

Название документа

Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 N 442

"Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями"

Источник публикации

"Здравоохранение", N 3, 2004

Примечание к документу

Учетные формы и инструкции по их заполнению, утвержденные данным документом, введены в действие с 1 января 2004 года.

Текст документа**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****ПРИКАЗ**

16 сентября 2003 г.

N 442

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНЫХ ФОРМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДЕТЕЙ,
РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ**

В целях организации мониторинга за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, анализа и оценки ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и детей, улучшения диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных детей

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Учетную форму N 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 1);

1.2. Инструкцию по заполнению учетной формы N 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 2);

1.3. Учетную форму N 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 3);

1.4. Инструкцию по заполнению учетной формы N 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 4);

1.3. Учетную форму N 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 5);

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

1.6. Инструкцию по заполнению учетной формы N 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение N 6).

2. Учетные формы N 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью", N 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью", N 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" и инструкции по их заполнению ввести в действие с 1 января 2004 года.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра О.В.Шарапову.

Министр Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 309/у
Утверждена Минздравом России

ИЗВЕЩЕНИЕ О НОВОРОЖДЕННОМ,
РОЖДЕННОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Ребенок матери _____
Ф.И.О, матери _____
2. Дата рождения матери (число, месяц, год) _____
3. Дата рождения ребенка (число, месяц, год) _____
4. Пол: мальчик - 1, девочка - 2
5. Масса ребенка при рождении (г) _____
6. Рост ребенка при рождении (см) _____
7. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2
8. Место рождения: республика, край, область _____
_____ город, село _____
ЛПУ _____
9. Грудное вскармливание ребенка: да - 1, нет - 2
10. Клинический диагноз ребенка _____
11. Проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку: нет - 1, да - 2
(препарат _____ доза _____
продолжительность: с _____ по _____)
12. Место регистрации матери: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
13. Место фактического проживания матери: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
14. Первое обращение по поводу беременности: число ____ месяц _____ год _____
ЛПУ _____
15. Состояла на учете по беременности в женской консультации: нет - 1, да - 2
16. Срок постановки на учет в женской консультации: до 12 недель - 1,
с 12 по 23 недель - 2, с 24 по 35 недель - 3, с 36 недель - 4
17. Дата установления ВИЧ-инфицирования: число _____ месяц _____ год _____
18. Путь ВИЧ-инфицирования: половой - 1, парентеральный - 2, нет данных - 3
19. Проведение перинатальной профилактики ВИЧ: нет - 1, да - 2
- 19.1. в период беременности: нет - 1, да - 2 (препарат _____ доза _____)
с какого срока беременности: с 14 по 20 недель - 1, с 21 по 24 недель - 2,
с 24 по 28 недель - 3, с 28 по 32 недель - 4, с 33 недель и более - 5)
- 19.2. в родах: нет - 1, да - 2 (препарат _____ доза _____)
20. Родоразрешение в срок беременности (в неделях) _____
21. Кесарево сечение: да - 1, нет - 2

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму _____
Подпись _____ Дата _____ Контактный телефон _____

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 309/У
"ИЗВЕЩЕНИЕ О НОВОРОЖДЕННОМ, РОЖДЕННОМ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"**

1. Учетная форма N 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется врачами акушерами-гинекологами в учреждениях родовспоможения на каждого ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью. Ответственность за достоверность заполнения извещения несет главный врач учреждения.

В случае рождения мертвого ребенка извещение заполняется с маркировкой в правом верхнем углу "мертворожденный". В случае смерти ребенка во время нахождения в стационаре извещение заполняется с маркировкой в левом верхнем углу "умер в возрасте ..." (пример N 1: 144 часа 26 мин.; пример N 2: 8 дней)

Извещение направляется в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в течение 10 дней с момента рождения ребенка. В случае смерти новорожденного в стационаре после 10 дней извещение на него заполняется и высылается повторно.

2. Территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в течение 3 дней передает информацию о родившихся новорожденных в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России).

3. Фамилия, имя, отчество матери указываются полностью, без сокращений.

4. В пунктах 4, 7, 9, 11, 15, 16, 18, 19, 19.1, 19.2 и 21 выделяется выбранная позиция.

5. В пункте 10 указывается полный клинический диагноз ребенка и все заболевания периода новорожденности. Например: "Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического характера".

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 310/у
Утверждена Минздравом России

ДОНЕСЕНИЕ О СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения (число, месяц, год) _____
3. Пол: мальчик - 1, девочка - 2
4. Ребенок матери (фамилия, имя, отчество) _____
5. Дата рождения матери (число, месяц, год) _____
6. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2
7. Ребенок: взят под опеку - 1, усыновлен - 2, прочее - 3
8. Проживает: в семье - 1, в доме ребенка - 1, в ЛПУ - 3, прочее - 4
9. Место рождения: республика, край, область _____
_____ город, село _____
ЛПУ _____
10. Регистрация: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
11. Место фактического проживания: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
12. Дата снятия с диспансерного наблюдения (число, месяц, год) _____
13. Причина снятия с диспансерного наблюдения: отсутствие
клинических симптомов и отрицательные результаты лабораторной
диагностики - 1, выбыл - 2, умер - 3 (причина смерти _____)
14. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции:
14.1. Иммуноферментный анализ: результат, дата (число, месяц, год) _____

- 14.2. Иммунный блоттинг: результат, дата (число, месяц, год) _____

- 14.3. Полимеразная цепная реакция: результат, дата (число, месяц,
год) _____

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму _____
Подпись _____ Дата _____ Контактный телефон _____

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 310/У
"ДОНЕСЕНИЕ О СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"**

1. Учетная форма N 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется специалистами территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Ответственность за достоверность заполнения несут главные врачи территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Донесение направляется в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России) в течение 10 дней после снятия диагноза.

2. Фамилия, имя, отчество матери и ребенка указываются полностью, без сокращений.

3. В пунктах 3, 6, 7, 8, 13 выделяется выбранная позиция.

4. В пункте 13 в случае смерти ребенка указывается причина смерти.

5. В пунктах 14.1, 14.2 и 14.3 обязательно указывается результат исследования, на основании которого ребенок снят с диспансерного наблюдения.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма N 311/у
Утверждена Минздравом России

ДОНЕСЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА У РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения (число, месяц, год) _____ 3. Пол: мальчик - 1, девочка - 2
4. Ребенок матери (фамилия, имя, отчество) _____
5. Дата рождения матери (число, месяц, год) _____
6. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2 7. Ребенок: взят под опеку - 1,
усыновлен - 2, прочее - 3
8. Проживает: в семье - 1, в доме ребенка - 2, в ЛПУ - 3, прочее - 4
9. Место пребывания отказного ребенка _____
10. Место рождения: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
11. Регистрация: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
12. Место фактического проживания: республика, край, область _____
район _____ город, село _____
улица _____ дом _____ корпус _____ квартира _____
13. Дата установления диагноза ВИЧ-инфекция (число, месяц, год) _____
14. Клинический диагноз (полный) _____
15. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции:
15.1. Иммуноферментный анализ: результат, дата (число, месяц, год) _____
15.2. Иммунный блоттинг: подробный результат иммунного блоттинга _____
_____, дата (число, месяц, год) _____
тест-система _____
- 15.3. Полимеразная цепная реакция: проводилась - 1, не проводилась - 2
15.3.1. качественный метод: результат _____ дата (число, месяц, год) _____
15.3.2. количественный метод (вирусная нагрузка): результат _____
дата (число, месяц, год) _____ число копий РНК ВИЧ _____
16. Вакцинация (название, дата проведения - число, месяц, год) _____
17. Наличие вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций: название, дата
(число, месяц, год) _____
18. Иммунный статус: CD4 Т-лимфоциты: количество _____ мм, % содержание _____
19. Противоретровирусная терапия (препарат, дата назначения/отмены, доза) _____

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму _____

Подпись _____ Дата _____ Контактный телефон _____

**ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 311/У
"ДОНЕСЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА У РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"**

1. Учетная форма N 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется специалистами территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Ответственность за достоверность заполнения несут главные врачи территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Донесение направляется в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора) Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России) в течение 10 дней с момента подтверждения диагноза "ВИЧ-инфекция", затем каждые полгода.

2. Фамилия, имя, отчество матери и ребенка указываются полностью, без сокращений.

3. В пунктах 3, 6, 7, 8, 15.3 выделяется выбранная позиция.

4. В пункте 14 полностью указывается клинический диагноз ребенка. Например: ВИЧ-инфекция, стадия 2В. Генерализованная лимфаденопатия. Гепатоспленомегалия.

5. В пунктах 15.1, 15.2, 15.3.1, 15.3.2 обязательно указывается результат исследования (например: иммунный блоттинг - белки gp 160, 110/120, 41 p. 55, 40, 25, 18, 68, 52, 34; название тест-системы - New Lav Blot).

6. В пункте 17 указывается название вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций, дата (число, месяц, год) на момент заполнения формы.
