

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т. М. ШАРШАКОВА, Я. И. БУДНИК,
И. Н. СТРУПОВЕЦ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 и 5 курсов всех факультетов
медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2017**

УДК 614.2 - 053.2–055.2(072)

ББК 51.1(2) 4я 73

Ш 26

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Витебского государственного ордена Дружбы народов
медицинского университета

В. С. Глушанко;

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Гродненского государственного медицинского университета

М. Ю. Сурмач

Шаршакова, Т. М.

Ш 26 Организация медицинской помощи женщинам и детям: учеб.-метод.
пособие для студентов 4 и 5 курсов всех факультетов медицинских вузов /
Т. М. Шаршакова, Я. И. Будник, И. Н. Струповец. — Гомель: ГомГМУ,
2017. — 72 с.

ISBN 978-985-506-895-3

В учебно-методическом пособии раскрыты основные направления работы медицинских организаций, входящих в систему здравоохранения Республики Беларусь и направленных на оказание медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным. Пособие соответствует типовой программе по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 4 и 5 курсов всех факультетов медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 29 декабря 2016 г., протокол № 6.

УДК 614.2 - 053.2–055.2(072)

ББК 51.1(2) 4я 73

ISBN 978-985-506-895-3

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Программы ВОЗ в области охраны здоровья женщины и ребенка	6
Конвенция ООН «О правах ребенка», законодательные акты об охране здоровья женщины и ребенка	8
Организация медицинской помощи женщинам и детям, принципы, особенности работы организаций здравоохранения.	11
Технологические уровни оказания перинатальной помощи, характе- ристика	12
Основные типы организаций здравоохранения, оказывающих аку- шерско-гинекологическую помощь женщинам.....	16
Определение понятия «репродуктивное здоровье». Основные направления работы организаций здравоохранения по охране репродук- тивного здоровья женщин.....	17
Организация медико-генетического консультирования. Медико- генетический центр: структура, задачи. Мероприятия по профилактике наследственных заболеваний и пороков развития	17
Структура, задачи и организация работы женской консультации. Участковый принцип и диспансерный метод работы женской консульта- ции. Социально-правовая помощь женщинам.....	19
Организация работы родильного дома. Структура родильного дома, организация приема беременных, рожениц, родильниц и пациентов с ги- некологическими заболеваниями. Медицинское обслуживание новорож- денных. Характеристика лечебно-охранительного, противоэпидемиче- ского и санитарно-гигиенического режимов в родильном доме	23
Основная документация женской консультации и родильного дома. Анализ деятельности женской консультации и родильного дома по дан- ным годового отчета, основные показатели	27
Преемственность в работе женской консультации, родильного дома, детской поликлиники	33
Организация амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению. Детская поликлиника	34
Показатели деятельности детской поликлиники	42
Задания для самостоятельной работы студентов.....	44
Самоконтроль усвоения темы.....	45
Ответы к тестовой программе.....	50
Литература	51
Приложение А — Индивидуальная карта беременной и родильницы	52
Приложение Б — Обменная карта	59
Приложение В — Медицинская карта прерывания беременности	65
Приложение Г — Журнал учета приема беременных, рожениц и ро- дильниц	69
Приложение Д — Журнал записи родов в стационаре	70

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья женщин и детей имеет важное медико-социальное значение как для современного этапа развития общества, так и для будущего страны. Здоровье ребенка находится в прямой зависимости от состояния здоровья матери, ее физической и нравственной готовности к рождению ребенка. Поэтому защита материнства и детства стала одной из основных задач государственной политики, важной составляющей здравоохранения, имеющей особое значение в формировании здоровья нации.

Охрана репродуктивного здоровья населения, создание условий для рождения здоровых детей, предупреждение инвалидности, сокращение младенческой, детской и материнской смертности в стране имеют особую общественную значимость и стали критериями эффективности деятельности органов управления и организаций здравоохранения.

В последние годы в Республике Беларусь немало сделано для повышения уровня социальной и медицинской защищенности матери и ребёнка.

Все дети имеют право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь со стороны государства в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Они находятся под диспансерным наблюдением в государственных организациях здравоохранения.

В результате реализации государственных программ в большинстве родовспомогательных учреждений, детских больницах и поликлиниках проведена реконструкция и переоснащение, что подняло на современный уровень оказание медицинской помощи.

Организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь беременным и детям, были оснащены современными наркозно-дыхательными аппаратами, аппаратами искусственной вентиляции легких, инкубаторами для новорожденных, газовыми и гемодинамическими мониторами, УЗИ-аппаратами, современными рентгенаппаратами, автомобилями для выездных педиатрических реанимационных бригад, эндоскопическим и другим оборудованием.

Существующая сеть организаций здравоохранения обеспечивает доступность и качество всех видов медицинской помощи населению, в том числе женщинам и детям независимо от места проживания.

В республике введено поощрительное пособие для беременных женщин, ставших на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности и выполняющих в полном объеме рекомендации врачей.

Всем беременным по показаниям проводится обследование и консультирование по проблемам ВИЧ/СПИД.

В соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ в редакции от 16.06.2014 г. № 163-З «О здравоохранении», статья 24, женщинам гарантируется медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи в стационарных условиях в государственных организациях здравоохранения во время беременности, родов и послеродовый период.

Важная роль в сохранении и укреплении здоровья женщин и новорожденных детей, снижении перинатальной, младенческой и материнской смертности принадлежит разноуровневой системе организации перинатальной помощи.

В последние годы наметилась позитивная тенденция к увеличению удельного веса нормальных родов, удельный вес преждевременных родов стабилизировался и не превышает 4 %.

Законодательство о здравоохранении определило порядок таких видов медицинской помощи женскому населению, как применение вспомогательных репродуктивных технологий.

Эффективное решение конкретных задач, направленных на укрепление здоровья женщин и детей, снижение заболеваемости и смертности, определены действующими государственными целевыми программами, обеспеченными ресурсами и межведомственным интегрированным исполнением и контролем. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 г. № 200 утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.

Государственным бюджетом республики предусмотрено выделение средств на бесплатное получение лекарственных препаратов для лечения детей, больных туберкулезом, гематологическими заболеваниями и рядом других тяжелых заболеваний. Дети и беременные, больные фенилкетонурией, бесплатно обеспечиваются питательными смесями, не содержащими фенилаланин.

Законодательно регламентировано бесплатное обеспечение лекарственными средствами детей первых двух лет жизни в пределах перечня основных лекарственных средств.

Благодаря проводимому комплексу мероприятий по охране репродуктивного здоровья, начиная с 2003 г. в республике наблюдается тенденция увеличения рождаемости. Республика Беларусь относится к странам с низким уровнем младенческой и детской смертности. Уменьшается число прерываний беременности. Благодаря применению высоких технологий в лечении недоношенных детей почти в 3 раза выросла выживаемость детей, родившихся с массой тела до 1000 г, на первом году жизни.

Достигнутые показатели свидетельствуют о государственной поддержке и комплексном подходе в Республике Беларусь в приоритетном развитии службы охраны здоровья матерей и детей.

Нормативно-правовая база в республике является основой формирования системы реализации и защиты прав женщин и детей на охрану своего здоровья и сохранения государственного характера оказания медицинской помощи, отвечает приоритетным направлениям, обеспечивает результативность, гарантирует доступность, высокое качество, эффективность оказания медицинской помощи и убедительно выглядит на общеевропейском и международном уровне.

В целях повышения эффективности и качества работы организаций здравоохранения республики, объективной оценки деятельности организаций здравоохранения административных территорий при подведении ито-

гов, осуществления оперативного контроля за показателями состояния здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения, а также сокращения дефектов в оказании медицинской помощи населению приказом Министерства здравоохранения от 14 мая 2015 г. № 517 утверждена Модель конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь.

Программы ВОЗ в области охраны здоровья женщины и ребенка

Под здоровьем матерей понимают здоровье женщин во время беременности и родов, а также в послеродовой период. Несмотря на то, что материнство является важнейшей функцией жизни женщины, выполнение которой приносит ей удовлетворение и радость, оно в ряде случаев сопряжено со страданиями, причинением вреда здоровью и даже смертью.

Стратегический план действий по проблеме здоровья женщин в Европе был рассмотрен на состоявшемся в начале февраля 2001 г. региональном совещании по вопросам охраны репродуктивного здоровья и достижения гендерного равенства, в котором приняли участие представители министерств здравоохранения практически всех стран. Данный документ был подготовлен в контексте программы «Здоровье – 21», которая представляет собой основу для стран Европейского региона в разработке методики и стратегии по улучшению здоровья населения.

Проблема здоровья женщин признается ВОЗ ключевой проблемой на протяжении многих лет, хотя доминирующей тенденцией является рассмотрение здоровья женщин в качестве синонима репродуктивного здоровья. Тем не менее, с возрастанием понимания связей между социально-экономическими факторами и здоровьем появилось значительно большее понимание связей между полом и здоровьем. В Европе интегрированный подход к обеспечению равенства мужчин и женщин во всех аспектах политики, в том числе в области охраны здоровья, совсем недавно стал признаваться одним из важных аспектов деятельности всех государственных структур. Начиная с 1999 г. улучшение здоровья женщин является одной из пяти основных направлений деятельности ВОЗ и одной из основных тем программы «ЕВРОЗДОРОВЬЕ». Самая большая ценность женщины — это ее здоровье. Хорошее здоровье дает женщинам возможность растить детей, поддерживать супружеские отношения, содержать дом, работать, активно участвовать в жизни общества. Многочисленными исследованиями показано, что в случаях смерти женщины или ее тяжелой болезни дети имеют гораздо меньше шансов на выживание, хорошее развитие и образование. Женщинам также дана уникальная способность рождения детей, и состояние их здоровья является основой для здоровья населения в целом.

Обновленная в 2014 г. Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков на 2015–2020 гг. «Инвестируя в будущее детей» нацелена на

развитие успехов и использование уроков предшествующей стратегии 2005 г. с учетом современных фактических данных, тенденций в эпидемиологии, политических и социальных тенденций с целью совершенствования применяемых в странах подходов к охране здоровья детей и подростков. Современные руководящие принципы охраны здоровья включают:

- подход с учетом всех этапов жизни;
- подход, основанный на фактических данных;
- стимулирование сильных партнерств и межсекторального сотрудничества;
- подход, основанный на правах человека.

Стратегический план действий по улучшению здоровья женщин в Европейском регионе включает следующие аспекты:

- законодательство по охране здоровья женщин;
- меры социальной защиты женщин различных возрастных групп;
- занятость женщин, сокращение безработицы;
- профилактика насилия и других форм дискриминации в отношении женщин;
- обеспечение доступа к образованию и информации;
- охрана здоровья женщин на протяжении всей жизни, в том числе:
- профилактика проблем, связанных с питанием, включая пропаганду и поддержку грудного вскармливания, контроль за состоянием питания в период полового созревания, подготовки к беременности;
- профилактика недостаточности витаминов и микронутриентов;
- профилактика проблем подросткового возраста, включающая снижение уровня подростковой беременности, числа случаев ИППП, сокращение распространенности различного рода зависимостей (курение, наркотики, алкоголь и т. д.);
- создание для подростков и молодежи «дружелюбных» услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья; воспитание у девочек чувства собственного достоинства и самоуважения;
- дальнейшее развитие и укрепление служб планирования семьи, включая обеспечение доступности современных методов контрацепции и непрерывность предоставляемых услуг;
- обеспечение качественного антенатального наблюдения, внедрение программ безопасного материнства, направленных на снижение материнской и неонатальной заболеваемости и смертности;
- профилактика и ранняя диагностика онкологических заболеваний репродуктивных органов женщин, в первую очередь рака молочной железы путем повышения информированности женщин и внедрения программ самообследования, а также рака шейки матки путем внедрения и совершенствования программ цитологического скрининга, эффективность которых доказана;
- профилактика нарушений здоровья женщин в пери- и постменопау-

зальный периоды, включающая повышение знаний женщин по этим проблемам и предоставление им соответствующего лечения;

- изучение и предупреждение нарушений психического здоровья женщин в различные периоды их жизни;
- изучение особенностей течения различных заболеваний у женщин с проведением научно обоснованной коррекции методов профилактики, диагностики и лечения.
- активное вовлечение женщин в процесс охраны и улучшения их здоровья.

Конвенция ООН «О правах ребенка», законодательные акты об охране здоровья женщины и ребенка

Конвенция о правах ребенка была принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г. и вступила в силу 2 сентября 1990 г. после ратификации ее двадцатью государствами. На Венской конференции по правам человека в 1993 г. было принято решение добиться того, чтобы к 1995 г. Конвенция стала универсальной для всех государств, так как она устанавливает базовые стандарты благополучия детей на разных стадиях их развития и является первым в истории универсальным, юридически оформленным кодексом прав ребенка.

В 1996 г. по инициативе Франции было принято решение отмечать День прав ребенка 20 ноября — в день принятия Генеральной Ассамблеей ООН текста Конвенции.

Конвенция о правах ребенка делает шаг вперед по сравнению с действующими международными документами. Она увязывает права ребенка с правами и обязанностями родителей и других лиц, несущих ответственность за жизнь детей, их развитие и защиту, и предоставляет ребенку право на участие в принятии решений, затрагивающих его настоящее и будущее.

Конвенция состоит из 54 статей, отвечающих четырем фундаментальным принципам:

- Недискриминация: ваша национальность, цвет кожи, пол, язык, религия, национальное, социальное или этническое происхождение, политические или иные взгляды, статус и состояние здоровья не могут являться ни преимуществом, ни недостатком.
- Наилучшие интересы ребенка: при принятии любых решений, касающихся детей, первоочередное внимание должно уделяться наилучшему обеспечению интересов ребенка.
- Выживание, развитие и защита: органы власти в вашей стране должны защищать вас и помогать реализовать свой потенциал: физический, духовный и социальный.
- Участие: вы имеете право участвовать в принятии решений, касающихся детей и добиваться того, чтобы ваше мнение было принято в расчет.

В числе наиболее остро стоящих проблем, рассматриваемых в Конвенции и в ряде случаев впервые поднимаемых в рамках международного документа, отмечены такие, как обязательства по отношению к детям, живущим в наиболее неблагоприятных условиях (Статья 22), защита от сексуальной и иных видов эксплуатации (Статьи 34 и 36), наркомания (Статья 33), детская преступность (Статья 40), межгосударственная практика усыновления (Статья 21), дети в вооруженных конфликтах (Статьи 38 и 39), потребности детей-инвалидов (Статья 23), а также дети меньшинств и коренных народов (Статья 30).

Образование является предметом рассмотрения двух важных статей (27 и 28), значимость которых вновь подчеркивалась на Всемирной конференции по образованию для всех, проходившей 5–9 марта 1990 г. в Джомтьене (Таиланд). Начальное образование должно быть обязательным, бесплатным и доступным каждому и направленным на развитие личности ребенка, его дарований и природных способностей в условиях соответствующего уважения национальной самобытности, языка и традиционных ценностей. Особый акцент делается на равенстве образовательных возможностей для девочек и мальчиков.

Органичная сила Конвенции о правах ребенка состоит в ее гибкости, способности сохранять свою действенность, несмотря на широкое разнообразие подходов государств к решению общих задач. Не оставляя в стороне наиболее деликатные проблемы, она ориентируется на различные культурные, религиозные и иные ценностные системы, предлагающие свои пути решения общих для всех детей проблем.

В 2000 г. приняты и в 2002 г. вступили в силу два факультативных протокола к конвенции — об участии детей в вооруженных конфликтах (150 стран-участников на октябрь 2012 г.) и о торговле детьми, детской проституции и детской порнографии (160 стран-участников на октябрь 2012 г.). В декабре 2011 г. Генеральная Ассамблея ООН приняла третий факультативный протокол, касающийся процедуры сообщений, который был открыт для подписания в 2012 г. и вступил в силу в апреле 2014 г. Протокол предусматривает возможность рассмотрения Комитетом по правам ребенка жалоб на нарушения Конвенции против стран-участниц протокола.

Важнейшими законодательными и нормативными актами, составляющими правовую основу охраны материнства и детства, являются:

1. Конституция Республики Беларусь 1994.
2. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 № 2435, в редакции от 16 июня 2014 г. № 164-3.
3. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от 16 мая 2006 г. № 109-3.

4. Закон Республики Беларусь «О демографической безопасности Республики Беларусь» от 4 января 2002, № 80-З.

5. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 28.07.1999, № 55, рег. № 2/53 от 14.07.1999).

6. Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» от 19 ноября 1993 г. №2570-ХІІ (в ред. От 25 октября 2000г. № 440-З).

7. Закон Республики Беларусь «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 06 января 2009, № 9-З.

9. Указ Президента Республики Беларусь № 357 от 11 марта 2011 «Об утверждении Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг.».

10. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14.03.2016 г. № 200 Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.

12. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» от 18 июля 2002 № 963.

13. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 97 от 25 октября 2007 «Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья».

14. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь и министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 30 октября 2015 № 107/67 «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».

15. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 мая 2002 № 28 «Об утверждении Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан».

16. Конвенция о правах ребенка. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989.

17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 сентября 2007 №774 «Об утверждении форм первичной медицинской документации акушерско-гинекологической и педиатрической службы».

18. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2007 № 710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях».

19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 февраля 2008 № 150 «О совершенствовании нормативно-правовой базы по акушерству и гинекологии».

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от

30 июля 2007 № 636 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации беременных и гинекологических больных».

21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 февраля 2007 № 66 «Об утверждении клинических протоколов динамического наблюдения при физиологически протекающей беременности, ведения физиологических родов, диагностики и лечения болезней беременных, рожениц, родильниц, гинекологических болезней».

22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 января 2007 № 7 «Об организации кабинетов гинекологической помощи подросткам».

23. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 января 2010 № 52 «Об утверждении Положения о разноразмерной системе перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь».

Организация медицинской помощи женщинам и детям, принципы, особенности работы организаций здравоохранения

Охрана материнства и детства — это система мер государственного, общественного частного характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин и детей, создание оптимальных условий для выполнения женщиной ее важнейшей функции — рождение и воспитание здорового ребенка.

Перинатальная помощь — это система организации оказания медицинской помощи женщине, плоду и новорожденному, включая прегравидарный период, беременность, роды (родоразрешение) и послеродовый период.

Оказание перинатальной помощи строится на принципе равной доступности специализированной медицинской помощи с позиций ее обоснования и эффективности и должна проводиться на том уровне, где созданы условия для максимального сохранения жизни и здоровья беременной женщины, родильницы и новорожденного ребенка.

Разноразмерная система оказания перинатальной помощи определена приказом МЗ РБ № 52 (от 23.01.2010 г.) и представляет собой комплекс организационных и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на повышение эффективности управления и координации деятельности организаций здравоохранения, обеспечивающих оказание медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и детям раннего возраста, снижение материнских и младенческих потерь, рациональное использование кадровых, материальных и информационных ресурсов.

Основная цель разноразмерной системы оказания перинатальной помощи:

- доступность для любой женщины и новорожденного всех компонентов действующей системы перинатальной помощи.

Задачи и функции разноразмерной системы оказания перинатальной помощи:

- обеспечить доступность, этапность и преемственность при оказании

медицинской помощи женщинам и детям с использованием современных медицинских технологий;

- оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи женщинам и детям;
- качественная организация экстренной медицинской помощи женщинам и детям;
- оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи гинекологическим больным с применением современных технологий и методов лечения;
- создание современной консультативной базы для женщин с гинекологической патологией, беременных и детей;
- организационно-методическая работа по взаимодействию и преемственности в работе организаций здравоохранения всех уровней;
- оказание практической помощи организациям здравоохранения, более высокой технологической помощи специалистам районного и межрайонного уровней;
- подготовка врачебного персонала и средних медицинских работников.

Технологические уровни оказания перинатальной помощи, характеристика

В Республике Беларусь определены четыре технологических уровня оказания перинатальной помощи: **первый** — районный (городской), **второй** — межрайонный (городской), **третий** — областной (городской) и **четвертый** — республиканский.

Ранжирование организаций здравоохранения по уровням, перечень показаний для госпитализации индивидуально для каждого региона разрабатывается и утверждается приказом начальника управления здравоохранения облисполкома (председателем комитета по здравоохранению Мингорисполкома) в соответствии с техническим оснащением, укомплектованностью и квалификацией медицинских кадров, тяжестью госпитализируемого контингента пациентов, видами и объемами оказания плановой и экстренной медицинской помощи, а так же с учетом географических особенностей региона.

Организации здравоохранения всех уровней оказания перинатальной помощи обязаны неукоснительно выполнять установленные требования нормативных документов, а именно:

- обязаны находиться в постоянной готовности к своевременному оказанию экстренной медицинской помощи любой степени сложности женщинам и новорожденным;
- должны быть укомплектованы аптечками посиндромной терапии для купирования экстренно возникших осложнений беременности, родов,

послеродового периода (анафилактический шок, эклампсия, эмболия околоплодными водами, акушерское кровотечение);

- должны иметь утвержденные главным врачом организации здравоохранения алгоритмы действий при возникновении экстренных ситуаций, алгоритмы передачи дежурств;

- объемы медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям на всех уровнях оказания медицинской помощи определены утвержденными протоколами (стандартами) диагностики и лечения;

- в организациях здравоохранения всех уровней обеспечивается круглосуточная анестезиолого-реанимационная помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным;

Направление пациентов на консультацию или госпитализацию на межрайонный, областной или республиканский уровень проводится лечащим врачом в соответствии с утвержденными показаниями для направления после совместного осмотра районного (городского) акушера-гинеколога либо заместителя главного врача, курирующего вопросы родовспоможения и детства и заведующего отделения.

Показания для госпитализации на более высокий уровень являются одновременно противопоказаниями для продолжения лечения пациентов на более низком уровне.

Исключение составляют только urgentные состояния, имеющие высокий риск транспортировки и требующие экстренного оказания медицинской помощи по месту первичного обращения.

Первый — районный (городской) уровень оказания перинатальной помощи. Организации здравоохранения и их структурные подразделения, которые оказывают медицинскую помощь беременным и новорожденным без или с минимальным риском перинатальных потерь.

К организациям здравоохранения первого уровня оказания перинатальной помощи относятся женские консультации центральных районных больниц (ЦРБ) или поликлиник, родильные и детские отделения ЦРБ, выделенные детские койки в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) ЦРБ, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), врачебные амбулатории.

Основными задачами первого уровня являются:

- выявление и постановка на учет беременных женщин;
- выявление состояния риска перинатальной патологии;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению состояний и заболеваний, приводящих к перинатальным потерям;
- оказание медицинской помощи при физиологическом течении беременности, родов, послеродового и неонатального периодов;
- оказание неотложной помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным;

- своевременное направление нуждающихся пациентов на межрайонный и областной уровень.

На первом уровне обеспечивается: проведение родов акушером-гинекологом, неонатологом (педиатром). В нерабочее время дежурство акушера-гинеколога, неонатолога (педиатра) организуется на дому; обеспечивается круглосуточная анестезиолого-реаниматологическая помощь беременной, роженице, родильнице и новорожденному. Для работы в палатах новорожденных в штате акушерского (акушерско-гинекологического) отделения должна быть введена должность неонатолога.

Второй — межрайонный уровень оказания перинатальной помощи. Организации здравоохранения и их структурные подразделения, которые обеспечивают в полном объеме медицинскую помощь беременным и роженицам с физиологическим и патологическим течением беременности и родов, экстрагенитальной патологией.

Межрайонный уровень оказания перинатальной помощи включает:

- женские консультации в составе лечебно-профилактических организаций (поликлиник, родильных домов и др.);

- родильные дома или акушерские отделения многопрофильной больницы (или крупной ЦРБ или городской больницей (ГБ));

- отделения реанимации новорожденных или посты интенсивной терапии и реанимации новорожденных в составе анестезиолого-реанимационного отделения (АРО);

- выездные реанимационно-консультативные бригады;

- отделения второго этапа выхаживания новорожденных в детских больницах, педиатрических отделениях многопрофильных больниц или ЦРБ (ГБ), акушерских стационарах;

- для обеспечения специализированной помощи беременным в акушерском стационаре межрайонного уровня организовывается отделение (палаты) патологии беременности.

Основные задачи второго уровня:

- обеспечение функций первого уровня перинатальной помощи для населения закрепленной территории (согласно критериям и показаниям для первого уровня);

- обеспечение необходимого объема медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным из прикрепленных районов при прогнозируемых осложнениях в родах и осложнениях беременности, согласно установленным критериям.

На межрайонном уровне обеспечивается круглосуточное дежурство врачей акушера-гинеколога, неонатолога и анестезиолога-реаниматолога (детского анестезиолога-реаниматолога).

Третий — областной (городской) уровень перинатальной помощи. Организации здравоохранения и их структурные подразделения, обеспечи-

вающие оказание медицинской помощи любой степени сложности беременным женщинам и их новорожденным.

Областной уровень оказания перинатальной помощи включает:

- областные (городские) родильные дома;
- родильное отделение многопрофильной областной (городской) больницы, выполняющее функции областного роддома;
- областной перинатальный центр;
- областная (городская) детская больница;
- медико-генетический центр (отделение, консультация);
- отделения патологии беременности.

На третьем уровне организуются отделения реанимации новорожденных, выездные реанимационно-консультативные бригады (порядок работы бригад определен действующей нормативной, правовой и инструктивной базой), отделения второго этапа выхаживания новорожденных в детских больницах, педиатрических отделениях многопрофильных больниц или ЦРБ (ГБ), акушерских стационарах.

Основные задачи третьего уровня оказания перинатальной помощи:

- обеспечение функций первого и второго уровня для населения закрепленной территории (согласно критериям и показаниям для первого и второго уровня);
- оказание высококвалифицированной специализированной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным, роженицам, родильницам из районов области, госпитализированным по показаниям для направления в стационары третьего уровня;
- оказание медицинской помощи новорожденным в отделениях перинатальных центров и отделениях детских областных больниц, родившимся как на областном уровне, так и переведенным из других родовспомогательных учреждений, а также детям раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии;
- обучение персонала организации здравоохранения региона на рабочем месте.

На третьем уровне организуется круглосуточное дежурство ответственного акушера-гинеколога, действия которого должны быть определены соответствующим приказом главного врача учреждения, а также акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов и детских анестезиологов-реаниматологов.

Четвертый — республиканский уровень представлен государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (РНПЦ «Мать и дитя»), который осуществляет оказание медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением

репродуктивной функции на основе использования современных и новейших лечебно-диагностических технологий.

Основными задачами РНПЦ «Мать и дитя» являются:

- оказание медицинской помощи наиболее тяжелому контингенту женщин репродуктивного возраста, беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, как рожденных на республиканском уровне, так и переведенных из других родовспомогательных учреждений, а также детей раннего возраста с отдаленными последствиями перинатальной патологии;
- создание на своей базе оптимальных условий для осуществления лечебного процесса, обучения и проведения научных исследований;
- обучение персонала организации здравоохранения разных уровней перинатальной помощи для более быстрого внедрения современных перинатальных технологий;
- проведение экспертной оценки качества оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям раннего возраста в регионах;
- разработка, апробация и внедрение в деятельность организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям, современных медицинских технологий;
- осуществление статистического мониторинга и анализа основных демографических показателей (материнской, перинатальной, младенческой смертности, заболеваемости беременных, рожениц, новорожденных и детей);
- разработка предложений по совершенствованию и развитию службы охраны материнства и детства;
- внедрение системы контроля качества и экономической эффективности оказания медицинской помощи женщинам и детям в организациях здравоохранения всех уровней области.

Основные типы организаций здравоохранения, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь женщинам

Типы лечебно-профилактических организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам:

1. Женские консультации.
2. Центральные районные больницы (гинекологическое и родильное отделение).
3. Городские больницы (гинекологическое и родильное отделение).
4. Областные больницы (гинекологическое отделение) или областные родильные дома.
5. Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя».
6. Смотровые кабинеты поликлиник.
7. Медико-генетические центры.
8. Государственные учреждения — Республиканский научно-практиче-

ский центр радиационной медицины и экологии человека, Центры вспомогательных репродуктивных технологий.

В сельской местности медицинская помощь оказывается в родильных (гинекологических) отделениях центральных районных больниц, участковых больницах, амбулаториях и на ФАПах.

Определение понятия «репродуктивное здоровье». Основные направления работы организаций здравоохранения по охране репродуктивного здоровья женщин

Репродуктивное здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — это состояние физического, умственного и социального благополучия по всем пунктам, относящимся к репродуктивной системе на всех стадиях жизни.

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и касается личных аспектов жизни. Репродуктивное здоровье предполагает, что человек может вести удовлетворительную и безопасную половую жизнь, что он способен рожать детей и свободен выбирать, при каких условиях, где и как часто это делать. Под этим подразумевается право мужчин и женщин получать информацию и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по своему выбору, а также право на соответствующие услуги здравоохранения, которые позволяют женщинам безопасно пережить период беременности и роды. Забота о репродуктивном здоровье определяется как совокупность методов, способов, технологий и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию путем предотвращения и решения проблем репродуктивной сферы.

Система профилактических мероприятий по охране репродуктивного здоровья предусматривает дальнейшую интеграцию на уровень первичной медико-санитарной помощи службы, связанных с репродуктивным здоровьем, и включает: предупреждение нежелательных беременностей, снижение числа абортов, а также заболеваемости по причине аборта; проведение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп населения по формированию стереотипов поведения, безопасных для здоровья и жизни, консультирование по вопросам репродуктивного здоровья; планирование семьи; подготовку женщины и ее семьи к беременности и родам, пренатальную охрану плода, в том числе предупреждение и лечение внутриутробных инфекций; профилактику ВИЧ-инфекции.

Организация медико-генетического консультирования. Медико-генетический центр: структура, задачи. Мероприятия по профилактике наследственных заболеваний и пороков развития

Медико-генетическое консультирование — отрасль профилактиче-

ской медицины, главной целью которой является предупреждение рождения детей с наследственной патологией.

Цель генетической консультации - установление степени генетического риска в обследуемой семье и разъяснение супругам в доступной форме медико-генетического заключения.

Задачи медико-генетического консультирования:

- про- и ретроспективное (до и после рождения) консультирование семей и больных с наследственной или врожденной патологией;
- пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний;
- помощь врачам различных специальностей в постановке диагноза заболевания, если для этого требуются специальные генетические методы исследования;
- объяснение в доступной форме пациенту и его семье степени риска иметь больных детей и помощь им в принятии решения;
- ведение территориального регистра семей и больных с наследственной и врожденной патологией и их диспансерное наблюдение;
- пропаганда медико-генетических знаний среди населения.

Показания для направления семьи в медико-генетическую консультацию:

- наличие сходных заболеваний у нескольких членов семьи;
- первичное бесплодие супругов;
- первичное невынашивание беременности;
- отставание ребенка в умственном и физическом развитии;
- рождение ребенка с пороками развития;
- первичная аменорея (отсутствие месячных), особенно с недоразвитием вторичных половых признаков;
- наличие кровного родства между супругами.

Структура медико-генетического центра:

- Отделение охраны репродуктивного здоровья.
- Отделение пренатальной диагностики.
- Отделение профилактики опухолей женской репродуктивной системы.
- Физиотерапевтическое отделение.
- Клинико-диагностическая лаборатория.

Выделяют **три уровня** профилактики наследственных болезней: первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика врожденных и наследственных болезней включает мероприятия, направленные на предупреждение зачатия больного ребенка. Она реализуется тремя путями:

- планирование деторождения;
- защита среды обитания человека от дополнительных антропогенных загрязнителей (мутагенов и тератогенов);
- витаминизация населения.

Вторичная профилактика врожденных и наследственных болезней

включает мероприятия, направленные на предупреждение рождения больного ребенка. Она осуществляется с помощью методов дородовой диагностики. Ее основная цель — в максимально ранние сроки выявить у плода наследственные болезни и пороки развития, не поддающиеся лечению, и прервать беременность (с согласия женщины). Дородовая диагностика врожденных и наследственных болезней складывается из трех методов: ультразвукового исследования (УЗИ) плода, исследования крови беременной (биохимический скрининг) и группы инвазивных методов.

Третичная профилактика врожденных и наследственных болезней включает мероприятия, направленные на предупреждение прогрессирования болезни и развитие осложнений. Она касается преимущественно наследственных болезней обмена веществ. К моменту рождения ребенка у него имеется генная мутация, но отсутствуют клинические проявления болезни. На этой стадии важно выявить заболевание и начать раннее лечение, чтобы предупредить тяжелые повреждения головного мозга и развитие умственной отсталости. Лечение заключается, как правило, в исключении из рациона питания ребенка определенных продуктов. Третичная профилактика осуществляется в два этапа:

а) выявление наследственной патологии до развития клинических симптомов (массовый скрининг новорожденных);

б) коррекция выявленных нарушений (например, назначение специальной диеты при фенилкетонурии).

Важная роль в сохранении и укреплении здоровья женщин и новорожденных детей, снижении перинатальной, младенческой и материнской смертности принадлежит равноуровневой системе организации перинатальной помощи.

Структура, задачи и организация работы женской консультации. Участковый принцип и диспансерный метод работы женской консультации. Социально-правовая помощь женщинам

Основным структурно-функциональным подразделением, на которое возложены организация и оказание акушерско-гинекологической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, является женская консультация. Женская консультация может быть самостоятельной организацией или структурным подразделением родильного дома, поликлиники, медсанчасти, больницы.

Организация работы женской консультации строится по территориально-участковому принципу. Территория деятельности женской консультации устанавливается соответствующим органом управления здравоохранения по подчиненности.

В основу лечебно-профилактической работы женской консультации положен принцип динамического наблюдения женщин, направленный на предупреждение и своевременное выявление патологических процессов

репродуктивной системы.

Численность медицинского персонала женской консультации определяется на основании числа акушерско-гинекологических участков и устанавливается из расчета одна должность врача акушера-гинеколога на 2000–2200 женского населения.

Регистратура женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

Участковый акушер-гинеколог имеет следующие расчетные нормативные нагрузки: 6 женщин за 1 час приема, 8 — при профилактических осмотрах, при работе на дому — 1,25 вызова в час.

Структура женской консультации:

- регистратура;
- кабинеты участковых акушеров-гинекологов;
- кабинет по планированию семьи;
- кабинет психопрофилактической подготовки к родам;
- физиотерапевтический кабинет;
- кабинеты для приема терапевтов, онкогинеколога, стоматолога;
- социально-правовой кабинет;
- комната «молодой матери»;
- операционная для проведения амбулаторных операций;
- процедурный кабинет;
- клинико-диагностическая лаборатория;
- диагностические кабинеты;
- кабинеты для административно-хозяйственных нужд и другие

Основное направление деятельности женской консультации — оказание лечебно-профилактической помощи, направленной на оздоровление женщин, профилактику материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Для достижения этой цели в женской консультации решаются следующие **задачи**:

1. Осуществление лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродовых и гинекологических заболеваний, проведение перинатальной охраны плода.
2. Проведение динамического наблюдения беременных женщин с целью предупреждения осложнений беременности, родов и послеродового периода.
3. Организация и проведение профилактических осмотров женщин с целью раннего выявления патологии репродуктивной системы.
4. Организация и проведение диспансерного наблюдения женщин с гинекологической патологией.
5. Проведение вторичной профилактики новообразований репродуктивной системы.
6. Консультирование и оказание услуг по планированию семьи (проведение

работы по контрацепции для предупреждения непланируемой беременности).

7. Внедрение в практику современных методов диагностики, профилактики и лечения акушерской и гинекологической патологии.

8. Обеспечение женщин социально-правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства.

9. Проведение гигиенического воспитания, формирование здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения населения.

10. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц и гинекологических больных с медицинскими учреждениями, оказывающие специализированную помощь данной категории пациентов (МГЦ, родильный дом (отделение), взрослая и детская поликлиники, станция (отделение) скорой и неотложной медицинской помощи, противотуберкулезный, кожно-венерологический, онкологический диспансеры и пр.)

11. Выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности медицинского персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекций.

12. Проведение мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала.

Основные направления деятельности врача акушера-гинеколога

1. Диспансеризация беременных.

2. Своевременное взятие беременных на учет (до 12 недель). Первичное обращение:

2.1. Сбор общего и специального анамнеза.

2.2. Общее и специальное акушерское исследование.

2.3. Клинико-лабораторное обследование.

2.4. Оформление индивидуальной карты беременной (форма №111/у).

2.5. Направление к врачам специалистам (терапевт, стоматолог, офтальмолог, отоларинголог, эндокринолог). При наличии экстрагенитальной патологии — к врачу специалисту по профилю заболевания.

3. Повторное посещение акушера-гинеколога женской консультации через 7–10 дней (на руках иметь результаты анализов и заключения врачей-специалистов):

3.1. Оформление обменной карты родильного дома (форма № 113/у);.

3.2. Решение вопроса о включение беременной в ту или иную группу риска и целесообразности сохранения беременности.

3.3. Разработка индивидуального плана ведения беременной.

3.4. Иммуногематологические исследования беременных женщин с целью прогноза возможности развития гемолитической болезни новорожденных.

3.5. Беседа о гигиене питания, одежде, режиме труда и отдыха беременной.

3.6. Решение вопроса о необходимости перевода на рабочее место с отсутствием профессиональных вредностей.

3.7. Профилактика препаратом фолиевой кислоты в дозе 400 мг первые 12 недель беременности.

3.8. Лабораторные обследования.

Дальнейшее посещение врача акушера-гинеколога при нормальном течении беременности с целью систематического наблюдения за состоянием здоровья беременных, обследования на инфекции, проведения генетического скрининга пороков развития, лечения соматических заболеваний, определения группы риска акушерской и перинатальной патологии осуществляется при повторном (через 7–10 дней) и последующих посещениях акушера-гинеколога:

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| — до 20 недели | 1 раз в месяц (всего 4–5 раз); |
| — 20–30 недель | 1 раз в 2 недели (5 раз); |
| — 30–36 недель | 1 раз в 10 дней (4 раза); |
| — более 36 недель | еженедельно (6 раз); |

Всего 20 визитов.

При каждом посещении необходимо:

- общий анализ мочи, измерение массы тела, контроль артериального давления, выявление скрытых отеков;
- повторный анализ на токсоплазмоз в 20 недель беременности;
- развернутый анализ крови (тромбоциты) в 22 и 34–36 недель беременности;
- повторный осмотр терапевта в 28 недель;
- осмотр в зеркалах, взятие мазков для определения степени чистоты и флоры (16–18, 28–30, 32–34, 36–37 недель);
- обследование на RW, вирусный гепатит, ВИЧ (28–30, 35–36 недель);

4. Изучение условий труда беременных.

5. Определение срока родов и своевременное предоставление беременным дородового отпуска. Оформление отпуска по беременности и родов с 30 недель единовременно на 126 календарных дней (женщинам постоянно (преимущественно) проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения — с 27 недель на 146 календарных дней). Направление в стационар для родоразрешения в срок беременности 40–41 неделя.

6. Обеспечение своевременного проведения квалифицированного лечения.

7. Физическая и психопрофилактическая подготовка беременных к родам (начинается с первого посещения ЖК, групповые занятия — с 32–34 недели).

8. Организация и проведение занятий в школе матерей (с 15–16 недели беременности).

I. Наблюдение, оздоровление и восстановительное лечение родильниц предусматривает: посещение родильницей акушера-гинеколога после выписки из стационара не позже, чем через 10–12 дней. При нормальном течении послеродового периода женщина наблюдается акушера-гинекологом

2 раза (заключительный осмотр проводится через 6–8 недель после родов). В дальнейшем патронаж родильниц осуществляется в течение последующих 2-х лет (1 раз в 6 месяцев).

II. Помощь женщинам с гинекологической патологией:

1. Активное выявление гинекологических больных (по обращению, на дому, при проведении профилактических осмотров). Каждая женщина должна быть осмотрена акушером-гинекологом 1 раз в год.

2. Организация и проведение обследования и лечения женщин с гинекологическими заболеваниями. Лечение может осуществляться амбулаторно, в случае необходимости — женщина может быть направлена на консультацию или стационарное лечение.

3. Диспансерное наблюдение за гинекологическими больными, которое прекращается в случае выздоровления или в связи с выездом из района обслуживания.

4. Работа по планированию семьи, профилактика аборт и нежелательной беременности.

5. Экспертиза трудоспособности при гинекологических заболеваниях.

6. Работа по формированию здорового образа жизни.

Организация работы родильного дома. Структура родильного дома, организация приема беременных, рожениц, родильниц и пациентов с гинекологическими заболеваниями. Медицинское обслуживание новорожденных. Характеристика лечебно-охранительного, противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов в родильном доме

Родильные дома — специализированные стационарные организации, оказывающие медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным и гинекологическим больным. Стационарная акушерская помощь может оказываться в родильном отделении, входящем в состав многопрофильной больницы.

Мощность и структура родильного дома определяется потребностью населения обслуживаемой зоны в основных видах стационарной акушерско-гинекологической помощи и основывается на принципе равной доступности специализированной медицинской помощи с позиции ее обоснованности и эффективности. Родильные дома (акушерские отделения) формируют таким образом перинатальные центры. Независимо от того, является ли акушерский стационар самостоятельной организацией или родильным отделением больницы, в его составе должны быть следующие обязательные отделения (рисунок 1):

- приемно-пропускной блок (приемное отделение) и помещение выписки;
- родовое физиологическое отделение (50–55 % от общего числа акушерских коек);
- отделение патологии беременных (25–30 % от общего числа аку-

шерских коек);

— наблюдационно-изоляционное отделение акушерское отделение (палаты) (20–25 % от общего числа акушерских коек);

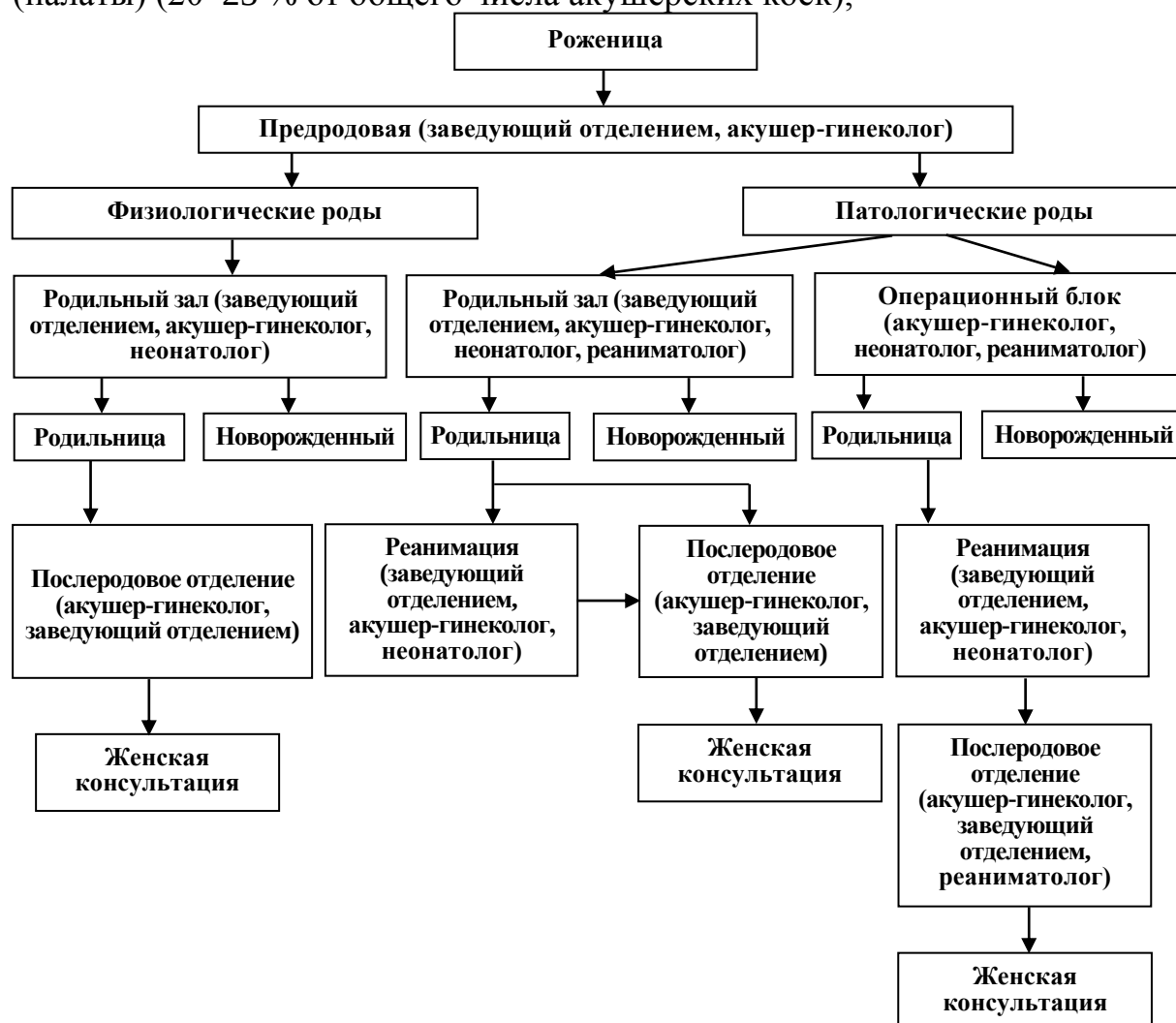


Рисунок 1 — Организация стационарной медицинской помощи роженицам в родовспомогательных организациях здравоохранения

— отделение (палаты) для новорожденных детей по профилю родовых отделений;

— гинекологическое отделение с собственным приемно-пропускным блоком. В гинекологическом отделении должно быть три профиля коек — для консервативного лечения больных, оперативного лечения и искусственного прерывания беременности;

- операционные блоки;
- отделение гемодиализа;
- отделение гипербарической оксигенации;
- отделения анестезиологии и реанимации, реанимации и интенсивной терапии;

- отделения (кабинеты) функциональной диагностики;
- отделения (кабинеты) эндоскопические;
- отделения (кабинеты) физиотерапии, лечебной физкультуры;
- рентгенологические отделения;
- женская консультация;
- диагностическая лаборатория;
- централизованное стерилизационное отделение;
- аптека;
- службы приготовления пищи;
- прачечная;
- дезинфекционное отделение;
- служебные, бытовые и складские помещения;
- помещения профильных НИИ и клинических кафедр.

В случае, когда акушерско-гинекологические отделения входят в состав больницы, они обслуживаются соответствующими больничными службами.

В акушерских стационарах группы приемных помещений (смотровые, бокс-фильтры и помещения санитарной обработки родильниц и беременных) следует предусматривать общие для физиологического отделения и отделения патологии беременности, и отдельно — для наблюдационного, гинекологического отделений. Пути движения женщин этих отделений, включая лестничные клетки и лифты, должны быть строго изолированы друг от друга. Роженицы и беременные, поступающие в акушерские отделения, делятся в фильтре приемно-пропускного блока на два потока (два бокса в смотровой). Один поток составляют женщины, направляющиеся в отделение патологии беременных, и родовое физиологическое отделение, другой — наблюдационное отделение.

Планировка родильного дома должна обеспечивать полную изоляцию женщин, поступающих для родоразрешения в различные отделения, при строгом соблюдении санитарно-гигиенических норм. В приемно-пропускном блоке оборудуются отдельные смотровые фильтры для каждого акушерского отделения. В каждой смотровой комнате предусматривается специальное помещение для санитарной обработки поступающих женщин. В вестибюле беременная или роженица снимает верхнюю одежду и проходит в помещение-фильтр, где врач решает вопрос, в какое из отделений роддома направить женщину. Проводится регистрация в журнале в «Журнале приема беременных и рожениц» (Форма № 002/у). Заполняется паспортная часть «Истории родов» (Форма № 096/у), производится общее обследование женщины. После санитарной обработки женщина получает пакет со стерильным бельем и направляется в соответствующее отделение роддома.

Наблюдационное отделение следует размещать или в отдельном отсеке здания, изолированно, так как над ним не должны располагаться физиологические отделения и отделения патологии беременности, или над всеми отделениями. Планировка отделения патологии беременности должна преду-

смаатривать возможность транспортировки беременных в родовые физиологические отделения или в обсервационные через их приемно-пропускные блоки. В акушерском стационаре в отделении патологии беременности необходимо предусматривать кабинет пренатальной диагностики.

Из смотровой в сопровождении медицинского персонала женщина переходит в родовой блок или отделение патологии беременных, а при показаниях — транспортируется обязательно на каталке в сопровождении врача или акушерки.

В предродовой палате женщина проводит весь первый период родов под наблюдением медицинского персонала. В конце первого периода родов женщина переводится в родовую палату (родильный зал).

Первый туалет новорожденного, вторичная обработка пуповины, обработка глаз, измерение длины и массы тела, окружности груди и головы ребенка проводится акушеркой в родовом зале. Через 2,5 часа после нормальных родов женщина переводится в послеродовое отделение (палаты), новорожденный — в палату (отделение) для новорожденных. В родильных домах имеются также палаты совместного пребывания матери и ребенка.

Родильницы с новорожденными из послеродового физиологического отделения и отделения патологии беременности составляют один поток выписывающихся. Другой поток составляют родильницы с новорожденными, выписывающиеся из обсервационного отделения. Пути движения беременных, рожениц и родильниц отделений физиологического и патологии беременности должны быть строго изолированы от движения рожениц и родильниц обсервационного отделения.

Большое значение в нормальной деятельности акушерских стационаров и в профилактике гнойно-септических заболеваний беременных, рожениц, родильниц, среди новорожденных имеет соблюдение санитарно-гигиенических правил. В родовспомогательных стационарах должны неукоснительно выполняться следующие требования:

- строгий отбор и своевременная изоляция больных женщин от здоровых при поступлении и во время пребывания в родильном доме (отделении);
- обязательная цикличность в заполнении материнских и детских палат;
- соблюдение всех санитарных требований, регулярная текущая и, не реже 1 раза в год, профилактическая санитарная обработка (полная дезинфекция) всего родильного дома (отделения);
- правильная организация ухода за родильницами и новорожденными;
- достаточная обеспеченность отделений бельем;
- соблюдение медицинским и обслуживающим персоналом правил личной гигиены и регулярный врачебный контроль за здоровьем персонала.

Ежедневно перед началом работы весь персонал и кормящие матери должны быть осмотрены дежурным врачом (или старшей сестрой). Лица с воспалительными или гнойными процессами, недомоганием или лихорадкой к работе не допускают. До начала работы и входа в отделение медицинский персонал и кормящие матери принимают душ, надевают чистые

платья и халаты, шапочки (или косынки) и сменную обувь. В палатах персонал работает в 4-слойных маркированных масках. Матери кормят своих детей в палатах и выполняют другие назначения врачей (помогают во время прогулок, проводят массаж и др.).

О каждом случае заболевания новорожденного палатный врач родильного дома ставит в известность главного врача; при возникновении гнойно-воспалительных заболеваний заведующий детским отделением принимает неотложные меры по предупреждению распространения инфекции и извещает об этом районную санэпидстанцию.

В качестве неотложных мер, предупреждающих распространение инфекции, необходимо:

- выявить источник инфекции, изолировать или удалить больного из отделения;
- ускорить выписку практически здоровых новорожденных;
- выявить контактных с инфекцией детей и установить за ними постоянный контроль (клинический, более частая термометрия, исследование гемограммы и др.).

Для лечения и выхаживания острозаболевших детей организуют индивидуальные посты в палатах (блоке) интенсивной терапии. Заболевших детей из родильных домов направляют в соответствующие отделения на базе детских больниц.

Периодически проводят бактериологическое обследование медицинского персонала, кормящих матерей, бактериологический контроль обсемененности объектов окружающей среды; особое внимание уделяют обследованию буфетных комнат, стерилизационной, помещений для хранения чистого и использованного белья, выполнению правил личной гигиены персоналом.

Детская поликлиника осуществляет комплексную профилактическую работу, направленную на воспитание здорового ребенка: динамическое наблюдение за ребенком; санитарно-просветительную работу в семье, обучение родителей практическим навыкам ухода за ребенком и др. С первого дня пребывания новорожденного в домашних условиях необходимо определить группу здоровья и оптимальный индивидуальный режим (условия окружающей среды, ухода и питания).

Основная документация женской консультации и родильного дома. Анализ деятельности женской консультации и родильного дома по данным годового отчета, основные показатели

Учетная и отчетная документация женской консультации представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Учетная и отчетная документация женской консультации

Образцы форм учетной медицинской документации	№
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2у

Медицинская карта амбулаторного пациента	025/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
Журнал записей родовспоможения на дому	032/y
Книга записей заключений ВКК	035/y
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y

Окончание таблицы 1

Образцы форм учетной медицинской документации	№
Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации)	039/y
Журнал записей амбулаторных операций	069/y
Санаторно-курортная карта	072/y
Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095-1/y
Индивидуальная карта беременной, родильницы (Приложение А)	111/y
Обменная карта (Приложение Б)	113/y
Медицинская карта прерывания беременности (Приложение В)	003-1/y
Листок нетрудоспособности	
Отчет лечебно-профилактической организации	
Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам	

Анализ деятельности женской консультации (показатели):

1. Укомплектованность женской консультации врачами акушерами-гинекологами:

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей акушеров-гинекологов}}{\text{численность обслуживаемого женского населения на конец года}} \times 10000.$$

2. Обеспеченность амбулаторной акушерско-гинекологической помощью:

$$\frac{\text{число врачебных посещений за год}}{\text{средняя численность обслуживаемого женского населения}}.$$

3. Показатель участковости:

$$\frac{\text{число посещений врачей акушеров-гинекологов женщинами своего участка}}{\text{число посещений врачей акушеров-гинекологов женщинами района обслуживания женской консультации}} \times 100.$$

4. Полнота охвата профилактическими осмотрами женщин:

$$\frac{\text{число фактически осмотренных женщин}}{\text{число женщин, подлежащих осмотру по плану}} \times 100.$$

5. Структура диспансеризуемых по группам наблюдения:

$$\frac{\text{число лиц данной группы диспансерного наблюдения}}{\text{число диспансеризуемых (здоровых и больных)}} \times 100.$$

6. Состав диспансеризуемых по болезни:

$$\frac{\text{число больных данным заболеванием, находящихся под диспансерным наблюдением}}{\text{число диспансеризуемых}} \times 100.$$

7. Полнота охвата больных диспансерным наблюдением (по отдельным болезням):

$$\frac{\text{число больных с данной патологией, находящихся под диспансерным наблюдением}}{\text{число больных, зарегистрированных с данной патологией}} \times 100.$$

8. Своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение:

$$\frac{\text{число больных, взятых под диспансерное наблюдение в отчетном году с впервые выявленным заболеванием}}{\text{число больных с данным заболеванием, впервые выявленных в отчетном году}} \times 100.$$

При анализе гинекологической заболеваемости с ВУТ рассчитываются показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности по всем гинекологическим заболеваниям и отдельным формам:

— в случаях:

$$\frac{\text{число случаев нетрудоспособности}}{\text{средняя численность работающих женщин за отчетный период}} \times 100;$$

— в днях:

$$\frac{\text{число дней нетрудоспособности}}{\text{средняя численность работающих женщин за отчетный период}} \times 100;$$

— средняя длительность одного случая утраты трудоспособности:

$$\frac{\text{число дней нетрудоспособности}}{\text{число случаев нетрудоспособности}}.$$

Для анализа деятельности женской консультации по обслуживанию беременных женщин рассчитываются следующие показатели:

1. Своевременность поступления беременных под наблюдение консультации:

а) раннее поступление:

$$\frac{\text{число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель}}{\text{число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году}} \times 100.$$

б) позднее поступление:

$$\frac{\text{число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности 28 недель и более}}{\text{число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году}} \times 100.$$

2. Полнота и своевременность обследования беременных:

а) процент женщин, осмотренных терапевтом:

$$\frac{\text{число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100;$$

(и числа состоящих на учете на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году)

б) процент женщин, осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности:

$$\frac{\text{число женщин, осмотренных терапевтом в срок до 12 недель беременности}}{\text{число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100;$$

в) процент беременных, подготовленных к родам психопрофилактически:

$$\frac{\text{число женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100;$$

г) процент беременных, обследованных УЗИ:

$$\frac{\text{число беременных, обследованных}}{\text{число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100;$$

д) процент беременных, обследованных в МГЦ:

$$\frac{\text{число беременных, обследованных в МГЦ}}{\text{число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100.$$

3. Частота возникновения патологических состояний при беременности:

а) частота экстрагенитальной патологии:

$$\frac{\text{число беременных с экстрагенитальными заболеваниями (сердца, почек и т. д.)}}{\text{число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100;$$

б) летальность по женской консультации во время беременности, родов и в послеродовом периоде (до 42 дней после родов) — показатель материнской смертности:

$$\frac{\text{число женщин, умерших во время беременности, родов, в послеродовом периоде (до 42 дней после родов)}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100000.$$

4. Исходы беременности:

а) процент срочных (своевременных родов):

$$\frac{\text{число женщин, родивших в срок (своевременно)}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100;$$

б) процент преждевременных родов:

$$\frac{\text{число женщин, родивших преждевременно}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100;$$

в) процент запоздалых родов:

$$\frac{\text{число женщин, родивших с перенашиванием беременности}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100;$$

г) частота абортотв:

$$\frac{\text{число абортов}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100.$$

Перечень документации стационара родильного дома представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Перечень документации стационара родильного дома

Образцы форм учетной медицинской документации	№
Листок движения больных и коечного фонда стационара	007/y-07
Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y-07
Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	016/y-07
Журнал записей оперативных вмешательств в стационаре (раздельный для физиологического и обсервационного отделений)	008/y-07
Направление на патологогистологическое исследование	014/y
Лист регистрации переливания трансфузионных средств	005/y-04
Журнал регистрации переливания трансфузионных средств	009/y
Журнал записи родов в стационаре (раздельные для физиологического и обсервационного отделений)	10/y
Журнал учета процедур	029/y
Журнал записи рентгеновских исследований	050/y
Температурный лист	004/y
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y
История родов	096/y
История развития новорожденного	097/y
Медицинское свидетельство о рождении	103/y
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/y
Журнал регистрации анализов и из результатов	250/y
Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (раздельные для физиологического и обсервационного отделений)	002/y
Лист основных показателей состояния больной, находящейся в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/y

Анализ работы родильного дома:

1. Использование коечного фонда роддома (отделения):

а) число дней занятости койки в году:

$$\frac{\text{число койко - дней, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{число среднегодовых коек}};$$

б) оборот (функция) койки:

$$\frac{\text{число использованных больных}}{\text{число среднегодовых коек}};$$

в) среднее пребывание больного в больнице:

$$\frac{\text{число проведенных больными койко - дней}}{\text{число использованных больных}}.$$

2. Осложнения во время родов:

а) частота кровотечений:

$$\frac{\text{число родов, осложненных кровотечением}}{\text{число проведенных родов}} \times 100;$$

б) частота родового травматизма:

$$\frac{\text{число случаев разрывов промежности (шейки матки)}}{\text{число проведенных родов}} \times 100;$$

$$\frac{\text{число случаев разрывов матки}}{\text{число проведенных родов}} \times 100.$$

3. Оперативные пособия при родах:

$$\frac{\text{число операций кесарева сечения в отчетном году}}{\text{число проведенных родов}} \times 100.$$

6. Послеродовая заболеваемость:

а) частота гнойно-септических осложнений у родильниц:

$$\frac{\text{число родильниц, у которых течение послеродового периода осложнено метроэндометритом (маститом и др.)}}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100.$$

7. Показатель материнской смертности рассчитывается как отношение умерших женщин в период выполнения генеративной функции к 100 000 живорожденных детей (кроме погибших при авариях):

а) показатель материнской смертности:

$$\frac{\text{число умерших женщин от осложнения беременности, родов и послеродового периода}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100000.$$

8. Перинатальная смертность:

$$\frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших новорожденных в возрасте 0 – 6 суток}}{\text{число родившихся живыми} + \text{мертвыми}} \times 1000.$$

8.1. Неонатальная смертность:

$$\frac{\text{число детей, умерших в возрасте до 0 – 27 суток}}{\text{число детей, родившихся живыми}} \times 1000.$$

8.2. Ранняя неонатальная смертность:

$$\frac{\text{число детей, умерших в возрасте до 0 – 6 суток}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000.$$

9. Заболеваемость новорожденных:

а) доношенных:

$$\frac{\text{число случаев заболеваний среди доношенных новорожденных}}{\text{число доношенных новорожденных, родившихся живыми}} \times 1000;$$

б) недоношенных:

$$\frac{\text{число случаев заболеваний среди недоношенных новорожденных}}{\text{число недоношенных новорожденных, родившихся живыми}} \times 1000.$$

В соответствии с приказом Национального Статистического комитета Республики Беларусь от 17.12.2015 г. № 367 «О ведении государственной статистики в 2016 году» и приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.11.2015 г. №181 «Об утверждении формы государственной статистической отчетности 1-помощь беременным» утверждена форма «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам». Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.10.2015 г. № 165 утвержден «Отчет о прерывании беременности в сроке до 22 недель (1-аборт)».

Преемственность в работе женской консультации, родильного дома, детской поликлиники

Для осуществления преемственности в наблюдении за беременной в женской консультации и родильном доме на руки каждой беременной выдается обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, куда заносятся основные данные о состоянии здоровья женщины и течении беременности. Карта состоит из трех отрывных талонов. Первый талон — сведения женской консультации о беременной — заполняется в консультации и хранится в истории родов. Второй талон — сведения родильного дома (отделения) о родильнице — заполняется в акушерском стационаре и выдается женщине на руки для передачи в женскую консультацию, где подробно описываются особенности течения родов, послеродового периода и состояние родильницы. В

третий талон — сведения родильного дома (отделения) о новорожденном — акушер-гинеколог и неонатолог вносят данные об особенностях родов и состоянии новорожденного, которые вызывают необходимость специального наблюдения за ним после выписки из стационара. Талон выдается матери для передачи в детскую поликлинику. Это обеспечивает преемственность в медицинском обслуживании беременных женщин, рожениц и родильниц, способствует снижению материнской и перинатальной смертности, сокращению числа послеродовых осложнений.

Преемственность достигается прежде всего:

— путем взаимной информации между врачами поликлиники и стационара в состоянии больных, направленных на госпитализацию и выписанных из стационара (направление выписки из амбулаторной карты в стационарах при плановой госпитализации и выписки из карты стационарного больного в поликлинику и др.);

— активным привлечением врачей стационара к участию в диспансеризации и анализу ее эффективности;

— осуществлением специалистами стационара мероприятий по повышению квалификации врачей поликлиники (совместные клинические конференции, анализ ошибок, проведение консультаций и т. д.).

Организация амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению. Детская поликлиника

Детская поликлиника является основным учреждением здравоохранения, оказывающим амбулаторную медицинскую помощь детям (при обращении в поликлинику, на дому, в учреждениях образования) на территории обслуживания (таблица 3).

Таблица 3 — Перечень основной учетной документации детской поликлиники

Образцы форм учетной медицинской документации	№
Талон на прием к врачу	025-1/y-07
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/y-07
Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях	025-3/ y-07
Направление на консультацию во вспомогательные кабинеты	028/y
Журнал учета процедур	029/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
Книга записи вызовов врача на дом	031/y
Журнал для записи заключений врачебно-консультативной комиссии	035/y
Книга регистрации листов нетрудоспособности	036/y
Журнал учета санитарно-просветительной работы	038/y
Дневник работы врача поликлиники	039/y
Дневник работы среднего медицинского персонала	039–1/y

Лист предварительной записи на прием к врачу	040/y
Карта реабилитации	042/y
Журнал записи рентгенологических исследований	050/y
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром пищевом отравлении, необычной реакции на прививку	058/y
Лечебная карта призывника	053/y
Журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники	059/y

Окончание таблицы 3

Образцы форм учетной медицинской документации	№
Журнал учета инфекционных заболеваний	060/y
Карта профилактических прививок	063/y
Журнал учета профилактических прививок	064/y
Журнал записи амбулаторных операций	069/y
История развития ребенка	112/y
Медицинская карта допризывника	112-1/y

Принципы оказания амбулаторной медицинской помощи детскому населению:

- профилактическая направленность;
- доступность;
- широкое применение диспансерного метода;
- система активного патронажа;
- преемственность в работе врачей, оказывающих медицинскую помощь детям;
- этапность;
- гигиеническое воспитание и обучение, как родителей, так и детей;
- участково-территориальное обслуживание;
- социальная направленность.

Участково-территориальный принцип деятельности поликлиники обеспечивает деление всей территории обслуживания на отдельные участки, медицинская помощь детскому населению которых оказывается участковым врачом-педиатром и участковой медицинской сестрой. Одна должность врача-педиатра участкового рассчитывается на 800 детей. На один участок вводится 1,5 должности медсестры (0,5 — для патронажной работы). Закрепление на медицинское обслуживание осуществляется по месту проживания.

Организационная структура детской поликлиники строится в соответствии с поставленными перед ней задачами и включает:

- регистратура (кабинет выписки справок и листов временной нетрудоспособности);
- кабинет доврачебного приема;
- фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
- кабинеты врачей-педиатров и врачей узких специальностей;
- кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового

го ребенка);

- отделение медицинской реабилитации и физиотерапии;
- педиатрическое отделение по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования (дошкольно-школьное отделение);
- клинико-биохимическая лаборатория;
- лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, функциональной диагностики, УЗИ и др.);
- прививочный, процедурный кабинеты;
- кабинет медицинской статистики;
- гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;
- административно-хозяйственная часть.

Регистратура детской поликлиники является самостоятельным структурным подразделением, предназначенным для реализации доступности медицинской помощи детскому населению района обслуживания и информационного обеспечения о порядке организации и оказания медицинской помощи.

Руководство работой регистратуры детской поликлиники (далее — регистратура) осуществляет главная медицинская сестра поликлиники.

В своей работе сотрудники регистратуры руководствуются законодательством Республики Беларусь, Уставом организации здравоохранения, приказами главного врача, должностными инструкциями, правилами внутреннего трудового распорядка.

Основными задачами регистратуры являются:

- обеспечение населения информацией о режиме и порядке работы поликлиники, ее структурных подразделений, администрации поликлиники, руководителей территориального органа управления здравоохранения, консультативно-диагностических центров и организаций здравоохранения города (района, области, республики);
- организация доступности медицинской помощи детскому населению района обслуживания;
- осуществление преемственности и взаимодействия с другими организациями здравоохранения.

Решение основных задач регистратура осуществляет через реализацию следующих функций:

1. Предоставление информации населению:

- об объеме и видах оказываемой медицинской помощи;
- о режиме и порядке работы детской поликлиники (отделения), времени приема врачей всех специальностей, вспомогательных и диагностических кабинетов, в том числе в выходные и праздничные дни, с указанием часов приема, номера кабинета;
- об организациях здравоохранения, оказывающих консультативную и специализированную медицинскую помощь;

- об организациях здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь, включая вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни;
- о порядке вызова врача на дом и предварительной записи на прием к врачу;
- о порядке приема населения администрацией поликлиники и руководителями территориального органа управления здравоохранения;

- о платных медицинских услугах;

2. Запись на прием к врачам-специалистам поликлиники, на диагностические исследования.

3. Регистрация вызовов врачей на дом.

4. Регистрация врачебных назначений, в том числе консультаций и лабораторных исследований.

5. Выдача талонов к врачам-специалистам и на диагностические исследования в день обращения.

6. Подбор медицинской документации пациентов, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом, доставка медицинской документации в кабинеты врачей.

7. Осуществление оперативного контроля за своевременным выполнением вызовов на дом врачами и врачебных назначений медицинскими сестрами.

8. Регистрация и учет листов и справок временной нетрудоспособности.

9. Регистрация и учет бланков строгой отчетности.

10. Оформление медицинских документов.

11. Обеспечение сохранности картотеки, бланков строгой отчетности, печатей, штампов.

12. Прием информации из других организаций здравоохранения о пациентах, нуждающихся в активном медицинском наблюдении.

В составе регистратуры имеется: стол справок, стол регистрации вызовов врача на дом, стол предварительной записи, стол регистрации листов и справок временной нетрудоспособности и оформления медицинских документов, картотека.

В кабинете доврачебного приема осуществляется доврачебный осмотр детей, и выполняются другие функции, не требующие врачебной компетенции.

В кабинете доврачебного приема работает фельдшер.

Основными задачами кабинета являются оценка физических параметров развития ребенка, основных показателей функционального состояния организма, оформление медицинской документации.

Решение основных задач кабинет доврачебного приема осуществляет через реализацию следующих функций:

- проведение доврачебного медицинского осмотра в форме скрининг-тестирования: антропометрические измерения, оценка физического развития по центильным таблицам, определение частоты пульса, измерение артериального давления, определение остроты зрения, остроты слуха, проведение плантографии;

- направление на консультацию к врачам-специалистам по результа-

там скрининг-тестирования;

- оформление медицинской документации: выписки о профилактических прививках, выписки из истории развития ребенка (ф. 112/у), выдача направлений на лабораторные исследования и др.

Фильтр — структурное подразделение поликлиники, предназначенное для приема детей с подозрением на инфекционное заболевание (повышенная температура, сыпь неясной этиологии, диспептические расстройства и др.). Фильтр располагается в помещении с отдельным входом и сообщается с боксом-изолятором, имеющим отдельный выход на улицу.

Для работы в фильтре назначаются наиболее опытные медицинские сестры.

Основными задачами фильтра являются:

- разобщение потока пациентов с целью предотвращения распространения инфекционных заболеваний;
- организация оказания медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями;
- забор материала на лабораторные исследования.

Решение основных задач фильтр осуществляет через реализацию следующих функций:

- размещение ребенка при подозрении на инфекционное заболевание в боксе-изоляторе, оказание доврачебной медицинской помощи, вызов к ребенку дежурного врача;
- осмотр дежурным врачом ребенка с подозрением на инфекционное заболевание;
- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
- организация (по показаниям) госпитализации ребенка;
- забор материала на бактериологические исследования, в том числе на паразитарные заболевания, организация доставки забранного материала в место проведения исследования;
- регистрация результатов бактериологических исследований и информирование врача-педиатра участкового о выявленной патологии;
- передача экстренных извещений об инфекционном заболевании.

Педиатрическое отделение является самостоятельным структурным подразделением поликлиники, обеспечивающим профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию детям в возрасте до 18 лет, проведение противоэпидемических мероприятий.

Район деятельности педиатрического отделения определяется приказом главного врача поликлиники с учетом особенностей территориальной застройки жилого массива.

Руководство работой педиатрического отделения осуществляет заведующий отделением.

Основными **задачами** педиатрического отделения являются:

- организация и проведение комплекса профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий детскому населению района обслуживания отделения, направленных на сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения;

- организация и проведение мероприятий по формированию потребности в здоровом образе жизни, совершенствование медицинской интеграции с семьей.

Решение основных задач педиатрическое отделение осуществляет через реализацию следующих функций:

- обеспечение динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми и проведение комплекса профилактических мероприятий;

- пропаганда, поощрение и медицинская поддержка грудного вскармливания;

- оказание медицинской помощи заболевшим детям в поликлинике и на дому;

- оказание лечебно-консультативной и специализированной медицинской помощи в поликлинике и на дому;

- обеспечение динамического медицинского наблюдения за детьми, имеющими риск развития хронических заболеваний, с хроническими заболеваниями, детьми-инвалидами с проведением комплекса лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

- проведение диспансеризации детей, состоящих на учете в Государственном реестре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;

- направление (по показаниям) на стационарное лечение, в научно-практические, диагностические и консультационные центры, диспансеры, медицинские реабилитационные центры, специальные учреждения образования;

- отбор и направление на санаторное лечение, в центры реабилитации;

- экспертиза временной нетрудоспособности;

- проведение совместно с территориальными центрами гигиены и эпидемиологии комплекса противоэпидемических мероприятий;

- организация и проведение активной иммунизации в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения;

- осуществление преемственности с организациями здравоохранения и другими ведомствами;

- выдача справок о состоянии здоровья;

- проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни;

- участие в пределах своей компетенции в профилактике безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних;

- ведение медицинской учетной и государственной статистической отчетной документации.

Педиатрическое отделение по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования (дошкольно-школьное отделение) является самостоятельным структурным подразделением поликлиники, обеспечивающим медицинское обслуживание детей в учреждениях образования (за исключением учреждений интернатного типа), включая общеобразовательные учреждения, учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического и среднего специального образования (далее — учреждения образования).

В состав педиатрического отделения по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования входят медицинские кабинеты и здравпункты, находящиеся в учреждениях образования.

Основной задачей педиатрического отделения по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования является организация медицинского обслуживания детей в учреждениях образования.

Решение основных задач педиатрическое отделение по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования осуществляет через реализацию следующих функций:

- ✓ обеспечение динамического медицинского наблюдения за условиями обучения и воспитания детей и подростков в организованных коллективах;
- ✓ контроль совместно с территориальным центром гигиены и эпидемиологии за соблюдением санитарных норм, правил и гигиенических нормативов в учреждениях образования;
- ✓ проведение совместно с территориальным центром гигиены и эпидемиологии противоэпидемических мероприятий, включая осмотр учащихся на педикулез и заразные кожные заболевания;
- ✓ проведение профилактических прививок и туберкулинодиагностики детям и подросткам согласно календарю прививок, предоставление информации о проведенных прививках и реакции Манту в поликлинику по месту жительства;
- ✓ амбулаторный прием пациентов в здравпунктах и медицинских кабинетах учреждений образования;
- ✓ оказание скорой медицинской помощи в здравпунктах и медицинских кабинетах учреждений образования;
- ✓ проведение работы по формированию у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни, сохранении репродуктивного здоровья;
- ✓ преемственность в работе с другими организациями здравоохранения и заинтересованными ведомствами по выполнению мероприятий по охране здоровья детей и подростков;
- ✓ ведение медицинской учетной и государственной статистической отчетной документации.

При отсутствии в структуре организации здравоохранения педиатрического отделения по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях обра-

зования вышеуказанные функции возлагаются на педиатрическое отделение.

Кабинет здорового ребенка является структурным подразделением детской поликлиники, оказывающим консультационно-методическую помощь родителям, медицинским сестрам и врачам-педиатрам участковым по вопросам развития и воспитания здорового ребенка, охраны здоровья детей.

В кабинете здорового ребенка работают фельдшер или медицинская сестра. Допускается передача функций медицинских работников кабинета медицинским сестрам участковым.

Основной задачей кабинета здорового ребенка является организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на развитие и воспитание здорового ребенка.

Решение основных задач кабинет здорового ребенка осуществляет через реализацию следующих функций:

- обучение медицинских сестер участковых и родителей организации возрастных режимов дня, комплексу массажа и гимнастики, методикам физического воспитания и закаливания, правилам рационального питания детей, технологиям приготовления детского питания;

- пропаганда принципов грудного вскармливания, проведение мероприятий, направленных на сохранение грудного вскармливания;

- проведение работы по профилактике рахита;

- подготовка детей к поступлению в дошкольные и школьные образовательные учреждения;

- обеспечение связи с отделами общественного здоровья территориальных центров гигиены и эпидемиологии по вопросам профилактики заболеваний, воспитания и развития здорового ребенка, формированию здорового образа жизни;

- внедрение новых профилактических программ по формированию здорового образа жизни;

- оформление кабинета здорового ребенка, кабинетов и рекреации в поликлинике;

В кабинете здорового ребенка размещаются методические материалы и наглядные пособия по основным вопросам развития и воспитания детей, профилактики заболеваний: таблицы возрастных режимов; таблицы показателей физического и нервно-психического развития; материалы по пропаганде грудного вскармливания детей; информационные стенды с комплексами массажа, гимнастики и физических упражнений для детей раннего возраста; схемы закаливания детей; календарь профилактических прививок и другие материалы.

Основной задачей **прививочного кабинета** является выполнение комплекса мероприятий по проведению активной иммунопрофилактики детского населения.

К работе в прививочном кабинете допускается медицинская сестра,

прошедшая подготовку по вопросам иммунопрофилактики, оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, владеющая техникой проведения профилактических прививок и туберкулиновой пробы.

Функции прививочного кабинета:

1. Разработка планов мероприятий по активной иммунизации, в том числе планирование профилактических прививок совместно с врачами-педиатрами участковыми, медицинскими работниками здравпунктов и медицинских кабинетов учреждений образования.
2. Проведение профилактических прививок и туберкулинодиагностики.
3. Учет лиц, имеющих длительные медицинские противопоказания к профилактическим прививкам.
4. Регистрация поствакцинальных реакций.
5. Учет и расследование случаев поствакцинальных осложнений, своевременное сообщение о поствакцинальных осложнениях в территориальный центр гигиены и эпидемиологии.
6. Обеспечение запаса иммунобиологических препаратов, выдача их медицинским работникам учреждений образования, учет распределения и использования иммунобиологических препаратов.
7. Обеспечение холодовой цепи при транспортировке и хранении иммунопрепаратов.
8. Обеспечение прививочного кабинета лекарственными средствами для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях.
9. Составление отчетов о проведенных прививках и движении иммунобиологических препаратов по формам государственной статистической отчетности.
10. Анализ выполнения плана профилактических прививок и туберкулинодиагностики.

Показатели деятельности детской поликлиники

1. Обеспеченность детского населения амбулаторно-поликлинической помощью:

$$\frac{\text{число посещений, сделанных детьми к врачам в поликлинику} + \text{число посещений, сделанных врачам к детям на дому}}{\text{среднегодовая численность детского населения}}.$$

2. Среднее число детей на участке:

$$\frac{\text{средняя численность детей, обслуживаемых поликлиникой}}{\text{число педиатрических участков}}.$$

3. Среднее число детей в возрасте до 1 года на участке:

$$\frac{\text{среднегодовое число детей в возрасте до одного года}}{\text{число педиатрических участков}}.$$

Среднее число детей в возрасте до одного года на педиатрическом участке колеблется от 40 до 60.

4. Общая заболеваемость детей:

$$\frac{\text{число всех заболеваний у детей (первичных и ранее выявленных), зарегистрированных за год}}{\text{среднегодовая численность детей}} \times 1000.$$

5. Первичная заболеваемость у детей:

$$\frac{\text{число заболеваний, впервые выявленных у детей в данном году}}{\text{среднегодовая численность детей}} \times 1000.$$

6. Заболеваемость детей первого года жизни:

$$\frac{\text{число заболеваний, зарегистрированных у детей первого года жизни}}{\text{число детей, которым исполняется 1 год в отчетном году}} \times 1000.$$

7. Распределение детей по группам здоровья, в том числе для детей 1 и 2-го года жизни:

$$\frac{\text{число детей 0–14 лет, отнесенных к 1 (2, 3 и т. д.) группе здоровья}}{\text{число детей 0–14 лет, проживающих в районе деятельности поликлиники}} \times 100.$$

8. Охват детей прививками против кори, полиомиелита, коклюша и др.:

$$\frac{\text{число детей, привитых против кори (других заболеваний)}}{\text{число детей в поликлинике, включенных в план вакцинации против кори (других)}} \times 100.$$

9. Временная нетрудоспособность в связи с уходом:

9.1. в случаях:

$$\frac{\text{число выданных листков нетрудоспособности и справок по уходу}}{\text{число детей в поликлинике}} \times 100.$$

9.2. в днях:

$$\frac{\text{число дней ВН по уходу (по листкам нетрудоспособности и справкам)}}{\text{число детей в поликлинике}} \times 100.$$

10. Охват беременных дородовым патронажем:

$$\frac{\text{число беременных, находившихся на дородовом патронаже}}{\text{число беременных, состоявших под наблюдением поликлиники}} \times 100$$

11. Показатель младенческой смертности:

$$\frac{\text{число умерших детей (0 – 12 месяцев)}}{\text{1/5 родившихся живыми в прошлом году} + \text{4/5 родившихся живыми в отчетном году}} \times 1000.$$

12. Удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании до 4-х месяцев:

$$\frac{\text{число детей, находившихся до 4-х месяцев на грудном вскармливании}}{\text{число детей, достигших года}} \times 100.$$

Постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 01.09.2011 г. № 243 утверждена государственная статистическая отчетность «О медицинской помощи детям» — форма 1-дети (Минздрав).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Задание 1

Женская консультация обслуживает микрорайон численностью 50 тыс. человек. Число акушеров-гинекологов — 12 человек. Под их наблюдением находится 850 беременных женщин, из которых взято на учет до 3-х месяцев беременности 750 человек, осмотрено терапевтом — 650 человек. Количество посещений женской консультации беременным — 12,5 тыс. В текущем году родами закончилось 810 беременностей, в т. ч. ошибки в определении срока были у 98 человек, преждевременные роды — у 32. Вычислить все возможные показатели.

Задание 2

Население города К. в 2015 г. составило 40 тыс. человек, в том числе 12 тыс. — дети до 14 лет, женщин старше 15 лет — 13 тыс. Число акушеров-гинекологов — 5, число участковых педиатров — 15. Оцените уровень организации медико-социальной помощи женщинам и детям.

Задание 3

Рассчитайте и оцените показатели участковости и своевременности постановки беременных на учет, если известно, что в женской консультации под наблюдением в течение года состояло 350 беременных женщин, среди которых 240 женщин поступили под наблюдение до 12 недель беременности и 72 женщины — после 28 недель беременности. В течение года к участковым акушерам-гинекологам было сделано 8600 посещений, из которых 6300 посещений были сделаны к акушерам-гинекологам своего участка.

Задание 4

В районе, обслуживаемом женской консультацией проживает 50 тыс. человек. В 2015 г. было зарегистрировано 55 тыс. посещений, встало на учет 2800 беременных (из них поступило под наблюдение со сроком до 3 месяцев — 1600 человек, от 3 до 7 месяцев — 320, позже 7 месяцев — 80).

Родили в отчетном году 1900 беременных, которые сделали за год 21 тыс. посещений консультации. У 57 родивших была допущена ошибка в определении срока родового отпуска. У 19 родивших роды были осложнены кровотечением. Оценить показатели деятельности женской консультации.

Задание 5

В родильном доме в 2015 г. сделано 6774 оперативных вмешательств, из них: операции на женских половых органах — 101, кесаревы сечения — 104, аборт — 3984, выскабливание матки — 2. Оперировано больных — 6536 человек, из них умерло — 2 человека. Оценить показатели работы родильного дома.

Задание 6

В женской консультации работает 46 акушеров-гинекологов. За год к ним сделано 112137 посещений, на дому обслужено 547 вызовов. На диспансерном учете на конец отчетного года состоит 574 женщины, всего за год зарегистрировано 1528 заболеваний гинекологического профиля, из них 726 — с диагнозом, установленным впервые в жизни. Оценить показатели работы женской консультации.

Задание 7

В 2015 г. под наблюдение женской консультации поступило 908 беременных, из них со сроком до 3 месяцев — 845 человек, кроме того переведены под наблюдение других учреждений — 173 человека, выбыло из под наблюдения 92 человека, закончили беременность родами в срок 804 человека, преждевременными родами — 24 человека, абортами — 22 человека. Из числа закончивших беременность осмотрено терапевтом 945 человек, в т. ч. при беременности до 12 недель — 646 человек. Обследованы на резус-принадлежность — 950 человек, на реакцию Вассермана — 950 человек. Оценить работу женской консультации.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

1. Учреждения для оказания медицинской помощи матери и ребенку условно делятся на:

Варианты ответа:

- а) лечебно-профилактические;
- б) образовательные;
- в) воспитательные;
- г) оздоровительные.

2. Основной принцип работы женской консультации:

Варианты ответа:

- а) профильный;
- б) территориальный;
- в) смешанный.

3. Показатели деятельности женской консультации:

Варианты ответа:

- а) полнота охвата беременных диспансерным наблюдением;
- б) частота ошибок в определении сроков беременности;
- в) заболеваемость новорожденных;
- г) удельный вес беременностей, закончившихся родами;
- д) своевременность поступления беременных под наблюдение.

4. Женщины должны быть осмотрены гинекологом:

Варианты ответа:

- а) 1 раз в квартал;
- б) 1 раз в полгода;
- в) 1 раз в год.

5. В родильном доме на каждую беременную женщину заполняется:

Варианты ответа:

- а) индивидуальная карта (ф-111/у);
- б) обменная карта (ф-002/у);
- в) история родов (ф-096/у).

6. В перинатальную смертность входят:

Варианты ответа:

- а) смертность новорожденных в первые сутки;
- б) смертность новорожденных в первые 6 суток;
- в) смертность новорожденных в первые 6 суток и мертворожденные.

7. Основные задачи детской поликлиники:

Варианты ответа:

- а) лечебно-профилактическая работа;
- б) противоэпидемическая работа;
- в) направление детей в стационар;
- г) связь с ДДУ и школами;
- д) верно а, б, в;
- е) верно все.

8. Медицинские осмотры детей в возрасте 1–3 лет проводятся:

Варианты ответа:

- а) 1 раз в год;
- б) 1 раз в квартал;
- г) 1 раз в полгода.

9. Среднее число посещений родильницами относится к показателям деятельности:

Варианты ответа:

- а) родильного дома;
- б) женской консультации.

10. Профилактическая дезинфекция родильного дома проводится:

Варианты ответа:

- а) 1 раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) 1 раз в 2 года.

11. Основной метод работы учреждений для оказания помощи матери и ребенку:

Варианты ответа:

- а) территориальный;
- б) диспансерный;
- в) лечебный;
- г) смешанный.

12. Показатели деятельности родильного дома:

Варианты ответа:

- а) удельный вес беременностей, закончившихся родами;
- б) частота оперативных вмешательств при родах;
- в) заболеваемость новорожденных;
- г) число осложнений при родах и после;
- д) перинатальная смертность;
- е) верно б, в, г, д.

13. Своевременное поступление беременных под наблюдение:

Варианты ответа:

- а) до 12 недель беременности;
- б) до 6 недель;
- в) до 18 недель.

14. Активный патронаж новорожденных проводится:

Варианты ответа:

- а) еженедельно;
- б) 1 раз в месяц;
- в) 1 раз в квартал.

15. Число обслуживаемых детей на 1 педиатрическом участке:

Варианты ответа:

- а) 800;
- б) 1000;
- в) 1200.

16. Работницы промышленных предприятий должны осматриваться гинекологом:

Варианты ответа:

- а) 1 раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) 1 раз в 2 года.

17. Требования, предъявляемые к работе родильного дома:

Варианты ответа:

- а) изоляция больных женщин от здоровых;
- б) цикличность заполнения палат;
- в) соблюдение санитарно-эпидемического режима;
- г) правильный уход за новорожденными;
- д) соблюдение личной гигиены персоналом;
- е) верно а, б, в, г;
- ж) верно все.

18. В детской поликлинике проводится прием (в самом учреждении):

Варианты ответа:

- а) здоровых детей;
- б) детей, страдающих хроническими заболеваниями;
- в) больных с острыми инфекционными заболеваниями.

19. Допускается ли пребывание нескольких больных в смотровом кабинете приемного отделения:

Варианты ответа:

- а) да;
- б) нет.

20. Документация при поступлении ребенка в больницу включает:

Варианты ответа:

- а) направление;
- б) сведение о прививках;
- в) справка о наличии контакта с инфекционными больными;
- г) история развития ребенка.

21. Особенностью профилактической работы среди детей является проведение ее с:

Варианты ответа:

- а) неонатального периода;
- б) дошкольного возраста;
- в) школьного возраста.

22. Перинатальная смертность:

Варианты ответа:

- а) $\frac{\text{число родившихся мертвыми}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$;
- б) $\frac{\text{число мертворожденных} + \text{умершие в первые 6 суток}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$.

23. Социально-правовая помощь женщинам включает:

Варианты ответа:

- а) разъяснение законов по охране прав и здоровья матери и ребенка;
- б) консультативную помощь;
- в) меры по рациональному благоустройству и охране труда;
- г) контроль за соблюдением всех льгот;
- д) верно все;
- е) верно б, в, г.

24. Задачи медико-генетических консультаций:

Варианты ответа:

- а) диагностика генетически обусловленных заболеваний;
- б) консультативная помощь;
- в) учет и наблюдение за людьми с генетическими заболеваниями;
- г) прогнозирование состояния здоровья потомства в семьях с отягощенным анамнезом;
- д) верно все.

25. Специализированные отделения детской больницы:

Варианты ответа:

- а) отделение патологии новорожденных;
- б) для детей раннего возраста;
- в) реанимации и интенсивной терапии;

- г) физиотерапевтическое;
д) верно а, в, г.

26. Число женщин на акушерском участке составляет:

Варианты ответа:

- а) 2000–2500;
б) 3000–3400;
в) 1700–2000.

27. Структурные подразделения родильного стационара:

Варианты ответа:

- а) родовой блок,
б) послеродовые палаты;
в) палаты для новорожденных;
г) верно все.

28. Основной метод профилактического обслуживания детей:

Варианты ответа:

- а) диспансеризация;
б) патронаж.

29. Детская поликлиника обслуживает детей до:

Варианты ответа:

- а) 15 лет;
б) 16 лет;
в) 18 лет.

30. Детские больницы могут быть по профилю:

Варианты ответа:

- а) многопрофильные;
б) объединенные с поликлиникой;
в) специализированные;
г) верно все.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВОЙ ПРОГРАММЕ

1	а, г	11	а	21	а
2	б	12	е	22	б
3	а, г, д	13	а	23	д
4	в	14	а	24	д
5	в	15	а	25	д
6	в	16	б	26	в

7	е	17	ж	27	г
8	б	18	а, б	28	а
9	б	19	б	29	в
10	б	20	а, в	30	г

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. *Пилипцевич, Н. Н.* Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич; под ред. Н. Н. Пилипцевича. — Минск: Новое знание, 2015. — 784 с.
2. *Медик, В. А.* Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению / В. А. Медик, В. К. Юрьев. — М.: Медицина, 2003. — 1208 с.
3. *Лисицын, Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын. — М.: Медицина, 2002. — 517 с.
4. *Миняев, В. А.* Общественное здоровье и здравоохранение / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 520 с.
5. *Серов, В. Н.* Руководство по практическому акушерству / В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. — М.: МИА, 1997.

Дополнительная литература

1. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993.
2. Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» от 23 ноября 1993.
3. *Юрьев, В. К.* Общественное здоровье и здравоохранение / В. К. Юрьев, Г. И. Куценко. — СПб.: Петрополис, 2000. — 910 с.
4. *Часнойть, Р. А.* Управление клиническим стационаром: теория и практика: в 2 т. / Р. А. Часнойть, В. А. Лискович, И. А. Наумов. — Гродно, 2005.
5. *Полянская, Р. Т.* Женская консультация. Организация лечебной и профилактической работы / Р. Т. Полянская. — Ростов на/Д.: Феникс, 2006. — 88 с.

Приложение А

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
26.09.2007 № 774

(наименование организации здравоохранения)

Форма N 111/y

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ**

1. Фамилия, имя, отчество беременной _____
3. Домашний телефон _____
4. Адрес места жительства (места пребывания) _____
5. Дата рождения _____
6. Паспортные данные: N _____ кем, когда выдан _____
7. Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая
(нужное подчеркнуть).
8. Образование: начальное, среднее, высшее (нужное подчеркнуть)
9. Место работы (учебы) _____
10. Профессия или должность _____, рабочий телефон _____
11. Условия труда беременной _____
12. Группа крови, резус-принадлежность крови _____
дата выполнения анализа крови _____
13. Аллергологический анамнез _____
14. Гемотрансфузиологический анамнез _____
15. Инициалы, фамилия мужа _____, возраст мужа _____
16. Место работы мужа _____
рабочий телефон _____

Оборотная сторона

Исход предыдущих беременностей

Т		Беременность окончилась			Ребенок		Ребенок жив, умер		Особенности	
п/п	Год	абортами	родами	живой, мертвый (подчеркнуть)	родился:	умер	течения	беременностей		
		искусст- венными	самопро- извольными	прежде- временными	срочными	вес				

Анамнез

Перенесенные заболевания (указать диспансерное наблюдение):

экстрагенитальные _____

гинекологические _____

Перенесенные операции (указать) _____

Менструации с _____ лет, установились сразу, через _____ (подчеркнуть);
обильные, умеренные, болезненные (подчеркнуть) по _____ дней, через _____ дней.

Последняя менструация с _____ по _____.

Половая жизнь с _____ лет.

На учете в группе резерва родов состояла: да, нет (подчеркнуть).

Беременность планируемая: да, нет (подчеркнуть). Прегравидарную подготовку
получила: да, нет (подчеркнуть), с _____ по _____.

Принимала лекарственные средства (указать) _____

Здоровье мужа (описать) _____

Продолжение

Наследственные заболевания:

у беременной: _____

у мужа _____

Вредные привычки:

у беременной _____

у мужа _____

Врач акушер-гинеколог _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Уточненные диагнозы беременной

Дат	Срок	Диагноз	Временная	Фамилия,
заболевания беременности			нетрудоспособность	инициалы врача
		с _____ по _____		

Первое обследование беременной «___» _____ 20__ г.

Жалобы _____

Рост _____ см; масса тела _____ кг; телосложение _____

Молочные железы: развиты, не развиты (подчеркнуть), соски нормальной формы, втянутые (подчеркнуть), особенности (указать) _____

Артериальное давление на правой руке _____/_____ мм рт. ст., на левой руке _____/_____ мм рт. ст. Пульс _____ ударов в мин. Частота дыханий _____ в мин.

Другие органы (описать) _____

Окружность голеней _____ см; размеры таза _____ см, особенности таза(указать) _____.

Продолжение

Оценка перинатальных факторов риска в баллах

Факторы риска	Факторы риска	Факторы риска	Факторы риска
Социально-биологические анамнез	Акушерско-гинекологический	Экстрагенитальные заболевания матери	Осложнения беременности
Возраст матери	Паритет родов	Инфекции в анамнезе	Выраженный ранний токсикоз
до 18 лет	2	0	2
30 - 34	2	4 - 7	1
35 - 39	3	8 и более	4
40 и более	4		1
		холецистит,	легкой
		гастрит и другие)	средней
			тяжелой степени
			10
Возраст отца	Аборты перед родами	Сердечно-сосудистые заболевания:	Сочетанный гестоз на фоне
до 20 лет	1		9
40 и более	2	1	2
	3	без нарушения	3
	3 и более	4	10
		с нарушением	10
		кровообращения.	первой половине
		Гипертоническая	8 -
		болезнь 1 - 2 - 3	10
Профессиональные вредности матери	Аборты перед родами	степени.	2
4	1	2	1
отца	1	2	2
	4		1
		Резус-отрицательный	1
		тип крови	
Вредные привычки:	Преждевременные роды	Заболевания почек:	Резус и групповая
			5 -
			10

Беседа о здоровом образе жизни, профилактике токсоплазмоза.

Рекомендовано: _____

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Оборотная сторона продолжения

Росто- весовые показатели	Аномалии развития у детей	3 менее 90	Анемии Нв данном кардиотокографии,	1 2 - 8	Гипоксия плода по 2 - 5 -
Неврологические нарушения у детей	2 110 г/л	1 10	2 доплерометрии	5 -	
Бесплодие более 2 лет	2 - 4	Фетоплацентарная недостаточность:	3 - 4	без гипотрофии	10 -
Оперированная матка	4 Коагулопатии	2 плода,	8 с гипотрофией плода	10 -	
Узкий таз	2 - 4	Миопия и другие заболевания глаз	20 20		
Опухоли матки и придатков	1 - 4	Хронические специфические	Содержание эстриола в суточной моче:	34 15	
Осложнения предыдущих родов	1 - 10	(туберкулез, сифилис,	2 - 6	в 30 недель, менее 12 мг/сутки	34 15
Вес доношенных детей менее 2500 и более 4000 г	2 Поливалентная	2 аллергия			
Аномалии развития матки	3				
Нарушения менструального цикла	1 5				
Хронические инфекции гениталий	1				

Низкая степень перинатальных факторов риска при наличии 0–4 баллов.

Средняя степень риска при 5–9 баллах (обратить внимание на профилактические мероприятия и определить уровень родоразрешения).

Высокая степень риска при более 10 баллах (коллективно обсуждается план ведения беременной с составлением этапных эпикризов, уточнением прогноза для дальнейшего течения беременности и родов, определяются сроки госпитализации для профилактики осложнений, для дородовой госпитализации, определяется уровень стационара для данных госпитализаций, необходимость и сроки консультаций у смежных специалистов).

Маркировка карт по степени перинатального риска:

0–4 балла — красный треугольник;
5–9 баллов — красный квадрат;
более 10 баллов — красный кружок.

Продолжение

Группы материнского риска

1. Группа риска по развитию кровотечений:
беременные с поздними гестозами и артериальной гипертензией;
беременные с преждевременной отслойкой плаценты в анамнезе (до 10 % риск);
многорожавшие;
беременные с многоплодием, многоводием;
женщины старше 30 лет;
женщины, употребляющие наркотики, алкоголь, курящие;
беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (искусственные и самопроизвольные аборт, кровотечения в анамнезе);
женщины, перенесшие воспалительные заболевания матки;
беременные с опухолями матки, оперированной маткой;
беременные с экстрагенитальной патологией (заболеваниями печени, сердечно-сосудистой, эндокринной системы, органов кроветворения, с коагулопатиями, тромбозами).
2. Группа риска по развитию септических осложнений:
сепсис в анамнезе;
острые и хронические очаги инфекции;
длительный безводный период в родах;
длительная, не поддающаяся коррекции анемия беременных;
иммунодефицитные состояния.
3. Группа риска по невынашиванию беременности:
беременные с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (искусственные и самопроизвольные аборт, преждевременные роды);
женщины с бесплодием в анамнезе;
женщины с общим и генитальным инфантилизмом;
беременные, имеющие в анамнезе нарушения менструальной функции, хронические воспалительные процессы гениталий или заболевания половой сферы, перенесен-

ные незадолго до беременности, истмико-цервикальная недостаточность;
беременные с опухолями гениталий, после оперативных вмешательств на матке;
беременные с угрозой прерывания настоящей беременности;
беременные с антифосфолипидным синдромом;
женщины с экстрагенитальной патологией;
беременные с резус-отрицательным типом и 1 (0) группой крови, у которых в анамнезе отмечены выкидыши, мертворождения, преждевременные роды;
беременные с многоводием, многоплодием;
беременные с угрозой перинатального инфицирования (TORCH-инфекция, ВИЧ и другие);
женщины, употребляющие наркотики, алкоголь, курящие.

4. Группа риска по травматизму в родах:
оперированная матка;
узкий таз;
крупный плод;
беременные с многоводием, многоплодием;
опухоли в малом тазу, препятствующие прохождению плода;
неполноценность миометрия после абортов, выскабливаний полости матки, перенесенных воспалительных заболеваний, генетически детерминированная;
пластические операции на шейке матки и промежности, разрывы шейки матки и промежности в предыдущих родах;
травмы промежности в анамнезе.

5. Группа риска по развитию резус- и АВО- конфликта:
резус-иммунизация беременностью;
гемотрансфузии в анамнезе.

6. Группа риска по развитию позднего гестоза:
беременные с экстрагенитальной патологией (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринопатии, болезни почек, печени, желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет);
беременные с состояниями, вызывающими сенсibilизацию организма (0 (1) группой крови, резус-отрицательной принадлежностью), с отягощенным предыдущим акушерским анамнезом (мертворождения, выкидыши, случаи смерти детей в неонатальном периоде, рождение детей с пороками развития и различными аллергиями);
женщины, имеющие гестоз при предыдущей беременности;
юные (до 20 лет) и возрастные (более 30 лет) первобеременные и повторобеременные старше 35 лет женщины, перенесшие ранний токсикоз при данной беременности;
беременные с многоводием, многоплодием;
женщины с ожирением и избыточной прибавкой массы тела во время данной беременности;
беременные, перенесшие грипп, ангину и другие вирусные заболевания.

7. Группа риска по развитию тромбгеморрагического синдрома:
женщины в анамнезе у которых имели место тромбоэмболические осложнения;
беременные с экстрагенитальной патологией (заболевания сердечно-сосудистой системы)

Приложение Б

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
26.09.2007 № 774

(наименование организации здравоохранения)

Форма N 113/у-07

ОБМЕННАЯ КАРТА

I. Сведения женской консультации о беременной женщине
(заполняется на каждую беременную женщину
и выдается на руки после первого обследования)

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Адрес места жительства (места пребывания) _____
3. Паспортные данные: серия ____ N _____, кем когда выдан _____
4. Профессия _____, профессиональная вредность _____
5. Группа наблюдения в соответствии с Белорусским государственным регистром лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС _____
6. Которая беременность _____, роды _____
7. Исходы и особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода _____

8. Перенесенные общие и гинекологические заболевания, операции _____

9. Аллергологический анамнез _____
10. Гемотрансфузионный анамнез _____
11. Менструации с _____ лет; установились сразу, через _____ лет
(подчеркнуть), по _____ дней, через _____ дней. Дата последней
менструации _____
12. Дата первого шевеления плода _____
13. Срок беременности при первом посещении женской консультации _____
Дата первого посещения женской консультации _____
14. Рост _____ Вес _____ Размеры таза _____
при постановке на учет по беременности _____
16. Положение плода _____ Предлежащая часть плода _____
17. Консультации специалистов:
врача-терапевта (1 консультация) _____
врача-терапевта (2 консультация) _____
врача-оториноларинголога _____
врача-офтальмолога _____
врача-эндокринолога _____

Оборотная сторона

врача стоматолога-терапевта _____
других врачей-специалистов _____

18. Рекомендуемый метод родоразрешения _____, уровень
родоразрешения (организация здравоохранения) _____

19. Данные обследования в медико-генетической консультации _____

20. Анализ крови на альфафетопротеин в _____ недель _____

21. Данные лабораторного и инструментального обследования:

а) группа крови _____ резус-принадлежность крови _____
анализ крови на резус-антитела: _____

б) реакция Вассермана 1 _____ 2 _____
3 _____

в) ВИЧ _____

г) анализ крови на токсоплазмоз _____

д) анализ крови на носительство австралийского антигена _____

е) анализ крови на коревые антитела _____

ж) анализ бактериологического исследования мазков из носа и зева на
носительство патогенного стафилококка _____

з) анализ крови на сахар _____, на протромбиновый индекс _____

и) общий анализ мочи _____

к) общий анализ крови _____

л) анализ мазков из цервикального канала и уретры на гонорею, трихомонады и
флору _____

м) обследование на инфекции, передающиеся половым путем _____

н) анализ кала на яйца глистов _____
о) ультразвуковое исследование плода _____

п) другие методы обследования _____

р) флюорография родственников беременной _____

с) резус-принадлежность крови мужа беременной _____

22. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам _____

23. Дата выдачи и номер листа нетрудоспособности по беременности и родам _____

24. Дата предполагаемых родов _____

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Продолжение

25. Дневник наблюдений за беременной в 3 триместре беременности

Дата	Срок	Масса	Артериальное	Общий	Сердцебиение	Особенности	Инициалы
беременности	беременной		давление	анализ	плода	дата	фамилия
			мочи	следующего	врача		
			посещения				

26. Особенности течения данной беременности (проводимое амбулаторное и стационарное лечение):

а) угроза прерывания беременности _____

б) токсикоз II половины беременности _____

в) кольпит _____

г) анемия _____

д) острые респираторные инфекции _____

е) пиелонефрит беременных, обострение хронического пиелонефрита _____

ж) гестационный сахарный диабет _____

з) прочие особенности _____

27. Прибавка веса за беременность _____

28. Всего беременная посетила женскую консультацию _____ раз.

29. Дата выдачи обменной карты _____

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (имя, отчество, фамилия)

II. Сведения родильного отделения больницы о новорожденном

1. Наименование организации здравоохранения _____

2. Фамилия, имя, отчество родильницы _____

3. Адрес места жительства (места пребывания) _____

4. Наблюдалась в женской консультации _____

5. Дата родов _____

6. Ребенок родился от _____ по счету беременности, в сроке беременности _____ недель.

7. Предшествующие беременности закончились: абортами искусственными _____, абортами самопроизвольными _____, срочными родами _____, преждевременными родами _____, в том числе родами мертвым плодом _____

8. Группа наблюдения в соответствии с Белорусским государственным регистром лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС _____

9. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть), при многоплодных родах родился по счету _____

10. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____

Длительность периодов родов: I период _____; II период _____; безводный период _____

11. Течение послеродового периода у матери (заболевания) _____

12. Состояние матери при выписке из родильного дома _____

13. Сведения о ребенке:
пол ребенка _____, масса при рождении _____, при выписке _____, рост при рождении _____, окружность головы _____, большой родничок _____; состояние ребенка при рождении _____, оценка новорожденного по шкале Апгар _____, кричал сразу, нет (подчеркнуть); проводились ли меры по оживлению новорожденного (какие) _____

ребенок приложен к груди матери в родильном зале, на _____ день жизни (подчеркнуть); вскармливание грудное, сцеженным молоком матери, донорским молоком (подчеркнуть). В случае перевода на вскармливание донорским грудным молоком, смесями указать причину _____; ребенок находился на совместном пребывании с матерью _____; пуповина отпала на _____ день жизни; состояние пупочной ранки при выписке из родильного дома _____ во время пребывания в родильном доме ребенок болел _____

выписан домой на _____ сутки, переведен в _____

Оборотная сторона

14. Данные лабораторного и инструментального обследования:
 общий анализ крови _____
 общий анализ мочи _____
 группа крови и резус-фактор ребенка _____
 обследование на фенилкетонурию _____

15. Физиологические и пограничные состояния, наблюдавшиеся у новорожденного

16. Консультации врачей-специалистов _____

17. Диагноз при выписке из родильного дома _____

18. Лечение _____

19. Вакцинация против вирусного гепатита В (вакциной Engerix-B) проведена, нет (подчеркнуть), дата проведения вакцинации _____, если не проведена, указать причину _____

20. Противотуберкулезная вакцинация проведена, нет (подчеркнуть), дата проведения вакцинации _____, если не проведена, указать причину _____

21. Состояние ребенка при выписке _____

22. Группа здоровья _____

23. Группа риска по _____

24. Рекомендации врача-неонатолога _____

25. Особые замечания _____

26. Дата выписки _____

Врач-педиатр (неонатолог) _____
 (подпись) (имя, отчество, фамилия)

III. Сведения родильного отделения о родильнице

1. Наименование организации здравоохранения _____

2. Фамилия, имя, отчество родильницы _____

3. Адрес места жительства (места пребывания) _____

4. Паспортные данные: серия ____ N _____, кем когда выдан _____

5. Дата поступления в родильный дом _____. Дата родов _____

6. Особенности течения родов _____
 (продолжительность, осложнения)

у матери и плода и другое) _____

7. Оперативные пособия в родах _____

8. Гемотрансфузии _____

9. Течение и осложнения послеродового периода _____

10. Выписана на _____ день после родов, переведена в _____ отделение с ребенком, без ребенка (подчеркнуть).

11. Состояние матери при выписке _____

12. Рекомендации родильнице при выписке _____

13. Сведения о ребенке:
состояние ребенка при рождении _____;
в родильном доме _____, при выписке _____;
пол ребенка _____, вес ребенка при рождении _____,
при выписке _____, рост ребенка _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания: _____

15. Листок нетрудоспособности по беременности и родам N _____
с _____ по _____ показания _____
(в случае осложненных родов,
рождении двух и более детей)

16. Рекомендации врачей-специалистов _____

17. Рекомендуемый период контрацепции _____

18. Особые замечания _____

19. Дата выписки _____

Врач акушер-гинеколог _____ (подпись) _____ (имя, отчество, фамилия)

Приложение В

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
26.09.2007 № 774

(наименование организации здравоохранения)

Форма N 003-1/у

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения «___» _____ г.
3. Адрес места жительства (места пребывания) _____
4. Место работы, учебы _____
5. Семейное положение: в браке зарегистрированном, незарегистрированном, одинокая (нужное подчеркнуть).
6. Поступила по направлению _____
(наименование организации здравоохранения)
7. Число, месяц, год: поступления «___» _____ 20__ г., выписки «___» _____ 20__ г.
8. Проведено койко-дней _____
9. Диагноз при поступлении:
основной _____
сопутствующий _____
10. Группа крови _____ Резус-фактор _____
11. Реакция Вассермана _____
12. Санитарную обработку прошла: да, нет (нужное подчеркнуть).

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Акушерка

(подпись)

(инициалы, фамилия)

13. Диагноз клинический _____

14. Диагноз при выписке:
основной _____

сопутствующий _____

15. Название операции, дата _____

16. Осложнения _____

Оборотная сторона

17. Анамнез

Менструации установились с _____ лет, продолжительность их по _____ дней, через _____ дней. Скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные (нужное подчеркнуть). Последняя нормальная менструация с _____ по _____. Половая жизнь с _____ лет. Предохраняется ли от беременности: да, нет (нужное подчеркнуть), каким способом (указать) _____

Настоящая беременность _____ по счету, число беременностей, закончившихся: родами _____, абортom _____. Последняя беременность _____ (год, месяц), закончилась: родами срочными, преждевременными, абортom артифициальным, по медицинским показаниям, криминальным, самопроизвольным выкидышем (нужное подчеркнуть).

18. Были ли осложнения: в родах — да, нет (нужное подчеркнуть, если да — описать, когда и какие) _____

после родов: да, нет (нужное подчеркнуть, если да — описать, когда и какие) _____

после абортов: да, нет (нужное подчеркнуть, если да — описать, когда и какие) _____

19. Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея, гинекологические _____

20. Перенесенные операции _____

21. Переливание крови: было, не было (нужное подчеркнуть).

22. Причина настоящего аборта: нежелание иметь ребенка, жилищные условия, учеба, необеспеченность яслями (садами), материальная необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть), другое (указать) _____

23. Состояние при поступлении: температура тела _____; общее состояние _____, наружные покровы, слизистые окраски _____; органы кровообращения: пульс _____, сердце (тоны) _____, артериальное давление _____; органы дыхания _____; органы пищеварения _____; органы мочеподделения _____, стул _____

24. Влагалищное исследование:

наружные половые органы без особенностей: да, нет (нужное подчеркнуть) _____

влагалище: узкое, свободное (нужное подчеркнуть), шейка матки: _____

- цилиндрической, конической формы (нужное подчеркнуть).
25. Слизистая влагалища _____
26. Шейка матки _____
27. Наружный зев закрыт, открыт (нужное подчеркнуть) _____
28. Тело матки в положении _____, увеличено до _____ недель беременности, мягкой консистенции, подвижно, неподвижно, болезненно, безболезненно при пальпации (нужное подчеркнуть).
29. Левые придатки _____
30. Правые придатки _____
31. Своды _____
32. Выделения: слизистые, гнойные, умеренные, обильные (нужно подчеркнуть).
33. Диагноз: беременность _____ недель.

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Продолжение

34. Операция прерывания беременности ____ г. ____ месяц ____ число ____ час.
- Метод обезболивания _____
- После соответствующей обработки наружных половых органов, влагалища и шейки матки шейка матки взята на пулевые щипцы.
- Длина матки по зонду _____ см.
- Расширение цервикального канала расширителем Гегара до N _____ легко.
- Вибродилататором легко _____
- Матка сократилась: да, нет (нужное подчеркнуть). Кровопотеря _____ мл.
- Шейка матки обработана йодом: да, нет (нужное подчеркнуть).
- Назначения врача _____

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

35. Послеоперационный период

Дата (число, месяц, год)	Первые сутки	Назначения
Температура:	Жалобы	
утром	Общее состояние	
вечером	Живот при пальпации:	
	безболезненный, болезненный мягкий,	
	напряженный (нужное подчеркнуть).	
Пульс	Выделения кровянистые, серозные,	
	обильные, умеренные, незначительные	
	(нужное подчеркнуть).	
Артериальное давление	Стул мочеиспускание	
	Врач (подпись) (инициалы, фамилия)	
Дата (число, месяц, год)	Вторые сутки	Назначения
Температура:	Жалобы	
утром	Общее состояние	
вечером	Живот при пальпации:	
	безболезненный, болезненный мягкий,	
	напряженный (нужное подчеркнуть).	
	Выделения кровянистые, серозные,	

Пульс	обильные, умеренные, незначительные	
	(нужное подчеркнуть).	
Артериальное давление	Стул _____	мочеиспускание _____
	Врач _____	
	(подпись) (инициалы, фамилия)	
+-----+		
Дата _____	Третьи сутки	Назначения
(число, месяц, год)		
+-----+		
Температура:	Жалобы _____	
	Общее состояние _____	
утром	Живот при пальпации:	
	безболезненный, болезненный мягкий,	
вечером	напряженный (нужное подчеркнуть).	
	Выделения кровянистые, серозные,	
Пульс	обильные, умеренные, незначительные	
	(нужное подчеркнуть).	
Артериальное давление	Стул _____	мочеиспускание _____
	Врач _____	
	(подпись) (инициалы, фамилия)	
+-----+		

36. Выписана в удовлетворительном состоянии _____
(число, месяц, год)

Переведена в _____
(число, месяц, год)

Рекомендовано _____

37. Справку получила _____

(число, месяц, год)

38. Листок нетрудоспособности с _____ по _____ N _____
серия _____ получила _____
(число, месяц, год)

Врач акушер-гинеколог _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий отделением _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Учетная форма N 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме аборт по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного — учетная форма N 003. В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме N 003 (карта стационарного больного).

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
26.09.2007 N 774

Форма N 002/y

ЖУРНАЛ
УЧЕТА ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ,
РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Начат «___» _____ 20__ г.
Окончен «___» _____ 20__ г.

[illegible]

Окончание

Дата родов		Сведения о родившихся		Заключительный диагноз		Исход: выписана, переведена (указать куда), умерла (вписать и указать дату)		Отметка о регистрации в органах ЗАГС перинатального свидетельства		о смерти	
число, месяц	часы, минуты	пол, (вписать)	масса, (вес)	живой, мертвый		родильница	беременная				
8	9	10	11	12	13	14	15	16			

Приложение Д

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
26.09.2007 N 774

(наименование организации здравоохранения)

Форма N 10/y

ЖУРНАЛ ЗАПИСИ РОДОВ В СТАЦИОНАРЕ

Начат «__» _____ 20__ г.
Окончен «__» _____ 20__ г.

Дата		N		N		Фамилия		Адрес места		Которая		Психопрофилактическая		Осложнения	
поступления		п/п		истории		имя		жительства		беременность		подготовка к родам		беременных в	
родов		отчество		(места		которые роды		Медикаментозное		родах		рождения		пребывания)	
														(указать чем)	
														заболевания	
1	2	3	4	5	6	7	8								

Операции, пособия родов		Дата и время		Сведения о новорожденном		В какое отделение		Инициалы, фамилия		Примечание	
в родах (указать какие)		месяц, часы, минуты		родился живой, мертвый (вписать)		пол, масса, рост, направленна		врача (акушерки)		принимавшего роды	
9	10	11	12	13	14	15	16	17			

Учебное издание

Шаршакова Тамара Михайловна
Будник Янина Ивановна
Струповец Инна Николаевна

ОРГАНИЗАЦИЯ

**МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4 и 5 курсов всех факультетов
медицинских вузов**

Редактор *Т. М. Кожмякина*
Компьютерная верстка *С. Н. Козлович*

Подписано в печать 16.02.2017.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 4,19. Уч.-изд. л. 4,58. Тираж 120 экз. Заказ № 83.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.