доставлен в учреждение /отделение _____ « ____ » _____ 20__ года ____ ч ____ мин

Передан врачу отделения _____ Время транспортировки: с _____ до _____

ФИО, подпись врача РДКЦ _____ / _____.

Консилиум врачей в составе:

1. _____
2. _____
3. _____

Дата и время: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент /ФИО, дата рождения (если имеются сведения)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не подписано пациентом в виду тяжести состояния и(или) отсутствия законного представителя на момент осмотра _____

Консилиум принял решение о проведении лечебных вмешательств, медицинской эвакуации, для предотвращения угрозы жизни (по жизненным показаниям), согласно п.9.1. и 10.1 ст. 20 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г.

Подписи: _____ / _____ /

_____ / _____ /

_____ / _____ /

Оценка тяжести состояния ребенка по шкале КШОНН* (В.А. Буштырев и со., 2005 г.)

Системы	Баллы	Клинические маркеры	Время транспортировки		
			Перед	В пути каждые 3 часа	После
ЦНС		отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия			
		мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр			
		нормальные рефлексы, нормальный тонус			
Дыхательная система		нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку			
		нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер			
		обходится без кислорода			
Сердечно-сосудистая система		выраженная брадикардия (< 100 уд. в мин.) или тахикардия (> 170 уд. в мин.), артериальная гипотония			
		умеренная тахикардия (160 - 170 уд. в мин.)			
		нормальная ЧСС, нормальное АД			
Печень		увеличена более 2 см			
		увеличение печени менее 2 см			
		размеры печени не увеличены			
Мочевыделительная система		анурия, гематурия			
		олигоурия			
		нормальный почасовой диурез			
Кожа		выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера			
		умеренная бледность с периоральным и акроцианозом			
		нормальная окраска кожи			
Температура тела		гипертермия (> 37,2°C) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°C)			
		умеренная гипотермия (36,4 - 36,0°C)			
		нормальная температура (36,5 - 37,2°C)			

* По шкале КШОНН проводится оценка состояния как недоношенного, так и доношенного новорожденного.

Показания к межгоспитальной транспортировке недоношенных детей определяются по шкале КШОНН в зависимости от количества баллов:

- 1 - 2 балла - среднетяжелое состояние, новорожденный может оставаться в акушерском

учреждении I и II уровня;

- 3 - 5 баллов - тяжелое состояние, требуется транспортировка в отделение патологии новорожденных (далее - ОПН) или отделение недоношенных детей (далее - ОНД);

- 6 - 8 баллов - очень тяжелое состояние, требуется транспортировка в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее - ОРИТН) на 3 уровень;

- 9 - 14 баллов - крайне тяжелое состояние; транспортировка противопоказана, требуется стабилизация состояния новорожденного ребенка

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ (от 1 мес до 3х лет)

«__» «_____» 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 _____ PIP _____ 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: Hb _____ Ht _____ Эр _____ Le _____ Тг _____ Глюкоза крови _____ Биллирубин _____

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 20% - **нетранспортабелен!**

Решение о дальнейшей тактике (ДИН, транспортировка) _____

Мероприятия по подготовке к транспортировке _____

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		PeEP см.вод.ст					
	FiO ₂ , %		Поток л/мин					

Состояние за время транспортировки _____

Примечания: _____

Доставлен в учреждение /отделение _____ « ____ » _____ 20__ года
 _____ ч _____ мин

Передан врачу отделения _____ Время транспортировки: с _____ до _____

ФИО, подпись врача РДКЦ _____ / _____

Консилиум врачей в составе:

1. _____
2. _____
3. _____

Дата и время: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент /ФИО, дата рождения (если имеются сведения) _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство не подписано пациентом в виду тяжести состояния и(или) отсутствия законного представителя на момент осмотра _____

Консилиум принял решение о проведении лечебных вмешательств, медицинской эвакуации, для предотвращения угрозы жизни (по жизненным показаниям), согласно п.9.1. и 10.1 ст. 20 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011г

Подписи: _____ / _____ /
 _____ / _____ /

_____ / _____

Формализованная карта оценки состояния новорожденного

Дата обращения				Время обращения			
Район				Фамилия, Имя, Отчество врача			
ЛПУ		РД		ЛПУ			
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ НОВОРОЖДЕННОГО							
Фамилия ребенка						Пол	
						М Ж	
Дата рождения				Время рождения			
Масса тела при рождении		Масса тела на момент обращения				Рост	
Срок гестации		Оценка по Апгар-1		Оценка по Апгар-5			
Адрес прописки							
Диагноз при обращении							
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРИ							
Возраст матери		№ беременности		№ родов			
Предыдущие беременности							
Осложнения беременности		Да Нет		Осложнения родов		Да Нет	
I период		II период		Безводный промежуток			
Акушерское пособие		Роды через естественные родовые пути		Операция «Кесарево сечение», планово		Операция «Кесарево сечение», экстренно	
Мероприятия в родильном зале							
Санация ТБД				Введение препаратов сурфактанта			
Оксигенотерапия				Закрытый массаж сердца			
Интубация трахеи, ИВЛ				Введение препаратов для реанимации			
Анамнез болезни							
СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ							
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА							
Крик		Двигательная активность		Мышечный тонус			
Эмоциональный спонтанный крик независимо от внешних раздражителей		Спонтанная двигательная активность		Нормотония			
Стон или неадекватный крик в ответ на болевое раздражение		Движения только в ответ на болевое раздражение		Гипертонус			
Отсутствие крика даже при нанесении болевого раздражения		Отсутствие двигательной активности		Гипотонус			
Медикаментозная седация		Да				Нет	
Реакция зрачков на свет: (+) (-)		Роговичный рефлекс (+) (-)		Рефлекс на санацию (+) (-)			
СУДОРОГИ							
Нет		Генерализованные		Локальные		Тонические	
						Клонические	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА							
Цвет кожи		Бледно-розовый		Бледность		Центральный цианоз	
						Периферический цианоз	
Микроциркуляция		Не нарушена		Снижение температуры дистальных отделов конечностей		Время наполнения капилляров	
Пульс		АД		ЦВД			
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА							
Характер дыхания		Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное		«Стонущее» дыхание	
Частота дыхания				SpO_2		FiO_2	
						SpO_2 при $FiO_2 = 0,21$	
Интубационная трубка №				Глубина введения, см			
ИВЛ		FiO_2		PIP		$PEEP$	
НСРАР				f		tin	
						$I : E$	

Синхронизация с аппаратом ИВЛ		Синхронизирован			Десинхронизирован		
Аускультация легких		Дыхание проводится равномерно с двух сторон			Дыхание проводится неравномерно (ослаблено: D S)		
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ							
ВПР, требующие хирургической коррекции		Желудочно-кишечное кровотечение			Меконий		
Есть	Нет	Есть	Нет	Отходил	Нет	Парез II-III	
ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА							
Иктеричность кожи	Нет	Желтуха I степени	Желтуха II степени	Желтуха III степени	Концентрация билирубина		
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА							
Темп диуреза	1 мл/кг/час		0,5 мл/кг/час		< 0,5 мл/кг/час. анурия		
СИСТЕМА КРОВИ И МЕТАБОЛИЗМ							
Hb	Er	Ht	L	Tr	Глюкемия		
Лейкоцитарная формула	П/Я	С/Я	ЭОЗ	МОН	ЛИМФ		
Газы, КОС	pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃	BE		
Биохимия	Общий белок		Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺		
Температура тела			ВСК	Гепатомегалия			
Сосудистый доступ	Нет	Периферический катетер	ЦВК	v.umbilicalis	ГВЛ		
Рентгенограмма органов грудной клетки							
Примечание							
Проводимая терапия							
Заключение							
	Состояние ребенка		Стабильное		Нестабильное		
	Выезд бригады РДКЦ		Не показан		Показан		
Рекомендации и по терапии и обследованию	1. Жидкость в объеме физиологической потребности (_____ мл/кг); V ₂₄ = _____ мл; Sol. Glucosae 5/10/20/ _____ %, скорость инфузии _____ мл/час 2. Респираторная поддержка _____ 3. Антибактериальная терапия: _____ 4. Гемостатическая терапия _____ 5. Симптоматическая терапия _____						

Исход	Улучшение	Перевод	Смерть		
Снят с ДИН			До прибытия бригады РДКЦ	В присутствии бригады РДКЦ	После убийтия бригады РДКЦ

Формализованная карта оценки состояния ребенка старше 1 месяца

Дата обращения			Время обращения			
Район			Фамилия, Имя, Отчество врача			
ЛПУ	ЦРБ		ЛПУ			
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ						
Фамилия ребенка					Пол	
					М	Ж
Возраст			Масса тела			
Адрес прописки						
Дата заболевания	Дата и время госпитализации		Дата и время перевода в ОРИТ			
Диагноз врача ЛПУ						
Анамнез болезни						
СОСТОЯНИЕ НА МОМЕНТ ОБРАЩЕНИЯ						
ЦЕНТРАЛЬНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА						
<i>Сознание</i>						
ясное	поверхностное оглушение	глубокое оглушение	сопор	Кома I	Кома II	Кома III
<i>Медикаментозная седация</i>		Да				Нет
<i>Зрачки</i>	OD=OS	Миоз	Мидриаз	Анизокория: OD > OS; OS > OD		
<i>Реакция зрачков на свет: (+)(-)</i>		<i>Роговичный рефлекс (+)(-)</i>		<i>Рефлекс на санацию (+)(-)</i>		
СУДОРОГИ						
Нет	Генерализованные		Локальные	Тонические		Клонические
<i>Менингеальная симптоматика</i>	Есть					
	Нет					
<i>Очаговая симптоматика</i>	Есть					
	Нет					
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА						
Цвет кожи	Бледно-розовый	Бледность	Центральный цианоз	Периферический цианоз	Мраморность	Серый колорит
<i>Микроциркуляция</i>	Не нарушена	Снижение температуры дистальных отделов конечностей		Время наполнения капилляров		
<i>Пульс</i>	АД		ЦВД			
<i>Нарушения ритма сердца</i>	Есть	<i>Наполнение пульса на периферических артериях</i>			удовлетворительное	
	Нет				снижено	
ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА						
<i>Характер дыхания</i>	Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное		ИВЛ	
<i>Частота дыхания</i>	SpO ₂		FiO ₂	SpO ₂ при FiO ₂ =		
<i>Интубационная трубка №</i>				<i>Глубина введения, см</i>		
<i>ИВЛ</i>	FiO ₂	PIP	PEEP	f	tin	I : E
<i>Синхронизация с аппаратом ИВЛ</i>		Синхронизирован		Десинхронизирован		
<i>Аускультация легких</i>		Дыхание проводится равномерно с двух сторон		Дыхание проводится неравномерно (ослаблено: D_S)		
		Хрипов нет	Сухие хрипы	Влажные хрипы	Крепитация	
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ						
<i>Стул</i>	Был	Парез кишечника II степени		Парез кишечника III степени		Желудочно-кишечное кровотечение
	Не было					
<i>Питание</i>	Усваивает		Отделяемое по желудочному зонду		Есть	
	Не усваивает				Нет	
ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА						
<i>Гепатомегалия</i>	Есть	Иктеричность кожи	Есть	<i>Общий билирубин</i>	(-)	
	Нет		Нет			
<i>ALaT</i>		<i>ASaT</i>				
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА						
<i>Темп диуреза</i>	1 мл/кг/час		0,5 мл/кг/час		< 0,5 мл/кг/час. анурия	
<i>Отеки</i>	Есть					
	Нет					

СИСТЕМА КРОВИ И МЕТАБОЛИЗМ						
<i>Hb</i>	<i>Er</i>	<i>Ht</i>	<i>L</i>	<i>Tr</i>	<i>Глюкемия</i>	
<i>Лейкоцитарная формула</i>	<i>ПЯ</i>		<i>СЯ</i>		<i>ЭОЗ</i>	
	Миелоциты		Метамиелоциты		СОЭ	
<i>Газы, КОС</i>	рН		рСО ₂		рО ₂	
					НСО ₃	
<i>Биохимия</i>	Общий белок		Na ⁺		K ⁺	
					Ca ⁺⁺	
<i>Температура тела</i>			<i>ВСК по</i>			
<i>Кровоточивость</i>	Есть	<i>Фибриноген</i>	(-)	<i>ПТИ</i>	(-)	<i>АПТВ</i>
	Нет					
<i>Сосудистый доступ</i>	Нет		Периферический катетер		Центральный венозный катетер	
<i>Рентгенограмма органов грудной клетки</i>	_____					
<i>Примечание</i>	_____					
<i>Проводимая терапия</i>	_____					
<i>Заключение</i>	_____					

	<i>Состояние ребенка</i>		Стабильное		Нестабильное	
	<i>Выезд бригады РДКЦ</i>		Показан		Не показан	
<i>Диагноз врача РКЦ</i>	_____					
<i>Рекомендации по терапии и обследованию</i>	_____					

<i>Исход</i>	Улучшение	Перевод	Смерть		
			До прибытия бригады РДКЦ	В присутствии бригады РДКЦ	После убытия бригады РДКЦ
<i>Снят с ДИН</i>	_____	_____			

