



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

От 12.03.2009 г.

№ 218 – мпр

Иркутск

Об организации мониторинга врожденных пороков развития

С целью повышения качества оказания медицинской помощи беременным, новорожденным и детям первого года жизни, в соответствии с приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2000 года № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей», приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 года № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», руководствуясь пунктом 9 Положения о министерстве здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением Правительства Иркутской области от 7 октября 2008 года №13-пп,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Определить Государственное учреждение здравоохранения Иркутская областная ордена «Знак Почета» клиническая больница» ответственным учреждением за проведение мониторинга беременных и новорожденных и детей первого года жизни с врожденными пороками развития, диагностированными антенатально и после рождения.

2. Главному врачу государственного учреждения здравоохранения Иркутская областная ордена «Знак Почета» клиническая больница Дудину П.Е.:

1) организовать на базе областного перинатального центра ГУЗ ИОКБ в консультативно-диагностическом отделении с 01.04.2009 года еженедельный мониторинг диагностированных пороков развития плода антенатально и после рождения детей в лечебно-профилактических учреждениях Иркутской области, а также учет прерываний беременности при выявленных пороках развития;

2) при выявлении пороков развития по УЗИ в первом, втором, третьем триместрах беременности направлять извещения (Приложение 1) в консультативно-диагностическое отделение областного перинатального центра, из-

вещение передается врачом ультразвуковой диагностики на впервые выявленные пороки развития плода;

3) ответственная за мониторинг врожденных пороков развития, выявленных в антенатальном периоде определить врача ультразвуковой диагностики областного перинатального центра ГУЗ ИОКБ Бондаренко Н.Н.;

4) при рождении детей с пороками развития направлять извещения в медико-генетическую консультацию (Приложение 2) областного перинатального центра;

5) определить ответственной за ведение мониторинга детей с врожденными пороками развития заведующую медико-генетической консультацией областного перинатального центра ГУЗ ИОКБ Самойлова Т.Н.;

6) при прерывании беременности по медицинским показаниям в связи с врожденными пороками развития направлять извещение (Приложение 3) в медико-генетическую консультацию областного перинатального центра

3. Руководителям органов управления здравоохранением муниципальных образований Иркутской области, главным врачам родильных домов, центральных районных больниц, центральных городских больниц:

1) организовать проведение мониторинга врожденных пороков развития по УЗИ в антенатальный период в подведомственных учреждениях здравоохранения;

2) обеспечить подачу экстренных извещений в областной перинатальный центр ГУЗ ИОКБ в соответствии с Приложением 1, 2,3 (в консультативно-диагностическое отделение, в медико-генетическую консультацию);

3) определить ответственное лицо за проведение мониторинга в лечебно-профилактических учреждениях (не независимо от форм собственности);

4) организациям частных форм собственности, проводящим исследования УЗИ беременным женщинам, обеспечить проведение мониторинга согласно настоящему приказу;

5) по каждому случаю рождения ребенка с перинатально значимым пороком развития проводить служебное расследование с предоставлением протоколов в отдел организации медицинской помощи женщинам и детям министерства здравоохранения Иркутской области.

3. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Бойко Т.В.

Министр

Ю.В. Олефир

**Форма экстренного извещения
на впервые антенатально диагностированные пороки развития
у плода при проведении УЗИ.**

Полное наименование лечебно-профилактического учреждения (не зависимо от форм собственности где проводилось УЗИ) _____

Дата _____

ФИО матери _____ возраст _____ паритет _____

Место проживания _____

Наименование учреждения, адрес где проводится наблюдение по беременности _____

Скрининг УЗИ: 10-14 недель, 18-22 недели, 32-34 недели

Срок гестации при котором выявлен ВПР _____

Описание диагностированных пороков развития _____

Диагноз _____

ФИО врача проводящего УЗ исследование _____

Подпись _____

Извещение на ребенка с врожденными пороками развития

(Заполняется на живорожденного, мертворожденного, умершего ребенка в акушерском стационаре*)

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____ **Дата смерти** _____

Ф.И.О. матери _____

Возраст матери _____

Порядковый номер родов _____

Место проживания матери во время беременности _____

Республика (край) область _____ авт. обл. (округ) _____

Район _____, город (поселок, село) _____

Место рождения ребенка: _____

Наименование учреждения _____

Республика (край), область _____ авт. обл. (округ) _____

район _____ город (поселок), дер. _____

Состояние при рождении:

Живорожденный, мертворожденный _____

Пол ребенка: М _____ Ж _____ Интерсекс _____ Неизвестен _____

Близнецовость: да _____, нет _____

Масса тела при рождении _____

Выписан (переведен): домой _____ в больницу _____

жив _____ умер _____

Направлен на аутопсию: да _____ нет _____

Описание врожденных пороков и аномалий развития:

Диагноз:

Обследование по скринингу УЗИ: ДА _____ НЕТ _____

Данные биохимического скрининга: АФП (МОМ) _____ ХГЧ (МОМ) _____

Данные УЗИ (указать название ЛПУ, срок беременности, описание порока) _____

Подпись _____ (_____) _____ Дата _____

* Извещения на рожденного, умершего ребенка из детских ЛПУ, прозектур заполняются по установленному образцу по приказу Комитета здравоохранения администрации Иркутской области от 28.04.99г. №185

**Извещение
о выявленном пороке развития плода при прерывании
беременности по медицинским показаниям**

Ф.И.О. матери _____
Возраст матери _____
Порядковый номер родов _____
Место проживания матери во время беременности _____
Республика/край/область _____ авт. обл (округ) _____
Район _____ Город (поселок, село) _____
Место прерывания беременности: _____
Наименование учреждения _____
Республика/край/область _____ авт. обл. (округ) _____
Район _____ Город (поселок, село) _____
Данные биохимического скрининга: АФП (МОМ) _____ ХГЧ (МОМ) _____
Инвазивные методы: ДА _____ НЕТ _____
Срок прерывания беременности: _____
Заключение перинатального консилиума ОПЦ: ДА _____ НЕТ _____
Подробное описание выявленного порока развития плода по УЗИ с указанием названия ЛПУ:

Пол ребенка: М _____ Ж _____ Неизвестен _____
Масса тела при рождении _____
Патологоанатомическое заключение:

Подпись _____ (_____) Дата _____

Экстренные извещения на впервые выявленные в антенатальном периоде пороки развития у плода из лечебно профилактических учреждений области и г. Иркутска передаются по факсу: 8 (3952) 40-78-43 или по электронной почте.

Извещение на ребенка с врожденным пороком развития, извещение о выявленном пороке развития при прерывании беременности по медицинским показаниям из лечебно-профилактических учреждений области и г.Иркутска направляются почтой по адресу: 664079, г.Иркутск, м-н Юбилейный, 100, ГУЗ ИОКБ областной перинатальный центр, МГК (Самойлова Т.Н.)