



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«18» 01.2019

№ 48

Об организации мониторинга и анализа материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности в городе Севастополе

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9.10.2007 №1351 и в целях повышения качества оказания медицинской помощи населению по профилю неонатология, акушерство и гинекология, анализа причин и совершенствования мер профилактики материнской, перинатальной, детской и младенческой смертности в городе Севастополе

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Состав Комиссии по анализу причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности (далее - Комиссия) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Положение о Комиссии (далее - Положение) по анализу причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. Форму Экстренного извещения о случае смерти ребенка в возрасте от 0 до 17 лет согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

1.4. Форму Экстренного извещения о случае материнской смерти согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

1.5. Форму экстренного донесения о числе рождений, материнской и младенческой смертности согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

1.6. Форму Анкеты на случай перинатальной смерти согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

1.7. Карту экспертной оценки причин смерти ребенка (до 1 года) согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

1.8. Карту извещения на ребенка с врожденным пороком развития согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

2. Комиссии организовать работу в соответствии с Положением согласно Приложению № 2 к настоящему приказу.

3. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя:

3.1. Для проведения анализа причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности обеспечить предоставление в отдел организации оказания медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Департамента здравоохранения города Севастополя (далее – Департамент) по телефону 45-85-69 и на электронную почту det.sevzdrav@sev.gov.ru:

3.1.1. Информации о случаях материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности в соответствии с приложениями №3 и №4 к настоящему приказу:

-предварительное извещение - в течение 24 часов с момента смерти;

-окончательное - в течение 7 дней после получения результатов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования;

3.1.2. Карты экспертной оценки смерти ребенка в возрасте до 1 года, согласно приложению 7 - в течение 7 дней после получения результатов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования;

3.1.3. Анкеты по факту перинатальной смерти согласно приложению № 6 - в течение 7 дней после получения результатов патологоанатомического исследования.

3.2. Обеспечить проведение заседаний врачебной комиссии в течение 10 рабочих дней, при необходимости - после получения результатов патологоанатомического или судебно-медицинского исследования, с оформлением протокола, в котором должны быть отражены выявленные дефекты организации оказания медицинской помощи, а также мероприятия, направленные на недопущение аналогичных случаев.

4. Главному врачу ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка» организовать сбор, хранение копий медицинских документов по разбору случаев материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности.

5. Начальнику отдела организации оказания медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Департамента:

5.1. Ежеквартально проводить анализ причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности с предложениями о мерах, направленных на профилактику смертности.

5.2. Направлять в Министерство здравоохранения Российской Федерации сведения о случаях материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.08.2002 № 257 «Об экстренных донесениях, предоставляемых Министерству здравоохранения Российской Федерации», а также по факту материнской смертности - Карту донесения о случае материнской смерти согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.06.2006 № 500 «О совершенствовании учета и анализа случаев материнской смерти в Российской Федерации»;

5.3. С главными внештатными специалистами Департамента обеспечить планирование и реализацию мероприятий, направленных на профилактику

материнской, снижение перинатальной, младенческой и детской смертности.

6. Приказ Главного управления здравоохранения города Севастополя от 28.05.2018 № 477 «Об организации мониторинга и анализа материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности в городе Севастополе» считать утратившим силу.

7. Главному внештатному специалисту – пресс-секретарю Департамента Снегиревой В.А. обеспечить публикацию настоящего приказа на сайте Департамента.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента Малишевского М.В.

Исполняющий обязанности директора
Департамента здравоохранения
города Севастополя



В.М. Нусинов

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНО
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от 18.01.2019 № 48

**Состав Комиссии по анализу причин материнской, перинатальной,
младенческой и детской смертности**

Председатель комиссии:

Малишевский М.В. - заместитель директора Департамента здравоохранения города Севастополя

Заместитель Председателя комиссии:

Дорофеева Н.Ю. - начальник отдела организации медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Департамента здравоохранения города Севастополя

Секретарь комиссии:

Стоянова О.А. - заведующий отделением роддома № 2 ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка»

Члены комиссии:

Антошкина О.А. - заведующий отделением ультразвуковой диагностики родильных домов.

Белоглазова С.А. - главный внештатный специалист Департамента здравоохранения по акушерству и гинекологии

Зайцева Н.В. - заместитель главного врача ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка» по КЭР

Игнатъев В.В. - заместитель главного врача по хирургии ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка», главный внештатный детский хирург Департамента здравоохранения города Севастополя

Коджаева Г.Г. - врач-генетик ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка»

Леванович Е.М. - заведующий родильным домом № 2 ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка»

Лысякова Е.В. - главный специалист - эксперт отдела организации медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Департамента здравоохранения города Севастополя

Ромашова Ю.В. - анестезиолог-реаниматолог ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка», главный внештатный анестезиолог - реаниматолог Департамента здравоохранения города Севастополя

Хализева Е.Н. - заместитель главного врача по педиатрии ГБУЗС «Городская больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка», главный внештатный неонатолог Департамента здравоохранения города Севастополя

Шитик Т.В. - заведующий родильным домом № 1 ГБУЗС «Городская
больница № 5 - Центр охраны здоровья матери и ребенка»

Контактные телефоны секретаря комиссии: Стоянова О.А. +79787671782

Положение о Комиссии по анализу причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности

1. Общие положения

1.1. Комиссия по анализу причин материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности (далее-Комиссия) является координирующим органом, деятельность которого направлена на выявление типичных ошибок, допущенных на различных этапах оказания медицинской помощи беременным женщинам и детям, также устранение путем принятых решений.

1.2. В своей деятельности Комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, Федеральными законами, иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации, города Севастополя, а также настоящим положением.

1.3. Комиссию возглавляет председатель - заместитель директора Департамента здравоохранения города Севастополя, при его отсутствии - заместитель председателя.

1.4. Ответственным за ведение документации Комиссии является секретарь.

1.5. Комиссия проводит заседание по мере готовности документов.

1.6. Решение Комиссии принимается простым большинством голосов, оформляется протоколом заседания, подписывается председателем и секретарем.

1.7. Решения комиссии направляются главным врачам медицинских организаций.

1.8. Комиссия осуществляет контроль выполнения решений.

1.9. Члены Комиссии, в случае несогласия с мнением большинства, вправе представлять персональное мнение в письменной форме.

2. Функции Комиссии

Комиссия осуществляет следующие функции:

2.1. Проводит разбор случаев материнской, перинатальной, младенческой смертности в 100% случаев, выборочно проводится разбор случаев детской смертности с развитием тяжелых осложнений, при выявлении дефектов диагностики и ведения больного, смертности детей от 1 года до 17 лет от управляемых причин.

2.2. Проводит анализ организации и качества лечебно-диагностического процесса, дает оценку случая смерти (непредотвратимый, предотвратимый).

2.2.1. При предотвратимости случая определяется уровень, на котором смерть предотвратима и выносит предписание руководителям медицинских организаций по принятию управленческих решений.

2.2.2. Принимает решения по итогам анализа, информирует руководителей медицинских организаций.

3. Порядок предоставления документов

Ответственными лицами за предоставление в Комиссию первичной медицинской документации являются главные врачи медицинских организаций.

3.1. Первичная медицинская документация по случаям материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности предоставляется секретарю Комиссии в срок не позднее 7 дней после получения результатов патологоанатомического вскрытия или акта судебно-медицинской экспертизы (заверенные главными врачами ксерокопии документов, при возможности подлинники). Председатель Комиссии назначает докладчиков, рецензентов, сроки и порядок разбора.

3.2. Докладчики (включая врача патологоанатома, судмедэксперта) и рецензенты предоставляют информацию секретарю в бумажном варианте и на электронном носителе.

3.3. Секретарь Комиссии после проведения разбора обеспечивает:

3.3.1. Предоставление Протокола в Департамент здравоохранения Председателю Комиссии в течение 5 рабочих дней.

3.3.2. По результатам разбора Комиссии: сбор полного комплекта документов – ксерокопии всех первичных медицинских документов, заверенных главными врачами (обменной карты беременной форма 113у, истории родов 096у, истории развития новорожденного форма 025у, историю развития ребенка форма 112у), результаты вскрытия, рецензии, копии протокола и др.; нумерацию; архивирование и хранение аналогично историям болезни.

3.4. После разбора случая смерти первичная медицинская документация возвращается секретарем комиссии в медицинские организации.

Протокол разбора Комиссии хранится в отделе организации оказания медицинской помощи детскому населению и службы родовспоможения Департамента здравоохранения города Севастополя, копия передается секретарю и подшивается в дело.

4. Права Комиссии

Комиссия имеет право:

4.1. Требовать необходимые документы для работы Комиссии от медицинских организаций.

4.2. Привлекать для работы Комиссии других профильных специалистов.

4.3. Ходатайствовать перед главными врачами медицинских

организаций о применении дисциплинарного взыскания к медицинским работникам, допустившим некачественное оказание медицинской помощи.

5. Ответственность Комиссии

Комиссия несет ответственность за достоверность, обоснованность и объективность результатов разборов случаев материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности.

Приложение № 3
УТВЕРЖДЕНО
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от 18.01.2019 № 48

**Экстренное извещение о случае смерти ребенка в возрасте
от 0 до 17 лет (предварительное, окончательное)**

Наименование медицинской организации _____
ФИО ребенка _____
Дата рождения _____ Время рождения _____
Масса при рождении (для детей до 1 года) _____
Срок гестации на момент рождения (для детей до 1 года) _____
По признаку доношенности:
Доношенный, недоношенный (подчеркнуть для детей до 1 года)
Место рождения _____
Дата смерти _____ время смерти _____
Место смерти (роддом, на дому, стационар) _____
В случае смерти ребенка в стационаре (отделение) указать:
Дата _____ время поступления в отделение _____ (где произошла смерть)
Дата _____ время смерти _____
Место постоянного жительства (по прописке матери) _____

Причина смерти (предварительный, окончательный патологоанатомический, судебно-медицинский диагноз – нужное подчеркнуть, указать шифр МКБ-Х по свидетельству о смерти, перинатальной смерти) _____

Наименование учреждения (отделения), производившего патологоанатомическое (судебно-медицинское) исследование трупа _____

В случае смерти ребенка от травм, отравлений, указать обстоятельства, при которых они произошли (подчеркнуть): транспортная травма, ожог (кроме пожара), осложнение терапевтических и хирургических вмешательств; травма в результате падения; утопления, смерть в результате пожара, суицид, убийство, другие травмы (электротравма, переохлаждение, перегревание и др.); отравление средствами, медикаментами и биологическими веществами; отравления веществами немедикаментозного назначения.

Дата передачи информации _____

ФИО, подпись исполнителя _____

Приложение № 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от 18. 01. 2019 № 48

**Экстренное извещение о случае материнской смерти
(предварительное, окончательное)**

Наименование медицинской организации _____

ФИО умершей _____

Дата рождения _____ Дата смерти _____

Место смерти _____
(подразделение медицинской организации, на дому, другое (указать))

Место постоянного жительства (по прописке) _____

Диагноз (посмертный, заключительный, клинический,
патологоанатомический):

В случае смерти от внешних причин указать обстоятельства, при которых произошла смерть: транспортная травма; ожог (кроме пожара); травма в результате падения; утопление, смерть в результате пожара; суицид; убийство; другие травмы (электротравма, переохлаждение и др.); отравления средствами, медикаментами и биологическими веществами; отравления веществами немедикаментозного назначения.

Дата передачи информации _____

ФИО, подпись исполнителя _____

Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от 18.01.2019 № 48

**Экстренное донесение о числе рождений,
материнской и младенческой смертности**

за _____ месяц 20 _____ года по медицинской организации
(полное наименование)

№	Наименование показателя	Абс. число	Ответственное лицо
1.	Число детей, родившихся живыми, не включая родившихся с массой тела от 499,0 до 999,0 граммов всего*		Заместитель главного врача МО по организационно-методической работе
	Родившихся с массой тела от 499,0 до 999,0 граммов		
2.	Число случаев материнской смертности (всего), в т.ч. беременных от внематочной беременности и аборта, независимо от локализации беременности и ее продолжительности, рожениц и родильниц (в течение 42 дней после родов) от всех причин, исключая несчастные случаи		Заместитель главного врача МО по организационно-методической работе
3.	Число умерших детей в возрасте до 1 года жизни		Заместитель главного врача МО по организационно-методической работе
	В том числе родившиеся с массой тела от 499,0 до 999,0 граммов		

Примечание: * - данные о числе рождений представляются по данным ЗАГСА.

Анкета на случай перинатальной смерти

1. Территория:
 2. Место рождения (роддом, родильные койки, на дому, в санитарном транспорте)
 3. ФИО матери:
 4. Место регистрации/жительства
 5. Возраст _____ г.р., полных лет _____
 6. Профессия:
 7. Вредные привычки:
 8. Браc зарегистрирован/не зарегистрирован.
 9. Наблюдение в женской консультации: да (указать ЖК по месту наблюдения), нет.
 10. Паритет родов:
 11. Посещение женской консультации (раз)
 12. Оценка по группам риска:
 13. Наблюдалась:
 - профилактика резус-конфликта во время беременности (указать при отрицательной резус-принадлежности крови матери, где проводилась, дату, срок гестации)
 - наличие ИЦН: да, нет, если да – указать вид коррекции, срок гестации _____ нед, в котором проведена коррекция, дата, в какой медицинской организации проведена.
- ВК во время беременности, дата, результат:
 Пренатальный или кардиоперинатальный консилиум, дата, результат:
 Отказы от госпитализации, лечения.
 Проведение профилактической работы:
 - передавалась ли информация о социально-неблагополучном положении семьи (семьи в иной трудной жизненной ситуации) в органы опеки и попечительства да/нет/дата _____,
 комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав да/нет/дата _____,
 прокуратуру, органы внутренних дел, следственный комитет да/нет/дата _____.

14. УЗИ

	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней
Не проводилось			
Длина цервикального канала по данным УЗИ			
Выявление ВПР при УЗИ исследовании			
Выявленная патология при УЗИ и ДМ			
Название МО, ФИО врача			

15. Срок госпитализации в отделение патологии беременности (ОПБ)
16. Находилась в ОПБ до родов:
17. Сведения о родах:
 - длительность: 1 период _____, 2 период _____
 - длительность безводного промежутка: _____ час. _____ мин.
 - Аntenатальная профилактика СДР: да, нет, доза _____ мг, кратность _____;

- Особенности течения родов _____
- многоводие _____
 - асфиксия в родах _____
 - обвитие пуповиной _____
 - отслойка плаценты (угроза) _____
 - тазовое предлежание _____ поперечное положение _____
 - кесарево сечение (плановое, экстренное) _____
 - в родах – щипцы-полостные, высокие _____
 - в родах вакуум-экстракция _____
 - другие осложнения - выпадение пуповины, стремительные роды _____
 - слабость родовой деятельности _____

18. Гистология плаценты _____

Полный клинический диагноз матери по истечении родов (обязательно указать срок беременности _____ нед _____ дней, метод родоразрешения, наличие или отсутствие ЗВРП, коды диагнозов по МКБ-Х).

19. Консультация реаниматологов: да/нет/по телефону; с выездом в лечебное учреждение во время беременности, во время родов (подчеркнуть); рекомендации _____

20. Сведения о новорожденном:

Масса г	Длина см	Оценка по Апгар на 1, 5, 10 мин.		Мертворождение	
		В роддоме	В детской больнице	Аntenатальное	Интранатальное
Ранняя неонатальная смертность на _____ сутки _____ часы				В реанимационном отделении Во время транспортировки выездной бригады	Иные ЛПУ, указать название

20.1. Первичная реанимация новорожденных (проводилась или нет):

- санация верхних дыхательных путей
- ларингоскопия
- санация трахеобронхиального дерева
- интубация
- ИВЛ _____ (через маску, через интубационную трубку), нужно подчеркнуть
- непрямой массаж сердца
- медикаментозная терапия
- другое (указать): _____

20.2. Терапия сурфактантом _____, доза _____ мг/кг, кратность _____

20.3. Врожденные пороки развития у ребенка _____

20.4. Врожденная инфекция (указать возбудителя) _____

20.5. Результаты неонатального скрининга _____

21. **Полный клинический диагноз новорожденного** по истории развития новорожденного (обязательно указать гестационный возраст, коды диагнозов по МКБ) _____

22. Вскрытие проводилось: да, нет.

Патологоанатомический диагноз: _____

23. Консультация ребенка реаниматологом (да, нет) – очно выездной бригадой, заочно по телефону, рекомендации _____

24. Заключение консультанта, его фамилия _____

25. Результат анализа случая на ВК в медицинской организации:

дата ВК: _____ № протокола ВК _____

случай управляем, не управляем. На каком этапе случай управляем.

Условия управляемости (отметить и расшифровать):

- организационные _____
- преемственность между ЛПУ _____
- соблюдение этапности лечения _____
- соблюдение медицинских стандартов и клинических протоколов _____
- применение высоких технологий _____
- другое: _____

26. Сверка регистрации случая с ЗАГСом:

Зав.отделением _____ (ФИО, подпись)

Заместитель главного врача _____ (ФИО, подпись)

Дата _____ телефон _____

Карта экспертной оценки причин смерти ребенка (до 1 года)

Наименование медицинской организации _____

1. Район, город, больница _____

2. Фамилия, имя ребенка _____

3. Адрес ребенка _____

4. Место смерти: а) роддом б) больница (наименование учреждения) _____
в) на дому г) др. место _____

5. **Диагноз клинический** (заключительный посмертный, с указанием кодов по МКБ)
Основной: _____

Сопутствующий: _____

Осложнения: _____

Фоновый: _____

6. **Диагноз патологоанатомический** (с указанием кодов по мкб-10) _____

7. Информация об умершем ребенке (паспортные данные) _____

8. Дата рождения _____ время рождения _____

9. Дата смерти _____ и время смерти _____

10. Возраст в момент смерти: _____ (месяцев, дней, часов)

11. Информация о семье:

11.1. Криминогенность (есть, нет) _____

11.2. Находятся в заключении или были осуждены мать _____ отец _____

11.3. Инвалидность родителей (да, нет) мать _____ отец _____ гр.инв.

11.4. Материальная обеспеченность семьи: обеспечены, нет, нуждающиеся (подчеркнуть)

11.5. Образ жизни семьи (правильный, нет — указать: алкоголизм, отсутствие работы, курение, наркотики и т.д.), нет данных.

Проведение профилактической работы (не требовалось, требовалось), если да — расшифровать _____

Передача информации о социально неблагополучном положении семьи (семьи в иной трудной жизненной ситуации) в органы опеки и попечительства да/нет, дата _____, в орган управления социальной защиты населения да/нет, дата _____, в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав да/нет, дата _____, в прокуратуру, органы внутренних дел, следственный комитет да/нет, дата _____.

11.6. Бытовые условия семьи: хорошие, средние, плохие (квартира — общая площадь, частный дом, барак, проживание на даче, комната, угол) _____

11.7. Число членов семьи _____, в т.ч. детей (вместе с умершим) _____

11.8. Сколько детей в семье умерло до этого случая _____

11.9. Психологический климат в семье (удовлетворительный, неудовлетворительный, крайне неудовлетворительный)

12. Наследственный анамнез:

Мать _____

Отец _____

13. Заболевания родителей ребенка (острые и хронические):

Мать _____

Отец _____

Акушерский анамнез

14. Порядковый номер настоящей беременности _____

Беременность (доношенная, недоношенная) _____

Срок гестации _____ недель _____ дней.

15. Предыдущие беременности закончились (год)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
-м/абортом										
-мертворождением										
-выкидышем										
-рождением живого ребенка										

16. Порядковый номер настоящих родов _____

17. Взятие на учет в женской консультации:

до 12 нед. _____; 12-22 нед. _____; более 22 нед. _____; не наблюдалась _____

18. Консультации в МГК _____ (срок) _____

19. Ультразвуковой скрининг беременной

	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней	1 раз дата _____ в сроке: _____ нед, _____ дней
Не проводился			
Длина цервикального канала по данным УЗИ			
Выявление ВПР по данным УЗИ			
Выявленная патология при УЗИ и ДМ			
Название ЛПУ, ФИО врача			

20. Осложнения данной беременности: _____

20.1. Заболевания и осложнения во время беременности (указать было ли стационарное лечение): _____

20.2. Обострение хр. заболеваний (срок, какие) _____

20.3. Острые заболевания (срок, какие) _____

20.4. Угроза прерывания беременности (срок) _____

20.5. Многоплодие _____

21. Интранатальный период (диагноз матери при выписке из родильного дома с указанием кода по МКБ-10) _____

22. Особенности течения родов _____

Длительность родов _____ час. _____ мин.

Длительность безводного промежутка _____ час. _____ мин.

*асфиксия в родах _____

*обвитие пуповиной _____

*отслойка плаценты (угроза) _____

*тазовое предлежание _____

*поперечное положение _____

*кесарево сечение (плановое, экстренное) _____

*в родах щипцы полостные, высокие _____

*в родах вакуум-экстракция _____

*другие осложнения: выпадение пуповины, стремительные роды

*слабость родовой деятельности

23. Гистология плаценты _____

Период новорожденности

24. Масса при рождении _____ г
25. Длина _____ см
26. Оценка по шале Апгар ___/___ баллов.
27. Первичная реанимация новорожденных (проводилась, нет) _____
- *санация верхних дыхательных путей
- *ларингоскопия
- *санация трахеобронхиального дерева
- *интубация
- *ИВЛ: _____, способ (подчеркнуть): через маску, через интубационную трубку
- *непрямой массаж сердца
- *медикаментозная терапия
28. Профилактика дистресс-синдрома плода при преждевременных родах _____, доза _____ мг, кратность _____; терапия сурфактантом _____, доза _____ мг/кг, кратность _____;
29. Врожденные пороки развития у ребенка _____
30. Врожденная инфекция (указать возбудителя) _____
31. Результаты неонатального скрининга _____
32. Диагноз при выписке из роддома с указанием диагноза по МКБ-10 _____
33. Заболевания острые и хронические предшествовавшие смерти ребенка _____
34. Маршрут умершего ребенка (с указанием даты и времени): госпитализирован в стационар _____, переведен в _____

Основные выводы эксперта

1. Медико-организационные ошибки (подчеркнуть):
- 1) недооценка состояния матери во время беременности данным ребенком: не выявлены – гестозы, угроза невынашивания, не проводилось УЗИ, не проводилось лечение гестоза, соматических заболеваний, не уточнена группа риска, роддом не соответствует группе риска, другие ошибки: _____
- 2) неправильная тактика ведения родов: _____
- 3) недооценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____
неправильно выбрана тактика ведения ребенка, отсутствие профилактики дистресс-синдрома, отсутствие применения правильного алгоритма первичной реанимации новорожденного _____
2. Факторы, влияющие на уровень и качество не реанимационной помощи и зависящие от ЛПУ.
- постановка и трактовка диагноза;
 - полнота и качество исследования;
 - адекватность лечения;
 - достаточность консультативной помощи;
 - кратковременность пребывания больного в стационаре;
 - крайняя тяжесть состояния больного;
 - неправильная транспортировка.
3. Уровень реанимационной помощи:
- территориальный;
 - переводы больного.
4. Наблюдение ребенка на участке (догоспитальная помощь) участковым педиатром, фельдшером, медсестрой:
- кратность наблюдения правильная, редкая, не наблюдался;
 - диагностика;
 - диспансерное наблюдение;

- полнота обследования;
 - адекватность лечения.
5. Фон, на котором развилось заболевание, приведшее к смерти: родовая травма головы и (или) спинного мозга, перинатальное поражение ЦНС, внутриутробное инфицирование, анемия, рахит, гипотрофия, паратрофия, ожирение, лимфатикогипопластический диатез, аллергия, частые заболевания ОРВИ, дисбактериоз, бронхо-обструктивный синдром, крайняя незрелость и др. _____
6. Факторы социального неблагополучия, сыгравшие основную роль в смерти ребенка:
- бытовой алкоголизм;
 - криминальные элементы;
 - неудовлетворительные социально - гигиенические условия проживания _____
 - неудовлетворительные материальные условия;
 - наличие инвалидности у родителей;
 - неудовлетворительный психологический климат в семье
7. Причина неэффективной медицинской помощи:
- недооценка тяжести состояния медработником;
 - несвоевременность обращения за мед. помощью;
 - отказ родителей от госпитализации;
 - низкая квалификация медработника;
 - несвоевременность оказания медицинской помощи;
 - дефицит ресурсов при обследовании;
 - дефицит кадров (основных, консультативных);
 - сложность и длительность заболевания;
 - ятрогенные воздействия;
 - социальные факторы.

Результат анализа случая на ВК в ЛПУ:

Дата ВК _____, № протокола ВК _____

Основные выводы и решение ВК:

Случай управляем, не управляем.

На каком этапе случай управляем:

Условия управляемости (отметить и расшифровать):

- организационные _____
- преемственность между ЛПУ _____
- соблюдение этапности лечения _____
- соблюдение медицинских стандартов и клинических протоколов _____

Сведения о лицах, заполнивших анкету:

Заведующий отделением:

Заместитель главного врача:

Контактные телефоны:

Приложение № 8
УТВЕРЖДЕНО
приказом Департамента
здравоохранения города Севастополя
от 18.01.2019 № 48

Полное наименование и адрес учреждения

Извещение на ребенка с врожденными пороками развития

ФИО ребенка _____
Дата рождения _____ дата смерти _____
Место рождения ребенка _____
(полное наименование учреждения, адрес)

ФИО матери _____
Адрес проживания матери (по прописке) _____
Фактический _____

Возраст _____ порядковый номер родов _____

Масса тела при рождении _____ длина _____ оценка по
Апгар _____

Состояние при рождении живорожденный мертворожденный

Пол ребенка муж/жен, интерсекс, неизвестен (нужное подчеркнуть)

Близнецовость: да _____ нет _____

Выписан (переведен): домой/в больницу _____; живой/умер _____

Направлен на аутопсию: да _____ нет _____

Диагноз ВГР (с указанием кода по МКБ-10)

Выявлен впервые да _____ нет _____

Выявлен пренатально да _____ нет _____

Дата УЗИ

Срок беременности

Наименование медицинской организации (выявившая порок)

ФИО специалиста, контактные данные

Примечание: информация роддома о врожденном пороке (пороках) развития
подтверждается: да _____ нет _____

Подпись _____ ФИО

« _____ » _____ 201__ г.