

Приложение 1

УТВЕРЖДЕНО

приказом ГУЗ «Родильный дом № 1»

от 26.08.2014 № 260814-1

Схема маршрутизации беременных, рожениц и родильниц из женской консультации ГУЗ «Родильный дом № 1»

	Оказание акушерской помощи в условиях круглосуточного акушерского стационара 1 уровня	Оказание акушерской помощи в условиях круглосуточного акушерского стационара 2 уровня	Учреждения 3 уровня, региональные головные специализированные учреждения, оказывающие стационарную помощь, а также консультативно-диагностическую помощь профильными специалистами (акушерами-гинекологами)
Тракторозаводский район (женская консультация ГУЗ «Родильный дом № 1»)	ГУЗ «Родильный дом № 1» ГУЗ «КБ № 5»	ГУЗ «Родильный дом № 1» ГУЗ «КБ № 5»	ГБУЗ «ВОКПЦ № 1 им. Л.И.Ушаковой» г. Волжский

Госпитализация беременных женщин, имеющих патологию плода, подлежащую хирургическому лечению в раннем неонатальном периоде, на родоразрешение осуществляется в ГУЗ «КБСМП № 7».

При антенатальной гибели плода в сроке свыше 22 недель у беременных низкой и средней группы риска родоразрешение проводится в учреждениях 2 уровня и в учреждениях 3 уровня у беременных высокой группы риска согласно маршрутизации.

Госпитализация беременных, рожениц и родильниц с инфекционными заболеваниями (грипп, туберкулез, гепатиты и др. заболевания, требующие изоляции) осуществляется в учреждения, имеющие боксированные палаты (ГУЗ «Родильный дом № 3», ГУЗ «Родильный дом № 4»).

Госпитализация и перевод беременных и родильниц при возникновении экстрагенитальной патологии осуществляется в ближайшее учреждение здравоохранения, имеющее возможность оказания медицинской помощи по профилю патологии.

Госпитализация беременных и родильниц при сроке беременности 22 – 34 недель при отсутствии мест в реанимации новорожденных в перинатальных центрах осуществляется в ГУЗ «КБ № 5» (резервный фонд).

При наличии у плода врожденного порока, несовместимого с жизнью, или наличие сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при врожденных пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, прерывание беременности в сроках 22 и более недель у беременных низкой и средней группы риска осуществлять в учреждениях 2 группы согласно маршрутизации, у беременных высокой группы риска — в учреждениях 3 группы.

За пациенткой сохраняется право выбора учреждения родовспоможения при согласовании с администрацией данного учреждения.

Цветкова Ирина Анатольевна (заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе 8442-74-16-12)

26.08.2014

Приложение 2

УТВЕРЖДЕНО

приказом ГУЗ «Родильный дом № 1»

от 26.08.2014 № 260814-1

Схема маршрутизации гинекологических больных из женской консультации ГУЗ «Родильный дом № 1»

	Оказание гинекологической помощи в условиях круглосуточного стационара 1 уровня	Оказание гинекологической помощи в условиях круглосуточного стационара 2 уровня	Учреждения 3 уровня, региональные головные специализированные учреждения, оказывающие стационарную помощь, а также консультативно-диагностическую помощь профильными специалистами (акушерами-гинекологами)
Тракторозаводский район (женская консультация ГУЗ «Родильный дом № 1»	ГУЗ «Родильный дом № 1» ГУЗ «КБ № 4»	ГУЗ «Родильный дом № 1» ГУЗ «КБ № 5» ГУЗ «КБ № 4»	ГУЗ «КБ СМП № 25»

Прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям в сроках от 12 до 22 недель осуществляется в учреждения 3 уровня согласно маршрутизации.

Госпитализация беременных с антенатальной гибелью плода в сроках от 12 до 22 недель осуществляется в учреждения 2 уровня при наличии коев реанимации для гинекологических больных и в учреждения 3 уровня согласно маршрутизации.

Госпитализация по профилю «детская гинекология» осуществляется в ГУЗ «КБ СМП № 7».

Госпитализация пациентов по экстренным показаниям осуществляется вне зависимости от прописки в ближайшее медицинское учреждение от места вызова.

Врачи женской консультации направляют пациенток вне зависимости от прописки в гинекологическое отделение согласно маршрутизации (или в другие учреждения по согласованию).

При наличии у плода врожденного порока, несовместимого с жизнью, или наличие сочетанных пороков с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья, при врожденных пороках развития плода, приводящих к стойкой потере функций организма вследствие тяжести и объема поражения при отсутствии методов эффективного лечения, прерывание беременности в сроках до 22 недель осуществлять в гинекологических отделениях медицинских учреждений 2 уровня согласно маршрутизации.

За пациенткой сохраняется право выбора учреждения родовспоможения при согласовании с администрацией данного учреждения.

Цветкова Ирина Анатольевна (заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе 8442-74-16-12)

26.08.2014

Приложение 3

УТВЕРЖДЕНО

приказом ГУЗ «Родильный дом № 1»

от 26.08.2014 № 260814-1

Порядок плановой госпитализации для ГУЗ «Родильный дом № 1»

Врач, направляющий пациентов на плановую госпитализацию обязан документально подтвердить обоснованность данной госпитализации, своевременность и полноту догоспитального обследования, проводимое лечение на амбулаторном этапе, профильность направления.

Ответственный за госпитализацию, получая от врача направления на плановую госпитализацию в стационарное отделение, проводит экспертную оценку догоспитального лечения, амбулаторного лечения, цели направления и дает заключение об обоснованности госпитализации данного пациента.

Ответственный за госпитализацию, имеет право доступа к медицинской документации пациента как в поликлинике, так и в стационаре, а также право приглашения, в случае необходимости, консультантов из стационара или других ЛПУ.

При выявлении дефектов в заполнении направления или в случаях, требующих разъяснения, врач, ответственный за госпитализацию, может вернуть направление лечащему врачу или пригласить лично.

Цветкова Ирина Анатольевна (заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе 8442-74-16-12)

26.08.2014

Приложение 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом ГУЗ «Родильный дом № 1»

от 26.08.2014 № 260814-1

Перечень показаний для госпитализации беременных в учреждения здравоохранения первого, второго и третьего уровня

Согласно пунктам 29.1, 29.2 и 29.3 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденного приказом МЗ РФ от 01.11.2012 № 572н:

1. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары первой группы (низкая степень риска) являются:

отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний;

отсутствие специфических осложнений гестационного процесса при данной беременности (отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода);

головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 г) и нормальных размерах таза матери;

отсутствие в анамнезе у женщины анте-, интра- и ранней неонатальной смерти;

отсутствие осложнений при предыдущих родах, таких как гипотоническое кровотечение, глубокие разрывы мягких тканей родовых путей, родовая травма у новорожденного.

При риске возникновения осложнений родоразрешения беременные женщины направляются в акушерские стационары второй, третьей группы в плановом порядке.

2. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары второй группы (средняя степень риска) являются:

пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;

компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

увеличение щитовидной железы без нарушения функции;

миопия I и II степени без изменений на глазном дне;

хронический пиелонефрит без нарушения функции;

инфекции мочевыводящих путей вне обострения;

заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит,

дуоденит, колит);

переносимая беременность;

предполагаемый крупный плод;

анатомическое сужение таза I-II степени;

тазовое предлежание плода;

низкое расположение плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;

мертвоорождение в анамнезе;

многоплодная беременность;

кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца;

беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

многоводие;

преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 33-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (высокой степени риска);

задержка внутриутробного роста плода I-II степени.

3. Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей группы (высокая степень риска) являются:

преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 32 недель, при отсутствии противопоказаний для транспортировки;

предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34-36 недель;

поперечное и косое положение плода;

преэклампсия, эклампсия;

холестаза, гепатоз беременных;

кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;

рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;

беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;

задержка внутриутробного роста плода II-III степени;

изоиммунизация при беременности;

наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;

метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

водянка плода;

тяжелое много- и маловодие;

заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);

тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы в анамнезе и при настоящей беременности;

заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;

диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;

заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени);

эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);

заболевания органов зрения (миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);

заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);

заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);

миастения;

злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;

прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.