



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

28 июля 2020.

г. Орёл

№ 619

Об организации обследования на туберкулез беременных, новорожденных и детей раннего возраста (до 1 года), лиц, проживающих совместно с беременными, новорожденными и детьми раннего возраста (до 1 года)

В целях совершенствования мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 года № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания», от 21 марта 2017 года № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»,
п р и к а з ы в а ю:

1. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, осуществляющим дородовое диспансерное наблюдение беременной, обеспечить:

1.1. При обращении беременной в плановом порядке для постановки на учет по беременности:

определение лиц, совместно проживающих с беременной, и сбор информации о данных их профилактического рентгено-флюорографического обследования,

сбор информации о контактах беременной с лицами, больными туберкулезом, и лицами с подозрением на заболевание туберкулезом;

выдачу направления на рентгено-флюорографическое обследование лицам, совместно проживающим с беременной, если давность предшествующего обследования составляет более 6 месяцев, в поликлинику

по месту жительства или в бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер» с пометкой «из окружения беременной»;

в случае выявления у беременной симптомов, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, оформление направления к врачу-фтизиатру по месту жительства или в бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер» для проведения дополнительного обследования с целью уточнения диагноза и рекомендаций по ведению беременности и родов.

занесение сведений о лицах, совместно проживающих с беременной, и о данных их профилактического рентгено-флюорографического обследования, о контактах беременной с лицами, больными туберкулезом, и лицами с подозрением на заболевание туберкулезом, о выдаче направления на рентгено-флюорографическое обследование лицам, совместно проживающим с беременной, о направлении беременной к врачу-фтизиатру для проведения дополнительного обследования с целью уточнения диагноза и рекомендаций по ведению беременности и родам в медицинскую документацию беременной («Обменную карту» форма 113/у).

1.2. При обращении беременной за медицинской помощью в экстренном или неотложном порядке сбор данных об обследовании беременной и лиц, совместно с ней проживающих, с занесением информации в медицинскую документацию (учетная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», учетная форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного (история болезни)»), в том числе в выписной эпикриз.

2. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, проводившим рентгено-флюорографическое обследование на туберкулез лиц, совместно проживающих с беременной, при выявлении у них симптомов, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, организовать направление к врачу-фтизиатру для уточнения диагноза и обеспечить передачу информации в бюджетное учреждение здравоохранения Орловской области, осуществляющее дородовое диспансерное наблюдение беременной, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

3. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, оказывающих помощь при родоразрешении женщин в раннем послеродовом периоде родильницы обеспечить:

до выписки родильницы и новорожденного сбор информации о данных профилактического рентгено-флюорографического обследования лиц, совместно проживающих с родильницей, контактах родильницы с лицами, больными туберкулезом, и лицами с подозрением на заболевание туберкулезом, при отсутствии таких данных в медицинской документации беременной («Обменной карты» форма 113/у);

проведение при наличии технической возможности рентгено-флюорографического обследования родильницы до выписки родильницы, в

том числе в день выписки, с оформлением информированного согласия согласно приложению к настоящему приказу;

при отсутствии технической возможности рентгено-флюорографического обследования выдачу направления для прохождения обследования по месту жительства с указанием сроков прохождения обследования (30 дней с момента родов) с занесением информации о выдаче направления на рентгено-флюорографическое обследование и проведенной беседе в учетную форму № 003/у «Медицинская карта стационарного больного (история болезни)» под роспись родильницы и в выписные эпикризы родильницы и новорожденного;

оформление отказа в письменной форме при отказе родильницы от рентгено-флюорографического обследования, проведение беседы о необходимости рентгено-флюорографического обследования и последствиях отказа от него с занесением информации в учетную форму № 003/у «Медицинская карта стационарного больного (история болезни)» под роспись родильницы и в выписные эпикризы родильницы и новорожденного.

4. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь взрослому населению по месту жительства родильницы, обеспечить повторное направление родильницы и лиц, совместно проживающих с родильницей, на рентгено-флюорографическое обследование с занесением информации в учетную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного».

В направлении на рентгено-флюорографическое обследование делать пометку «из окружения новорожденного».

5. Главным врачам бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь детскому населению по месту жительства родильницы, при первичном посещении новорожденного обеспечить:

определение лиц, совместно проживающих с новорожденным;

проведение беседы о необходимости прохождения рентгено-флюорографического обследования и последствиях отказа от него, если давность предшествующего обследования составляет более 6 месяцев;

занесение сведений в медицинскую документацию в учетную форму № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» о проведении беседы и рекомендациях по прохождению рентгено-флюорографического обследования лицами, совместно проживающими с новорожденным;

в случае отказа от рентгено-флюорографического обследования родильницы и (или) лиц, совместно проживающих с новорожденным передачу, передачу информации в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь взрослому населению по месту жительства с соблюдением требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

6. Главному врачу бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер» (Казенному Б. Я.) обеспечить:

оказание организационно-методической помощи бюджетным учреждениям здравоохранения Орловской области при обследовании на туберкулез беременных, родильниц, новорожденных и лиц, проживающих совместно с беременными, родильницами, новорожденными;

ежеквартальный сбор информации о количестве обследованных на туберкулез беременных, родильниц и лиц, проживающих совместно с беременными, родильницами, новорожденными.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя руководителя Департамента – начальника управления здравоохранения Департамента здравоохранения Орловской области Николаева В. О.

Член Правительства Орловской
области – руководитель Департамента
здравоохранения Орловской области



И. А. Залогин

Секр.

Внесено в реестр нормативных правовых актов
органов исполнительной государственной власти
специальной компетенции Орловской области
Дата 29 июля 2029 г. № 284/2020

Приложение к приказу Департамента
здравоохранения Орловской области
от 28.07 2020 г. № 619

Информированное добровольное согласие/отказ
на проведение рентгено-флюорографического обследования

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)
«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
являясь законным представителем _____

(Ф.И.О. _____ гражданина)
«__» _____ г. рождения, зарегистрированного по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)
даю информированное добровольное согласие на проведение флюорографического
(рентгенологического) обследования в _____
(нужное _____ отметить)

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, структурное подразделение, Ф.И.О. медицинского работника)

мне в доступной для меня форме разъяснены:

- цель проводимого флюорографического обследования _____
(подпись)
- возможность отказа от флюорографического обследования _____
(подпись)
- последствия отказа от флюорографического обследования _____
(подпись)

Ответственность в случае развития заболевания туберкулезом, а также
осложнений, вызванных перенесенным туберкулезом, беру на себя, претензий к
медицинскому персоналу не имею.

(Ф.И.О. гражданина, адрес, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ г.