

Приложение № 3
к приказу Департамента
здравоохранения
города Севастополя
от 14.11.2014 № 14/11/14-100

Содержание диспансерного наблюдения заболеваний (состояний), при наличии которых устанавливается группа диспансерного наблюдения врачом-педиатром участковым

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

КЛАСС IX: БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (I00-I99)

Диспансерное наблюдение за детьми с артериальной гипертензией (АГ) (I10-I15)

Диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ.

Диспансерное наблюдение включает в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ;
- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование ограничивается антропометрией и трехкратным измерением АД). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья, а при наличии вегетативной дисфункции (при отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ) – в III группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска ССЗ ребенок должен быть проконсультирован кардиологом. По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и неврологом.

Дети и подростки с АГ I степени и подростки с ГБ I стадии без других факторов риска и поражения органов мишеней включаются в III группу здоровья. Дети и подростки с АГ I степени и подростки с ГБ I стадии, имеющие другие факторы риска и/или поражения органов мишеней, а также

с АГ 2 степени и ГБ II стадии включаются в IV группу здоровья. При появлении сердечной недостаточности детей и подростков с АГ и ГБ относят к V группе здоровья.

Все данные вносятся в ф. 112/у.

Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

Диспансерное наблюдение за детьми с ревматической болезнью (100-102)

Наблюдение за детьми проводится в течение 5 лет после атаки. Первый год после атаки – педиатр осматривает ребенка 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Следует следить за пульсом, АД, функциональными пробами сердечно-сосудистой системы. Анализ крови, мочи, пробы на активность процесса (АСЛ-О, АСК, СРБ, ДФА, серомукоид, белковые) проводятся 2 раза в год и после каждого ОРВИ, ангины.

В течение первого года после атаки детям проводится ЛФК в поликлинике, затем на один год школьников определяют в подготовительную физкультурную группу, на третий год назначают основную физкультурную группу (без участия в спортивных соревнованиях). Режим общий на первые 2 года после заболевания. Сон не менее 10 часов. Диета возрастная, обогащенная продуктами, содержащими калий (кефир, томаты, картофель, изюм, курага).

Бициллинопрофилактика (вторичная профилактика ревматизма) направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у детей и подростков, перенесших ревматизм. Она заключается в регулярном введении бициллина (пролонгированный пенициллин).

Детям, перенесшим первичный ревмокардит, т.е. острую ревматическую лихорадку (или хорею) без формирования порока сердца, в течение первых трех лет проводится круглогодичная, а в последующие 2 года сезонная (весна, осень) бициллинопрофилактика.

Пациентам, перенесшим первичный или возвратный ревматизм, имеющим ревматический порок (или пороки), перенесшим хорею, при наличии затяжного или рецидивирующего течения ревматизма круглогодичная профилактика бициллином-5 должна проводиться не менее 5 лет, а при необходимости и дольше.

Курс антибактериальной терапии (10-12 дней) назначается пациентам до и после тонзилэктомии, а также после любых других оперативных вмешательств.

Санаторно-курортное лечение ребенку, перенесшему атаку ревматизма, можно назначать не ранее чем через год в специализированных санаториях Крыма.

Дети «угрожаемые по ревматизму» находятся на диспансерном учете по ф. 30 в течение 3 лет. До санации хронической инфекции наблюдаются до 4 раз в год; после санации 2 раза в год. При осмотрах обращается особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы, (пульс, АД, проводятся

функциональные пробы). Лабораторное обследование 1 раз в год.

Консультации стоматолога 2 раза в год, ЛОР врача 1 раз в квартал.

Режим у детей – общий

Диета – возрастная.

Диспансерное наблюдение за детьми с нарушениями сердечного ритма и проводимости (НРПС) (I44 - I45)

Диспансерная группа наблюдения у детей с нарушениями ритма сердца и проводимости определяется основным заболеванием. Диспансерное наблюдение осуществляют участковые педиатры, кардиолог, врачи узких специальностей (невролог, эндокринолог ЛОР и др.).

Дети и подростки с функциональными нарушениями ритма сердца в зависимости от их характера относятся ко II или III группе здоровья. Эти пациенты должны проходить обследование не реже 2 раз в год с использованием основных методов функциональной диагностики (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ритмографическое исследование, велоэргометрия и др.). Стационарное лечение и консультация кардиохирурга проводится по показаниям.

Реабилитационные мероприятия должны включать в себя соблюдение режима, диету, обогащенную калийсодержащими продуктами, витаминотерапию, курсы фитотерапии (психофармакотерапия), метаболические, кардиотрофные препараты, физиотерапевтические мероприятия и санаторно-курортное лечение.

Содержание диспансерного наблюдения за детьми с нарушениями сердечного ритма и проводимости

Содержание диспансерного наблюдения	Группы здоровья		
	II	III	IV
Лабораторно-инструментальное обследование	ЭКГ один раз в квартал	ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания	ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания
Сроки наблюдения в данной группе	До передачи во взрослую сеть		
Периодичность наблюдения	Индивидуальный, не реже 1 раза в год	1 раз в 3 месяца	Первые 6 мес. ежемесячно, далее 1 раз в квартал
Организация лечебно-профилактических мероприятий	1. Лечение хронических очагов инфекции 2. Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии	1. Лечение хронических очагов инфекции 2. Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии 4. ЛФК в поликлинике	1. Лечение хронических очагов инфекции 2. Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии 4. ЛФК в поликлинике 5. Госпитализация при

		5. Госпитализация при ухудшении состояния	ухудшении состояния 6. Антиаритмическая фармакотерапия 7. Дополнительный день отдыха в школе 8. При социальной дезадаптации оформление инвалидности с детства
Консультации	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора	
Физкультурная группа в школе	Основная	Подготовительная	Специальная
Прививки	Проводятся без ограничений	Проводятся без ограничений после 6 мес. наблюдения	Проводятся только по эпидемиологическим показаниям

КЛАСС XIII: БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Диспансерное наблюдение за детьми с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) (М 08.0)

Дети с ЮРА на диспансерном учете до 18 лет.

После выписки из стационара в течение 1 года контроль осуществляется каждые 3 месяца, в последующие годы, если ремиссия стойкая, 1 раз в 6 месяцев (при необходимости – чаще). Контроль включает: осмотр педиатра, ревматолога, смежных специалистов (оториноларинголог, окулист, ортопед, стоматолог, невролог и др.).

Лабораторный контроль предусматривает ранее выявление динамики процесса: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ (СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, белок и фракции), по возможности иммунологическое исследование.

При «Д» осмотре в поликлинике следует:

- оценить жалобы ребенка, их характер, динамику;
- оценить анамнез за предшествующий осмотру период (болел ли ребенок чем либо, длительность болезни, чем лечится и т.д.);
- осуществить контроль за санацией очагов хронической инфекции (ЛОР-органы, зубы);
- оценить функциональное состояние суставов (скованность, боли, синовит, признаки улучшения или прогрессирования);
- определить рентгенологически стадию артрита (рентгенограмма суставов – 1 раз в год);
- определить наличие, характер и степень остеопороза (рентгенологически – 1 раз в год);
- оценить прибавку в росте (за 6 месяцев, за 1 год) и динамику массы тела;

- проводить коррекцию анемии и скрытого железодефицитного состояния (по общему анализу крови, при необходимости определить уровень сывороточного железа);

- оценить эффективность базисной терапии (положительная динамика, отсутствие ее, ухудшение);

- продолжить или своевременно назначить синдромные препараты по рекомендации ревматолога.

- для реабилитации наряду с физиотерапией, массажем, трудотерапией в последние годы стала применяться ревмоортопедия ЮРА. Выделяют консервативную ортопедию и хирургическую.

С целью максимально раннего выявления увеита каждый ребенок с диагностированным ЮИА должен быть осмотрен офтальмологом с последующим наблюдением в зависимости от выявления или риска развития увеита. Осмотр включает: визометрию с коррекцией, биомикроскопию, офтальмоскопию прямую и обратную с мидриазом, тонометрию, по показаниям-гониоскопию, УЗИ, ОКТ, ФАГ, периметрию. По схеме, согласно Федеральным клиническим рекомендациям в зависимости от субтипа ЮИА, длительности заболевания, возраста дебюта ЮИА (до 6 лет или после 6 лет): каждые 3, 6, 12 месяцев.

Диспансерное наблюдение за детьми с системной красной волчанкой (СКВ) (M32)

Реабилитация больных СКВ включает ряд аспектов:

- медицинский – ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение и грамотно организованная поддерживающая терапия;

- профессиональный – выбор профессии по диагнозу и силе больного. Важна правильная ориентация трудовой деятельности, ибо больной СКВ должен четко представлять себе свои возможности. Следует избегать стрессов, контактов с химическими и электромагнитными факторами воздействия. Противопоказана инсоляция;

- психологический – пациент должен знать, что СКВ – это заболевание на всю жизнь, а значит, надо научиться с этим жить.

Следует помнить, что, среди больных СКВ 90 % девушки и молодые женщины. В связи с этим часто обсуждается проблема возможной беременности и родов. При отсутствии поражения почек беременность и роды обычно протекают нормально. У больных СКВ, сопровождающейся поражением почек, часто наблюдается внутриутробная гибель плода. Необходимо помнить, что больным СКВ следует избегать аборт, кесарева сечения, из контрацептивов лучше использовать механические. Прогноз СКВ зависит от варианта течения, степени вовлечения в процесс ЦНС, почек и других жизненно важных органов и систем. Диспансерное наблюдение пожизненное.

Диспансерное наблюдение за детьми с системной склеродермией (ССД) (М34)

Больные ССД наблюдаются педиатром до передачи во взрослую сеть, ревматологом - пожизненно. Учитывая перечисленные выше терапевтические подходы, врач-ревматолог должен каждые 6 месяцев, оценив состояние пациента, динамику процесса, проводить своеобразную ревизию лечения. Базисные препараты целесообразно менять 1 раз в 2-3 года; своевременно следует назначать контролировать курсы лечения сосудистыми препаратами в сочетании с дезагрегантами. В плановом порядке 1 раз в год проводится стационарное (углубленное) обследование в условиях ревматологического отделения.

Для планового проведения физиобальнеолечения, массажа, ЛФК можно рекомендовать дневной стационар. Ребенку следует назначить трудотерапию (вышивание, лепка и пр.). Дети с ССД, протекающей с быстро прогрессирующими функциональными нарушениями, прежде всего опорно-двигательного аппарата, должны быть переведены на инвалидность.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (КЛАСС X БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) (J00-J99)

Диспансерное наблюдение за детьми с острой пневмонией (J12-18)

После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находятся на «Д» наблюдении в поликлинике 6 месяцев, а при тяжёлом течение – в течение 1 года. Дети, перенесшие острую пневмонию на первом году жизни, посещаются участковым педиатром в первые 3 дня после выписки из стационара. Дети первых трех месяцев наблюдаются в течение 6 мес. по выздоровлению 2 раза в месяц, затем один раз в месяц.

Дети, перенесшие острую пневмонию на 1-м году жизни наблюдаются в течение 1 года 1 раз в мес.

Дети, заболевшие в возрасте от 1-го года до 3 лет, наблюдаются 1 раз в 2 месяца, старше 3 лет раз в квартал.

Школьники освобождаются от физкультуры на 3 мес.

При повторной пневмонии за время «Д» наблюдения проводится консультация пульмонолога, иммунолога. Профилактические прививки разрешаются через 2 недели после выздоровления. Группа здоровья 2.

Диспансерное наблюдение за детьми с бронхиальной астмой (J45)

Участковый педиатр и аллерголог осматривают пациента с тяжелой бронхиальной астмой 1 раз в месяц. С легкой и среднетяжелой степенью -- 1 раз в 3 месяца, при длительном межприступном периоде 2 раза в год, ЛОР и стоматолог - 2 раза в год, аллерголог – 2 раза в год. ОАМ и ОАК 1 раз

в 3 месяца, кал на яйца глистов и лямблии 2 раза в год, спирография 2 раза в год, рентгенография грудной клетки по показаниям.

При легкой и среднетяжелой степени бронхиальной астмы дети посещают школу. При хронической респираторной недостаточности II – III ст. – обучение на дому. Освобождение от занятий физкультурой для школьников на 1 месяц после приступа, далее - постоянно в спецгруппе, при тяжелой форме занятия в группе ЛФК. Инвалидность при тяжелой форме БА сроком на 2 года, «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ КЛАСС IV: БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (N00-N99)

При организации диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями почек чрезвычайно важно и необходимо соблюдение принципов:

1. Этапность наблюдения в поликлинике, консультативной поликлинике, стационаре (специализированном или соматическом), санатории;
2. Преемственность проведения консервативной и заместительной терапии при ХПН.
3. Преемственность в наблюдении: участковый педиатр – нефролог-уролог.

Задача диспансерного наблюдения в поликлинике при болезнях почек заключается в продолжении лечения, рекомендованного стационаром, врачом-специалистом консультативной поликлиники, сезонной профилактике, лечении в период интеркуррентных заболеваний, выявлении и санации очагов хронической инфекции, лечении в случае обострения хронического процесса.

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

- Пиелонефритами, хроническими циститами,
- Гломерулонефритами,
- Дети с обменными нефропатиями,
- Дети с врождёнными аномалиями развития почек и мочевыделительной системы.

Диспансерное наблюдение за детьми с пиелонефритом: *Острый пиелонефрит(острый вторичный пиелонефрит) (N10) – срок наблюдения 5 лет*

Частота осмотра специалистов – педиатр 1-й год 1 раз в месяц; 2-й год 1 раз в 2-3 месяца; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог - 1-й год 1 раз в 3 месяца, затем 1-2 раза в год. Стоматолог – 1 раз в год, отоларинголог - 1 раз в год, гинеколог – 1 раз в год

Симптомы, которые требуют внимания: общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), изменение размеров почек при УЗИ.

Дополнительные методы исследования – анализ мочи: в первый год – 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (по Нечипоренко) – 1 раз в 3 мес.

Клинический анализ крови 1 раз в год. Посев мочи 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год (при вторичном ПН). Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия – по показаниям).

Критерии эффективности диспансерного наблюдения – наличие полной клиничко-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара (дневного стационара консультативной поликлиники).

Хронический пиелонефрит (N 11) - срок наблюдения - пожизненно:

Частота осмотра специалистов – педиатр 1-й год 1 раз в месяц; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог – при хр. первичном ПН 1-й год 1 раз в 3 месяца, затем 1-2 раза в год; при хр. вторичном 1 год 1 раз в 3 месяца, 2-ой год 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год. При снижении функции почек 1 раз в 3 месяца. Окулист – при снижении функции почек – 1 раз в 6 месяцев. Стоматолог – 1 раз в 6 месяцев.

Симптомы, которые требуют внимания: общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), биохимические изменения крови (повышение креатинина и мочевины). Клинические признаки почечной недостаточности. Изменение размеров почек при УЗИ.

Дополнительные методы исследования – анализ мочи: хронический первичный – 1 раз в 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (по Нечипоренко) – 1 раз в 3 месяца. Хронический вторичный – 1-е 6 мес. 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц. Проба Нечипоренко 1 раз в 2 мес., посев мочи 1 раз в 3 мес. Проба Зимницкого 1 раз в год. Клинический анализ крови 1 раз в 6 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина) при первичном 1 раз в год, при вторичном – 1 раз в 6 мес. Исследование функции почек 1 раз в 6 мес. Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия) – 1 раз в год. Посев мочи на ВК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения – полная клиничко-лабораторная ремиссия после обследования в условиях стационара (дневного стационара консультативной поликлиники), отсутствие признаков ХПН.

Дети с хроническим вторичным пиелонефритом с учета не снимаются.

Диспансерное наблюдение за детьми с инфекциями нижних мочевых путей (N 39.0) – наблюдение в течение 1 года

Частота осмотра специалистов – педиатр первые 3 мес. 1 раз в месяц; далее 1 раз в 3 мес.; Нефролог – 1-2 раза в год. Гинеколог – 1 раз в 6 мес., остальные специалисты по показаниям.

Симптомы, которые требуют внимания – общее состояние, субфебрилитет, боли в животе или пояснице, дизурические явления. Мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия. Изменения в анализе

крови – лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, СОЭ. Клинические проявления вульвита.

Дополнительные методы исследования – клинический анализ крови – 1 раз в 6-12 мес. Общий анализ мочи: 1 раз в месяц, в течение 1 года, далее по показаниям; Биохимический анализ мочи по показаниям; количественные анализы мочи (по Нечипоренко) – 1 раз в 3 месяца и при интеркуррентных заболеваниях; Посев мочи 1 раз/год, далее по показаниям. Исследование функции почек – 1 раз в год (при вторичном ПН). Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия по показаниям). *Критерии эффективности диспансерного наблюдения* – снятие с учета через 6 месяцев при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания в условиях поликлиники или стационара.

Диспансерное наблюдение за детьми с обменными нефропатиями - до перевода во взрослую поликлинику

Частота осмотра специалистов – педиатр 1 раз в 3 мес.; нефролог – 2 раза в год, уролог 1 раз в 2 года. Другие специалисты по показаниям.

Симптомы, которые требуют внимания – общее состояние, субфебрилитет, боли в животе или пояснице, дизурические явления. Мочевой синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия. Изменения в анализе крови – лейкоциты, эритроциты, СОЭ.

Дополнительные методы исследования: Общий анализ мочи 1 раз в 3 месяца, желательное с определением морфологии мочевого осадка, 1 раз в год проба Зимницкого, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, УЗИ почек, пробы функционального состояния почек, биохимические исследования (аммиак, титруемые кислоты, суточной мочи, активность фосфолипазы, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. По показаниям рентгенологическое обследование.

Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом

Острый гломерулонефрит (N 00 – 08) – срок наблюдения 5 лет

Частота осмотра специалистов – педиатр первые 3 месяца 2 раза в месяц, с 3 до 12 мес. 1 раз в месяц; затем 1 раз в 3 мес. Нефролог – 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1 – 2 раза в год. Стоматолог – 1 раз в 6 месяцев, отоларинголог – 1-2 раза в год.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевой синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина,); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия).

Дополнительные методы исследования - анализ мочи: первые 6 месяцев – 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи

(по Нечипоренко) – 1 раз в 3 мес. Суточная моча на белок 1 раз в мес., при ремиссии 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в год. Посев мочи – 1 раз в год. Исследование функции почек – 1 раз в год.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения – снятие с учета через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара (дневного стационара консультативной поликлиники).

Хронический гломерулонефрит (N 03) – срок наблюдения – пожизненно

Частота осмотра специалистов - педиатр 1-2 год 1 раз в месяц; затем 1 раз в 3 месяца. При снижении функции почек – ежемесячно. Нефролог – 1 раз в 3 месяца. Стоматолог, отоларинголог, окулист 1 раз в 6 месяцев.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина,); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия, гипокалиемия, глюкозурия, гипонатриемия). Клинические признаки почечной недостаточности. Состояние ЖКТ, костной и эндокринной системы у детей, получающих кортикостероидную и цитостатическую терапию.

Дополнительные методы исследования – анализ мочи при обострении: 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; Суточная моча на белок 1 раз в 15 дней, при ремиссии – 1 раз в 6 мес. Биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, холестерин) 1 раз в 6 мес. Исследование функций почек – 1 раз в 6 мес. Посев мочи на БК и осмотр фтизиатра 1 раз в год. *Критерии эффективности диспансерного наблюдения* - достижение длительной ремиссии и отсутствие признаков хронической почечной недостаточности.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (K00-K93)

Диспансерное наблюдение за детьми с болезнями печени(K70-K77) Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, неактивная фаза.

Врач-педиатр 1 раз в квартал, врач-инфекционист 1 раз в 6 месяцев, врач-гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев, хирург 1 раз в 6 месяцев. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза, 1 раз в 3-6 мес. Клинический анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 3 месяца. Моча на желчные пигменты и уробилин 1 раз в 3 месяца. Снятие с учета при отсутствии увеличения печени, селезенки, отсутствии желтухи, геморрагий, нормализации функциональных проб печени, дуоденального содержимого и анализов крови, т.е. отсутствие обострений в течение 2-х лет.

Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, активная фаза.

Врач-педиатр не реже 1 раза в мес., инфекционист 1 раз в 6 месяцев, гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев, хирург 1 раз в 3 месяца. То же, что и при неактивной фазе, но функциональные пробы печени 1 раз в месяц, остальные анализы по показаниям. Снятие с учета так же, как и при неактивной фазе.

Цирроз печени: сформированная и терминальная стадия.

Врач-педиатр не реже 1 раза в мес., хирург 1 раз в 3 месяца, гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев. Функциональные пробы печени и общий анализ крови (обязательно тромбоциты) по показаниям – не реже 1 раза в мес. Фиброгастроуденоскопия 1 раз в год. С учета не снимать, систематический контроль за общим состоянием (размерами печени, селезенки, желтухой, асцитом и т.д.), функциональными пробами печени и анализами крови.

Диспансерное наблюдение детей с болезнями печени и желчевыводящих путей (К80-87)

Болезни желчных путей (холециститы, холецистохолангиты, дискинезия желчевыводящих путей). Врач – педиатр 1 раз в 6 месяцев, гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев, оториноларинголог, стоматолог по показаниям. Кал на цисты лямблий и яйца глист. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза) 2 р в год. УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год. Снятие с учета при отсутствии обострения, увеличения печени, болезненности в правом подреберье и эпигастрии в течение 3-х лет.

Диспансерное наблюдение за детьми с болезнями ЖКТ (К20-К63)

Хронический гастрит и дуоденит. Врач-педиатр 1 раз в 6 месяцев, гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев, отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, копрограмма, кал на яйца глистов и лямблии 2 раза в год, посев на флору (по показаниям), ФГДС 1 раз в год. Снятие с учета не раньше, чем через 3 года после исчезновения основных симптомов.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Врач-педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; гастроэнтеролог 1 раз в квартал в течении первого года наблюдения, далее 1 раз в 6 месяцев, отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, кал на скрытую кровь 1 раз в 6 месяцев, ФГДС 1 раз в год, по показаниям 1 раз в 6 месяцев. С диспансерного учёта снимаются через 5 лет бесприступного периода, нормализации показателей ФГДС.

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЭНДОКРИННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
КЛАСС IV БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА
ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (E00-E90)**

Диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом (E 10-E 14)

«Д» наблюдение: педиатр и эндокринолога 1 раз в 3 месяца; окулист, невролог 1 раз в год. При осмотре обратить внимание на: общее состояние ребенка, состояние кожи, наличие липодистрофий, размеры и плотность печени. Следить за массой, длиной тела, темпами полового развития. Определение глюкозы крови 4-10 раз в сутки, кетонов мочи при гликемии выше 14 ммоль/л в течение суток и больше. HbA1c – 1 раз в 3 месяца. Определение микроальбуминурии 1 раз в 6 месяцев при стаже заболевания больше 5 лет у детей и больше 2-х лет у подростков. ЭКГ 1 раз в год. ОАК, ОАМ, липидный спектр, электролиты, УЗИ ОБП, почек. Щитовидной железы (или АТ к ТПО) 1 раз в год.

Средняя частота контроля глюкозы в крови составляет 1460 раз в год, но конкретное количество исследований подлежит установлению индивидуально с учетом характера течения заболевания и особенностей применяемой схемы лечения.

Профилактические прививки проводятся в состоянии компенсации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с гипотиреозом (E 03)

Диспансеризацию осуществляют педиатр и эндокринолог.

2 этап - педиатрический учет. После установления диагноза – каждые 2 недели до 3-х месяцев далее 1 раз в 2-3 месяца в 1-й год жизни. Со 2-3 года – 1 раз в 6 месяцев (при нормальном уровне ТТГ). Осмотр неврологом на 1-м году жизни – 1 раз в 3-6 месяцев; далее -ежегодно. Сурдолог – в 12 месяцев. Окулист – ежегодно. Логопед – в 4-5 лет. Обращается внимание на состояние кожи, АД, пульс, за сроками прорезывания зубов, ростом, набором веса, психическим развитием. Психиатр в 4-5 лет. Проводится определение костного возраста – 1 раз в год. Контроль ТТГ, св. Т4 – по назначению эндокринолога, исходя из клинических показаний. ОАК, липидограмма, ЭКГ 1 раз в год. Профилактические прививки разрешены в состоянии компенсации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с узловым зобом (E 04.1; E04.2)

Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог – первые 6 месяцев 1р/3 месяца, затем не реже 1р/6 месяцев. ТТГ, свТ₃, свТ₄, АТ к ТПО, АТ к ТГ, кальцитонин (однократно). Оценивается физическое развитие, УЗИ, динамика размеров и структуры узла. Профилактические прививки в период компенсации не противопоказаны. Наблюдение до исчезновения узла при УЗИ,

нормализация размеров и структуры щитовидной железы при УЗИ, состояние эутиреоза.

Зоб токсический диффузный

Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог- 1 раз в 6 мес. ТТГ, свТ₄, свТ₃, АТ к рец.ТТГ, биохимический анализ крови, сахар крови натощак, ОАК через 2 недели от начала терапевтического лечения и далее 1 раз в 3 месяца, ЭКГ, АД, подсчет пульс; оценивается физическое развитие, УЗИ. Профилактические прививки в периоде компенсации не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Гипопитуитаризм (E23)

Диспансерное наблюдение проводит педиатр и эндокринолог 1 раз в 3-6 месяцев, обращают внимание на длину и массу тела, скорость роста, пропорции, состояние кожных покровов и распределение подкожно-жирового слоя, динамика полового развития, диурез. Контроль тиреоидного статуса, кортизола, половых гормонов, ИФР-1. Дополнительные обследования по состоянию. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с ожирением (E 66)

Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог 1 раз в 6 месяцев. Окулист, невропатолог 1 раз в год. Наблюдают за состоянием кожи и сердечно-сосудистой системы, АД, массой и длиной тела. Проведение ОТТГ 1 раз в год, кортизола, половых гормонов – по показаниям, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ – 1 раз в год. Снимается с учета по нормализации веса.

Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями надпочечников: хроническая недостаточность надпочечников (болезнь Аддисона) (E 27.1); врожденная дисфункция коры надпочечников (E25), синдром Иценко-Кушинга (E 24)

Наблюдение педиатра и эндокринолога 1 раз в месяц в остром периоде в стадии компенсации 1 раз в 3-6 месяцев в зависимости от возраста. По показаниям консультация окулиста, невропатолога. Наблюдение за АД, половым развитием, массой и длиной тела, общим состоянием. Дополнительные обследования: 17-ОПГ, электролиты (натрий, калий, хлориды), тестостерон, АКТГ, ренин плазмы. Профилактические прививки в стадии компенсации не противопоказаны. Другие обследования в зависимости от ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

**ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ
КЛАСС III БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И
ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ
МЕХАНИЗМ (D50-D89)**

Диспансерное наблюдение за детьми с железодефицитной анемией (D 50)

Диспансерное наблюдение педиатром в остром периоде 1- 2 раза в месяц, в период ремиссии 1 раз в 3 месяца. Гематолог по показаниям. Обращают внимание на общее состояние, состояние печени, селезенки, ЖКТ, сердечно-сосудистой систем. Анализ крови 1 раз в 2 недели, в период ремиссии - 1 раз в 3 месяца, определение сывороточного железа. С учета снимают через год при нормальных показателях гемограммы. Профилактические прививки проводят при нормализации показателей крови.

Диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическим васкулитом(D69.0)

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц первые 3 месяца заболевания, затем 1р/3 месяца на первом году наблюдения, далее 2 раза в год; аллергологом, нефрологом и другими специалистами осматриваются по показаниям. Анализ крови и анализ мочи общий в первые 3 месяца ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес., при абдоминальном синдроме – кал на скрытую кровь, коагулограмма по показаниям. Освобождаются школьники от занятий физкультурой на 3 месяца, далее подготовительная группа на 1 год.

Инвалидность оформляется при геморрагическом васкулите, требующем для достижения ремиссии назначения цитостатиков, до 2 лет. Диспансерное наблюдение 5 лет.

Диспансерное наблюдение за детьми с гемофилией (D66)

Диспансерное наблюдение: педиатра 1 раз в мес., гематолога – 2 раза в год, ортопеда по показаниям. Обращают внимание на наличие геморрагического синдрома, функциональное состояние суставов. Анализ крови с определением свертывающей системы крови, общий анализ мочи 1 раз в 6 месяцев, коагулограмма, определение фактора свёртывания VIII, ингибитора к нему – ежегодно. Контроль антител к ВИЧ, гепатитам В, С – ежегодно. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляется при тяжелых формах коагулопатий сроком до 18 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с гемолитическими анемиями (D 55 -D 59)

Диспансерное наблюдение: педиатр 1 раз в мес., гематолог 2 раз в год, другие специалисты по показаниям. Анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, микросферитов 1 раз в месяц; билирубин, трансаминазы - 1 раз в 3 мес.

Занятия в школе физкультурой в подготовительной или специальной группе. Инвалидность оформляется при анемических кризах чаще одного раз в год со снижением Нбменее 80г/л. При анемии Минковского-Шоффара дети могут быть сняты с диспансерного учета через 4 года послеспленэктомии при отсутствии рецидивов. Профилактические прививки по ситуации.

Диспансерное наблюдение за детьми с тромбоцитопенической пурпурой (D69)

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог на первом году 1 раз в мес., далее 1 раз в 3 мес. до 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов в первые 3 мес. каждые 4 недели, далее 9 мес. 1 раз в 3 месяца, при хроническом течение – ежемесячно, далее 1 раз в 3 - 6 мес., по показаниям чаще. Освобождение от занятий физкультурой на 1 мес. после выздоровления, далее – постоянная специальная группа. Диспансеризация при остром течении 5 лет, а при хроническом – до 18 лет. Профилактические прививки при стойкой ремиссии не противопоказаны.

Диспансерное наблюдение за детьми с апластическими анемиями (D60 -D 64)

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц, другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на: бледность, геморрагический синдром, состояние печени, селезенки, сердечно-сосудистой системы, нарушение функции ЖКТ. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов 1 раз в месяц. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляют при врожденных и приобретенных апластических анемиях. Профилактические прививки живые противопоказаны, анатоксины - индивидуально, с учетом эпидемиологической ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с лейкозами (C91.0-C95.0)

Диспансерное наблюдение: педиатр, гематолог 1 раз в мес. другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на геморрагический синдром, периферические лимфоузлы, печень и селезенка, яички, состояние нервной системы, цвет мочи. Анализ крови не реже 1 раза в 1 неделю на поддерживающей химиотерапии, с определением тромбоцитов, после окончания лечения – 1 р/месс 1-й год, далее 1раз/мес. 5 лет. Миелограмма по показаниям, биохимический анализ крови 1 раз в 3 мес. и при подозрении на обострение. Детям не показана смена климатических условий. Ребенок

освобождается от посещений школы, профилактических прививок, занятий физкультурой. Организуется обучение на дому. Назначается инвалидность сроком на 5 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Диспансерное наблюдение за детьми с лимфогранулематозом (С81)

Диспансерное наблюдение – у онколога или у гематолога. Кратность клинико-лабораторного контроля зависит от срока наблюдения. При подозрении на обострение срочная госпитализация. Обращают внимание на общее состояние, температуру, размеры лимфоузлов, печени, селезенки, показатели периферической крови, В периоде ремиссии анализ крови 1 раз в месяц, рентгенограмма грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости 2 раза в год, КТ – ежегодно. После облучения области шеи показано исследование концентрации T_3 , T_4 , ТТГ на 1-2 -м году наблюдаются каждые 6 мес., затем – ежегодно; юношам 16-13 лет и девочкам старше 15-ти летнего возраста при аменорее показало исследование концентрации половых гормонов. Необходима социальная адаптация больного.

Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Адрес

Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № _____**

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению: _____ Код по МКБ-10 _____

2. Дата заполнения карты: число ____ месяц _____ год ____

3. Специальность врача _____ 4. ФИО врача _____

5. Дата установления диагноза _____ 6. _____

Диагноз установлен: впервые - 1, повторно - 2.

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением - 1, профилактическом осмотре - 2.

8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление - 1, выбытие из района обслуживания - 2, смерть - 3.

11. Фамилия, имя, отчество пациента _____

12. Пол: муж. - 1, жен. - 2 13. Дата рождения: число __ месяц ____ год ____

14. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

15. Код категории льготы _____

16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия _____

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	ФИО врача

ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ»

1. Учетная форма № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее - Карта) является учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющей диспансерное наблюдение (далее - медицинская организация).

2. Карта заполняется в медицинских организациях и их структурных подразделениях врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием.

2.1. Карта допускается для формирования в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и (или) на бумажном носителе.

3. Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

4. Карты не ведутся на пациентов, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

5. Номер Карты должен соответствовать номеру «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025/у).

6. Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л».

7. При заполнении Карты:

7.1. В пункте 1 указываются диагноз заболевания, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение, и его код по МКБ-10.

7.2. В пункте 2 указывается дата заполнения Карты, в пункте 3 - специальность врача, осуществляющего диспансерное наблюдение, в пункте 4 - Ф.И.О. врача, осуществляющего диспансерное наблюдение.

7.3. В пункте 5 отмечается дата установления диагноза, в пункте 6 указывается, был ли диагноз впервые установлен или был ранее зарегистрирован в связи с поступлением пациента под наблюдение данной медицинской организации после изменения места жительства.

7.4. В пункте 7 указывается способ выявления заболевания: при обращении за лечением или при профилактическом медицинском осмотре.

7.5. В пунктах 8 и 9 отмечаются даты начала и прекращения диспансерного наблюдения.

7.6. В пункте 10 отмечается одна из причин прекращения диспансерного наблюдения.

7.7. Пункты 11 - 14 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а

документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>. Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации».

7.8. В пункте 15 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг <1>: Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

«1» - инвалиды войны;

«2» - участники Великой Отечественной войны;

«3» - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» <1>;

«4» - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

«5» - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

«6» - лица, работавшие в период ВОВ на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках ЖД и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

«7» - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

«8» - инвалиды;

«9» - дети-инвалиды.

7.9. В пункте 16 отмечаются даты назначенных и фактических посещений в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения.

7.10. Если диагноз, по поводу которого производится диспансерное наблюдение, изменился, об этом делается отметка в пункте 17.

7.11. В пункте 18 указываются имеющиеся сопутствующие заболевания.

7.12. В пункте 19 отмечаются все назначенные и проведенные лечебно-профилактические мероприятия (например, консультации, обследования, госпитализации, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, установление инвалидности).

Приложение № 5
к приказу Департамента здравоохранения
города Севастополя
от _____ № _____

Наименование медицинской организации _____

Адрес медицинской организации _____

Медицинская документация
Учетная форма № 025-1/у

Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, № _____

1. Дата открытия талона: число ____ месяц ____ год ____ 2. Код категории льготы ____ 3. Действует до ____ 4.
Страховой полис ОМС: серия ____ № ____ 5. СМО ____ 6. СНИЛС ____ 7. Фамилия ____ 8.
Имя ____ 9. Отчество ____ 10. Пол: муж - 1, жен - 2
11. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____ 11.1. Документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ номер _____
12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____
город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____
тел. _____
13. Местность: городская - 1, сельская - 2
14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3,
студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6
15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник)

16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3 18. Инвалид
с детства: да - 1, нет - 2

19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная
врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3,
паллиативная медицинская помощь - 4
20. Место обращения (посещения): поликлиника - 1, на дому - 2, центр здоровья - 3, иные медицинские
организации - 4, мобильная медицинская бригада - 5
21. Посещения: по заболеваниям (коды А00 - Т98) - 1, из них: в неотложной форме - 1.1;
активное посещение - 1.2; диспансерное наблюдение - 1.3;
с профилактической и иными целями (коды Z00 - Z99) - 2: медицинский осмотр - 2.1; диспансеризация - 2.2;
комплексное обследование - 2.3; паллиативная медицинская помощь - 2.4; патронаж - 2.5; другие обстоятельства
- 2.6
22. Обращение (цель): по заболеванию (коды А00 - Т98) - 1, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 2
23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2
25. Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход -
5, дано направление:
на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7,
в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10,
на санаторно-курортное лечение - 11,
на медицинскую реабилитацию - 12;
отказ от прохождения медицинских обследований при диспансеризации или медицинском осмотре - 13

оборотная сторона формы № 025-1/у

26. Оплата за счет: ОМС - 1; бюджета - 2; личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных
законодательством - 5

27. Даты посещений (число, месяц, год):							

28. Диагноз предварительный _____ код по МКБ-10 _____
 29. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
 30. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____
 Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____
 31. Медицинская услуга _____ код _____
 Медицинская услуга _____ код _____

32. Диагноз заключительный _____ код по МКБ-10 _____
 33. Внешняя причина _____ код по МКБ-10 _____
 34. Сопутствующие заболевания: _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 _____ код по МКБ-10 _____
 35. Заболевание: острое (+) - 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) - 2; ранее установленное хроническое (-) - 3
 36. Диспансерное наблюдение: состоит - 1; взят - 2, снят - 3, из них: с выздоровлением - 4, со смертью - 5, по другим причинам - 6
 37. Травма: производственная - 1; транспортная - 2, из нее: ДТП - 2.1; спортивная - 3; уличная - 4; сельскохозяйственная - 5; прочая - 6

38. Операция: _____ код _____
 39. Анестезия: общая - 1; местная - 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной - 1; криогенной - 2; эндоскопической - 3; рентгеновской - 4 41. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____
 42. Манипуляции, исследования: _____ кол-во _____ код _____
 _____ кол-во _____ код _____, в том числе лабораторные, инструментальные и лучевые: _____ кол-во _____ код _____ кол-во _____ код _____
 43. Врач: специальность _____ ФИО _____ код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	льгота (%)	Лек. форма	Доза	Кол-во	код МКБ-10	Код врача
	серия	номер							

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности - 1; справка - 2. 46. Повод выдачи: заболевание - 1; уход за больным членом семьи - 2 (ФИО _____); в связи с карантином - 3; на период санаторно-курортного лечения - 4; по беременности и родам - 5; по прерыванию беременности - 6 47. Дата выдачи _____ месяц _____ год _____
 48. Даты продления:
 49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____
 50. Дата закрытия талона число _____ месяц _____ год _____ 51. Врач (ФИО, подпись) _____

ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

1. Учетная форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее - Талон) оформляется медицинскими организациями (иными организациями), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация), и заполняется врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием на всех пациентов, обращающихся в эти медицинские организации, при каждом их обращении и посещении к врачу.

1.1. Талон может формироваться в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Сведения для заполнения Талона берутся из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формы № 025/у, предусмотренной приложением № 1 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 № 834н, индивидуальной карты беременной и родильницы, истории развития ребенка (далее - Карты) и других медицинских документов.

3. Заполнение данных в Талоне производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, без сокращений. Допускаются записи лекарственных средств на латинском языке.

4. Врач-статистик или медицинский статистик контролируют правильность заполнения Талона и правильность кодирования диагнозов в соответствии с МКБ-10. При неправильном кодировании код МКБ-10 должен быть исправлен и приведен в соответствие с записанной формулировкой диагноза, при неправильном оформлении Талон должен быть возвращен врачу для исправления.

5. В паспортной части Талона указывается наименование медицинской организации, ее адрес в соответствии с учредительными документами медицинской организации.

6. В поле «Талон №» указывается индивидуальный номер учетных форм, явившихся основанием для заполнения Талона.

7. При заполнении Талона:

7.1. В пункте 1 указывается дата открытия Талона при каждом обращении пациента(ки) в медицинскую организацию (число, месяц, год).

7.2. Пункты 2 и 3 заполняются на пациентов(ок), имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

7.3. В пункте 2 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг:

«1» - инвалиды войны; «2» - участники Великой Отечественной войны; «3» - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах»;

«4» - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

«5» - лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

«6» - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

«7» - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

«8» - инвалиды;

«9» - дети-инвалиды.

7.4. В пункте 3 указывается дата (число, месяц, год) окончания срока льготы пациента(ки),

указанной в пункте 2.

7.5. В пункте 4 указывается серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), в пункте 5 - название страховой медицинской организации (СМО), в пункте 6 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) пациента(ки).

7.6. Пункты 7 - 13 заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт.

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка.

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание; вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

7.7. Пункт 14 «Занятость» заполняется со слов пациента(ки) или родственников.

В позиции «проходит военную службу и приравненную к ней службу» указываются лица, проходящие военную службу <1> или приравненную к ней службу; <1> Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 13, ст. 1475).

В позиции «пенсионер(ка)» указываются неработающие лица, получающие трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции «студент(ка)» указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции «не работает» указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;

В позиции «прочие» указываются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без определенного места жительства.

7.8. Если в пункте 14 была отмечена занятость пациента(ки), то в пункте 15 со слов пациента(ки) указывается место работы и должность.

7.9. Для детей в пункте 15 отмечается: дошкольник (организованный, неорганизованный) или школьник.

7.10. При наличии у пациента(ки) инвалидности в пункте 16 отмечается, как была установлена инвалидность: впервые или повторно, в пункте 17 - указывается группа инвалидности, а если инвалидность установлена с детства, то это отмечается в пункте 18.

7.11. В пункте 19 отмечается:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь - оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием <1>;

<1> Часть 3 статьи 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) (далее - Федеральный закон).

- первичная врачебная медико-санитарная помощь - оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) <1>; Часть 4 статьи 33 Федерального закона.

- первичная специализированная медико-санитарная помощь - оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь <1>; Часть 5 статьи 33 Федерального закона.

- паллиативная медицинская помощь - представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан <1>. Часть 1 статьи 33 Федерального закона.

7.12. В пункте 20 отмечается место обращения и посещения(й) пациента(ки) из числа предложенных вариантов. Подпункт 4 отмечается, если имело место обращение к врачу медицинской организации, проводящему медицинские осмотры или оказывающему консультативную помощь на базе другой организации.

7.13. В пункт 21 включаются сведения о видах посещений.

При обращении по поводу заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (коды по МКБ-10 - A00 - T98) отмечается подпункт 1 пункта 21 Талона.

Если во время посещений была оказана медицинская помощь в неотложной форме, то дополнительно отмечается подпункт 1.1 пункта 21 Талона. Если было проведено посещение пациента(ки) на дому по поводу заболевания, то отмечается подпункт 1.2 пункта 21 Талона. В пункте 1.3 указывают посещения по поводу диспансерного наблюдения за хроническими больными.

При обращении с профилактической и иными целями (коды по МКБ-10 - Z00 - Z99) отмечается подпункт 2 пункта 21 Талона.

Остальные подпункты отмечаются следующим образом:

посещения по поводу медицинских осмотров, предусмотренных статьей 46 Федерального закона, отмечаются подпунктом 2.1;

посещения по поводу диспансеризации <1> отмечаются подпунктом 2.2;

посещения в центрах здоровья по поводу комплексных обследований <1> отмечаются подпунктом 2.3;

посещения по поводу паллиативной медицинской помощи (код Z51.5 МКБ-10) отмечаются подпунктом 2.4;

посещения врачом на дому для проведения профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий (патронажи) отмечаются подпунктом 2.5;

посещения по другим обстоятельствам отмечаются подпунктом 2.6.

Посещения в течение одного дня пациентом(кой) одного и того же врача учитываются как одно посещение.

7.14. Учету в Талоне подлежат следующие посещения:

врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием;

врачей здравпунктов, врачей-терапевтов участковых цеховых врачебных участков, врачей-акушеров-гинекологов и других врачей-специалистов, ведущих прием в здравпунктах;

врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при выездах в другие медицинские организации, в том числе в фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты;

врачей-психотерапевтов при проведении групповых занятий (число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе);

врачей приемных отделений при оказании медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

7.15. Не подлежат учету в Талоне как посещения врачей:

случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи;

обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации;

случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

консультации и медицинской экспертизы, проводимые врачебными комиссиями <1>; *Статья 48 Федерального закона.*

посещения врачей вспомогательных отделений (кабинетов) медицинской организации, за исключением случаев «ведения» пациента врачом данных отделений (кабинетов): назначение лечения

с записью в первичной медицинской документации, контроль и динамика состояния пациента(ки) в процессе и после окончания курса проведенного лечения (например, лучевого, физиотерапевтического, эндоскопического).

7.16. В пункте 22 обращения пациента(ки) в медицинскую организацию в зависимости от цели подразделяются на:

обращения по поводу заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (коды А00 - Т98 МКБ-10);

обращения с профилактической целью (коды Z00 - Z99 МКБ-10).

Обращение включает в себя одно или несколько посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Талон заполняется на каждое обращение пациента(ки) за оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При обращении по поводу профилактического медицинского осмотра Талон заполняется врачами-специалистами только при отсутствии у пациента(ки) заболеваний. В случае выявления заболевания каждый врач-специалист заполняет отдельный Талон.

7.17. В пункте 23 обращение как законченный случай представляет собой одно обращение и одно или несколько посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Если цель обращения не достигнута - случай отмечается как не законченный.

7.18. В пункте 24 отмечается первичное или повторное в текущем календарном году обращение пациента(ки) с одной и той же целью.

7.19. В пункте 25 отмечается один или несколько подпунктов.

7.20. В пункте 26 отмечается один подпункт.

7.21. В пункте 27 указываются даты посещений в соответствии с обращением пациента(ки).

7.22. В пункте 28 указывается формулировка предварительного диагноза и его код по МКБ-10 (А00 - Т98) в случае заболевания или формулировка обращения и код по МКБ-10 (Z00 - Z99).

7.23. Если основным заболеванием (состоянием) является травма, отравление или некоторые другие последствия воздействия внешних причин, то в пункте 29 указывается формулировка внешней причины и ее код по МКБ-10.

Запись, кодирование и выбор «основного состояния» производится в соответствии с разделом 4.4 МКБ-10.

7.24. В пункте 30 указывается специальность, фамилия, имя, отчество и код врача-специалиста, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а в пункте 31 - название медицинской услуги и ее код <1>. Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24.01.2012, регистрационный № 23010) с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 28.10.2013 № 794н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31.12.2013, регистрационный № 30977) (далее - Номенклатура).

7.25. В пунктах 32 - 34 при обращениях по поводу заболеваний (подпункт 1 пункта 22) указываются формулировка заключительного диагноза заболевания (состояния), послужившего причиной обращения за медицинской помощью в амбулаторных условиях (пункт 32), формулировка и код внешней причины по МКБ-10 в случае травмы, отравления и некоторых других последствиях воздействия внешних причин (пункт 33), а также формулировки фоновых, конкурирующих и сопутствующих заболеваний, диагностированных у пациента(ки) при данном обращении или ранее (пункт 34).

7.26. При обращениях с профилактической целью (подпункт 2 пункта 22) в пункте 32 указывается формулировка обращения и его код по МКБ-10 (Z00 - Z99).

7.27. В пункте 35 указывается диагноз заболевания (состояния): установлено ли оно впервые в жизни как острое или хроническое либо было установлено ранее.

7.28. В пункте 36 указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): проводится, установлено, прекращено (в том числе с выздоровлением или со смертью).

7.29. В пункте 37 указывается вид травмы в соответствии с 4-м знаком кода внешней причины по МКБ-10, указанным в пункте 33.

7.30. В пункте 38 указывается наименование проведенной в амбулаторных условиях операции и ее код в соответствии с Номенклатурой.

7.31. В пункте 39 указывается вид анестезии, в пункте 40 - вид аппаратуры, использованной при операции, в пункте 41 - специальность, фамилия, имя, отчество и код врача, выполнившего операцию.

7.32. В пункте 42 указывается название, количество и коды проведенных врачами манипуляций и

исследований в соответствии с Номенклатурой. В пункте 43 указывается специальность, фамилия, имя, отчество и код врача, который провел манипуляцию или исследование.

7.33. В пункте 44 указываются сведения о льготном лекарственном обеспечении пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

7.34. В пунктах 45 - 49 указываются сведения о выдаче документа о временной нетрудоспособности пациента.

7.35. В пункте 50 указывается дата закрытия Талона (число, месяц, год).

7.36. В пункте 51 указываются фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и подпись врача, подписавшего Талон. (п. 7.36 в ред. Приказа Минздрава России от 09.01.2018 № 2н)