



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

от «13» 10 2026 г. № 1321

г. Кострома

**Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи
по профилю «неонатология» на территории Костромской области**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 апреля 2025 года № 222н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», в целях повышения качества оказания медицинской помощи новорождённым детям в областных государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Костромской области, снижения случаев младенческой смертности,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу;

2) положение о порядке транспортировки новорожденных детей на территории Костромской области в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу;

3) маршрутизацию новорожденных детей для оказания специализированной медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

2. Главным врачам областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Костромской области, в структуре которых имеются родильные дома (отделения), отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых, отделения патологии новорожденных, педиатрические отделения реанимации и интенсивной терапии, педиатрические отделения, имеющие лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «неонатология»:

1) организовать оказание медицинской помощи новорожденным детям в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 17 апреля 2025 года № 222н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», действующими клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и настоящим приказом;

2) обеспечить:

- незамедлительную готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи новорожденным детям в соответствии с методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» от 21 апреля 2010 года № 15-4/10/2-3204;

- строгий контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием и профилактикой возникновения внутрибольничной инфекции в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» и Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2017 года № 15-4/10/2-4536 «Система профилактики и контроля госпитальной инфекции в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в акушерских стационарах и детских больницах. Методические рекомендации»;

- обучение медицинского персонала, присутствующего в родильном зале во время родов, на циклах тематического усовершенствования «Первичная реанимационная помощь новорожденным в родильном доме» и «Стабилизация состояния новорождённых после первичной реанимации в родильном доме» 1 раз в 5 лет;

- обучение врачей-неонатологов, врачей анестезиологов-реаниматологов в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и других федеральных учреждениях здравоохранения;

- повышение квалификации акушеров, детских медицинских сестёр и медицинских сестёр отделений реанимации и интенсивной терапии новорождённых, отделений анестезиологии и реанимации, палат интенсивной терапии новорожденных, в симуляционно-тренинговых центрах ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- активное проведение телемедицинских консультаций с головным учреждением – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

- профессиональную подготовку врачей-неонатологов и врачей анестезиологов-реаниматологов, оказывающих медицинскую помощь новорождённым детям на циклах тематического усовершенствования по вопросам респираторной терапии в неонатологии 1 раз в 5 лет;

- проведение тренингов оказания первичной реанимационной помощи новорожденным детям при рождении для медицинского персонала, присутствующего во время родов не менее 2 раз в год;

- проведение электрокардиографии (далее – ЭКГ) и ЭХО-кардиографии новорождённым детям.

3. Главным врачам ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королёва Е.И.» Храмову В.А. и ОГБУЗ «Родильный дом г. Костромы» Федоренко А.В. обеспечить техническую готовность родильных залов к оказанию первичной реанимационной помощи детям с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела.

4. Главному внештатному специалисту неонатологу департамента здравоохранения Костромской области Куксасу Э.П.:

1) во взаимодействии с отделом развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения департамента здравоохранения Костромской области обеспечить своевременную актуализацию настоящего приказа в соответствии с действующим федеральным законодательством;

2) оказывать организационно-методическую помощь врачам-специалистам и иным медицинским работникам областных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Костромской области по вопросам, касающимся реализации порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»;

3) осуществлять выездные аудиты в областные государственные бюджетные учреждения здравоохранения Костромской области по отдельному плану-графику с целью проведения оценки качества и эффективности оказываемой медицинской помощи по профилю «неонатология»;

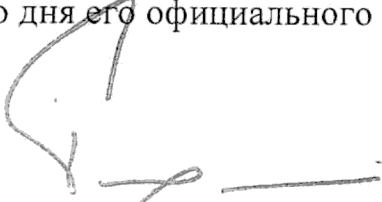
4) предоставлять ежегодный отчет о работе неонатальной службы Костромской области в отдел развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения департамента здравоохранения Костромской области на электронную почту: detotdel@dzo.kostroma.gov.ru в срок до 1 апреля календарного года, следующего за отчётным.

5. Признать утратившим силу приказы департамента здравоохранения Костромской области от 27 декабря 2024 года № 1600 «Об утверждении Порядка организации медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области», от 11 апреля 2025 года № 435 «О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Костромской области от 27.12.2024 № 1600 «Об утверждении Порядка организации медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области».

6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

7. Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Директор департамента



Н.В. Гирин

УТВЕРЖДЕН
приказом департамента
здравоохранения Костромской области
от 13.10. 2026 года № 1328

**Порядок оказания медицинской помощи по профилю
«неонатология» на территории Костромской области**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области доношенным новорожденным до достижения ими возраста 28 дней и недоношенным новорожденным до достижения ими фактического (постконцептуального) возраста 44 недели (который рассчитывается как гестационный возраст плюс постнатальный (хронологический) возраст), а также превышающего указанные возраста по решению врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

2. Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по профилю «неонатология».

3. Медицинская помощь по профилю «неонатология» на территории Костромской области оказывается в виде:

- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- скорой специализированной медицинской помощи.

4. Медицинская помощь по профилю «неонатология» оказывается в следующих условиях:

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента);
- неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента);
- плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

6. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе актуальных клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации с учетом стандартов оказания медицинской помощи.

7. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь новорожденным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

8. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

9. В труднодоступных районах Костромской области и в случае отсутствия на территории обслуживания специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрической, или выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи, предназначенных для оказания скорой специализированной медицинской помощи, в целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне медицинской организации может быть направлена общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи.

10. При рождении новорожденного вне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, его медицинская эвакуация с места нахождения (вне медицинской организации) осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, или общепрофильными выездными бригадами скорой медицинской помощи в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в том числе находящуюся на территории другого региона.

11. Медицинская эвакуация новорожденных из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

12. При медицинской эвакуации новорожденного предпринимаются меры для профилактики гипотермии, за исключением случаев, когда проводится управляемая гипотермия.

13. При оказании скорой специализированной медицинской помощи в течение всего периода медицинской эвакуации проводится непрерывный мониторинг частоты сердечных сокращений, дыхания и температуры тела, а также пульсоксиметрия.

14. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в медицинских организациях акушерского, педиатрического и иных профилей в соответствии с заболеванием новорожденного.

15. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в соответствии с положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным и установленным в соответствии с частью 8 статьи 34 и пунктом 1 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

16. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденные размещаются совместно с матерями, за исключением случаев невозможности их совместного пребывания. При невозможности совместного пребывания матерей с новорожденными в медицинской организации создаются условия для ежедневных посещений новорожденных и дневного ухода за ними родителями (законными представителями) под контролем медицинских работников.

17. При рождении новорожденного вне родовспомогательной медицинской организации до момента прибытия бригады скорой медицинской помощи или доставки новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь, иным способом медицинская помощь в экстренной или неотложной форме, включая необходимые мероприятия по реанимации и стабилизации состояния новорожденного, оказывается медицинскими работниками, присутствующими при рождении новорожденного или при обнаружении новорожденного после рождения.

С целью определения дальнейшей тактики и маршрутизации новорожденного, родившегося вне родовспомогательной медицинской организации или в ургентном родильном зале родовспомогательной медицинской организации, медицинские работники, присутствовавшие при рождении новорожденного, незамедлительно сообщают в неонатологический дистанционный консультативный центр (далее - НДКЦ), организуемый в медицинской организации, имеющей лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по анестезиологии и реаниматологии, следующую информацию:

- место и время рождения новорожденного;
- срок беременности;
- акушерский анамнез матери (течение беременности и ее осложнения, течение родов и их осложнения);
- перечень медицинских мероприятий, проведенных после рождения и

текущее состояние новорожденного.

После рождения вне родовспомогательной медицинской организации новорожденные незамедлительно подлежат направлению в родовспомогательные медицинские организации или в иные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

18. В родовспомогательных медицинских организациях первой группы (уровня) медицинская помощь оказывается доношенным новорожденным при отсутствии у них заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в родовспомогательных медицинских организациях второй или третьей группы (уровня) или в иных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного. При выявлении такого заболевания или при наличии недоношенности новорожденный переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей либо в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией родовспомогательной медицинской организации второй или третьей группы (уровня) или в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

19. Критериями для направления доношенных и недоношенных новорожденных в родовспомогательную медицинскую организацию второй группы (уровня) являются:

1) срок беременности при рождении 34 - 37 недель и отсутствие заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (в том числе специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией (далее - хирургическая помощь);

2) состояние новорожденного не требует оказания медицинской помощи в родовспомогательной медицинской организации третьей группы (уровня) или в иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного;

3) предполагаемая длительность оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций при отсутствии в родовспомогательной медицинской организации второй группы (уровня) отделения патологии новорожденных и недоношенных детей не превышает 10 календарных дней.

20. При наличии в родовспомогательной медицинской организации второй группы (уровня) отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также условий для лечения заболеваний новорожденных, такие новорожденные могут продолжать лечение в данной родовспомогательной медицинской организации до выписки под наблюдение в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

21. Критериями для направления доношенных и недоношенных новорожденных в родовспомогательную медицинскую организацию третьей группы (уровня), или в подведомственную федеральному органу исполнительной власти медицинскую организацию, оказывающую

медицинскую помощь в стационарных условиях, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, или в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного, являются:

1) срок беременности при рождении менее 34 недель;

2) состояние новорожденного после рождения требует оказания медицинской помощи в родовспомогательной медицинской организации третьей группы (уровня) или в иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного;

3) предполагаемая длительность оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций при отсутствии в родовспомогательной медицинской организации второй группы (уровня) отделения патологии новорожденных и недоношенных детей превышает 10 дней.

22. Перевод новорожденных из одной медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) в другую медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации) осуществляется с предварительным уведомлением руководителя медицинской организации (руководителя структурного подразделения медицинской организации) или лиц, их замещающих.

23. При необходимости оказания отдельных видов хирургической помощи новорожденные переводятся в медицинские организации, располагающие специализированными отделениями (койками): кардиохирургическими, нейрохирургическими, онкологическими, уроandroлогическими для детей, иными по профилю заболевания новорожденного.

24. В случае выполнения хирургического вмешательства в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология», «неонатология» и «детская хирургия», новорожденные с хирургической патологией продолжают обследование и лечение в указанных медицинских организациях до выписки под наблюдение врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) (далее - участковый врач) и врача - детского хирурга и (или) другого врача-специалиста.

25. При необходимости новорожденные после окончания лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология», могут быть переведены для продолжения лечения в профильные структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях детям, приближенных к месту жительства новорожденного и имеющих необходимые условия для продолжения лечения в необходимом объеме.

26. При решении вопроса о маршрутизации новорожденного необходимо минимизировать количество его переводов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию для осуществления рекомендованного объема лечебно-диагностических мероприятий.

27. При рождении доношенного новорожденного проводятся процедуры по уходу за новорожденным, измерение основных антропометрических показателей - массы тела, длины тела, окружности головы, на основании которых определяется соответствие физического развития новорожденного гестационному возрасту. При необходимости проводятся мероприятия по реанимации и стабилизации состояния новорожденного.

28. Сразу после рождения новорожденным проводится профилактика гипотермии (при отсутствии показаний к терапевтической гипотермии), выполняется первое кормление новорожденного грудным молоком, если позволяет состояние новорожденного и матери, и обеспечивается поддержка грудного вскармливания новорожденного.

29. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинским работником со средним профессиональным образованием каждые 3 - 3,5 часа с целью оценки состояния и, при необходимости, оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

30. При оказании медицинской помощи предупреждается развитие болевого синдрома у новорожденных путем минимизации количества инвазивных манипуляций, использования методов немедикаментозной и, при необходимости, плановой медикаментозной аналгезии. При выполнении медицинских вмешательств своевременно диагностируется боль у новорожденных и применяется аналгезия, соответствующая уровню боли.

31. Первый осмотр новорожденного врачом-неонатологом проводится в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации с целью оценки общего состояния новорожденного, необходимости проведения реанимационных мероприятий, а также выявления видимых врожденных пороков развития.

32. В зависимости от состояния новорожденного и времени его перевода в отделение новорожденных физиологическое или палату совместного пребывания матери и ребенка повторный осмотр новорожденного врачом-неонатологом проводится либо в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации перед переводом, либо в отделении новорожденных физиологическом, но не позднее, чем через 2 часа после рождения.

33. Новорожденные, не имеющие признаков заболеваний, переводятся из родовых залов (операционных) родовспомогательных медицинских организаций в палаты совместного пребывания матери и ребенка или отделения новорожденных физиологические для дальнейшего оказания им медицинской помощи в плановой форме.

34. В отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс лабораторией (пост интенсивного наблюдения и интенсивной терапии отделения новорожденных физиологического) госпитализируются новорожденные, находящиеся в состояниях, представляющих угрозу для жизни, требующих замещения и стабилизации функций жизненно важных органов в рамках оказания специализированной, в том числе

высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, интенсивного наблюдения.

35. В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей госпитализируются новорожденные, которые нуждаются в выхаживании (организации специального медицинского ухода) в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в неотложной или плановой форме.

36. После рождения при отсутствии медицинских противопоказаний новорожденному проводится профилактика геморрагической болезни новорожденных.

37. Новорожденным осуществляется первая вакцинация против гепатита В и вакцинация против туберкулеза.

38. Новорожденным проводят скрининговое обследование на ряд врожденных и наследственных заболеваний:

1) пульсоксиметрический скрининг на наличие критических и цианотичных врожденных пороков сердца (далее - ВПС) вне зависимости от наличия ультразвукового исследования сердца после рождения (в возрасте 36 - 48 часов жизни);

2) неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания;

3) аудиологический скрининг с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии или коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (в возрасте 3 или 4 дней жизни). У недоношенных новорожденных, родившихся при сроке беременности менее 33 недель, аудиологический скрининг проводится после достижения ими 33 недель скорректированного возраста. При тяжелом состоянии новорожденного, препятствующем проведению аудиологического скрининга, регистрация вызванной отоакустической эмиссии производится в ближайшие дни после улучшения состояния новорожденного.

39. В случае рождения новорожденного с пренатально установленным критическим ВПС, предполагающим проведение кардиохирургического вмешательства в периоде новорожденности, новорожденный из родового зала (операционной) родовспомогательной медицинской организации переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс лабораторией, где ему в течение первых 24 часов жизни проводится эхокардиография и консультация врача - детского кардиолога.

40. К критическим ВПС периода новорожденности относятся:

- 1) синдром гипоплазии левых отделов сердца;
- 2) коарктация аорты;
- 3) критический аортальный стеноз;
- 4) критический стеноз легочной артерии;
- 5) перерыв дуги аорты;
- 6) простая транспозиция магистральных артерий;
- 7) варианты единственного желудочка сердца с выраженным стенозом на уровне магистральных артерий;

- 8) атрезия легочной артерии;
- 9) тотальный аномальный дренаж легочных вен с рестриктивным овальным окном и (или) стенозом коллектора;
- 10) аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола.

41. В случае постнатального выявления критического ВПС в отделении новорожденных физиологическом, в том числе на основании пульсоксиметрического скрининга, новорожденный переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией, где ему неотложно проводится эхокардиография и консультация врача - детского кардиолога.

42. При отсутствии возможности проведения эхокардиографии и (или) консультации врача - детского кардиолога для определения дальнейшей тактики лечения новорожденного в неотложном порядке проводится консультация в НДКЦ или консультация с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациями в соответствии с заболеванием новорожденного.

43. При подтверждении дуктус-зависимого критического ВПС периода новорожденности в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией начинается постоянная инфузия препаратов простогландина E1.

44. После подтверждения пренатального диагноза и стабилизации состояния, новорожденный переводится в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кардиохирургическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, осуществляющее свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии, предусмотренными приложением № 25 к Порядку оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 918н, с предварительным оповещением принимающей медицинской организации.

45. Медицинская помощь может быть оказана с применением телемедицинских технологий на любом этапе путем организации и проведения консультаций и (или) консилиума врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, установленным в соответствии с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

46. При необходимости осуществляется консультация с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациями в соответствии с заболеванием новорожденного, для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

47. При выписке домой новорожденного медицинская организация оформляет медицинскую документацию новорожденного, а также передает информацию о выписке новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь детям, по месту

фактического проживания новорожденного для организации патронажа на дому.

48. Медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь, осуществляется представление отчетности в соответствии с пунктом 11 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обеспечивается информационное взаимодействие медицинских информационных систем медицинских организаций с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения и с государственными информационными системами территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

49. Медицинские работники родовспомогательных медицинских организаций первой и второй группы (уровня) с целью поддержания необходимой профессиональной подготовки ежегодно проходят симуляционные тренинги по стабилизации и реанимации новорожденных.

УТВЕРЖДЕНО
приказом департамента
здравоохранения Костромской области
от 13.10. 2026 года № 1321

**Положение о порядке транспортировки новорожденных детей
на территории Костромской области**

I. Порядок подготовки новорождённого ребёнка к перегоспитализации на этапе акушерского стационара.

1. В течение 2-х часов от момента рождения недоношенного ребёнка, констатации тяжёлого состояния или любых сомнений, возникающих при оценке состояния и проведении терапии у новорождённого ребёнка, врач акушерского стационара (врач-неонатолог, врач-педиатр, врач анестезиолог-реаниматолог или врач акушер-гинеколог) (далее – врач акушерского стационара), в котором осуществляется курация ребенка, должен обратиться за консультативной помощью и решением вопроса о перегоспитализации новорождённого ребёнка к дежурному фельдшеру отделения экстренной и плановой консультативной помощи ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» (далее – санавиация) по телефону: 8 (9442) 55-45-63 или 8 (4942) 55-37-51.

2. Дежурный фельдшер санавиации:

1) фиксирует в журнале: дату, время обращения, место рождения (акушерский стационар), Ф.И.О. ребенка, пол, дату и время рождения, срок гестации, антропометрические данные (вес, рост), оценку по шкале Апгар, оценку состояния новорождённого;

2) связывает врача акушерского стационара с врачом анестезиологом-реаниматологом «неонатального» профиля санавиации;

3) в случае необходимости организует выезд врача анестезиолога-реаниматолога «неонатального» профиля и медицинской сестры «неонатального» профиля;

3. Врач акушерского стационара:

1) созванивается с дежурным врачом санавиации, консультируется, информирует о состоянии пациента, ведущих синдромах, проблемах и проводимом лечении;

2) по показаниям осуществляет вызов дежурного врача санавиации на консультацию повторным звонком на санавиацию;

3) все рекомендации дежурного врача санавиации заносит в историю развития новорожденного с указанием даты и времени консультации, Ф.И.О. консультировавшего по телефону специалиста;

4) в случае отказа врача санавиации приехать на консультацию, врач акушерского стационара обязан зафиксировать данный факт в истории развития новорождённого.

4. Дежурный врач санавиации:

1) в дистанционном формате (по телефону) предоставляет рекомендации по диагностическим мероприятиям и лечению, с целью улучшения состояния здоровья новорожденного и подготовки его к транспортировке;

2) сообщает время своего выезда для проведения перегоспитализации новорожденного ребенка.

5. Врач акушерского стационара до приезда консультанта в ходе подготовки новорожденного ребенка к транспортировке обязан:

1) строго соблюдать все четыре принципа готовности к перегоспитализации, к которым относятся: нормальная температура тела, удовлетворительные сердечная деятельность и показатели центральной гемодинамики с адекватной микроциркуляцией, удовлетворительные показатели оксигенации);

2) оценивать тяжесть дыхательной недостаточности у новорожденных детей с дыхательными нарушениями не находящемся на ИВЛ каждые 30 минут по специальным шкалам:

- доношенных новорожденных детей по шкале Downes;

- недоношенных новорожденных детей по шкале Сильвермана;

3) внести в историю развития новорожденного результаты оценки тяжести дыхательной недостаточности по шкале Downes или по шкале Сильвермана;

4) передать информацию дежурному врачу санавиации о тяжести дыхательных нарушений согласно оценке по шкале Downes, или по шкале Сильвермана;

5) отразить в медицинской документации и в переводном эпикризе все обсуждаемые клинические симптомы, их динамика и основные показатели: температура тела (аксиллярная), частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, сатурация, симптом белого пятна, пульсация на периферических артериях, артериальное давление с обязательным указанием среднего артериального давления, темп диуреза, гликемия;

6) зафиксировать все назначения в индивидуальном листе интенсивной терапии (форма № 2 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области);

7) при наличии показания для перегоспитализации:

- информировать законного представителя ребенка о необходимости перегоспитализации и подготовке к ней;

- подготовить пакет сопроводительных документов, который включает: переводной эпикриз (форма № 3 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области), ксерокопии паспорта, страхового полиса и СНИЛС матери;

- зафиксировать в переводном эпикризе факт осведомленности законного представителя о перегоспитализации, закрепив согласие законного представителя на перевод, обследование и лечение ее подписью.

II. Порядок взаимодействия врача акушерского стационара с дежурным врачом санавиации.

1. В случае поступления одновременно двух вызовов дежурный врач санавиации определяет приоритетность выездов.

На территории Костромской области приоритетным должен быть выезд к новорожденному, находящемуся в тяжелом состоянии в медицинской организации с наиболее слабой материально-технической базой и отсутствием возможности оказания врачом-неонатологом квалифицированной медицинской помощи новорожденному ребенку.

2. Тактическое решение о переводе новорожденного ребенка принимает врач санавиации.

3. Врач санавиации:

1) по приезду в акушерский стационар фиксирует в истории развития новорождённого дату и время приезда, оценивает тяжесть состояния новорождённого по клинической шкале оценки недоношенных новорожденных (таблица № 3 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области);

2) выполняя мероприятия по стабилизации состояния новорожденного и готовя его к транспортировке, осуществляет заполнение карты-вкладыша в историю развития новорожденного и медицинскую карту стационарного больного (форма № 1 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области), согласно инструкции (таблица № 4 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области);

3) все назначения по стабилизации новорожденного ребенка в акушерском стационаре дежурный врач санавиации вносит в лист интенсивной терапии (форма № 2 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области) в истории развития новорожденного, который ведется врачом акушерского стационара.

4. К моменту приезда санавиации должен быть готов переводной эпикриз (форма № 3 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области) в двух экземплярах, оригинал передается санавиации, копия остается в истории развития новорожденного на месте, а также паспортные данные, сведения о полисе обязательного медицинского страхования матери ребенка.

5. Дежурный фельдшер санавиации несет ответственность за подготовку реанимационного места в реанимобиле к транспортировке.

6. В ходе транспортировки дежурный врач санавиации продолжает все необходимые мероприятия по поддержанию жизнедеятельности ребенка (соблюдение температурного режима, искусственная вентиляция легких, инфузионная терапия, инотропная поддержка, противосудорожная терапия и т.д.).

7. Любые инвазивные манипуляции, выполняемые у новорожденного ребенка дежурным врачом неонатальной реанимационной бригады санавиации на базе акушерского стационара, должны иметь четкое обоснование и

добровольное информированное согласие законного представителя ребенка, зафиксированное в истории развития;

8. В ходе транспортировки новорожденного ребенка дежурный врач неонатальной реанимационной бригады санавиации фиксирует основные витальные функции: частоту сердечных сокращений, частоту дыхательных движений, артериальное давление, сатурацию и температуру тела.

9. Карта транспортировки новорожденного (форма № 4 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области) заполняется согласно инструкции (таблица № 5 приложения к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» на территории Костромской области). Карта транспортировки оформляется в двух экземплярах, оригинал подшивается в историю болезни принимающего стационара, копия передается санавиации.

III. Перевод новорожденного ребенка.

1. Показаниями к переводу новорожденного ребенка являются следующие состояния:

1) хирургическая патология новорожденных (в максимально сжатые сроки). Транспортировка проводится после определения комплекса мероприятий по диагностике, стабилизации состояния, предтранспортирной подготовке и условий транспортировки с дежурным отделением детской хирургии ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» по телефону: 8 (4942) 53-28-72;

2) дыхательная недостаточность любой степени тяжести;

3) нарушения гемодинамики;

4) инфекционные заболевания (в максимально сжатые сроки);

5) гемолитическая болезнь новорожденного и другие патологические желтухи;

6) геморрагическая болезнь новорожденного и другие нарушения гемостаза;

7) брадикардия и/или апноэ, нарушения сердечного ритма;

8) врожденные аномалии (в том числе врожденный порок сердца, особенно при подозрении на дуктус-зависимые врожденные пороки сердца);

9) тяжелая и среднетяжелая (по показаниям) перинатальная асфиксия, тяжелая и среднетяжелая церебральная ишемия;

10) срок гестации 34 недели и менее и/или вес при рождении < 2200 гр.;

11) гематологические отклонения (тромбоцитопения, среднетяжелая и тяжелая анемия, выраженные бактериальные сдвиги);

12) другие клинические состояния, которые требуют интенсивной терапии (метаболические заболевания, внутричерепное кровоизлияние и др.) или курации новорожденного в условиях второго этапа выхаживания.

2. Перечень состояний у новорожденного ребенка, являющихся противопоказанием к транспортировке до осуществления купирования следующих патологических состояний:

1) наличие положительной «пробы на перекалывание»;

2) некупируемое кровотечение;

- 3) некупированные судороги;
- 4) наличие некупированного синдрома утечки воздуха (пневмоторакс, пневмомедиастинум и др.);
- 5) некупированная пароксизмальная тахикардия;
- 6) некупированная гипертермия выше 39°C;
- 7) ректальная гипотермия менее 36°C (за исключением случаев, где требуется терапевтическая гипотермия).

3. Транспортировка новорожденного ребенка в тяжелом состоянии не рекомендуется в случае:

- 1) отсутствия венозного доступа;
- 2) наличия некупированной артериальной гипотонии, декомпенсированных нарушений периферического кровообращения;
- 3) сатурации крови кислородом менее 80%, при отсутствии ВПС;
- 4) наличия тяжелой анемии - гемоглобин менее 70 г/л, эритроциты менее 1,5, Ht менее 20%;
- 5) тяжелой тромбоцитопении менее 30000 и геморрагических нарушений на этом фоне;
- 6) потребности в жестких параметрах искусственной вентиляции легких.

IV. Порядок взаимодействия дежурного врача неонатальной реанимационной бригады санавиации и врача анестезиолога-реаниматолога (неонатолога) второго этапа выхаживания (порядок передачи больного в профильное отделение).

1. Дежурный врач санавиации:

1) находясь в акушерском стационаре, объективно информирует врача принимающего стационара о состоянии новорожденного, о ведущих синдромах и методах их коррекции. Сообщает температуру в кувезе, необходимую для поддержания температуры тела новорожденного в пределах 36,5°C - 37,5°C, параметры искусственной вентиляции легких, скорость волемиической нагрузки и дозу инотропных препаратов;

2) информирует стационар о всех осложнениях и ситуациях, сопровождающихся ухудшением состояния новорожденного при транспортировке и методах их коррекции;

3) самостоятельно поднимает новорожденного в отделение;

2. Передача дежурным врачом санавиации и прием врачом анестезиологом-реаниматологом (или врачом-неонатологом) новорожденного, находящегося в тяжелом состоянии, осуществляется непосредственно в отделении.

3. Дежурный врач санавиации и врач, принимающий ребенка, совместно осуществляют термометрию и фиксируют указанный показатель в карте транспортировки с указанием времени измерения температуры тела новорожденного. Совместно оцениваются такие показатели как: частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, артериальное давление, сатурация крови кислородом по данным монитора, с фиксацией последних в момент передачи в карте транспортировки. Указанная информация подкрепляется подписями обеих сторон. Градусники, которыми

осуществляется измерение температуры тела у новорожденного, должны проходить регулярную поверку и замену по мере выхода из строя. Предпочтение должно отдаваться электронным градусникам. Измерение температуры тела новорожденного неисправными градусниками является недопустимым.

4. После транспортировки пациента дежурный врач санавиации передает необходимую сопроводительную документацию (карта транспортировки) врачу профильного специализированного отделения.

5. После транспортировки новорожденного дежурным фельдшером санитарной авиации с использованием необходимого расходного материала (контур для аппарата искусственной вентиляции легких, назальные канюли и прочие приспособления) осуществляется текущая дезинфекция указанных материалов и оборудования, а также салона автомобиля в случае наличия инфекционной патологии у новорожденного;

6. В истории болезни врач стационара в первичном статусе фиксирует температуру тела новорожденного с указанием времени измерения.

7. Транспортировка новорожденного из машины до подготовленного реанимационного места осуществляется с соблюдением необходимых условий (транспортный инкубатор с аппаратом искусственной вентиляции легких, искусственная вентиляция легких мешком Амбу с подачей кислорода по необходимости).

8. К моменту поступления новорожденного в стационар в нем должно быть подготовлено реанимационное место.

V. Готовность отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на базе ОГБУЗ «Костромская областная детская больница» к приему новорожденного в тяжелом состоянии.

Подготовка места подразумевает нагретый кувез, настроенный аппарат ИВЛ с заданными параметрами, подготовленные инфузионные помпы с инотропными и вolemическими препаратами, работающее мониторное обеспечение. При необходимости должен быть настроен и подключен аппарат активной аспирации. Полная готовность аппаратуры должна быть проконтролирована врачом анестезиологом-реаниматологом принимающей медицинской организации.

УТВЕРЖДЕНА
приказом департамента
здравоохранения Костромской области
от 13.10. 2026 года № 1321

**Маршрутизация новорожденных детей для оказания специализированной
медицинской помощи по профилю «неонатология»
на территории Костромской области**

Муниципальное образование	Медицинская организация, оказывающая специализированную медицинскую помощь детскому населению по профилю «неонатология»
Городской округ город Кострома	ОГБУЗ «Костромская областная детская больница»
Костромской муниципальный округ	
Антроповский муниципальный округ	
Вохомский муниципальный округ	
Октябрьский муниципальный округ	
Павинский муниципальный округ	
Городской округ город Буй	
Буйский муниципальный округ	
Городской округ город Волгореченск	
Городской округ город Галич	
Галичский муниципальный округ	
Кадыйский муниципальный округ	
Кологривский муниципальный округ	
Красносельский муниципальный округ	

Макарьевский муниципальный округ	
Мантуровский муниципальный округ	
Межевской муниципальный округ	
Нейский муниципальный округ	
Нерехтский муниципальный округ	
Островский муниципальный округ	
Парфеньевский муниципальный округ	
Солигаличский муниципальный округ	
Судиславский муниципальный округ	
Сусанинский муниципальный округ	
Чухломский муниципальный округ	
Городской округ город Шарья	
Шарьинский муниципальный округ	
Поназыревский муниципальный округ	
Пыщугский муниципальный округ	

Таблица № 1

Клинические критерии	Дата осмотра:								
	Время осмотра:								
Частота дыхания									
Цианоз									
Втяжение грудной клетки									
Затрудненный выдох (стон)									

Характер дыхания при аускультации									
ВСЕГО баллов									

Подпись врача-неонатолога _____

Таблица № 2

Шкала Сильвермана

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание
Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затрудненный выдох	Стонущее, слышно на расстоянии

Оценка тяжести респираторного дистресс-синдрома по шкале Сильвермана

Клинические критерии	Дата осмотра:								
	Время осмотра:								
Движение грудной клетки									
Втяжение межреберий									
Втяжение грудины									
Положение нижней челюсти									
Дыхание									
ВСЕГО баллов									

Подпись врача-неонатолога _____

Таблица № 3

Оценка тяжести состояния ребёнка при осмотре
по клинической шкале оценки недоношенных новорожденных

№	Системы	Баллы	Клинические маркеры	Время транспортировки		
				Перед	В пути каждые 3 часа	После
1	ЦНС	2	отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия			
		1	мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр			
		0	нормальные рефлексы, нормальный тонус			
2	Дыхательная система	2	нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку			
		1	нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер			
		0	обходится без кислорода			
3	Сердечно-сосудистая система	2	выраженная брадикардия (<100 уд. в мин.) или тахикардия (>170 уд. в мин.), артериальная гипотония			
		1	умеренная тахикардия (160-170 уд. в мин.)			
		0	нормальная ЧСС, нормальное АД			
4	Печень	2	увеличена более 2 см			
		1	увеличение печени менее 2 см			
		0	размеры печени не увеличены			
5	Мочевыделительная система	2	анурия, гематурия			
		1	олигоурия			
		0	нормальный почасовой диурез			
6	Кожа	2	выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диapedезного характера			
		1	умеренная бледность с периоральным и акроцианозом			
		0	нормальная окраска кожи			
7	Температура тела	2	гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°)			

		1	умеренная гипотермия (36,4°-36,0°C)			
		0	нормальная температура (36,5°-37,2°C)			

По шкале оценки недоношенных новорожденных (далее – шкала КШОНН) проводится оценка состояния как недоношенного, так и доношенного новорожденного. Показания к межгоспитальной транспортировке недоношенных новорожденных определяются по шкале КШОНН в зависимости от количества баллов:

1-2 балла – среднетяжелое состояние, новорожденный может оставаться в акушерском учреждении 1 и 2-го уровня;

3-5 баллов – тяжелое состояние, требуется транспортировка в отделение патологии новорожденных или отделение недоношенных детей;

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

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

Форма № 1

Карта-вкладыш в историю развития новорожденного и медицинскую карту стационарного больного

История развития новорожденного № _____ Ф.И.О. матери _____

Дата рождения « _____ » _____ 20 _____ г. Время рождения _____ час _____ мин.

Возраст _____ час.

Врач РКБ _____ Дата работы « _____ » _____ 20 _____ г.

и время работы с _____ час _____ мин. _____ час _____ мин.

Цель выезда _____

Состояние новорожденного _____ t тела _____ °C

Тяжесть состояния обусловлена _____

Кожные покровы _____

Неврологическая симптоматика:

Коммуникабельность _____

Крик _____ Двигательная активность _____

Рефлексы _____

Мышечный тонус _____ Большой родничок _____

Зрачки _____ фотореакция _____ судороги _____

другие особенности _____

Сердечно сосудистая система:

ЧСС _____ АД _____ среднее АД _____ симптом белого пятна _____ сек.

Пульсация на a.radialis _____

на a. femoralis _____
Тоны сердца _____ шум _____
Дыхание: _____
Частота дыханий _____ Апноэ _____ Оценка по шкале Доунса/Сильвермана _____
Оксигенотерапия _____
Сатурация _____ % Интубационная трубка: № _____ Глубина стояния _____ (см)
Отделяемое из трахеи _____
Параметры ИВЛ: _____
Указать название аппарата ИВЛ _____
Режим вентиляции _____ PIP _____ PEEP _____ MEAN _____ FIO2 _____ Fset _____ Tin _____ DO _____
Синхронизация _____
Экскурсии грудной клетки _____
Равномерность проведения дыхания _____
Хрипы _____
Рентгенограмма грудной
клетки _____

Желудочно - кишечный тракт: _____
Питание _____
Отделяемое из желудка _____
Вздутие живота _____ перистальтика _____
Печень _____ Селезенка _____ Стул _____
Другие особенности _____
Выделение: введено жидкости всего (до приезда бригады) _____
Отеки _____ Диурез = _____ мл/кг/час
Общий анализ крови (особенности) _____
Уровень глюкозы в крови _____
Катетеризация вены _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: _____

ДИАГНОЗ: _____

Динамика состояния за период наблюдения: _____

Манипуляции и лечебные мероприятия:

Врем я	АД	ЧСС	ЧД	SatO2	t тела	С-м белого пятна	Респираторная терапия с указанием параметров искусственной вентиляции легких						
							FiO 2	PIP	PEEP	Fset	Mea n	Tin	DO

Проба на переключивание: _____

Заключение: _____

Дата и время выезда « _____ » _____ 20 ____ г. _____ час _____ мин.

Врач _____ / _____

Инструкция по заполнению
«Карты-вкладыша в историю развития новорожденного и медицинскую
карту стационарного больного»

№	Описание
1	Представляет собой документ формата А-4
2	Карта - вкладыш предназначена для записи в историю болезни пациента, к которому пребывала бригада
3	Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ
4	В графе «цель выезда» следует указать, с какой целью выездная реанимационная бригада была направлена к новорожденному (консультация на месте, решение вопроса о переводе, выполнение планового перевода, выполнение манипуляций и пр.)
5	В графе «состояние больного» должна быть указана степень тяжести состояния (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное)
6	Описывается динамика состояния за время наблюдения врача выездной бригады.
7	Отдельно описываются все манипуляции и лечебные мероприятия, проводимые врачом выездной бригады на месте
8	При принятии решения о перегоспитализации новорожденного проводится проба на перекладывание
9	В графе «заключение» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады описывает свое диагностическое представление о пациенте, включая выделение ведущих звеньев патогенеза, показания или противопоказания к транспортировке. В конце указывается риск транспортировки
10	В графе «диагноз» врач-анестезиолог-реаниматолог выездной бригады выставляет свой предварительный диагноз
11	Карта - вкладыш заполняется в двух экземплярах, один из которых вносится в историю развития новорожденного или медицинскую карту стационарного больного, к которому была направлена реанимационная бригада, копия передаётся главному внештатному специалисту неонатологу департамента здравоохранения Костромской области

ЛИСТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия _____
 Возраст _____ Группа крови _____ резус _____
 Диагноз _____
 Вес _____ (_____) _____
 Вес при рождении _____ Дата _____

НАЗНАЧЕНИЯ					
Кувез, t = _____ °C, влажность = _____ % / Кроватка с лучистым теплом / без лучистого тепла					
Шапочка / гнездо / затемнение кувеза / смена положений через каждые 3 часа					
Оксигенотерапия через назальные канюли / маску / палатку, FiO2 = _____ % , поток л/мин					
ИВЛ _____ сутки, указать аппарат ИВЛ:					
Режим ИВЛ: A/C SIMV IMV IPPV CPAP					
Мониторинг ЧСС, ЧД, АД, SatO2					
ФОТОТЕРАПИЯ 24 часа непрерывно					
Санация трахеобронхиального дерева и носоглотки по необходимости / через _____ часа					
№	Медикаментозные препараты	Доза	Кратность введения	Часы введения	Путь введения
СПЖ = _____ мл/кг БЕЛОК = _____ г/кг ЖИР = _____ г/кг ККАЛ = _____ на кг					
ГЛЮКОЗА = _____ % нагрузка глюкозой = _____ мг/кг/мин					

не кормить / кормить зонд / соска грудное молоко / ад.смесь по _____ мл через _____ часа	9	12	15	18	21	24	3	6
Желудочный аспират								
Диурез _____ мл/кг/час мочевой катетер / памперс								
Стул								
Температура тела								
ГЛЮКОЗА В КРОВИ								

МОНИТОРИНГ

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
чес																								
чд																								
АД																								
сред. АД																								
Sat 02																								
FiO2																								
PIP																								
PEEP																								
Fset																								
Tin																								
Mean																								
DO																								
pH																								
pCO2																								
pO2																								
BE																								
HCO3																								

АНАЛИЗЫ

НАЗНАЧЕНИЕ	Время	НАЗНАЧЕНИЕ	Время
Общий анализ крови+тромб+ретикул		Мазок из желудка по Грамму	
Время свертывания		Смыв из носогл /уха/ануса на флору	
Уровень глюкозы в крови		Общий анализ мочи	
Венозный гематокрит		Копрограмма	
Группа крови и резус- фактор		ПЦР крови / ликвора / носоглотки	

Вес в _____ : _____ _____ (- _____)

Подпись медсестры _____ Врач _____

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ (из родильного дома)

Ф.И.О. матери _____

Возраст _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Дата родов: ____/____/____	Апгар: ____/____/____	Гепатит В: серия _____	____/____/____ -
Время: ____:____	Вес: _____ г.	БЦЖ-М: серия _____	____/____/____ -
Пол: муж / жен	Длина: _____ см	Неонатальный скрининг:	____/____/____ -
Гр.крови матери: __ () Rh __	Окр.голов ы: _____ см	Аудиоскрининг:	____/____/____ -
Гр.крови ребенка: __ () Rh __	Окр.груди: _____ см	прошел / не прошел	

Анамнез:

Вредные привычки: курение ☐, алкоголь ☐, наркомания ☐

Соматические заболевания:

ВИЧ _____ RW _____ HbsAg _____ гепатит С _____

другие _____

Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция:

Предыдущие беременности: аборт ☐ _____, выкидыш ☐ _____,
 замершая беременность ☐ _____, преждевременные роды ☐ _____
 срчные роды ☐ _____

Настоящая беременность: _____. На учете в женской консультации с _____ недель,
 не наблюдалась ☐

Течение беременности:

Титр антител (при наличии) _____

Прием антибиотиков: препарат _____ срок беременности ____ недель.

Профилактика СДР: срок беременности _____ недель, дексаметазон/бетаметазон,
 курс завершен/не завершен, доза _____.

Профилактика ВИЧ: не проводилась/проводилась

Данные УЗИ:

Роды _____ при сроке гестации _____ недель.

Предлежание головное / ягодичное / ножное / поперечное.

Кесарево сечение: ДА/НЕТ, экстренное ДА/НЕТ.

Показания _____ I период: _____, II период
_____, безводный промежуток: _____, околоплодные воды:

Особенности течения родов _____

Амниотомия / вакуум-экстракция / акушерские щипцы / окситоцин /
простагландины / мед-сон отдых / магнезия / токолиз (гинипрал / нифедипин /
индометацин / магнезия) / антибактериальная терапия в родах (ампициллин /
эритромицин / цефазолин / пенициллин), курс _____ дней, прочее _____.

Послед на гистологи ДА/НЕТ, изменения _____

Первичная реанимация: санация ВДП / тактильная стимуляция / ИВЛ маской /
интубация / ИВЛ через ЭТТ / max FiO₂ _____%, PIP _____ PEEP _____/
непрямой массаж сердца / адреналин № _____ в дозе _____ мл / катетеризация
пупочной вены / физраствор № _____ в дозе _____ мл/ сода 4% № _____ в
дозе _____ мл. Спонтанное дыхание появилось на _____ минуте жизни.

Сурфактан « _____ » в родзале ДА/НЕТ, на _____ минуте жизни,
доза _____ мг.

Динамика состояния ребенка _____

Максимальная убыль массы на _____ сутки _____%. Остаток пуповины
не отпал / отпал / отсечен на _____ сутки жизни. Желтуха с _____ суток жизни,
фототерапия: ДА / НЕТ, продолжительность _____.

Состояние на момент перевода: удовлетворительное / средней тяжести /
тяжелое / стабильное / нестабильное.

Температура тела _____ °C, ЧД _____ ЧСС _____ Sat O₂ _____%, АД _____ /
_____ АД ср. _____

Параметры ИВЛ/СРАР: режим _____, PIP _____, PEEP _____, FiO₂ _____

MAP _____ Fset _____, Tin _____,

ДО _____ Особенности _____

Стул _____ Диурез _____ мл/кг/час

Общий анализ крови

[illegible]

Общий анализ мочи

Дата	Белок	Сахар	Лейк.	Эритр.	Соли	Бактерии

Билирубин и другие биохимические показатели

[illegible]

HCT

Рентгенография _____

Другие обследования и посевы

ЛЕЧЕНИЕ: Сосудистый доступ

Инфузионная терапия и питание

[illegible]

Аминокислоты, г/кг « _____ »										
Липиды, г/кг « _____ »										
Энтеральное питание « _____ », мл										
Уровень глюкозы в крови, ммоль/л										
Динамика веса										

Медикаментозная терапия

Препарат	Дата назначения	Дата отмены	Доза в мг/кг/сут	Кратность введения	Путь введения	Часы введения

ДИАГНОЗ _____

Переводится в ЛПУ _____

К эпикризу прилагаются прививочный сертификат ребенка; справка о рождении; согласие матери на перегоспитализацию ребенка; ксерокопии документов матери: паспорта, страхового полиса, СНИЛС.

КАРАНТИН: НЕТ / ДА

Мать ребенка на перевод в _____ согласна _____

Карта транспортировки новорожденного

Дата транспортировки « ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. матери ребенка _____ пол
МУЖ / ЖЕН

Дата рождения « ____ » _____ 20 ____ г. _____ час _____ минут

Адрес _____
ДИАГНОЗ _____

Перегоспитализация: (куда) _____

Подготовка к транспортировке: с ____ час _____ минут по ____ час _____ минут

МЕРОПРИЯТИЯ на месте: _____

ТРАНСПОРТИРОВКА: Время выезда « ____ » ____ 20 ____ г. ____ час
_____ мин.

Время в пути _____ часов _____ минут. НА РУКАХ / В КУВЕЗЕ.

Респираторная терапия аппаратом ИВЛ в режиме IPPV / CP AP / IMV:

PIP _____ PEEP _____ FI02 _____ Fset _____ Tin _____ Tex _____ Mean

Инфузионная терапия: НЕТ / ПРОВОДИЛАСЬ: _____

В/в струйно: НЕТ / ДА:

Другие манипуляции: _____

Введение сильнодействующих и психотропных препаратов: Наименование:

Доза: _____

Цель введения: _____

Время: _____

МОНИТОРИНГ (каждые 30 мин. транспортировки кроме t тела, которая измеряется в начале, середине и конце пути):

Время								
ЧСС								
АД								
ЧД								
Sat02								
t тела								

Состояние больного за время транспортировки: без ухудшения // с ухудшением. На момент передачи ребенка: ЧСС ____ АД ____ ЧД ____ Sat02 ____ Температура тела ____ °C

С больным переданы следующие документы (НЕТ): _____

Дата и время передачи новорожденного « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ час _____ минут

Бригада: Врач _____ Медсестра _____

Подпись врача, принявшего новорожденного ребенка в отделение _____

Инструкция по заполнению «Карты транспортировки новорожденного»

№	Содержание
1	Представляет собой документ формата А-4
2	Карта предназначена для предоставления информации врачу отделения, в которое переводится пациент
3	Заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом РКБ
4	Графа «транспортировка» включает: точное время в пути (часы и минуты), в кувезе или на руках находился больной, описание респираторной терапии с указанием параметров, описание инфузионной терапии проводимой в пути, болюсное введение медикаментов с подробным описанием (наименование препарата, доза, время введения)
5	Графа «введение психотропных и сильнодействующих препаратов» служит для описания применения соответствующих медикаментов.
6	ВНИМАНИЕ! Указав наименование препарата, показание к использованию, введенную дозу и точное время введения, врач должен поставить свою подпись. Медицинская сестра, исполнив распоряжение врача, обязана сделать в карте транспортировки соответствующую запись, заверить её подписью с указанием времени выполнения назначения. Данная запись удостоверяется подписью врача
7	В графе «мониторинг» врач-анестезиолог-реаниматолог бригады не реже одного раза в 30 минут отмечает витальные показатели пациента за время транспортировки: пульс, артериальное давление, частоту дыхания, сатурацию крови кислородом и температуру
8	В графе «состояние больного за время транспортировки» врач указывает наличие или отсутствие ухудшения состояния, возникшее во время перегоспитализации
9	В графе «дата и время передачи новорожденного» время передачи больного под наблюдения медицинского персонала должно быть указано с точностью до минуты
10	Карта транспортировки должна быть заверена подписью врача-анестезиолога-реаниматолога РКБ с отчетливым написанием своей фамилии и фамилии медицинской сестры, а также подписью врача того отделения, в которое доставлен новорожденный
11	Карта транспортировки заполняется в двух экземплярах, один экземпляр передается врачу, принимающему больного, другой (копия) - главному неонатологу Костромской области