



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ставропольского края

ПРИКАЗ

01 ноября 2019 г. г. Ставрополь 01-05/1130

Об организации мероприятий по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и в целях дальнейшего совершенствования пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка и снижения уровня младенческой смертности от врожденных пороков развития плода в Ставропольском крае

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Алгоритм проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка (далее – пренатальная диагностика) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее соответственно – алгоритм, медицинские организации).

1.2. Принципы маршрутизации беременных женщин для проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае и схему направления беременных в медико-генетическую консультацию при подозрении на врожденные пороки развития плода и хромосомные аномалии плода в любом сроке беременности.

1.3. Рекомендуемую форму стандартного талона-направления для проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин.

1.4. Рекомендуемую форму протокола ультразвукового исследования в сроке 11–13 недель беременности.

1.5. Рекомендуемую форму протокола ультразвукового исследования в сроке 19–20 недель (30–32 недели) беременности.

1.6. Примерное положение о кабинете пренатальной диагностики нарушений развития ребенка.

1.7. Примерное положение о специалисте кабинета пренатальной диагностики.

1.8. Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих в своей структуре кабинеты пренатальной диагностики, и прикрепленных к ним территорий.

1.9. Положение о перинатальном консилиуме министерства здравоохранения Ставропольского края.

1.10. Рекомендуемую форму направления пациента на перинатальный консилиум министерства здравоохранения Ставропольского края.

1.11. Форму заключения перинатального консилиума министерства здравоохранения Ставропольского края.

1.12. Форму заключения внешнего специалиста перинатального консилиума министерства здравоохранения Ставропольского края.

1.13. Рекомендуемую форму отчета о реализации мероприятий по пренатальной диагностике в Ставропольском крае.

2. Главным врачам медицинских организаций обеспечить:

2.1. Постановку на диспансерный учет женщин в сроке беременности до 12 недель.

2.2. Направление беременных женщин на пренатальную диагностику в соответствии с алгоритмом, утвержденным настоящим приказом.

2.3. Направление беременных женщин на перинатальный консилиум министерства в соответствии с положением, утвержденным настоящим приказом.

2.4. Предоставление женской консультацией отчета о реализации мероприятий по пренатальной диагностике у женщин, состоящих на диспансерном учете по беременности до 03 числа месяца, следующего за отчетным, в медико-генетическую консультацию государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1», расположенного по адресу: г. Ставрополь, ул. Семашко, 3/1 (далее соответственно – ГБУЗ СК, «СККПЦ № 1») и в ГБУЗ СК «Медицинский информационно-аналитический центр» (далее – «МИАЦ») в соответствии с формой, утвержденной настоящим приказом.

2.5. Направление для родоразрешения беременных женщин с пренатально диагностированными нарушениями развития ребенка, подлежащими хирургическому лечению, в федеральные специализированные медицинские учреждения в соответствии с медицинскими показаниями в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3. Главным врачам медицинских организаций, имеющих в своей структуре кабинеты пренатальной диагностики, в соответствии с перечнем, утвержденным настоящим приказом, обеспечить:

3.1. Бесперебойное функционирование на базе медицинской организации кабинета пренатальной диагностики, укомплектованного специалистами и оснащенного оборудованием согласно примерному положению о кабинете пренатальной диагностики, утвержденному настоящим приказом.

3.2. Оснащение кабинета пренатальной диагностики медицинским оборудованием для ультразвуковой диагностики согласно примерному положению о кабинете пренатальной диагностики, утвержденному настоящим приказом.

3.3. Организацию и проведение:

3.3.1. Пренатальной диагностики у беременных женщин в сроке 11-13 недель беременности, включая забор крови в день проведения ультразвукового исследования, в соответствии с алгоритмом, утвержденным настоящим приказом.

3.3.2. Ультразвукового исследования беременных женщин в сроке 19-20 недель беременности в соответствии с порядком, утвержденным настоящим приказом.

4. Главному врачу ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» обеспечить:

4.1. Функционирование на базе возглавляемой медицинской организации медико-генетической консультации.

4.2. Биохимическое исследование крови беременных женщин, доставленной из кабинетов пренатальной диагностики медицинских организаций, на сывороточные маркеры хромосомной патологии.

4.3. Проведение экспертного ультразвукового исследования беременным женщинам из групп риска по хромосомной патологии и при врожденных пороках развития у плода, выявленных в кабинете пренатальной диагностики в скрининговые сроки и/или по направлению медицинских организаций во внескрининговые сроки.

4.4. Медико-генетическое консультирование беременных женщин группы риска по результатам пренатальной диагностики, а также семей из группы риска по врожденной и наследственной патологии для разработки плана обследования, расчета генетического риска и прогноза потомства.

4.5. Проведение инвазивного пренатального исследования с выполнением устанавливающих пренатальный диагноз цитогенетических анализов.

5. Рекомендовать главному врачу автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» принять к исполнению пункты 2, 3, 4.1 и 4.3-4.6 настоящего приказа.

6. Директору ГБУЗ СК «МИАЦ»:

6.1. Обеспечить сбор и свод отчетов медицинских организаций о реализации мероприятий по пренатальной диагностике.

6.2. Предоставлять сводную информацию о реализации мероприятий по пренатальной диагностике в отдел медицинских проблем материнства и детства министерства здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) ежемесячно до 05 числа месяца, следующего за отчетным.

7. Признать утратившим силу приказ министерства от 06.03.2017 г. № 01-05/115 «Об организации мероприятий по проведению пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае».

8. Рекомендовать руководителям медицинских организаций частной системы здравоохранения Ставропольского края принять к исполнению пункт 2 настоящего приказа.

9. Настоящий приказ вступает в силу на следующий день после дня его официального опубликования.

10. Контроль за выполнением пункта 2 настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста по пренатальной диагностике министерства.

Контроль за выполнением пункта 3 настоящего приказа возложить на главного внештатного специалиста по ультразвуковой диагностике министерства.

11. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Козлову Н.А.

Министр



В.Н. Мажаров

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

АЛГОРИТМ

проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края

1. Настоящий алгоритм регулирует проведение комплекса мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития ребенка (далее – пренатальная диагностика) в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края (далее – медицинские организации).

Врач акушер-гинеколог женской консультации, осуществляющий наблюдение беременной женщины, информирует беременную женщину о целях и методах проведения пренатальной диагностики на всех ее этапах. Беременная женщина заполняет и подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, утверждаемой в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При отказе от проведения любого этапа пренатальной диагностики беременная женщина заполняет и подписывает отказ от медицинского вмешательства по форме, утверждаемой в соответствии с законодательством Российской Федерации, после получения от врача акушера-гинеколога информации в доступной форме о риске для жизни и здоровья ребенка в случае отказа от пренатальной диагностики.

О каждом случае отказа беременной женщины от проведения пренатальной диагностики в течение двух рабочих дней информируется по электронной почте Ing1967@yandex.ru главный внештатный специалист по пренатальной диагностике министерства здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство).

При направлении в кабинет пренатальной диагностики за пределы района Ставропольского края, в котором проживает беременная женщина, транспортировка беременной женщины осуществляется транспортом направляющей медицинской организации.

2. Пренатальная диагностика включает в себя:

2.1. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) в сроке 11–13 недель беременности, которое проводится по единому протоколу ультразвукового исследования в сроке 11–13 недель беременности по форме, утверждаемой министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), при наличии направления женской консультации. УЗИ проводится в кабинете пренатальной диагностики медицинской организации в

соответствии с перечнем медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих в своей структуре кабинеты пренатальной диагностики и прикрепленных к ним территорий, утверждаемым министерством, специалистом пренатальной диагностики, имеющим сертификат FMF (Fetal Medicine Foundation). Результаты УЗИ вносятся специалистом пренатальной диагностики в сетевой программный комплекс «Астрайя».

2.2. Определение в крови беременной женщины концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода (ассоциированный с беременностью протеин плазмы А (РАРР-А) и свободный бета-хорионический гонадотропин человеческий (b-ХГЧ)) в лаборатории медико-генетической консультации (далее – МГК) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» (далее соответственно – ГБУЗ СК, «СККПЦ № 1») с последующим расчетом риска в сетевом программном комплексе «Астрайя».

Забор крови у беременных женщин проводится в кабинетах пренатальной диагностики в день проведения УЗИ. Сыворотка крови на исследование доставляется в лабораторию МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» не реже одного раза в 3 дня с соблюдением температурного режима (центрифугирование крови проводится не позже 15 минут после забора крови, до отправки сыворотка хранится в холодильнике при температуре 4 градуса по Цельсию без замораживания).

2.3. УЗИ в сроке 19–20 недель беременности, которое проводится по единому протоколу ультразвукового исследования в сроке 19-20 недель (30–32 недели) беременности по рекомендуемой форме, утверждаемой министерством (с обязательным выполнением цервикометрии), в кабинете пренатальной диагностики. При выявлении нарушений развития плода беременные женщины, прошедшие первый скрининг (пп. 2.1 и 2.2 настоящего алгоритма), направляются для выполнения УЗИ на аппарате экспертного класса в МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» и автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (далее – АНМО «СКККДЦ») (по согласованию).

2.4. УЗИ в сроке 30–32 недели беременности проводится в медицинских организациях по месту наблюдения беременных по единому протоколу ультразвукового исследования в сроке 19–20 недель (30–32 недели) беременности по рекомендуемой форме, утверждаемой министерством (с обязательным выполнением цервикометрии). При выявлении нарушений развития плода беременные направляются в МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (далее – «СККПЦ») и АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

3. Медико-генетическое консультирование беременных женщин из группы высокого индивидуального риска хромосомных аномалий (далее – ХА)

(при границе 1/100) и при врожденных пороках развития у плода по результатам пренатальной диагностики проводится врачами-генетиками МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

При подозрении на врожденные пороки развития (далее – ВПР) и (или) ХА плода беременная, члены ее семьи (при согласии женщины) информируются о необходимости проведения и методах инвазивной диагностики, ее результатах и пренатальном диагнозе, прогнозе для жизни и здоровья будущего ребенка, а также получают рекомендации по дальнейшему ведению беременности.

4. При наличии медицинских показаний инвазивное пренатальное исследование с последующим выполнением цитогенетического анализа полученных материалов проводится на базе МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

4.1. Инвазивное пренатальное исследование проводится с письменного согласия беременной под контролем УЗИ, при условии обязательного гинекологического и лабораторного обследования.

4.2. Проведение инвазивного пренатального исследования осуществляет специалист, владеющий инвазивными методами диагностики, при участии врача-лаборанта для визуальной оценки качества и количества полученного материала, который отправляется на цитогенетическое исследование в лабораторию МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

4.3. При выявлении пренатальных нарушений развития ребенка тактика ведения беременности определяется перинатальным консилиумом министерства с учетом решения беременной.

4.4. При выявлении ХА и ВПР тактика ведения беременности по месту наблюдения беременной женщины определяется в соответствии с рекомендациями перинатального консилиума министерства с учетом решения беременной и семьи.

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ПРИНЦИПЫ МАРШРУТИЗАЦИИ

беременных женщин для проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка в Ставропольском крае *

Этапы пренатальной диагностики нарушений развития ребенка	Сроки проведения обследования	Место проведения обследования	Прикрепленный контингент	Методы исследования			
				УЗИ	Забор крови у беременных женщин на маркеры PAPP-A, b-ХГЧ	Биохимическое обследование на маркеры PAPP-A, b-ХГЧ	Инвазивная диагностика
1	2	3	4	5	6	7	8
I этап обследования беременных женщин	11–13 недель беременности	КПД медицинских организаций СК, в том числе ГБУЗ СК «СККПЦ», МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», МГК АНМО «СКККДЦ» (по согласованию)	Беременные женщины, состоящие на учете в перечисленных (столбец 3) медицинских организациях и прикрепленное к ним население	+	+	+	+
II этап обследования беременных женщин (скрининговое УЗИ) при отнесении беременной к низкой степени риска по результатам первого этапа	19–20 недель беременности	КПД медицинских организаций Ставропольского края, в том числе ГБУЗ СК «СККПЦ», МГК ГБУЗ СК «СККПЦ № 1», МГК АНМО	Беременные женщины, состоящие на учете в перечисленных (столбец 3) медицинских организациях и прикрепленное	+	-	-	+

1	2	3	4	5	6	7	8
		«СКККДЦ» (по согласованию)	к ним население				
III этап обследования беременных женщин (скрининговое УЗИ) при отнесении беременной к низкой степени риска по результатам первого и второго этапа	30– 32 недели беременности	Кабинеты УЗИ медицинских организаций по месту наблюдения беременных женщин	Беременные женщины, состоящие на диспансерном учете	+	-	-	-
		МГК АНМО «СКККДЦ» (по согласованию)	Беременные женщины, группы риска, по ВПР, состоящие на учете в МГК АНМО «СКККДЦ»	+	-	-	+

* Сокращения:

СК – Ставропольский край.

КПД – кабинет пренатальной диагностики нарушений развития ребенка.

УЗИ – ультразвуковое исследование.

МГК – медико-генетическая консультация.

ВПР – врожденные пороки развития.

ХА – хромосомные аномалии.

РАРР-А – ассоциированный с беременностью протеин плазмы А.

б-ХГЧ – свободный бета-хорионический гонадотропин человеческий.

ГБУЗ СК «СККПЦ» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (г. Ставрополь, ул. Ломоносова, 44).

ГБУЗ СК «СККПЦ №1» – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр №1» (г. Ставрополь, ул. Семашко, 3/1).

АНМО «СКККДЦ» – автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (г. Ставрополь, ул. Ленина, 304).

СХЕМА

направления беременных в медико-генетическую консультацию при подозрении на врожденные пороки развития плода и хромосомные аномалии плода в любом сроке беременности

ГБУЗ СК «СККПЦ №1»:	ГБУЗ СК «СККПЦ»:	АНМО «СКККДЦ»
г. Ставрополь	г. Ставрополь	г. Ставрополь
Александровский муниципальный район		Андроповский муниципальный район
Апанасенковский муниципальный район		горд-курорт Ессентуки
Арзгирский муниципальный район		горд-курорт Кисловодск
Изобильненский городской округ		г. Лермонтов (по согласованию)
Ипатовский городской округ		г. Минеральные Воды
Кочубеевский муниципальный район		горд-курорт Пятигорск
Благодарненский городской округ		г. Невинномысск
г. Буденновск и Буденновский муниципальный район		Грачевский муниципальный район
г. Георгиевск и Георгиевский городской округ		Красногвардейский муниципальный район
горд-курорт Железноводск		Курский муниципальный район
Кировский городской округ		Петровский городской округ
Левокумский муниципальный район		Предгорный муниципальный район
Нефтекумский городской округ		Степновский муниципальный район
Новоалександровский городской округ		Труновский муниципальный район
Новоселицкий муниципальный район		Туркменский муниципальный район
Советский городской округ		Шпаковский муниципальный район
Труновский муниципальный район		

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

СТАНДАРТНЫЙ ТАЛОН-НАПРАВЛЕНИЕ

для проведения пренатальной диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин.

(ПРИЛОЖИТЬ КСЕРОКОПИЮ ПОЛИСА, ПАСПОРТА, СНИЛС)

ДАнные О ПАЦИЕНТКЕ

(заполняются в женской консультации печатными буквами или на компьютере)

Дата направления беременной на скрининг: с _____ по _____
(скрининг проводится при КТР плода от 45 до 84 мм – с 11 недель 2 дней до 13 недель 6 дней по данным УЗИ)
ФИО беременной: _____
Дата рождения: _____ г.р. Контактный телефон беременной: _____
Адрес проживания: _____
Район: _____ Населенный пункт: _____
Медицинская организация: _____
ФИО врача: _____ Конт. тел. врача: _____
АНАМНЕЗ. Первый день последней менструации: _____ Количество родов: _____
Вес (кг) _____ Этническая группа: белая; черная; азиатка; Восточная Азия; другое;
Курение: да; нет; Индукция овуляции: да; нет;
Зачатие: естественное; ЭКО; если ЭКО, то укажите: замороженная яйцеклетка; донорская
яйцеклетка; донорский эмбрион; инсеминация спермой мужа; инсеминация донорская; GIFT;
 ICSI; Хромосомные аномалии предыдущего плода или ребёнка: трисомия 21; трисомия 18;
 трисомия 13;

ДАнные ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ

(заполняются в окружном кабинете ПД)

УЗИ. Дата _____ Врач УЗИ (ФИО) _____
FMF сертификат _____ FMF ID _____

Многоплодная беременность: _____ Количество плодов: _____

да; нет;

Хориальность: монохориальная; дихориальная;

КТР (мм) плод 1: _____ ТВП (мм) плод 1: _____ Носовая кость плод 1: _____

ЧСС _____ Кровоток в венозном протоке ПИ: _____ Трикуспидальная регургитация: _____

Комментарии (эхо-маркеры патологии): _____

КТР (мм) плод 2: _____ ТВП (мм) плод 2: _____ Носовая кость плод 2: _____

ЧСС _____ Кровоток в венозном протоке ПИ: _____ Трикуспидальная регургитация: _____

Комментарии (эхо-маркеры патологии): _____

КТР (мм) плод 3: _____ ТВП (мм) плод 3: _____ Носовая кость плод 3: _____

ЧСС _____ Кровоток в венозном протоке ПИ: _____ Трикуспидальная регургитация: _____

Комментарии (эхо-маркеры патологии): _____

БИОХИМИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ.

Дата взятия крови: _____

М.П.

ФИО и подпись медицинской
сестры ОК ПД:

ФИО и подпись врача ОК ПД:

Примечание: талон из окружного кабинета ПД передается в лабораторию биохимического скрининга вместе с образцом крови беременной для внесения необходимых данных в расчет индивидуального риска и учета случаев ПД

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ПРОТОКОЛ

ультразвукового исследования
в сроке 11–13 недель беременности

наименование медицинской организации

№ _____ «___» _____ 20__ года

1. Ф.И.О. _____
2. Возраст _____
3. Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный
4. Первый день последней менструации _____
5. Срок беременности _____ нед. _____ дня(ей)
6. В полости матки визуализируется ___ плодное(ых) яйцо(а) ___ плод(а)
7. КТР _____ мм соответствует _____ нед. беременности
8. Сердцебиение плода: есть/нет ЧСС _____ уд./мин.
9. Толщина воротникового пространства _____
10. Носовая кость не визуализируется _____ длина _____ мм
11. Кровоток в венозном протоке _____ норма/реверс _____
12. Трикуспидальная регургитация _____ да/нет

Анатомия эмбриона

1. Кости свода черепа _____
 2. Передняя брюшная стенка (целостность) _____
 3. Сосудистые сплетения _____
 4. Желудок _____
 5. Сердинное м-эхо _____
 6. Мочевой пузырь _____
 7. Позвоночник _____
 8. Конечности верхние _____
нижние _____
 9. Сердце 4-кам. срез _____
- Врожденные пороки развития:
1. Не обнаружено _____
 2. Особенности строения плода _____

3. Преимущественная локализация: передняя, задняя, дно матки, область хориона: _____ внутреннего зева _____
4. Структура хориона _____ не изменена/изменена _____
5. Особенности придатков матки _____
6. Миометрий _____
7. Визуализация _____ удовлетворительная/затруднена _____
8. Длина шейки матки _____

Примечания: _____

Рекомендовано: _____

Заключение: _____

Ф.И.О. врача

подпись

м.п.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ПРОТОКОЛ

ультразвукового исследования
в сроке 19–20 недель (30–32 недели) беременности

наименование медицинской организации

№ _____ «__» _____ 20__ года

Дата исследования _____ № исследования _____

Ф.И.О. пациентки _____

Возраст _____

Первый день последней менструации _____ срок беременности _____ нед.

В матке определяется _____ живой плод в _____ предлежании _____

Фетометрия:

Бипариетальный размер головки _____ мм

Окружность головки _____ мм

Лобно-затылочный размер _____ мм

Ср. диаметр/окружность живота _____ мм

Длина бедренной кости: левой _____ мм, правой _____ мм

Длина костей голени: левой _____ мм, правой _____ мм

Длина плечевой кости: левой _____ мм, правой _____ мм

Длина костей предплечья: левого _____ мм, правого _____ мм

Размеры плода: соответствуют _____ нед.

непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности

Анатомия плода:

Боковые желудочки мозга _____ Мозжечок _____

Большая цистерна _____

Лицевые структуры: профиль _____

Носовая кость _____

Носогубный треугольник _____

Глазницы _____

Позвоночник _____

Легкие _____

Четырехкамерный срез сердца _____

срез ч/з 3 сосуда _____

Желудок _____

Желудок _____
Кишечник _____
Почки _____
Мочевой пузырь _____
Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке _____
Плацента, пуповина, околоплодные воды:
Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше
справа/слева, в дне на _____ см выше внутреннего зева, область
внутреннего зева
Толщина плаценты _____ нормальная, уменьшена, увеличена до _____ мм
Структура плаценты _____
Степень зрелости _____, что соответствует/не соответствует сроку
беременности.
Количество околоплодных вод: нормальное.
Многоводие/маловодие – индекс амниотической жидкости _____ мм
Пуповина имеет _____ сосуда.
Врожденные пороки развития плода: данных не обнаружено
Обнаружены: _____
Шейка и стенки матки: особенности строения _____
Длина шейки матки _____
Область придатков _____
Визуализация: удовлетворительная/затруднена
Заключение: _____

Ф.И.О. врача

подпись

м.п.

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о кабинете пренатальной диагностики нарушений развития ребенка

1. Кабинет пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (далее – кабинет) организуется на функциональной основе в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Ставропольского края, осуществляющих постановку на учет и наблюдение беременных женщин (далее – медицинская организация), укомплектовывается подготовленными специалистами пренатальной диагностики и оснащается ультразвуковым оборудованием, совместимым с сетевым программным комплексом «Астрайя», с комплектами датчиков для ультразвуковых исследований женских половых органов и органов плода в режиме 2D (конвексный, линейный и внутриволостной) и в режиме 3-4D (конвексный и внутриволостной) и со следующими основными характеристиками:

- исследование в реальном времени, серошкальное изображение,
- регулируемая акустическая мощность,
- функция «заморозки» изображения,
- электронные калиперы,
- возможность архивирования и печати ультразвуковых изображений,
- специальные программы для анализа и обработки полученных сканов и клипов.

2. Главный врач медицинской организации, в которой организован кабинет, в соответствии с Перечнем медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих в своей структуре кабинеты пренатальной диагностики, и прикрепленных к ним территорий, утверждаемым министерством здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство):

2.1. Осуществляет контроль за работой кабинета.

2.2. Утверждает штатное расписание в пределах установленного фонда заработной платы медицинской организации. Допускается работа одного специалиста пренатальной диагностики в двух и более кабинетах пренатальной диагностики различных медицинских организаций.

2.3. Определяет в установленном порядке повышающий коэффициент к окладу за сложность выполняемых работ врачам ультразвуковой диагностики, осуществляющим ультразвуковое исследование в рамках первого и второго

скрининга пренатальной диагностики (в 11–13 недель и 19–20 недель соответственно).

2.4. Решает вопросы материально-технического снабжения.

2.5. Обеспечивает своевременное предоставление ежемесячных (до 03 числа месяца, следующего за отчетным) и годовых отчетов о работе кабинета главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства на электронную почту lng1967@yandex.ru и в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» по форме, утверждаемой министерством.

3. Кабинет обеспечивает реализацию комплекса организационных и медицинских мероприятий по своевременному пренатальному выявлению пороков развития у ребенка, профилактике рождения детей с летальными и тяжелыми пороками развития, хромосомной патологией:

3.1. Проведение первого пренатального ультразвукового скрининга в сроке гестации 11–13 недель и 6 дней у беременных женщин.

3.2. Проведение забора крови в день проведения УЗИ у беременных женщин в сроки 11–13 недель и 6 дней гестации для биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров хромосомной патологии у плода PAPP-A и бета-ХГЧ.

3.3. Проведение регистрации, в том числе электронной, беременных женщин, прошедших пренатальную диагностику; заполнение талона-направления и модуля второго триместра в сетевом программном комплексе «Астрай» (при его наличии).

3.4. Транспортировку образцов крови в лабораторию медико-генетической консультации государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ № 1»).

3.5. Получение результатов (протоколов) биохимического пренатального скрининга материнских сывороточных маркеров PAPP-A и бета-ХГЧ из медико-генетической консультации ГБУЗ СК «СККПЦ № 1».

3.6. Направление на консультирование и подтверждающую диагностику в медико-генетическую консультацию ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» либо АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

3.7. Проведение организационно-методической и диагностической работы кабинета во взаимодействии с медико-генетическими консультациями ГБУЗ СК «СККПЦ № 1» и АНМО «СКККДЦ» (по согласованию).

**Рекомендуемые штатные нормативы кабинета
пренатальной диагностики нарушений развития ребенка**

Штаты	Количество должностей
Руководитель кабинета пренатальной диагностики (врач ультразвуковой диагностики)	1
Врач ультразвуковой диагностики	1
Медицинская сестра	1
Медицинский регистратор	1

**Рекомендуемый табель оснащения кабинета пренатальной диагностики
нарушений развития ребенка**

Наименование медицинской техники и офисного оборудования	Количество единиц
Аппарат УЗИ с возможностью сохранения изображений на цифровом носителе и возможностью подключения к сетевому программному комплексу «Астрайя»	1
Центрифуга	1
Холодильник стационарный для хранения биологических проб	1
Сумка-холодильник для транспортировки биологических проб	1
Компьютер с возможностью выхода в информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» и наличием электронной почты	1
Телефон-факс	1
Принтер	1
Копировальный аппарат	1

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о специалисте кабинета пренатальной диагностики

1. На должность врача-специалиста кабинета пренатальной диагностики (далее – специалист) назначается врач, имеющий действующий сертификат по специальности «ультразвуковая диагностика», получивший в установленном порядке специальную подготовку по выявлению нарушений внутриутробного развития плода и сертификат FMF (Fetal Medicine Foundation).

2. Кандидатура специалиста определяется руководителем медицинской организации после согласования с главным внештатным специалистом по пренатальной диагностике министерства здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство) и главным внештатным специалистом по ультразвуковой диагностике министерства.

3. Основной задачей специалиста является реализация мероприятий, направленных на проведение высококвалифицированной пренатальной диагностики.

4. В соответствии с основной задачей специалист:

4.1. Проводит ультразвуковые исследования (далее – УЗИ) в соответствии с алгоритмом проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в медицинских организациях Ставропольского края, утверждаемым министерством, вносит результаты УЗИ в сетевой программный комплекс «Астрай» (при его наличии).

4.2. Предоставляет сохраненные на цифровом носителе данные УЗИ главному внештатному специалисту по ультразвуковой диагностике министерства по его запросу (при условии подписания пациентом информированного согласия на передачу данных обследования третьим лицам).

4.3. Осуществляет свою деятельность во взаимодействии с отделом медицинских проблем материнства и детства министерства и с главным внештатным специалистом по пренатальной диагностике министерства, вносит предложения по вопросам улучшения работы кабинета пренатальной диагностики.

4.4. Ведет медицинскую и другую необходимую документацию, касающуюся количественных и качественных показателей работы кабинета пренатальной диагностики.

4.5. Обеспечивает сохранность и технически грамотную эксплуатацию медицинской техники в кабинете пренатальной диагностики.

4.6. Принимает участие в клинко-анатомических разборах случаев диагностики нарушений внутриутробного развития плода и заседаниях перинатального консилиума.

4.7. Повышает в установленном порядке свою профессиональную квалификацию. Осваивает и внедряет в практику новые методики диагностики нарушений внутриутробного развития плода.

4.8. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях и семинарах, на которых рассматриваются вопросы пренатальной диагностики.

УТВЕРЖДЕН

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ПЕРЕЧЕНЬ

медицинских организаций государственной системы здравоохранения Ставропольского края, имеющих в своей структуре кабинеты пренатальной диагностики, и прикрепленных к ним территорий

№ п/п	Наименование медицинской организации, имеющей в своей структуре кабинет пренатальной диагностики	Прикрепленные территории
1.	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края (далее – ГБУЗ СК) «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1» г. Буденновск	1) Буденновский муниципальный район, 2) Благодарненский городской округ
2.	ГБУЗ СК «Ессентукский межрайонный родильный дом»	город-курорт Ессентуки
3.	ГБУЗ СК «Кисловодский межрайонный родильный дом»	город-курорт Кисловодск
4.	ГБУЗ СК «Минераловодский межрайонный родильный дом»	1) Минераловодский городской округ, 2) Георгиевский городской округ, 3) город-курорт Железноводск, 4) Кировский городской округ, 5) Советский городской округ
5.	ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный родильный дом»	1) город-курорт Пятигорск, 2) г. Лермонтов (по согласованию), 3) Курский муниципальный район, 4) Предгорный муниципальный район, 5) Степновский муниципальный район
6.	ГБУЗ СК «Пятигорская городская клиническая больница № 2»	город-курорт Пятигорск
7.	ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр № 1»	1) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 1» города Ставрополя,

		<ol style="list-style-type: none"> 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический многопрофильный центр», 3) Александровский муниципальный район, 4) Апанасенковский муниципальный район, 5) Арзгирский муниципальный район, 6) Изобильненский городской округ, 7) Ипатовский городской округ, 8) Кочубеевский муниципальный район, 9) Левокумский муниципальный район, 10) Нефтекумский городской округ, 11) Новоалександровский городской округ, 12) Новоселицкий муниципальный район
8.	ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр»	<ol style="list-style-type: none"> 1) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» города Ставрополя, 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 5» города Ставрополя
9.	Автономная некоммерческая медицинская организация «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (по согласованию)	<ol style="list-style-type: none"> 1) территория обслуживания государственного автономного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Городская клиническая поликлиника № 3» города Ставрополя, 2) территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника» города Ставрополя, 3) Грачевский муниципальный район, 4) Труновский муниципальный район, 5) Туркменский муниципальный район, 6) Петровский городской округ, 7) Шпаковский муниципальный район

		район, 8) г. Михайловск, 9) г. Невинномысск
10.	ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» города Ставрополя	территория обслуживания ГБУЗ СК «Городская клиническая поликлиника № 6» города Ставрополя

УТВЕРЖДЕНО

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ПОЛОЖЕНИЕ

о перинатальном консилиуме министерства здравоохранения
Ставропольского края

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регламентирует деятельность перинатального консилиума министерства здравоохранения Ставропольского края (далее соответственно – перинатальный консилиум, министерство).

1.2. Перинатальный консилиум создается с целью выработки тактики по ведению беременности при выявлении врожденных пороков развития плода (далее – ВПР), совместимых с жизнью, а также ВПР, хромосомной или другой патологии плода с неблагоприятным прогнозом для его жизни.

1.3. Состав перинатального консилиума и состав внешних специалистов перинатального консилиума утверждается приказом министерства.

1.4. Перинатальный консилиум осуществляет свою деятельность на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой клинический перинатальный центр» (далее – ГБУЗ СК «СККПЦ»).

1.5. В своей деятельности перинатальный консилиум руководствуется Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации, законодательством Ставропольского края, а также настоящим положением.

2. Функции перинатального консилиума

2.1. Определение дальнейшей тактики ведения беременности в случае направления беременной из медико-генетической консультации (далее – МГК) либо медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение беременной, по следующим показаниям:

2.1.1. Пороки развития у плода, выявленные пренатально при проведении ультразвукового исследования в любом сроке беременности, в том числе:

2.1.1.1. Врожденные аномалии (пороки развития) плода (далее – ВПР), совместимые с жизнью.

2.1.1.2. ВПР (изолированные или множественные), требующие хирургической коррекции.

2.1.1.3. ВПР, не совместимые с жизнью.

2.1.2. Наследственные заболевания плода.

2.1.3. Хромосомные болезни плода.

2.1.4. Патология плода, возникшая вследствие его внутриутробного инфицирования.

2.2. Решение вопроса о необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям независимо от срока беременности в случае установления диагноза хромосомных нарушений, ВПР и другой патологии у плода с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья ребенка после рождения.

2.3. Направление беременных для родоразрешения в акушерские стационары, имеющие отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, если по заключению пренатального консилиума возможна хирургическая коррекция ВПР в неонатальном периоде. В таких случаях в состав пренатального консилиума должен входить врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог и врач детский хирург.

2.4. Направление, при невозможности оказания необходимой медицинской помощи в Ставропольском крае, беременных в медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание данного вида медицинской помощи, после проведения перинатального консилиума, в состав которого входят врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, врач-генетик, врач-неонатолог, врач детский кардиолог и врач детский хирург при наличии ВПР плода, требующих оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи плоду или новорожденному в перинатальном периоде.

2.5. Определение прогноза для развития плода и жизни новорожденного в случае подтверждения ВПР у плода, требующего хирургической помощи, комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики, врача-генетика, врача детского хирурга, врача-кардиолога с выдачей заключения перинатального консилиума на руки беременной для предъявления по месту наблюдения по беременности.

2.6. Составление плана лечения с указанием сроков оказания медицинского вмешательства новорожденному в кардиохирургическом стационаре при подтверждении диагноза и наличии показаний к хирургическому вмешательству по поводу врожденных пороков сердечно-сосудистой системы перинатальным консилиумом, в состав которого входят врач акушер-гинеколог, врач детский кардиолог, врач-неонатолог.

2.7. Направление беременных для родоразрешения в акушерский стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и реанимобиль для экстренной транспортировки новорожденного в специализированный детский стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «детская хирургия», для проведения хирургического вмешательства по стабилизации состояния при наличии у плода изолированного ВПР (поражение одного органа или системы).

2.8. Направление беременных с ВПР плода на консультацию (очную либо заочную) врачами-специалистами федеральных специализированных медицинских учреждений.

2.9. Направление на дополнительное обследование с целью определения прогноза для жизни и здоровья плода (консультирование врача-генетика и проведение кариотипирования в декретированные сроки, ЭХО-кардиография у плода, магнитно-резонансная томография плода, консультации специалистов соответствующего профиля) при наличии у плода ВПР, часто сочетающегося с хромосомными аномалиями, или наличии множественных ВПР, в максимально ранние сроки беременности.

2.10. Информирование беременной, членов ее семьи (по согласию беременной) о необходимости прерывания беременности, о характере и тяжести врожденных изменений у ребенка, о возможном объеме и длительности лечения после рождения, о возможной степени утраты физических и психических параметров здоровья (инвалидизации), о прогнозе для жизни ребенка.

2.11. Проведение заседаний перинатального консилиума по разбору случаев несвоевременного выявления ВПР и хромосомных аномалий плода и случаев перинатальной и младенческой смертности от указанных причин.

3. Порядок работы перинатального консилиума

3.1. Врач акушер-гинеколог, осуществляющий наблюдение беременной при наличии у беременной женщины показаний, определенных настоящим положением, и в соответствии со схемой направления беременных в медико-генетическую консультацию (далее – МГК) при подозрении на врожденные пороки развития плода и хромосомные аномалии плода в любом сроке беременности, утверждаемой министерством, обязан направить беременную женщину в МГК в день выявления патологии.

3.2. При направлении беременной в МГК, врач акушер-гинеколог выдает ей следующие документы: направление установленного образца, выписку из индивидуальной карты беременной (или индивидуальную карту беременной), результаты проведения пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, результаты проведенного обследования, заключения соответствующих специалистов.

3.3. Врач-генетик МГК на основании представленных документов и проведенного дополнительно обследования, в случае установления в МГК пренатального диагноза ВПР у плода (либо подозрении на ВПР и хромосомные аномалии плода) рекомендует беременной консультацию внешнего специалиста (по профилю патологии плода).

3.4. Врач акушер-гинеколог женской консультации, осуществляющий наблюдение беременной, направляет беременную на консультацию к внешнему специалисту (по профилю патологии плода) после согласования даты и времени консультации с внешним специалистом (либо администрацией

медицинской организации, в которую направляется беременная), а затем на перинатальный консилиум.

При подозрении на ВПР сердечно-сосудистой системы у плода, изолированные или в сочетании с другими аномалиями развития, перед направлением к внешнему специалисту детскому кардиологу беременная женщина направляется в МГК автономной некоммерческой медицинской организации «Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр» (далее – АНМО «СКККДЦ») (по согласованию) для проведения дуплексного сканирования сердца и сосудов плода с целью верификации диагноза и подготовки видеоматериалов на цифровых носителях для дальнейшего консультирования в условиях региональных и федеральных медицинских организаций.

3.5. Заседания перинатального консилиума проводятся еженедельно. При необходимости срочного решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной может быть проведено внеочередное заседание перинатального консилиума.

3.6. Перинатальный консилиум анализирует предоставленную медицинскую документацию и заключение врача-генетика, заключение внешнего специалиста, предоставленное в соответствии с формой, утверждаемой министерством, определяет тактику ведения беременности при выявлении у плода ВПР, совместимых с жизнью, а также ВПР, хромосомной или другой патологии плода с неблагоприятным прогнозом для жизни плода и новорожденного.

3.7. Решение перинатального консилиума принимается большинством голосов членов перинатального консилиума. При равном количестве голосов членов перинатального консилиума решающим является голос его председателя.

3.8. По результатам решения перинатального консилиума оформляется заключение в соответствии с формой, утверждаемой министерством.

3.9. Заключение подписывается председателем и членами перинатального консилиума. Решение перинатального консилиума обязательно для исполнения медицинскими организациями.

3.10. Заключение заверяется подписью беременной (семейной пары), свидетельствующей о том, что беременная (семейная пара) ознакомлена с решением перинатального консилиума.

3.11. Заключение перинатального консилиума выдается беременной. Копии заключения перинатального консилиума передается секретарю и председателю перинатального консилиума.

3.12. В случае наличия показаний для прерывания беременности по медицинским показаниям (предусмотренных федеральным законодательством) и принятия беременной решения о прерывании беременности при пренатально диагностированных ВПР плода и хромосомных нарушениях беременная направляется перинатальным

консилиумом в гинекологическое или акушерское отделение медицинской организации для прерывания беременности.

При выборе медицинской организации для проведения прерывания беременности перинатальный консилиум учитывает территориальную доступность медицинской организации для беременной, срок беременности, наличие сопутствующей патологии у беременной.

3.13. Искусственное прерывание беременности не проводится при наличии острых инфекционных заболеваний и острых воспалительных процессов любой локализации, включая женские половые органы.

Прерывание беременности проводится после излечения указанных заболеваний. При наличии других противопоказаний (заболеваний, состояний, при которых прерывание беременности угрожает жизни или наносит серьезный ущерб здоровью беременной) вопрос решается перинатальным консилиумом индивидуально.

4. Порядок проведения заседаний по разбору случаев несвоевременного выявления ВПР и хромосомных аномалий плода и случаев перинатальной и младенческой смертности от указанных причин

4.1. Заседания по разбору случаев несвоевременного выявления ВПР и хромосомных аномалий плода и случаев перинатальной и младенческой смертности от указанных причин (далее – заседание по смертности от ВПР) проводятся перинатальным консилиумом на базе министерства не реже одного раза в квартал (при наличии случаев, подлежащих разбору).

4.2. В ходе подготовки к заседанию по смертности от ВПР по запросу министерства вся необходимая для проведения анализа медицинская документация предоставляется главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике министерства. Главный внештатный специалист по пренатальной диагностике министерства передает медицинскую документацию профильным специалистам из числа членов перинатального консилиума и внешних специалистов для анализа и подготовки заключений.

4.3. На заседание по смертности от ВПР приглашаются внешние специалисты перинатального консилиума. При невозможности личного участия в заседании внешний специалист предоставляет секретарю перинатального консилиума свое заключение по случаю оказания медицинской помощи не позднее, чем за три рабочих дня до проведения заседания.

4.4. Явка на заседание по смертности от ВПР специалистов, оказывавших медицинскую помощь беременной и новорожденному, руководителей (либо заместителей руководителей) медицинских организаций, в которых оказывалась медицинская помощь, обязательна.

4.5. После совещания членов перинатального консилиума его председателем или сопредседателем оглашается окончательное решение о предотвратимости случая запоздалой диагностики ВПР либо смерти от ВПР.

Решение заседания по смертности от ВПР оформляется протоколом заседания, который подписывается членами перинатального консилиума.

Копия протокола с решением перинатального консилиума направляется в течение 20 рабочих дней со дня проведения заседания комиссии в соответствующие медицинские организации Ставропольского края для исполнения.

4.6. Ответственность за исполнение вынесенных решений возлагается на руководителей медицинских организаций Ставропольского края.

4.7. По решению перинатального консилиума результаты разбора случая оказания медицинской помощи могут служить основанием для подготовки приказов министерства и справок, а также служить основанием для проведения внеплановых проверок медицинских организаций как в части, касающейся разбираемого случая, так и в части организации службы родовспоможения и детства конкретной медицинской организации или территории.

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

НАПРАВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

на пренатальный консилиум министерства здравоохранения Ставропольского
края

_____ (наименование медицинской организации, направляющей пациентку)

1. Ф.И.О. беременной _____
2. Дата рождения _____
3. Мобильный телефон _____
4. Адрес проживания _____
Населенный пункт _____
5. Наименование мед. организации _____
6. Ф.И.О. врача _____
7. Контактный тел. врача _____
8. ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА (наличие скрининга):
Скрининг в 11–13 недель: да/нет; скрининг в 19–20 недель: да/нет.
9. ДИАГНОЗ:
Беременность ___ недель ___ дней _____

ЦЕЛЬ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ:

Врач: _____
(Ф.И.О., подпись)

Главный врач: _____ М.П.
(Ф.И.О., подпись)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ФОРМА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

перинатального консилиума министерства здравоохранения
Ставропольского края

Выдано « ____ » _____ 201__ г.
Медицинская организация, куда направляется беременная _____

Фамилия, имя, отчество беременной _____
Возраст _____

Место жительства _____

Место работы _____

Диагноз _____

Согласно решению перинатального консилиума рекомендовано _____

Подпись беременной (супружеской пары):

С решением перинатального консилиума ознакомлена(-ы): _____

Председатель перинатального консилиума _____ (_____)

Члены перинатального консилиума

_____ (_____)

М.П.

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

ФОРМА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

внешнего специалиста перинатального консилиума министерства
здравоохранения Ставропольского края

Дата направления «__» __20__ г. Дата консультации «__» __20__ г.

Ф.И.О. беременной: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Профессия: _____

Диагноз МГК при направлении к специалисту:

Цель консультации специалиста:

Диагноз специалиста:

Заключение специалиста:

Рекомендации специалиста:

Специалист _____ Подпись _____ (_____)

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства
здравоохранения
Ставропольского края
от «01» ноября 2019 г. № 01-05/1130

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ФОРМА

ОТЧЕТ

о реализации мероприятий по пренатальной
(дородовой) диагностике нарушений развития ребенка

(наименование медицинской организации)

за _____ 20__ год

№ п/п	Наименование показателя	Количество (чел.)
1	Взято женщин на учет по беременности в женской консультации всего:	
	из них: в сроке до 14 недель:	
2	Число женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11–14 недель, всего:	
3	Число женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития на экспертном уровне на сроке 11–14 недель, всего:	
	из-за позднего (позже 14 недель) обращения в женскую консультацию на учет по беременности:	
	из-за отказа от обследования на экспертном уровне другие причины (указать)	
4	Число беременных, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии у плода по данным пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11–14 недель, всего:	
	по результатам УЗИ	
	по материнским сывороточным маркерам (РАРР-А, ХГЧ) по сочетанным маркерам (УЗИ, РАРР-А, ХГЧ)	
5	Число беременных группы высокого риска по хромосомной патологии у плода, направленных на пренатальную инвазивную диагностику, всего:	
	число прошедших инвазивное обследование	
	отказавшиеся от инвазивного обследования	
6	Количество проведенных инвазивных процедур, всего:	
	биопсия ворсин хориона	
	плацентоцентез	
	амниоцентез	

	кордоцентез	
7	Выявлено хромосомной патологии у плода всего:	
	синдром Дауна	
	синдром Эдвардса	
	синдром Патау	
	синдром Шерешевского-Тернера	
	синдром Кляйнфельтера	
	другие хромосомные аномалии (указать)	
8	Выявлено плодов с анатомическими дефектами (ВПР) в группе женщин, прошедших комплексное обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития, всего:	
9	Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, всего:	
	в сроке беременности до 14 недель	
	на сроке беременности до 22 недель	
	на сроке беременности после 22 недель	
	по хромосомной патологии	
	по нежизнеспособным ВПР	
10	Число родившихся детей с пороками у женщин, прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития, всего:	
	не диагностированы при обследовании	
11	Число родившихся детей с пороками у женщин, не прошедших обследование по пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития	
12	Число умерших детей в возрасте 0–1 год от ВПР	
	ВПР не был диагностирован по рождения	

Дополнительно указать (при наличии информации): исход беременности у женщин с врожденными аномалиями развития у ребенка (роды, самопроизвольный выкидыш, индуцированный выкидыш) с указанием фамилии, имени, отчества женщины, даты рождения, домашнего адреса.

(ФИО должностного лица)

(подпись)

Примечание: отчет представлять ежемесячно до 03 числа месяца, следующего за отчетным, по электронной почте на адрес: lng1967@yandex.ru и на бумажном носителе главному внештатному специалисту по пренатальной диагностике нарушений развития ребенка министерства здравоохранения Ставропольского края и в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Медицинский информационно-аналитический центр» по электронной почте на адрес: gmv@skmiac.ru.