МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
(Минздрав Пензенской области)

П Р И К А З

15.10.2026 № 13-103
г. Пенза

О реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.2025 № 222н (с последующими изменениями)

В целях обеспечения доступности и повышения качества оказания медицинской помощи новорожденным на территории Пензенской области, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.2025 № 222н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (с последующими изменениями), руководствуясь подпунктом 3.1.8. пункта 3.1. Положения о Министерстве здравоохранения Пензенской области (далее – Министерство), утверждённого постановлением Правительства Пензенской области от 31.01.2013 № 30-пП (с последующими изменениями), **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить:

1.1. перечень медицинских организаций Пензенской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю «неонатология» (приложение № 1);

1.2. порядок оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в Пензенской области (приложение № 2);

1.3. лист территориальной маршрутизации новорожденных при оказании медицинской помощи по профилю «неонатология» в Пензенской области (приложение № 3).

2. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных Министерству:

2.1. принять меры к оснащению необходимым оборудованием подведомственных медицинских организаций в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.2025 № 222н

«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (с последующими изменениями);

2.2. организовать оказание медицинской помощи населению в соответствии с порядком, утвержденным настоящим приказом.

2.3. провести среди населения прикрепленной зоны обслуживания разъяснительную работу о реализации на территории Пензенской области порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.04.2025 № 222н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (с последующими изменениями) с использованием средств массовой информации и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. Признать утратившими силу приказы Министерства:

3.1. от 29.01.2021 № 17 «О реализации на территории Пензенской области Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 921н»;

3.2. от 23.09.2021 № 270 «О внесении изменений в Лист территориальной маршрутизации новорожденных при оказании медицинской в Пензенской области, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Пензенской области от 29.01.2021 № 17»;

3.3. от 30.06.2023 № 13-85 «О внесении изменений в Лист территориальной маршрутизации новорожденных при оказании медицинской помощи в Пензенской области, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Пензенской области от 29.01.2021 № 17 (с последующими изменениями)».

4. Настоящий приказ опубликовать (разместить) на официальном сайте Министерства здравоохранения Пензенской области и на официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра, координирующего и контролирующего вопросы организации медицинской помощи детям.

Временно исполняющий обязанности
заместителя Председателя Правительства –
Министра здравоохранения
Пензенской области В.В. Космачев

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Пензенской области
от 15.10.2026 № 13-103

ПЕРЕЧЕНЬ
медицинских организаций Пензенской области,
оказывающих медицинскую помощь по профилю «неонатология»

1. **Первая группа (уровень)**

ГБУЗ* «Каменская центральная районная больница им. Г.М. Савельевой» (ургентная помощь);

ГБУЗ «Нижнеломовская центральная районная больница»;

ГБУЗ «Сердобская центральная районная больница им. А.И. Настина».

2. **Вторая группа (уровень)**

ГБУЗ «Пензенский городской родильный дом»;

ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»;

ФГБУЗ** «Медико-санитарная часть № 59» Федерального медико-биологического агентства России.

3. **Третья группа (уровень)**

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»;

ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова».

*государственное бюджетное учреждение здравоохранения;
**федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения.

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Пензенской области
от 13.10.2026 № 13-103

ПОРЯДОК
оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в Пензенской области

1. Медицинская помощь по профилю «неонатология» (далее - медицинская помощь) оказывается доношенным новорожденным до достижения ими возраста 28 дней и недоношенным новорожденным до достижения ими фактического (постконцептуального) возраста 44 недели (который рассчитывается как гестационный возраст плюс постнатальный (хронологический) возраст), а также превышающего указанные возраста (далее - новорожденные, если не указано иное) по решению врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

2. Медицинская помощь оказывается медицинскими и иными организациями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности, включающую работу (услугу) по профилю «неонатология».

3. Медицинская помощь оказывается в виде: специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой специализированной медицинской помощи.

4. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях: вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Медицинская помощь оказывается в следующих формах: экстренная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента); неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента); плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью).

6. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Скорая специализированная медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (с последующими изменениями).

7. Скорая специализированная медицинская помощь оказывается специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

8. В случае отсутствия на территории обслуживания специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрической, или выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи, предназначенных для оказания скорой специализированной медицинской помощи, в целях обеспечения своевременного оказания медицинской помощи вне медицинской организации может быть направлена общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи.

9. При рождении новорожденного вне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период родов и в послеродовый период, его медицинская эвакуация с места нахождения (вне медицинской организации) осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, или общепрофильными выездными бригадами скорой медицинской помощи в ближайшую медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в том числе находящуюся на территории другого субъекта Российской Федерации.

Медицинская эвакуация новорожденных из медицинских организаций, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, осуществляется специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации педиатрическими, или выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, или авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Врачом-анестеиологом-реаниматологом выездной неонатальной бригады проводится оценка тяжести состояния новорожденного, в том числе по Клинической шкале оценки недоношенных новорожденных (КШОНН) (приложение № 1 к Порядку) оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» в Пензенской области (далее – Порядок)) пробы

на перекладывание ребенка, для определения показаний/противопоказаний к межгоспитальной транспортировки.

Карта транспортировки новорожденного (приложение № 2 к Порядку) заполняется в двух экземплярах и подписывается врачом-анестезиологом-реаниматологом выездной неонатальной бригады и врачом-неонатологом медицинской организации, откуда транспортируется новорожденный, имеющий критическое состояние, и хранится в истории развитии новорожденного и медицинской карте стационарного больного медицинских учреждений.

Карта транспортировки новорожденного, имеющего критическое состояние, заполняется в одном экземпляре и подписывается врачом-анестезиологом-реаниматологом выездной неонатальной бригады в случае рождения на дому и хранится в медицинской карте стационарного больного.

Транспортировка критических больных новорожденных после выписки из акушерского или педиатрического стационара, из дома, улицы или медицинской организации осуществляется в отделение реанимации ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», о необходимости госпитализации лечащий врач обязан сообщить информацию о новорожденном по телефону 8(8412)55-82-00 или 8(8412)42-84-50.

При наличии противопоказаний к межгоспитальной транспортировке для улучшения исхода заболевания целесообразно продолжить оказания медицинской помощи по месту нахождения новорожденного врачом-анестезиологом-реаниматологом до стабилизации состояния и наступления момента транспортабельности с учетом КШОНН с обязательным информированием законных представителей ребенка о состоянии новорожденного, рисках транспортировки.

Согласие/отказ законного представителя новорожденного на транспортировку оформляется в письменном виде и хранится в медицинской документации.

10. При медицинской эвакуации новорожденного предпринимаются меры для профилактики гипотермии, за исключением случаев, когда проводится управляемая гипотермия.

11. При оказании скорой специализированной медицинской помощи в течение всего периода медицинской эвакуации проводится непрерывный мониторинг частоты сердечных сокращений, дыхания и температуры тела, а также пульсоксиметрия с заполнением карты транспортировки новорожденного.

12. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в медицинских организациях акушерского, педиатрического и иных профилей в соответствии с заболеванием новорожденного.

13. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в соответствии порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой

государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (с последующими изменениями).

14. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденные размещаются совместно с матерями, за исключением случаев невозможности их совместного пребывания. При невозможности совместного пребывания матерей с новорожденными в медицинской организации создаются условия для ежедневных посещений новорожденных и дневного ухода за ними родителями (законными представителями) под контролем медицинских работников.

15. При рождении новорожденного вне родовспомогательной медицинской организации до момента прибытия бригады скорой медицинской помощи или доставки новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь иным способом медицинская помощь в экстренной или неотложной форме, включая необходимые мероприятия по реанимации и стабилизации состояния новорожденного, оказывается медицинскими работниками, присутствующими при рождении новорожденного или при обнаружении новорожденного после рождения.

С целью определения дальнейшей тактики и маршрутизации новорожденного, родившегося вне родовспомогательной медицинской организации или в ургентном родильном зале родовспомогательной медицинской организации, медицинские работники, присутствовавшие при рождении новорожденного, незамедлительно сообщают в неонатологический дистанционный консультативный центр Перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» по телефону 8(8412) 45-54-61 (круглосуточно) следующую информацию: место и время рождения новорожденного; срок беременности; акушерский анамнез матери (течение беременности и ее осложнения, течение родов и их осложнения); перечень медицинских мероприятий, проведенных после рождения и текущее состояние новорожденного.

После рождения вне родовспомогательной медицинской организации новорожденные незамедлительно подлежат направлению в родовспомогательные медицинские организации или в иные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

В родовспомогательных медицинских организациях первой группы (уровня) медицинская помощь оказывается доношенным новорожденным при отсутствии у них заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в родовспомогательных медицинских организациях второй или третьей группы (уровня) или в иных медицинских организациях,

оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

При выявлении такого заболевания или при наличии недоношенности новорожденный переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей либо в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией медицинской организации, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

16. Критериями для направления доношенных и недоношенных новорожденных в родовспомогательную медицинскую организацию второй группы (уровня) являются:

- отсутствие заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме (в том числе специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией (далее - хирургическая помощь);

- состояние новорожденного не требует оказания медицинской помощи в родовспомогательной медицинской организации третьей группы (уровня) или в иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного;

- предполагаемая длительность оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций при отсутствии в родовспомогательной медицинской организации второй группы (уровня) отделения патологии новорожденных и недоношенных детей не превышает 10 календарных дней.

17. При наличии в родовспомогательной медицинской организации второй группы (уровня) отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также условий для лечения заболеваний новорожденных, такие новорожденные могут продолжать лечение в данной родовспомогательной медицинской организации до выписки под наблюдение в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

18. Критериями для направления новорожденных в родовспомогательную медицинскую организацию третьей группы (уровня), или в подведомственную федеральному органу исполнительной власти или исполнительному органу субъекта Российской Федерации медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, имеющую в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, или в иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного, являются:

- срок беременности при рождении менее 34 недель;

- состояние новорожденного после рождения требует оказания медицинской помощи в родовспомогательной медицинской организации третьей группы (уровня) или в иной медицинской организации, оказывающей

медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с заболеванием новорожденного.

20. Перевод новорожденных из одной медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации) в другую медицинскую организацию (структурное подразделение медицинской организации) осуществляется с предварительным уведомлением руководителя медицинской организации (руководителя структурного подразделения медицинской организации) или лиц, их замещающих.

21. При необходимости оказания отдельных видов хирургической помощи новорожденные переводятся в медицинские организации, располагающие специализированными отделениями (койками): кардиохирургическими; нейрохирургическими; онкологическими; уроандрологическими для детей; иными по профилю заболевания новорожденного.

22. В случае выполнения хирургического вмешательства в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология», «неонатология» и «детская хирургия», новорожденные с хирургической патологией продолжают обследование и лечение в указанных медицинских организациях до выписки под наблюдение врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) (далее - участковый врач) и врача-детского хирурга и (или) другого врача-специалиста.

23. При необходимости новорожденные после окончания лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология», могут быть переведены для продолжения лечения в профильные структурные подразделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях детям, приближенных к месту жительства новорожденного и имеющих необходимые условия для продолжения лечения в необходимом объеме.

24. При решении вопроса о маршрутизации новорожденного необходимо минимизировать количество его переводов из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию для осуществления рекомендованного объема лечебно-диагностических мероприятий. При возникновении внештатных ситуаций и состояний маршрутизация согласовывается с главными внештатными специалистами по профилю заболевания новорожденного.

25. При рождении доношенного новорожденного проводятся процедуры по уходу за новорожденным, измерение основных антропометрических показателей - массы тела, длины тела, окружности головы, на основании которых определяется соответствие физического развития новорожденного гестационному возрасту. При необходимости проводятся мероприятия по реанимации и стабилизации состояния новорожденного.

Проведение реанимации новорожденного является функциональной обязанностью следующих медицинских работников: врачей и фельдшеров

бригад скорой и неотложной медицинской помощи, осуществляющих транспортировку рожениц; врачей и среднего медицинского персонала акушерско-гинекологических отделений родильных домов, перинатальных центров и больниц, в обязанности которых входит оказание помощи во время родов (врач-акушер-гинеколог, врач-анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, медицинская сестра, акушерка); врачей и среднего медицинского персонала отделений новорожденных родильных домов, перинатальных центров, детских и многопрофильных больниц (врач-неонатолог, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-педиатр, медицинская сестра).

Для проведения эффективной реанимационной помощи учреждения акушерского профиля должны быть оснащены соответствующим медицинским оборудованием.

Работа в родильном блоке должна быть организована таким образом, чтобы в случаях начала сердечно-легочной реанимации сотруднику, который ее проводит, с первой минуты могли оказать помощь не менее двух других медицинских работников (врач-акушер-гинеколог, врч-анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра-анестезист, акушерка, медицинская сестра).

26. Сразу после рождения новорожденным проводится профилактика гипотермии (при отсутствии показаний к терапевтической гипотермии), выполняется первое кормление новорожденного грудным молоком, если позволяет состояние новорожденного и матери, и обеспечивается поддержка грудного вскармливания новорожденного.

27. В течение первых суток жизни новорожденный осматривается медицинским работником со средним профессиональным образованием каждые 3 - 3,5 часа с целью оценки состояния и, при необходимости, оказания ему медицинской помощи. Результаты осмотров вносятся в медицинскую документацию новорожденного.

28. При оказании медицинской помощи предупреждается развитие болевого синдрома у новорожденных путем минимизации количества инвазивных манипуляций, использования методов немедикаментозной и, при необходимости, плановой медикаментозной аналгезии. При выполнении медицинских вмешательств своевременно диагностируется боль у новорожденных и применяется аналгезия, соответствующая уровню боли. Оценка уровня боли и необходимости аналгезии проводится согласно шкале NIPS (приложение № 2 к Порядку).

29. Первый осмотр новорожденного врачом-неонатологом проводится в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации с целью оценки общего состояния новорожденного, необходимости проведения реанимационных мероприятий, а также выявления видимых врожденных пороков развития.

30. В зависимости от состояния новорожденного и времени его перевода в отделение новорожденных физиологическое или палату совместного пребывания матери и ребенка повторный осмотр новорожденного врачом-

неонатологом проводится либо в родовом зале (операционной) родовспомогательной медицинской организации перед переводом, либо в отделении новорожденных физиологическом, но не позднее, чем через 2 часа после рождения.

31. Новорожденные, не имеющие признаков заболеваний, переводятся из родовых залов (операционных) родовспомогательных медицинских организаций в палаты совместного пребывания матери и ребенка или отделения новорожденных физиологические для дальнейшего оказания им медицинской помощи в плановой форме.

32. В отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией (пост интенсивного наблюдения и интенсивной терапии отделения новорожденных физиологического) госпитализируются новорожденные, находящиеся в состояниях, представляющих угрозу для жизни, требующих замещения и стабилизации функций жизненно важных органов в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, интенсивного наблюдения в соответствии с чек-листами № 3, 4, 5 (приложение № 3 к Порядку).

33. В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей госпитализируются новорожденные, которые нуждаются в выхаживании (организации специального медицинского ухода) в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в неотложной или плановой форме в соответствии с чек-листом № 2 (приложение № 3 к Порядку).

34. После рождения при отсутствии медицинских противопоказаний новорожденному проводится профилактика геморрагической болезни новорожденных.

35. Новорожденным осуществляется первая вакцинация против гепатита В и вакцинация против туберкулеза.

36. Новорожденным проводят скрининговое обследование на ряд врожденных и наследственных заболеваний: пульсоксиметрический скрининг на наличие критических и цианотичных врожденных пороков сердца (далее - ВПС) вне зависимости от наличия ультразвукового исследования сердца после рождения (в возрасте 36 - 48 часов жизни); неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания и расширенный неонатальный скрининг на врожденные и (или) наследственные заболевания; аудиологический скрининг с помощью регистрации вызванной отоакустической эмиссии или коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (в возрасте 3 или 4 дней жизни). У недоношенных новорожденных, родившихся при сроке беременности менее 33 недель, аудиологический скрининг проводится после достижения или 33 недель скорректированного возраста. При тяжелом состоянии новорожденного, препятствующем проведению аудиологического скрининга, регистрация вызванной отоакустической эмиссии производится в ближайшие дни после улучшения состояния новорожденного.

37. В случае рождения новорожденного с пренатально установленным критическим врожденным пороком сердца (далее – ВПС), предполагающим проведение кардиохирургического вмешательства в периоде новорожденности, новорожденный из родового зала (операционной) родовспомогательной медицинской организации переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией, где ему в течение первых 24 часов жизни проводится эхокардиография и консультация врача-детского кардиолога.

38. К критическим ВПС периода новорожденности относятся:

- синдром гипоплазии левых отделов сердца;
- коарктация аорты; критический аортальный стеноз;
- критический стеноз легочной артерии;
- перерыв дуги аорты; простая транспозиция магистральных артерий; варианты единственного желудочка сердца с выраженным стенозом на уровне магистральных артерий; атрезия легочной артерии;
- тотальный аномальный дренаж легочных вен с рестриктивным овальным окном и (или) стенозом коллектора;
- аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола.

39. В случае постнатального выявления критического ВПС в отделении новорожденных физиологическом, в том числе на основании пульсоксиметрического скрининга, новорожденный переводится в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией, где ему неотложно проводится эхокардиография и консультация врача-детского кардиолога федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пенза).

40. При отсутствии возможности проведения эхокардиографии и (или) консультации врача-детского кардиолога для определения дальнейшей тактики лечения новорожденного в неотложном порядке проводится консультация с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациями в соответствии с заболеванием новорожденного.

41. При подтверждении дуктус-зависимого критического ВПС периода новорожденности в отделении реанимации и интенсивной терапии для новорожденных с экспресс-лабораторией начинается постоянная инфузия препаратов простогландина Е1.

42. После подтверждения пренатального диагноза и стабилизации состояния, новорожденный переводится в медицинскую организацию, имеющую в своем составе кардиохирургическое отделение с палатой реанимации и интенсивной терапии, осуществляющее свою деятельность в соответствии с Правилами организации деятельности кардиохирургического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии, предусмотренными приложением № 25 к Порядку оказания

медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (с последующими изменениями), с предварительным оповещением принимающей медицинской организации.

43. При выявлении ВПС, не требующего экстренной оперативной коррекции, после консультации врача-детского кардиолога новорожденный переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей или выписывается под наблюдение врача-педиатра и врача-детского кардиолога.

44. Медицинская помощь может быть оказана с применением телемедицинских технологий на любом этапе путем организации и проведения консультаций и (или) консилиума врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, установленным в соответствии с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона № 323-ФЗ.

45. При необходимости осуществляется консультация с применением телемедицинских технологий с медицинскими организациями в соответствии с заболеванием новорожденного, для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

В обязательном порядке проводятся телемедицинские консультации в течение часа всем новорожденным, родившимся или поступившим в стационар первого и второго уровня в среднетяжелом и тяжелом состоянии с «якорными организациями» 3 уровня; далее телемедицинские консультации проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в сутки до наступления момента транспортабельности ребенка и госпитализации новорожденного в медицинскую организацию третьего уровня. Протокол телемедицинской консультации вносится в медицинскую документацию.

46. При выписке домой новорожденного в соответствии с чек-листом № 1 (приложение № 3 к Порядку) медицинская организация оформляет медицинскую документацию новорожденного, а также передает информацию о выписке новорожденного в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь детям, по месту фактического проживания новорожденного для организации патронажа на дому.

В день выписки информация о недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, новорожденных перенесших тяжелую патологию периода новорожденности, операции по поводу врожденных пороков развития из отделений патологии новорожденных передается в ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» для осуществления записи на прием в кабинет врача-педиатра для недоношенных детей (далее – Кабинет).

Кабинет является координатором дальнейшего наблюдения за детьми с перинатальной патологией, подготовки индивидуального плана реабилитации, контроля его выполнения и определения места получения ребенком реабилитации.

Руководитель медицинской организации, имеющей в своей структуре отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, несет ответственность за передачу сведений в Кабинет.

47. Медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь, осуществляется представление отчетности в соответствии с пунктом 11 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ, обеспечивается информационное взаимодействие медицинских информационных систем медицинских организаций с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения и с государственными информационными системами территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

48. Медицинские работники родовспомогательных медицинских организаций первой и второй группы (уровня) с целью поддержания необходимой профессиональной подготовки ежегодно проходят симуляционные тренинги по стабилизации и реанимации новорожденных.

Приложение № 1
к Порядку оказания
медицинской помощи
по профилю «неонатология»
в Пензенской области

Оценка тяжести состояния ребенка по шкале КШОНН

N	Системы	Баллы	
1.	Центральная нервная система	2	отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия, судороги
		1	мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр
		0	нормальные рефлексы, нормальный тонус
2.	Дыхательная система	2	нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку
		1	нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер
		0	обходится без кислорода
3.	Сердечно-сосудистая система	2	выраженная брадикардия (< 100 уд. в мин.) или тахикардия (> 170 уд. в мин.), артериальная гипотония
		1	умеренная тахикардия (160 - 170 уд. в мин.)
		0	нормальная ЧСС, нормальное АД
4.	Печень	2	увеличена более 2 см
		1	увеличение печени менее 2 см
		0	не увеличена
5.	Мочевыделительная система	2	анурия, гематурия
		1	олигоурия
		0	нормальный почасовой диурез
6.	Кожа	2	выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера
		1	умеренная бледность с периоральным и акроцианозом
		0	нормальная окраска кожи

* По шкале КШОНН проводится оценка состояния как недоношенного, так и доношенного новорожденного.
0-8 баллов: транспортировка новорожденного в стационар более высокого уровня возможна;
9-14 баллов: крайне тяжелое состояние новорожденного, невозможность транспортировки, требуется стабилизация состояния новорожденного ребенка.

Приложение № 2
к Порядку оказания
медицинской помощи
по профилю «неонатология»
в Пензенской области

Карта транспортировки новорожденного

ТРАНСПОРТИРОВКА «_____»_____20___г.

ФИО матери/ребенка_____пол МУЖ // ЖЕН
Дата рождения «_____»_____20____г._____час_____минут
Адрес_____
ДИАГНОЗ_____
_____
Перегоспитализация:(куда)_____
Подготовка к транспортировке: с____час___минут по_____час_____минут
МЕРОПРИЯТИЯ на месте:_____
_____
ТРАНСПОРТИРОВКА: Время выезда «_____»_____20____г._____час_ минут
Время в пути_____часов_____минут. НА РУКАХ // В КУВЕЗЕ.
Сосудистый доступ: пупочная вена // центральная вена // периферическая вена
Самостоятельное дыхание: НЕТ // ДА
Респираторная терапия аппаратом ИВЛ в режиме IPPV // CPAP // IMV:
PIP_____PEEP_____FIO2_____Fset_____Tin_____Tex_____Mean
Особенности: без особенностей //
Инфузионная терапия: НЕТ // ПРОВОДИЛАСЬ:_____
В/в струйно: НЕТ // ДА:_____
Другие манипуляции:_____
Введение сильнодействующих и психотропных препаратов:
Наименование:_____Доза:_____
Цель введения:_____Время:_____
МОНИТОРИНГ(каждые 30 мин. транспортировки кроме t тела, которая измеряется в начале, середине и конце пути):

Время										
ЧСС										
АД										
ЧД										
SpO2										
T тела										

Состояние больного за время транспортировки: без ухудшения // с ухудшением.
На момент передачи ребенка: ЧСС____АД_____ЧД_____SatO2_____Температура тела °С_____
С больным переданы следующие документы (НЕТ):_____
Дата и время передачи новорожденного «_____»_____20_____г._____час_____минут
Бригада: Врач_____ Медсестра_____
Подпись врача, принявшего новорожденного ребенка в отделение _____

Приложение № 3
к Порядку оказания
медицинской помощи
по профилю «неонатология»
в Пензенской области

Чек-листы критериев перевода и выписки новорожденных

1. Чек-лист критериев выписки домой из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей

(при наличии хотя бы одного ответа «НЕТ», выписка ребенка домой отменяется, или решение о выписке принимается в индивидуальном порядке врачебной комиссией)

№ п/п	Критерии	Наличие признака
1	Удовлетворительное состояние ребенка	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с тяжелой патологией (с инвалидизирующими заболеваниями), но находящееся в стабильном состоянии с «подобранной и отработанной» схемой терапевтических мероприятий. Перечень патологии, с которой дети могут быть выписаны домой в среднетяжелом и тяжелом, но стабильном состоянии:	ДА / НЕТ
	тяжелое поражение ЦНС	ДА / НЕТ
	бронхо-легочная дисплазия (БЛД) с сохраняющейся дыхательной недостаточностью (одышка, кислородная зависимость)	ДА / НЕТ
	ВПС, который не требует в настоящее время госпитализации	ДА / НЕТ
	дети с хирургической патологией между несколькими последовательными этапами оперативного вмешательства, которые могут находиться дома	ДА / НЕТ
	другая хроническая соматическая патология (например, болезни обмена, множественные ВПР, диссеминированный гемангиоматоз и т.д.)	ДА / НЕТ
	дети с синдромом холестаза при стойкой положительной динамике снижения уровня прямого билирубина	ДА / НЕТ
2	Отсутствие острых инфекционных заболеваний	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с явлениями дакриостеноза/дакриоцистита (при условии проведения обученной мамой массажа носослезных каналов) на этапе, предшествующем зондированию (по разрешению офтальмолога)	ДА / НЕТ
3	Вес ребенка более 2000 граммов	ДА / НЕТ
4	Стабильные весовые прибавки в течение 3-4 дней перед выпиской. *Исключение составляют новорожденные, возраст которых на момент выписки не более 7 -10 дней (допустимы стабильные прибавки в весе в течение 2–3 дней перед выпиской)*	ДА / НЕТ
5	Полное энтеральное питание	ДА / НЕТ
6	Активное сосание из бутылки через соску	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с тяжелой перинатальной патологией, у которых предполагается длительное зондовое питание (преимущественно тяжелое поражение ЦНС). В данном случае мать и/или тот, кто будет ухаживать за ребенком, к моменту выписки должны быть обучены технике зондового питания	ДА / НЕТ
7	Термостабильность	ДА / НЕТ
8	Отсутствие зависимости от кислорода в течение 7 - 10 дней перед выпиской	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с тяжелой БЛД, которые продолжают нуждаться в кислородотерапии, но находятся в стабильном состоянии, и могут быть выписаны домой. В данном случае мать и/или тот, кто будет ухаживать за ребенком, к моменту выписки должны быть обучены технике проведения кислородотерапии	ДА / НЕТ

9	Уровень гемоглобина более 80 г/л, последние 10 дней уровень стабилен	ДА / НЕТ
	Уровень лейкоцитов 5-20 х 10^9/л	ДА / НЕТ
	Уровень тромбоцитов 150 х 10^9/л и более*	ДА / НЕТ
	Нормогликемия при выписке	ДА / НЕТ
	Уровень общего билирубина, не требующий лечения, прямая фракция не более 25%*	ДА / НЕТ
	** - Исключение составляют дети с тяжелой хронической патологией, у которых отклонения от вышеперечисленных границ лабораторных показателей без нарушения витальных функций и на фоне стабильного состояния могут сохраняться длительн). Такие пациенты могут быть выписаны под наблюдение участкового педиатра и профильного специалиста с четко оговоренными сроками контроля необходимых анализов.*	ДА / НЕТ
10	Общий анализ мочи без патологических изменений (за 2 – 3 дня до выписки)	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с хроническими заболеваниями почек, у которых длительное время может сохраняться лейкоцитурия, гематурия, но которые на момент выписки находятся в стадии стойкой ремиссии по этому заболеванию.	ДА / НЕТ
11	Отсутствие патологических изменений по данным рентгенологического исследования легких	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с БЛД, у которых рентгенологическая картина не должна иметь отрицательной динамики, а также дети с гипоплазией легкого после оперативного лечения диафрагмальной грыжи. У детей с ВПС допустимо наличие признаков гиперволемии по данным рентгенограммы, однако, при отсутствии отрицательной динамики в 2-х последних снимках с интервалом не менее 7 дней	ДА / НЕТ
12	Дети, находящиеся под наблюдением врачей-специалистов (невролога, кардиолога, офтальмолога, пульмонолога, нейрохирурга, хирурга и др.), выписываются домой по согласованию с профильными специалистами с указанием соответствующих рекомендаций по диспансеризации (кратность осмотров, необходимые дополнительные исследования и кратность их выполнения, терапия и т.д.)	ДА / НЕТ
13	С матерью проведена подробная беседа по уходу и наблюдению за ребенком. Прослушала лекции в «Школе матерей». Обучена оказанию первой помощи при возникновении жизнеугрожающих состояний у ребенка. ПОДПИСЬ МАТЕРИ_____	ДА / НЕТ

Ребенок _____ может быть выписан домой «_____»_____20___г. в ___:___

Врач-неонатолог _____/_____

Заведующий ОПННД _____/_____

2. Чек-лист критериев перевода новорожденных детей из отделения новорожденных в отделение патологии новорожденных

(при наличии хотя бы одного ответа «ДА», показан перевод ребенка ОПНД)

№ п/п	Критерии	Наличие признака
1	любые нарушения сердечного ритма без ухудшения общего состояния ребенка	ДА / НЕТ
2	ВПС не требующие экстренного кардиохирургического лечения	ДА / НЕТ
3	высокий риск реализации инфекции (лейкоцитоз более 30 или лейкопения 6 и менее, нейтрофильный индекс более 0,25, высокий уровень СРБ более 10) при сохраняющемся стабильном состоянии	ДА / НЕТ

4	неонатальная инфекция кожного покрова у новорожденных	ДА / НЕТ
5	необходимость в изоляции в связи с инфекционным заболеванием матери, если ее невозможно обеспечить в условиях отделения новорожденных	ДА / НЕТ
6	любые нарушения состояния ребенка, не позволяющие выписать его домой	ДА / НЕТ
7	состояние средней степени тяжести к тому моменту, когда необходимо принимать решение о выписке из акушерского отделения	ДА / НЕТ
8	ребенок, на которого оформлен отказ законных представителей	ДА / НЕТ
9	необходимость в проведении дополнительных диагностических процедур, выполнение которых не возможно в условиях отделения новорожденных	ДА / НЕТ
10	хирургическая патология, без нарушения витальных функций ребенка	ДА / НЕТ

Ребенок _____ переводится в ОПНД «_____»_____20___г. в _____:_____
Врач-неонатолог _____(_____)
Заведующий отделением новорожденных _____

3. Чек-лист критериев перевода новорожденных детей из отделения новорожденных (ОН) в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД)

(при наличии хотя бы одного ответа «ДА», показан перевод ребенка в ОРИТН или ОПННД)

№ п/п	**Критерии**	**Наличие признака**
1	Немедленный перевод в ОРИТН:	ДА / НЕТ
	кома, нарушение сознания, выраженное угнетение ЦНС (нет реакции на осмотр или она очень вялая, на раздражители не реагирует, глаза не открывает)	ДА / НЕТ
	брадикардия / асистолия (ЧСС менее 85 ударов в минуту)	ДА / НЕТ
	апноэ или эпизоды снижения сатурации менее 90 %	ДА / НЕТ
	потребность в дополнительном кислороде, наличие дыхательной недостаточности 2-3 степени, оценка по шкале Доунса 3-х и более баллов, по шкале Сильверман 3-х и более баллов	ДА / НЕТ
	нарушения сердечного ритма: пароксизмальная тахикардия, брадиаритмия, частая экстрасистолия (более 20 экстрасистол за минуту), другие аритмии, приводящие к нарушению общего состояния ребенка	ДА / НЕТ
	разлитой цианоз или выраженная бледность/серость кожи и слизистых	ДА / НЕТ
	судороги	ДА / НЕТ
	тяжелый неонатальный абстинентный синдром (оценка по шкале Финнеган более 10 баллов)	ДА / НЕТ
	геморрагический синдром: желудочное и/или кишечное кровотечение, обильное кровотечение из пупочной ранки, выраженный кожный геморрагический синдром с нарастанием в динамике, кровоточивость мест инвазий	ДА / НЕТ

	при наличии показаний для подготовки и проведения операции заменного переливания крови, частичной обменной трансфузии	ДА / НЕТ
	тяжелая анемия с показаниями для гемотрансфузии с заместительной целью	ДА / НЕТ
	тяжелая тромбоцитопения (менее 30) с наличием геморрагических проявлений	ДА / НЕТ
	метаболические нарушения: симптомная гипогликемия, симптомная гипокальциемия, наличие других документированных выраженных сдвигов электролитного состава крови и метаболических нарушений (субкомпенсированный и декомпенсированный метаболический ацидоз)	ДА / НЕТ
2	Вызвать на консультацию врача-анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе ребенка в ОРИТН и согласования тактики дальнейшего ведения. Если принимается совместное решение о переводе ребенка в ОПННД, необходимо вызвать врача-неонатолога ОПННД	ДА / НЕТ
	любые нарушения сердечного ритма без ухудшения общего состояния ребенка	ДА / НЕТ
	наличие дыхательной недостаточности 1 степени, оценка по шкале Доунса не более 3-х баллов, Сильверман не более 3-х баллов	ДА / НЕТ
	наличие клинических данных, позволяющих заподозрить дуктус-зависимый ВПС (цианоз, сатурация крови кислородом без дыхательной недостаточности менее 90 %, градиент сатурации между правой рукой и левой ногой более 3 - 5%, градиент АД между руками и ногами 10 мм.рт.ст. и более, выраженные различия пульсации на периферических артериях между конечностями)	ДА / НЕТ
	наличие неонатального абстинентного синдрома легкой и средней тяжести (оценка по шкале Финнеган менее 10 баллов)	ДА / НЕТ
	метаболические нарушения гипогликемия (уровень глюкозы в крови менее 2,6 ммоль/л) выявленная два и более раз; наиболее выраженная гипогликемия (уровень глюкозы в крови менее 2,0 ммоль/л) выявленная однократно; гипокальциемия по данным лабораторных методов исследования, выявленная дважды с уровнем ионизированного кальция в крови менее 0,7; наличие других документированных сдвигов электролитного состава крови и метаболических нарушений (компенсированный метаболический ацидоз)	ДА / НЕТ
3	Плановый перевод в ОПННД:	ДА / НЕТ
	любые нарушения состояния ребенка, не позволяющие выписать его домой	ДА / НЕТ
	состояние средней степени тяжести к тому моменту, когда необходимо принимать решение о выписке из акушерского отделения	ДА / НЕТ
	необходимость в проведении дополнительных диагностических процедур, выполнение которых не возможно в условиях отделения новорожденных	ДА / НЕТ

4	Хирургическая патология, связанная с выраженными нарушениями состояния ребенка, переводится сначала в ОРИТН для стабилизации состояния, далее решается вопрос о переводе в профильный стационар.	ДА / НЕТ
Важно! Перевод из ОРИТН в отделение новорожденных не проводится. Из ОРИТН новорожденные после стабилизации состояния переводятся только в ОПННД		

Ребенок _____ переводится в ОРИТН/ОПННД «_____»_____20___г.
в _____:_____
Врач-неонатолог _____(_____)
Заведующий отделением новорожденных _____

4. Чек-лист критериев перевода новорожденных детей из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных

(при наличии хотя бы одного ответа «ДА», экстренный перевод ребенка в ОРИТН)

№ п/п	Критерии	Наличие признака
1	Показания для экстренного перевода в ОРИТН (вызвать к ребенку врача-анестезиолога-реаниматолога ОРИТН в ОПННД)	ДА / НЕТ
	кома, нарушение сознания, выраженное угнетение ЦНС (нет реакции на осмотр или она очень вялая, на раздражители не реагирует, глаза не открывает)	ДА / НЕТ
	брадикардия / асистолия (ЧСС менее 80 ударов в минуту)	ДА / НЕТ
	нарушения сердечного ритма: пароксизмальная тахикардия, брадиаритмия, частая экстрасистолия (более 20 экстрасистол за минуту), другие аритмии, приводящие к нарушению общего состояния ребенка	ДА / НЕТ
	апноэ (длительные , более 10 сек)	ДА / НЕТ
	устойчивое снижение сатурации крови кислородом менее 90 %	ДА / НЕТ
	наличие прогрессирующей дыхательной недостаточности 2-ой и более степени, оценка по шкале Доунса 3-х и более баллов, Сильверман более 3-х баллов. *Исключение составляют дети с хроническими заболеваниями легких (БЛД), с дыхательной недостаточностью 2 степени, со стабильными показателями витальных функций и кислотно-основного состояния (pH не менее 7,28, pCO2 не более 70-74), которые продолжают нуждаться в длительной терапии кислородом (подача кислорода осуществляется через маску или назальные канюли)*	ДА / НЕТ
	разлитой цианоз или выраженная бледность/серость кожи и слизистых	ДА / НЕТ
	судороги	ДА / НЕТ
	тяжелый неонатальный абстинентный синдром (оценка по шкале Финнеган более 10-ти баллов)	ДА / НЕТ
	геморрагический синдром с нарушением витальных функций	ДА / НЕТ
	при наличии показаний для проведения операции заменного переливания крови, частичной обменной трансфузии	ДА / НЕТ
	метаболические нарушения, сохраняющихся и нарастающих в динамике (субкомпенсированный и декомпенсированный метаболический ацидоз, повышение лактата более 4,0 ммоль/л и т.д.)	ДА / НЕТ
	нарушения гемодинамики (артериальная гипотензия, шок)	ДА / НЕТ
	олигурия менее 0,5 мл/кг/час, анурия после 1-х суток жизни	ДА / НЕТ
	недостаточность кровообращения на фоне ВПС 2б-3 ст.	ДА / НЕТ

	критический ВПС	ДА / НЕТ
	надпочечниковая недостаточность (криз)	ДА / НЕТ
	признаки кишечной непроходимости подтверждённые R-снимком и консультацией хирурга	ДА / НЕТ
2	Перевод ребенка согласован с заведующим ОРИТН или дежурным врачом-анестезиологом-реаниматологом ОРИТН в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни	ДА / НЕТ

Ребенок _____ переводится в ОРИТН №1 «_____»_____20___г.
в _____:_____
Врач-неонатолог _____/_____
Заведующий ОПННД _____/_____

5. Чек-лист критериев перевода новорожденных детей из отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей

(при наличии хотя бы одного ответа «НЕТ», перевод ребенка в ОПННД отменяется)

№ п/п	Критерии	Наличие признака
1	**Стабильные показатели витальных функций**	ДА / НЕТ
	температура тела 36,6 - 37,5 C^0	ДА / НЕТ
	отсутствие выраженных нарушений сознания и угнетения ЦНС	ДА / НЕТ
	ЧСС в покое в пределах 100 – 180 ударов в минуту, отсутствие нарушений сердечного ритма: пароксизмальная тахикардия, брадиаритмия, частая экстрасистолия (более 20 экстрасистол за минуту), другие аритмии, приводящие к нарушению общего состояния ребенка	ДА / НЕТ
	нет нарушений гемодинамики: АД в пределах возрастной нормы, симптом «белого пятна» не более 3,0 секунд, пульсация на периферических артериях удовлетворительная	ДА / НЕТ
	недостаточность кровообращения I-IIA ст. на фоне ВПС без отрицательной динамики, на подобранной терапии	ДА / НЕТ
	не нуждается в терапии простагландинами (алпростан)	ДА / НЕТ
	нет острой почечной недостаточности, креатинин не более 150 ммоль/л	ДА / НЕТ
	отсутствие серого цвета кожи, выраженной мраморности, бледности, разлитого цианоза	ДА / НЕТ
	отсутствие судорог клинических или зафиксированных электроэнцефалографическим методом	ДА / НЕТ
	отсутствие геморрагического синдрома	ДА / НЕТ
	отсутствие выраженных метаболических нарушений (субкомпенсированный и некомпенсированный метаболический ацидоз)	ДА / НЕТ
	стабильные показатели гликемии от 2,6 до 8,0 ммоль/л в 3-х последних измерениях	ДА / НЕТ
	уровень лактата крови не более 2,6 ммоль/л	ДА / НЕТ
	нормальные газы крови или компенсированный метаболический и респираторный ацидоз	ДА / НЕТ
	Исключение составляют дети с хроническими заболеваниями легких (БЛД), с дыхательной недостаточностью 1–2 степени, у которых целевые показатели pH не менее 7,28, pCO2 не более 7074	

	нет показаний для ОЗПК и частичной обменной трансфузии	ДА / НЕТ
	Перевод ребенка согласован с заведующим ОПННД или дежурным врачом-неонатологом ОПННД в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни	ДА / НЕТ

Ребенок _____ переводится в ОПННД № ____ «____»_____20___г.
в ____:_____
Врач-анестезиолог-реаниматолог _____/_____
Заведующий ОРИТН №___ _____/_____

6. Чек-лист критериев выписки домой из отделения новорожденных (ОН)

(при наличии хотя бы одного ответа «НЕТ», выписка ребенка домой отменяется, либо решение о выписке принимается в индивидуальном порядке врачебной комиссией, либо ребенок остается в отделении новорожденных до полного соответствия указанным ниже критериям, либо переводится в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей)

№ п/п	Критерии	Наличие
1	**Удовлетворительное состояние ребенка:**	ДА / НЕТ
	вес ребенка при рождении 2500 граммов и более	ДА / НЕТ
	срок гестации при рождении на 35 неделе и более	ДА / НЕТ
	максимальная убыль массы тела менее 10 %	ДА / НЕТ
	активное сосание груди и/или из бутылочки через соску	ДА / НЕТ
	термостабильность (удерживает нормальную температуру тела без дополнительного обогрева)	ДА / НЕТ
	наличие отрицательного скрининга на критические врожденные пороки сердца (измерение насыщения крови кислородом на правой руке и другой конечности, АД на всех конечностях)	ДА / НЕТ
2	**Нормальные лабораторные показатели:**	ДА / НЕТ
	Общий анализ крови:	ДА / НЕТ
	– уровень гемоглобина 145 г/л и более	ДА / НЕТ
	– уровень лейкоцитов более 6,0 х 10^9/л в любом возрасте, менее 30,0 х 10^9/л в 1-2 сутки жизни	ДА / НЕТ
	– нейтрофильный индекс менее 0,2	ДА / НЕТ
	– уровень тромбоцитов 150,0 х10^9/л и более	ДА / НЕТ
	Биохимический анализ крови:	ДА / НЕТ
	– стойкая нормогликемия (выше 2,6 ммоль/л) не менее, чем в трех измерениях в 1-2 сутки жизни у детей групп риска, далее выше 3,0 ммоль/л (если оценивался уровень глюкозы в крови по индивидуальным показаниям)	ДА / НЕТ
	– уровень общего билирубина в венозной крови к моменту выписки: у новорожденных менее 255 мкмоль/л (оценивается по показаниям) при условии отсутствия симптомов билирубиновой интоксикации и измерения уровня общего билирубина не ранее, чем через 12 часов после отмены фототерапии, если таковая проводилась	ДА / НЕТ
	– уровень СРБ в крови 5 мг/дл и менее (определение по показаниям)	ДА / НЕТ

	– другие биохимические показатели, оцененные по индивидуальным показаниям, в пределах возрастной нормы (общий белок, мочевина, креатинин, АСТ, АЛТ и т.д.), либо имеют место незначительные изменения, не угрожающие жизни и здоровью ребенка, с возможностью контроля в динамике в амбулаторных условиях	ДА / НЕТ
3	**Отсутствие любых нарушений состояния ребенка, симптомов, не позволяющие выписать его домой:**	ДА / НЕТ
	отсутствие острых инфекционных заболеваний у новорожденного	ДА / НЕТ
	отсутствие экстренной и плановой хирургической патологии, требующей неотложного лечения	ДА / НЕТ
4	**Отсутствие патологических изменений по данным дополнительных исследований, требующих контроля в динамике и/или лечения вусловиях стационара:** УЗИ, ЭХО-КГ, ЭКГ, рентгенологическое исследование и др. (указанные исследования проводятся по индивидуальным показаниям), либо имеют место незначительные изменения, не угрожающие жизни и здоровью ребенка, с возможностью контроля в динамике в амбулаторных условиях	ДА / НЕТ
5	**Отсутствие необходимости в проведении дополнительных диагностических процедур**, выполнение которых невозможно в амбулаторных условиях	ДА / НЕТ
6	**Отсутствие необходимости в изоляции в связи с инфекционным заболеванием матери**, если ее невозможно обеспечить в амбулаторных условиях	ДА / НЕТ
7	**Желание матери не является критерием выписки из отделения новорожденных в том случае, если состояние ребенка не отвечает указанным выше положениям** Если же ребенок может быть выписан домой по настойчивому требованию матери, то необходимо обязательно оформить **«Информированный отказ от дальнейшего пребывания в отделении новорожденных или перевода в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей»**, в котором под подписью матери должны фигурировать подпись лечащего врача и заведующего отделением	ДА / НЕТ
8	**С матерью проведена подробная беседа по уходу, вскармливанию и наблюдению за ребенком. Проведена беседа о профилактике несчастных случаев.** Подпись матери_____(_____)	ДА / НЕТ

Ребенок _____ может быть выписан домой
(Фамилия)
«_____»_____20___г.
Врач-неонатолог _____(_____)
Заведующий отделением новорожденных _____

Приложение № 3
УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства
здравоохранения Пензенской области
от 15.10.2016 № 13-103

ЛИСТ
территориальной маршрутизации новорожденных при оказании медицинской помощи по профилю «неонатология» в Пензенской области

Состояние или заболевание новорожденного	Место нахождения новорожденного	Место оказания медицинской помощи
Новорожденные, нуждающиеся в реанимационной помощи: - необходимость специальной респираторной поддержки - необходимость применения инотропной поддержки - тяжелые нарушения гемоликвородинамики - шок любой этиологии	из медицинских организаций родовспоможения; рожденные дома	Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко» ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»
	из медицинских организаций родовспоможения; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»
Новорожденные, не нуждающиеся в реанимационной помощи, но имеющие соматическую патологию в том числе дети с инфекционной патологией: - гнойно-воспалительные заболевания - воздушно-капельные инфекции (за исключением ветряной оспы и других высококонтагиозных инфекций)	из медицинских организаций; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»
Новорожденные с хирургической патологией, доношенные	из медицинских организаций; из стационара акушерского профиля, в том числе Перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»; из дома после выписки	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова»

	из стационара акушерского профиля	
Новорожденные с хирургической патологией с массой тела < 2,5 кг	Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»	Перинатальный центр ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»
Новорожденные с врожденным пороком сердца	из медицинских организаций; из стационара акушерского профиля, в том числе Перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ФГБУ "Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии" г. Пенза (при соответствующей патологии) Федеральные медицинские учреждения по профилю
- воздушно-капельные инфекции, в том числе ветряная оспа и другие высококонтагиозные инфекций; - кишечные инфекции; - ВИЧ-инфекция;	из медицинской организации; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ГБУЗ «Пензенский областной центр специализированных видов медицинской помощи»
- грипп, коронавирусная инфекция*	из медицинской организации; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	* согласно действующей маршрутизации на территории Пензенской области на период заболевания
Новорожденные, нуждающиеся в оказании паллиативной помощи (*с предварительно присвоенным паллиативным статусом*)	из медицинской организации; из стационара акушерского профиля, в том числе Перинатального центра ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко»; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова» ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»
Новорожденные без родителей - отказ родителей от родительских прав; - оставление новорожденного без оформления документов отказа; - подкидыши; - невозможность родителей исполнять родительские права	из медицинской организации; из дома после выписки из стационара акушерского профиля	ГБУЗ «Пензенская областная детская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова», ГБУЗ «Кузнецкая детская центральная районная больница»