Министерство
здравоохранения Нижегородской области

П Р И К А З

16.12.2022 315-1100/22П/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 структурную единицу ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» на базе отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи;

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

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 соответствиис 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 транспортировку 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 новорождённоговсоответствии с приложением № 8 к настоящему приказу;

2.9. Карту транспортировки ребенка в возрасте старше 1 месяца (до 17 лет включительно) в соответствии с приложением № 9 к настоящему приказу;

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

2.11. Формализованную карту оценки состояния ребенка старше 1 месяца всоответствии 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 РДКЦ в соответствии с приложением №13 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» Белозеровой С.Ч. организовать:

3.1. РДКЦ на базе подведомственной медицинской организации (отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи) 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 (заведующий РДКЦ Новопольцев Е.А.);

3.8. круглосуточное дежурство 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 определение состава специалистов выездной бригады (заведующий РДКЦ Новопольцев Е.А.);

3.10. 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»;

3.11. 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 медицинскому персоналу, работающим на выездных бригадах.

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

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 РДДКЦ 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. в течение 1 часа информировать дежурных специалистов РДКЦ (телефон 8(831) 467-12-22; 8-930-270-10-03; E-mail: drkc@nodkb.ru) о поступлении в подведомственную медицинскую организацию тяжелых и диагностически неясных детей, и немедленно - о решении перегоспитализировать пациента, принятом на этапе приемного отделения;

6.3. обеспечить транспортировку детей после консультации РДКЦ при необходимости транспортировки ребенка:

- до 3 лет (включительно) вызов бригады РДКЦ ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» (телефон 8(831) 467-12-22; 8-930-270-10-03);

- от 4 до 17 лет (включительно) вызов бригады санитарной авиации ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко» (телефон 435-83-53; 438-95-93; 438-93-36, 214-77-15, 214-91-00);

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

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

6.6. обеспечить ежедневный доклад о всех консультациях и переводах детей на утренней ВКС с министерством здравоохранения Нижегородской области.

7. Директору ГБУЗ НО «Нижегородский медицинский информационно-аналитический центр» (Шафета Д.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 и направить в медицинские организации.

8. Приказ министерства здравоохранения Нижегородской области от 11 марта 2022 г. № 315-265/22П/од «Об организации работы регионального дистанционного детского консультативного центра с выездными анестезиолого-реанимационными бригадами на базе ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» (с изменениям) считать утратившими силу.

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

И.о.министра Г.В.Михайлова

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в системе электронного документооборота

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00DE5D65037CDE0B1885C0CECE419C5E6A
Кому выдан: Михайлова Галина Васильевна
Действителен: с 16.05.2022 до 09.08.2023

Приложение № 1

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

1. Общие положения

1.1 Региональный дистанционный консультативный центр для детей 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 методическое 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 реанимационно-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, анестизиолого-реанимационной, кардиохирургической, нейрохирургической, комбустиологической, инфекционной и др.) с привлечением специалистов и главных специалистов министерства здравоохранения Нижегородской области соответствующих профилей;

2.2. Проведение оперативного мониторинга пациентов реанимационного профиля 0-17 лет медицинских организаций Нижегородской области;

2.3. Организация и проведение медицинской эвакуации от 0 до 3-х лет (включительно), требующих анестезиолого-реанимационной помощи в г.

Нижний Новгород и Нижегородской области.

2.4. Осуществление эвакуации 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;

2.8. Анализ работы РДКЦ.

3. Оснащение РДКЦ.

3.1 Телефонная связь

3.2 Мобильная телефонная связь.

3.3 Видеосвязь

3.4 Транспортные средства: реанимобили класс С, 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 и перистальтическими насосами, транспортными мониторами и электроотсосами, ларингоскопами с набором клинков) (Привести в строгое соответствие с приказом 909н).

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. На должность заведующего назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 года № 707н «Об утверждении 11 Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», имеющий стаж работы по

специальности не менее 5 лет, владеющий в полном объеме навыками оказания экстренной, в том числе –реанимационной помощи. Заведующий отделением назначается на должность и освобождается от должности главным врачом ГУЗ НОДКБ по представлению заместителя главного врача по … (если он в подчинении)

4.2. В РДКЦ предусмотрены:

- Две круглосуточные выездные реанимационно-консультативные бригады по оказанию помощи детям от 0 до 3х лет в Нижегородской области и городе Н.Новгород:

■ 2 врача анестезиолога-реаниматолога
■ 2 медсестры-анестезиста
■ 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. Руководитель медицинской организации или его заместитель обеспечивает работу специалистов выездной бригады, в том числе, по требованию ответственного врача выездной бригады: привлекает к работе специалистов медицинской организации для проведения консультаций, диагностических вмешательств и операций; проводит дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с использованием имеющегося в медицинской организации оборудования, реактивов и расходных материалов; обеспечивает неснижаемый запас лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания экстренной и неотложной помощи и предоставляет их для оказания медицинской помощи пациенту или пострадавшему

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

7.5. 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 объективным показателям 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, сроков ДИН;
- объективность передаваемой информации;
- регистрацию факта обращения в РДКЦ по телефону и объективность записи рекомендаций врача РДКЦ и тактического решения в

истории болезни, Карте ДИН (Приложение №6);

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

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

Назначения и рекомендации, сформулированные в ходе дистанционной консультации, носят рекомендательный характер. При изменении состояния пациента, выявлении новых заболеваний и синдромов, развитии осложнений - рекомендации консультанта выполняются лечащим врачом в части, не противоречащей порядкам, стандартам и клиническим рекомендациям (протоколам лечения) при выявленной патологии. Для коррекции назначений незамедлительно проводится повторная дистанционная консультация.

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 (по средствам ДИН);
- 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 выбор инотропной и вазоактивной терапии;
- неправильный выбор антибактериальной терапии;
- неправильный выбор режима седации и обезболивания;
- неправильный режим респираторной терапии;
- 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.

Приложение № 2

Алгоритм и протокол оказания реанимационно-консультативной помощи детям на территории Нижегородской области

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:
drkc@nodkb.ru
Вся информация о ребенке направляется по защищенному каналу связи (випнет), заполняется в ЕЦП.
Консультации проводятся в форме телемедицинского консультирования в форме «врач-врач» (в соответствии с ФЗ-323, приказом от 2017 г. №965н).

2. Постановка больного на учет.

Постановке на учет в РДКЦ подлежат все пациенты отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) медицинских организаций НО (включая областные) в возрасте 0-17 лет и пациенты нереанимационных отделений с декомпенсацией или высокой вероятностью декомпенсации витальных функций.

Показания к постановке на учет детей в РДКЦ:

- Шок любой этиологии.
- Острая хирургическая патология, гинекологические заболевания (перекрут кисты яичника, дисфункциональные маточные кровотечения).
- Инородные тела дыхательных путей.
- Травмы: черепно-мозговые тяжелой степени, торакальные с повреждением легких и плевральными осложнениями, скелетные.
- Ожоги (для МО I, II уровней).
- Инфекционно-воспалительные заболевания ЦНС.
- Неинфекционные заболевания ЦНС.
- Болезни крови и кроветворения с осложнениями.
- Болезни почек (острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность в стадии суб- и декомпенсации, нефротический синдром,

осложненный гиповолемическим шоком).

- Эндокринные заболевания (сахарный диабет в стадии декомпенсации, недиабетическая гипогликемическая кома, острая надпочечниковая недостаточность и хроническая надпочечниковая недостаточность в стадии декомпенсации.

- Осложненные инфекционные заболевания.

- Болезни органов дыхания (астматический статус, бронхиолиты, стеноз гортани 2 или 3 степени, бронхолегочная дисплазия, тяжелые пневмонии, новая коронавирусная инфекция COVID-19).

- Воздействие внешних причин (утопления, повешения, укусы животных, электротравмы, отравления).

- Новорожденные:

рожденные в асфиксии тяжелой степени (находящиеся в медицинских организациях I, II уровней);

находящиеся на респираторной поддержке с момента рождения или переведенные на ИВЛ в результате развития дыхательной недостаточности (находящиеся в медицинских организациях I, II уровней);

с врожденными пороками развития, требующие экстренного оперативного лечения.

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

Первичная постановка на учет в РКЦ осуществляется не позднее 60 мин. от момента госпитализации в ОРИТ или декомпенсации/угрозы декомпенсации витальных функций.

Данные предварительно оформляются врачом МО согласно настоящему Положению (Приложение №5, Приложение №6, Приложение №7, Приложение №9, Приложение №10, Приложение №11) 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.

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 течение 60 мин от момента госпитализации в ОРИТ, декомпенсации или возникновения угрозы декомпенсации витальных функций должны быть осмотрены врачом анестезиологом-реаниматологом, по показаниям – профильным специалистом, выполнены необходимые дополнительные исследования в соответствии с клиническими рекомендациями и клинической ситуацией (ОАК, ОАМ, б/х анализ крови, коагулограмма, и др.) (УЗ- и рентгенологические исследования), 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 аудиофиксации.

При осуществлении дистанционного - интенсивного наблюдения специалист МО, передающий информацию в отделение, несет полную ответственность за ее достоверность. Карта ДИН (Приложение №6) оформляется врачом МО совместно с врачом консультантом, прикрепляется в историю болезни, с передачей дубликата в РДКЦ по каналам защищенной связи (drkc@nodkb.ru).

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

4. Экспертная оценка тяжести состояния больного.

На основе анализа состояния витальных функций и проводимого лечения врач консультант РДКЦ делает заключение о тяжести состояния больного с отнесением больного к одному из четырех классов тяжести (Приложение № 3, 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 (Карта ДИН - Приложение №6) 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 альтернативы принципиально значимому методу или средству 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) ребенка принимается заведующим отделением (дежурным врачом отделения) инициирующим 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 МО с врачом консультантом РДКЦ по телефону, с передачей и регистрацией информации о пациенте 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 – 12-24 часа;
- для больных 3 класса тяжести - интервал ДИН – 6-8 часов;
- для больных 4 класса тяжести - интервал ДИН – 2-3 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 своевременность и объективность информации, передаваемой 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 факт отсутствия своевременного наблюдения.

При изменении в состоянии пациента, развившимся после выезда бригады, врач МО обязан связаться с бригадой РДКЦ (диспетчером) с согласованием дальнейшей тактики лечения и фиксацией рекомендаций в карте ДИН.

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

Выезд в МО анестезиолого – 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 анестезиолого – реанимационной консультативной - консультативной бригады РДКЦ в стационарах МО.

Выездные бригады.

- Выездная бригада детских анестезиологов – реаниматологов предназначена для оказания специализированной консультативной анестезиолого-реанимационной медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту больных детей, находящихся в МО, а также для транспортировки детей, нуждающихся в проведении интенсивной 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 и обеспечении 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 или педиатрии.
- Врачи МО обязаны всесторонне содействовать работе бригады (обеспечение лекарственными средствами и одноразовыми расходными материалами, 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 (Карта ДИН - Приложение №6).

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;
- наличия у пациента паллиативного статуса, обусловленного грубым органическим поражением ЦНС.

Перечень состояний, являющихся противопоказанием к транспортировке.

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

Состояния, являющиеся противопоказанием к транспортировке больного:

1) ***<u>Абсолютные противопоказания</u>****: при наличии описанных состояний транспортировка невозможна.

- Положительная проба 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.)
- Клиника прогрессирующего отека мозга (гипо-/гипертермия, брадикардия, гипо-/гипертензия, тахикардия) при наличии диагностированного внутричерепного объема; оценка по ШКГ 6 и менее баллов; нарастающая анизокория.
- Артериальная гипотония (менее 25% от возрастной нормы), рефрактерная к инфузионной и вазопрессорной терапии.
- Оценка по шкале Fisher 4.
- Оценка по шкале ISS 50 и более баллов.
- Оценка по шкале pSOFA – более 17 баллов.
- Отсутствие иммобилизации при переломах.

При невозможности транспортировки, реаниматолог консультативной бригады предпринимает попытку стабилизировать состояние больного на месте и оставляет лечащему врачу МО рекомендации по лечению и интенсивной терапии (Карта ДИН - Приложение №6).

<u>Относительные противопоказания</u>: 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.
- Аксиллярная гипотермия менее 36,0 0С.
- Анизокория при невозможности исключить внутричерепной объем.
- Сатурация крови кислородом менее 88% на фоне максимально возможной респираторной терапии (при отсутствии у пациента ВПС «синего» типа).
- 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 центральной вены.
- Параметры ИВЛ, требующие давления на вдохе больше 30 см. вод. ст и PEEP выше 10 см H2O.
- Некупированный судорожный синдром.
- Необходимость применения вазопрессоров и инотропов в больших дозах (допамин и/или добутамин свыше 10 мкг/кг/мин, адреналин или норадреналин в дозе свыше 0,1 мкг/кг/мин)

Подготовка пациента к медицинской эвакуации, осуществляется специалистами медицинской организации, подавшей заявку (при необходимости, в процессе подготовки пациента к медицинской эвакуации участвует врач бригады РКЦ) и включает в себя следующие мероприятия:

- электрокардиография.
- исследование общего (клинического) анализа крови, биохимического анализа крови, исследование показателей гемостаза, КОС, определение группы крови и резус-фактора.
- измерение артериального давления, частоты дыхания, частоты сердечных сокращений.
- оценка темпа диуреза.
- по показаниям – дополнительные исследования: рентгенологические исследования, УЗ-диагностика
- надежная иммобилизация переломов длинных трубчатых костей, костей таза.
- при наличии пневмоторакса - установка плеврального дренажа.
- адекватная аналгезия, седация и синхронизация с респиратором.
- для предотвращения развития дыхательной недостаточности во время транспортировки, пациенты с факторами риска должны быть интубированы и переведены на искусственную вентиляцию легких.
- нормализация температурного баланса.
- обеспечение нормоксемии ($SpO2 \geq 93\%$).
- поддержание нормогликемии (3,5–5,5 ммоль/л).
- перевод пациентов с церебральной недостаточностью (уровень сознания: сопор или кома по шкале Глазго менее 10 баллов) на ИВЛ.
- коррекция гиповолемии и стабилизация гемодинамики.
- обеспечение венозного доступа (периферического или центрального).
- декомпрессия желудка (по показаниям).

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

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

- Проба на перекладывание заключается в перекладывании больного из кровати (кувеза) на носилки (в кувез) 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 степени ее риска.

Медицинская эвакуация пациентов осуществляется в соответствии с Приложением № 1 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н.

Врачом МО непосредственно перед госпитализацией заполнятся карта транспортировки (в части данных пациента, анамнеза, терапии). Оставшуюся часть Карты, непосредственно касающуюся транспортировки, заполняет врач РДКЦ в течении транспортировки и по её окончанию, с указанием параметров мониторинга и состояния пациента. После завершения эвакуации пациента карта транспортировки вкладывается во вновь открываемую историю болезни, а ее копия остается в архиве РДКЦ.

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. 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 обычно используемые, или с одновременным поражением двух и более органных 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 или дежурного врача МО, врача консультанта РДКЦ. Транспортировка проводится только по согласованию с заведующим РДКЦ, заведующим принимающим отделением (ОРИТ, 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 перегоспитализациибольного (транспортировки его в специализированное профильное отделение МО 3 уровня) больной снимается с учета РДКЦ.

12.3. Снятие с учета в связи со смертью больного

Приложение № 3

ИНСТРУКЦИЯ ПО РАСПРЕДЕЛЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПО КЛАССАМ ТЯЖЕСТИ.

I класс:

физиологически стабильные больные, состояние которых компенсировано средствами терапии, возможной в педиатрических (хирургических) отделениях. Не нуждаются в переводе в АРО ОДКБ.

II класс:

компенсированные больные, требующие круглосуточного наблюдения медицинского персонала и контроля с возможной коррекцией терапии. Специфические средства и методы 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 заместительную терапию с частой коррекцией ее режимов в течении суток, требующие постоянного мониторинга и врачебного наблюдения. Стабилизация может быть достигнута использованием методов интенсивной терапии, параметры которых выходят за рамки рутинно применяемых

Приложение № 4

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 и использованием инфузионной, антибактериальной терапии и традиционной ИВЛ с «физиологическими» параметрами.

4. Интенсивная терапия, возможная только в условиях ОРИТ, требующая неоднократной коррекции в течение суток и использования эфферентных методов лечения, инфузии катехоламинов и вазодилататоров, инвазивного мониторинга гемодинамики (газообмена) и внутричерепного давления, агрессивной респираторной терапии (ВЧОВЛ, ингаляция оксида азота, ЭКМО), а также при наличии синдрома полиорганной недостаточности.

Приложение № 5

Информированное добровольное согласие на выполнение транспортировки

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 и ее возможных осложнениях;
- 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 ходе транспортировки

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 с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и законных представителей.

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

"_____" _____ 20__ г. _____ /_____/

Подпись врача Расшифровка подписи

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

"_____"_____ 20___ г._____ /_____/

Подпись врача Расшифровка подписи

"_____"_____ 20___ г._ _____ /_____/

Подпись врача Расшифровка подписи

"_____"_____ 20___ г._____ /_____/

Подпись врача Расшифровка подписи

Приложение № 6

КАРТА ДИНАМИЧЕСКОГО ИНТЕНСИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Дата		**Время**		**Врач ЛПУ**	

ФИО_____ **Д.р/возраст.**_____**срок гест.**_____ **Масса тела**_____**Рост**_

Состояние	стабильное	тяжелое	очень тяжелое	нестабильное	терминальное
Неврологический статус	**ШКГ Анизокория Менингеальные знаки (какие) Седация/анальгезия**				

Нарушения микроциркуляциии	Есть	Нет	**Время наполнения капилляров (сек)**	

ЧСС		**АД**		**Темп. тела**		

Инотропная поддержка	*Дофамин,* _____*мкг/кг/мин*	*Добутамин,* _____*мкг/кг/мин*	*Адреналин,* _____*мкг/кг/мин* *Норадреналин* *Вазодилататоры*

Дыхание	Спонтанное, адекватное	Оксигенотерапия (способ)	ИВЛ/ВИВЛ (режим)

ЧД		**FiO_2, поток O2**		**SpO_2**		**pH, pCO2, pO2, лактат**	

ИВЛ/ВИВЛ Режим_____	**FiO_2**_____	**PIP**_____ см. вод.ст./**V**t, ml	**PEEP/MAP**____ см. вод.ст.	**ЧД** ап/сам _____/_____	**Ti**_____ сек.

НИВЛ/NCPAP	**PEEP**_____ см. вод.ст.	**MAP**_____ см. вод.ст.	**FiO_2**_____	**ЧД**_____	**Поток**

Динамика со стороны внутренних органов	_____ _____ _____

Стул	Был, характер	Не было	Диурез за _____часов		Почасовой темп _____ мл/кг/час	

Объём инфузии	_____**мл/кг/сут**	**Трансфузии**_____ _____	**Питание**_____

Примечание (данные обследования)	_Нв_____Ht лейкоциты_____тромбоциты_____калий_____ натрий_____мочевина_____креатинин_____билирубин СРБ/прокальцитонин_____Фибриноген_____ПТИ_____ _____ _____ _____

Динамика состояния	Без динамики	С улучшением	С ухудшением

Рекомендации по терапии и обследованию	ДЗ:_____ _____ Рекомендации:_____ _____ _____ _____

	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
Тактическое решение	ДИН	Выезд бригады РДКЦ
Врач-консультант		

Приложение № 7

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.; PEEP_____ см. вод.ст.; $Fi0_2$_____;
Tin_____сек.; flow_____1/min; ЧД_____в мин; SaOt_____%;

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 перекладыванием [2]	положительная		отрицательная	

- [1] при оценке 8 баллов и более - требуется проведение лечебно-диагностических мероприятия 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!

РЕШЕНИЕ О ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКЕ (ДИН, ТРАНСПОРТИРОВКА)_____

_____

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДГОТОВККЕ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ_____

_____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:_____

_____

_____

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		
	Т 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: _____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

Приложение № 8

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°С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°С)			
		умеренная гипотермия (36,4 - 36,0°С)			
		нормальная температура (36,5 - 37,2°С)			

* 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

Приложение № 9

КАРТА ТРАНСПОРТИРОВКИ (от 1 мес до 17 лет)

«____» «_____» 20___ г. **Время ____ч____мин**

Ребенок (Ф.И.О.) _____возраст_____
Лечебное учреждение_____
Дата рождения/возраст **«___» «_____» 20____ г.**
Дата поступления **«___» «_____» 20____ г.**
Дата ухудшения состояния **«___» «_____» 20____ г.**
Анамнез заболевания_____
_____
_____
_____

Сознание (ШКГ, менингеальные знаки) _____ Судороги/очаговые симптомы_____Противосудорожная/седативная терапия/анальгезия
Зрачки D _____ S ____ Фотореакции _____
Температура тела _____°С кожные покровы _____
Дыхание режим _____ ___PIP/MAP _____см. вод.ст. _____
PEEP____ см. вод.ст.; $Fi0_2$ _____ ; Tin_____ сек.; flow_____1/min; rate_____ ; SaOt _____%;
Аускультативно_____
_____
Гемодинамика ___доза инотропов/вазопрессоров_____
ЧСС_____в/мин. АД _____мм рт. ст.
Время капиллярного заполнения _____

Живот _____ Перистальтика кишечника _____
Печень_____Селезенка_____Стул _____Диурез_____
Данные обследования: Hb____ Ht____ Эр___ Le____ Tr____ Глюкоза крови_____ Билирубин_____
Мочевина/креатинин_____ Лактат_____ КОС_____ОАМ_____ПТИ, фибриноген
Данные инструментальных исследований:_____
_____
_____

Предварительный диагноз_____
_____
_____
Состояние ребёнка _____обусловлено синдромом _____
_____
Проба с перекладыванием: 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_____
_____
_____
_____

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								
ЧСС								
Дыхание								
Температура тела								
АД								

Параметры респираторной поддержки					Лечебные мероприятия (с отметкой времени выполнения)
И В Л	ЧД, в мин		PiP см.вод. ст		
	Т вдоха, сек		PeeP см.вод. ст		
	FiO_2, %		Поток л/мин		

Состояние за время транспортировки_____
_____

Примечания:_____
_____

Доставлен в учреждение /отделение _____

«____»_____20__ года в_____ч_____мин

Передан врачу отделения _____

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: _____/_____/
_____/_____/
_____/_____

Приложение № 10

Формализованная карта оценки состояния новорожденного

Дата обращения		Время обращения	
Район		Фамилия, Имя, Отчество врача ЛПУ	_____
ЛПУ	**РД**		

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	Мрамор-ность	Серый колорит
Микроциркуляция	Не нарушена	Снижение температуры дистальных отделов конечностей		Время наполнения капилляров		
Пульс		***АД***		***ЦВД***		

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА						
Характер дыхания	Спонтанное, адекватное		Спонтанное, неадекватное	«Стонущее» дыхание	Апноэ	ИВЛ
Частота дыхания			***SpO_2***	***FiO_2***	***SpO_2 при FiO_2 = 0,21***	
Интубационная трубка №				***Глубина введения, см***		
ИВЛ	***FiO_2***	***PIP***	***PEEP***	***f***	***tin***	***I : E***
NCPAP						

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 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 убытия бригады РДКЦ

Приложение № 11

Формализованная карта оценки состояния ребенка старше 1 месяца

Дата обращения		Время обращения	
Район		Фамилия, Имя, Отчество врача ЛПУ	_____
ЛПУ	ЦРБ		

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия ребенка	_____	Пол	
		М	**Ж**
Возраст		Масса тела/рост	
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

Сознание/ШКГ

ясное	поверхностное оглушение	глубокое оглушение	сопор	Кома I	Кома II	Кома III

Медикаментозная седация/противосудорожная терапия/анальгезия	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 (где)	Тонические	Клонические

Менингеальная симптоматика	Есть	_____
	Нет	
Очаговая симптоматика	Есть	_____
	Нет	

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Цвет кожи	Бледно-розовый	Бледность	Центральный цианоз	Периферический цианоз	Мрамор-ность	Серый колорит

Микроциркуляция	Не нарушена	Инотропная/вазопрессорная поддержка(препарат, доза)	Время наполнения капилляров

Пульс		***АД***		***ЦВД***	

Нарушения ритма сердца/какие	Есть	***Наполнение пульса на периферических артериях***	удовлетворительное
	Нет		снижено

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Характер дыхания	**Спонтанное, адекватное**	Оксигенотерапия, вид	**ИВЛ/ВИВЛ/НИВЛ**

Частота дыхания		***SpO_2***	***Поток, FiO_2***	***Индекс оксигенации***	

Интубационная трубка №		***Глубина введения, см***	

ИВЛ/ВИВЛ/НИВЛ	***FiO_2***	***PIP/Vt***	***MAP/PEEP***	***f***	***tin***	***I : E***

Синхронизация с аппаратом ИВЛ	Синхронизирован	Десинхронизирован, препарат, доза

Аускультация легких	Дыхание проводится равномерно с двух сторон		Дыхание проводится неравномерно (ослаблено: D__S)	
	Хрипов нет	Сухие хрипы	Влажные хрипы	Крепитация

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

Стул	Был, характер			Желудочно-кишечное кровотечение, отдел ЖКТ
	Не было			

Питание	Усваивает	**Отделяемое по желудочному зонду**	Есть, характер, объем
	Не усваивает		Нет

ГЕПАТОБИЛИАРНАЯ СИСТЕМА

Гепатомегалия	Есть Нет	**Иктеричность кожи**	Есть Нет	***Общий билирубин***	**(-)**
ALaT			***ASaT***		

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Темп диуреза	**1 мл/кг/час**	0,5 мл/кг/час	< 0,5 мл/кг/час. анурия
Отеки	Есть Нет	___Мочевина, креатинин_____	

СИСТЕМА КРОВИ И МЕТАБОЛИЗМ

Hb	***Er***	***Ht***	***L***	***Tr***	***Глюкемия***

Лейкоцитарная формула	*ПЯ*	*СЯ*	*ЭОЗ*	*МОН*	*ЛИМФ*
	Миелоциты		Метамиелоциты		СОЭ
Газы, КОС	pH	pCO_2	pO_2	HCO_3	BE, лактат
Биохимия	Общий белок, СРБ/прокальцитонин	Na^+	K^+	Ca^{++}	
Температура тела		***ВСК по***			

Кровоточивость	Есть Нет	***Фибриноген***	***(-)***	***ПТИ***	***(-)***	***АПТВ***	***(-)***

Сосудистый доступ	Нет	Периферический катетер	Центральный венозный катетер

Рентгенограмма органов грудной клетки	_____ _____ _____
Примечание	_____ _____
Проводимая терапия	_____ _____ _____ _____
Заключение	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Состояние ребенка	Стабильное	Нестабильное
Выезд бригады РДКЦ	Показан	Не показан

Диагноз врача РКЦ	_____ _____ _____ _____
Рекомендации по терапии и обследованию	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

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

Приложение № 12

Форма журнала учета консультаций, вызовов РДКЦ (таблица Excel)

№	Дата, время	ФИО, возраст, (срок гестации на момент родов)	Масса (для новорожденных и при рождении)	Район, МУ	Врач МО	Анамнез / Диагноз	Рекомендации	Тактическое решение	Консультант / Выездная бригада РДКЦ	Примечания

Приложение № 13

Форма отчета по работе РДКЦ

	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	**ИТОГО**
Количество детей, поставленных на учет в РДЦ, в том числе, новорожденных													
Количество консультаций РКДЦ по телефону, в том числе, новорожденных													
Количество выездных консультаций РКДЦ, в том числе, новорожденных													
Количество вылетов по САС всего, в том числе, новорожденных													
Транспортировка детей силами РКДЦ всего, в том числе, новорожденных:													
Детей на класса тяжести 2, в том числе, новорожденных													
Детей на класса тяжести 3, в том числе, новорожденных													
Детей на класса тяжести 4 (по жизненным показаниям) , в том числе, новорожденных													
Новорожденных (от 0 до 28 сут)													
Детей в возрасте от 1 мес до 3х лет													
Транспортировка детей в ФЦ МЗ РФ													