

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра поликлинической и неотложной педиатрии с курсом ИПО

**ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ
«ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА» (форма 112-у)**

**Учебное пособие
для студентов VI курса педиатрического факультета,
обучающихся по специальности 060103 - Педиатрия**

**Уфа
2013**

УДК 616-053.2-071.1(07)

ББК 57.31я7

П 68

Рецензенты:

Заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», д.м.н., профессор В. И. Макарова
Заведующий кафедрой госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет», д.м.н., профессор Э. Н. Ахмадеева

П 68 Правила оформления основных разделов «Истории развития ребенка» (форма 112-у): уч. пос. для студентов VI курса педиатрического факультета, обучающихся по специальности 060103 – Педиатрия / Сост.: Л. В. Яковлева, Л. Д. Изотова, Г. М. Ардуванова, Г. М. Коновалова, Г. Н. Богданова – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013. – 61 с.

Учебное пособие «Правила оформления основных разделов «Истории развития ребенка» (форма 112-у)» предназначено для студентов VI курса педиатрического факультета для использования на практических занятиях по дисциплине "Поликлиническая педиатрия" в целях развития компетенций.

Настоящее пособие призвано унифицировать методику оформления медицинской документации и в значительной степени поможет в усвоении практических навыков врача педиатра.

Рекомендовано в печать по решению Координационного научно-методического совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России и утверждено решением Редакционно-издательского совета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.

УДК 616-053.2-071.1(07)

ББК 57.31я7

© ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. История развития ребенка (форма 112-у) – медицинская документация врача педиатра участкового.....	5
2. Формализованные записи в истории развития ребенка	7
2.1. Дородовые патронажи	7
2.2 Первичный врачебно-сестринский патронаж к новорожденному.....	10
2.3. Алгоритм записей врача педиатра	17
2.4. Оформление этапных эпикризов	19
2.4.1. Схема оформления этапного эпикриза на ребенка до 1 года.....	20
2.4.2. Диспансерные эпикризы на детей различных групп здоровья.....	35
2.4.3. Схема эпикриза на подростка, передаваемого во взрослую сеть.....	42
3. Медико-социальные аспекты работы врача педиатра.....	46
4. Список нормативно-правовых документов	49
Приложение	58

ВВЕДЕНИЕ

Цель (миссия) основной образовательной программы по направлению подготовки 060103 «Педиатрия» заключается в подготовке высококвалифицированного специалиста в области педиатрии, владеющего научными знаниями, современными технологиями и базовыми профессиональными компетенциями, связанными с готовностью реализовывать цели педиатрической службы на различных уровнях, конкурентоспособных на рынке труда.

Характерными особенностями профессиональной деятельности специалистов первичного звена здравоохранения являются: осуществление перспективного мониторинга здоровья детского населения; профилактика инфекционных и соматических заболеваний; лечение заболевших детей на дому, в поликлинике; в организованных детских коллективах; обеспечение ургентной догоспитальной диагностики, первой врачебной помощи и диспетчерских функций; диспансеризация больных детей; медицинская и социальная реабилитация; санитарно-просветительная и санитарно-гигиеническая работа с родителями, в детских дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка, специализированных детских учреждениях, решение медико-социальных проблем детей и семей. Оценка состояния здоровья, физического и нервно-психического развития ребенка в каждом возрастном периоде требует от врачей поликлиники широкого круга знаний, включающих генетические, анатомо-физиологические, гигиенические, клинические, психологические, социальные и др. аспекты, а также ряд специфических умений.

Выпускнику необходимо владеть методами ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации. Первичная медицинская документация, оформленная медицинским работником в ходе осуществления своей деятельности, приобретает важное доказательственное значение, поскольку ненадлежащее оформление медицинской документации оценивается российскими судами при вынесении решений в пользу пациентов.

1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(ФОРМА 112-у) – МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

ВРАЧА ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО

«История развития ребенка» (форма 112-у) является одной из основных медицинских документаций врача педиатра участкового. Данная форма утверждена приказом Министерства здравоохранения СССР от 4.10.1980г. N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и о его медицинском обслуживании от рождения до передачи во взрослую сеть. В настоящее время Минздравом России на обсуждение выдвинут проект нового приказа об образцах первичной медицинской документации.

«История развития ребенка» не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

История развития ребенка заполняется отдельно на каждого ребенка при взятии его на учет. Она хранится в картотеке регистратуры детской поликлиники по годам рождения и передается врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового врача педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе «Истории развития ребенка» делается соответствующая отметка: указывается дата снятия с учета и причина (переезд - указывается обязательно - куда выбыл (адрес), смерть, выбытие из детского учреждения).

«История развития ребенка» состоит из следующих разделов:

1) паспортные данные, социально-демографическая и статистическая информация (данные заполняются не реже одного раза в квартал);

2) контроль за состоянием здоровья и развития ребенка в декретированные возрастные сроки является основным, так как в нем регистрируются данные наблюдения за ребенком в хронологическом порядке, что позволяет следить и контролировать правильность выявления меры здоровья, развития и качество оздоровительных, воспитательных и лечебно-профилактических воздействий.

«История развития ребенка» должна содержать следующие сведения:

1) данные анамнеза:

- о перенесенных ранее заболеваниях (состояниях), наличии функциональных расстройств, хронических заболеваний, инвалидности;

- о результатах проведения диспансерного наблюдения (если установлено) с указанием диагноза заболевания (состояния), включая код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ), медицинской организации и врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение;

- о соблюдении рекомендаций врачей-специалистов по диспансерному наблюдению, лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению;

2) данные, полученные при проведении профилактического осмотра:

- объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами;
- результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- результаты дополнительных консультаций и исследований, назначенных в ходе проведения профилактического осмотра;

- диагноз заболевания (состояния), выявленного (установленного) при профилактическом осмотре, с указанием кода по МКБ, выявлено впервые или нет;

3) оценка физического развития ребенка;

4) группа состояния здоровья несовершеннолетнего;

5) рекомендации по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой;

6) рекомендации по необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения, включая диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ, по лечению, медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению с указанием вида медицинской организации (санаторно-курортной организации) и специальности (должности) врача.

Записи врача и медицинской сестры формализованы, т.е. четко обозначены и конкретизированы признаки, необходимые для характеристики и оценки состояния здоровья и развития ребенка.

2. ФОРМАЛИЗОВАННЫЕ ЗАПИСИ В ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

2.1. Дородовые патронажи

Аntenатальная охрана плода является важной составляющей в сохранении здоровья детей в будущем.

Мероприятия по антенатальной охране здоровья нерожденного ребенка вне беременности включают: правильное половое воспитание будущих родителей; пропаганду здорового образа жизни и медицинских знаний; формирование доминанты осознанного родительства; диспансеризацию подростков, оздоровление мальчиков и девочек; планирование беременности; правильный режим, полноценное питание, медико-генетическое консультирование; организацию микроэкологической среды.

В мероприятия во время беременности входят: наблюдение за беременной; полноценное питание, формирование доминанты лактации, режим, достаточный сон; соматическое здоровье, профилактика неинфекционных и инфекционных заболеваний; ВУИ; УЗИ-контроль (скрининг), обследования; консуль-

тация терапевта; по показаниям – консультация генетика, пренатальная диагностика: выявление ВУИ, генетических заболеваний и ВПР.

Профилактическое наблюдение за будущим ребенком начинается еще до рождения при патронажных посещениях беременной, начиная с момента ее постановки на учет.

Первый дородовый патронаж к здоровой беременной проводится медицинской сестрой участковой детской поликлиники после поступления сведений о беременной из женской консультации (8-13 нед.). Этот патронаж – бытовой или социальный, и его целью является выяснение условий быта и труда будущей матери, состояния здоровья, наличие вредных привычек у матери и отца. На данном патронаже медицинская сестра обучает женщину методам подготовки молочных желез к лактации, даёт рекомендации по организации её режима труда и отдыха, питания, закаливания. Особое внимание уделяется медицинской сестрой беседе с беременной, её мужем, близкими родственниками по созданию в семье спокойной, доброжелательной обстановки. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает беременную на занятия в очную школу молодых матерей при детской поликлинике.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2007 г. № 102-Д «О паспорте врачебного участка (педиатрического)» второй дородовый патронаж к здоровой беременной осуществляется врачом-педиатром участковым в 30 - 32 недели беременности.

По медицинским и социальным показаниям проводится третий дородовый патронаж беременных из группы среднего и высокого риска и из социально неблагополучных семей при сроке беременности 37 – 38 недель (врачебный).

Схема оформления дородового патронажа I

Дата проведения _____ Срок беременности _____
Ф.И.О. беременной _____
Возраст полностью Адрес проживания/прописки _____
Образование женщины _____ Профессия _____

место работы _____ проф. вредность _____
 Состоит ли в браке (зарегистрирован, в разводе, брак первый, второй) _____
 Беременность желанная, нежеланная _____
 Ф.И.О. мужа _____
 Профессия _____ Проф. вредность _____
 Другие члены семьи _____
 Материальная обеспеченность _____
 Бытовые условия семьи _____
 Генеалогический анамнез _____
 Аллергологический анамнез _____
 Вредные привычки родителей _____ курение, _____ алкоголизм _____
 Всего беременностей _____ родов _____ аборт(ов) _____ выкидышей _____
 живых детей _____ мертворожденных _____ причины смерти _____
 Бесплодие в браке _____ лет, гинекологическая патология (рубец на матке после операции, узкий таз, воспалительные заболевания) _____
 Течение настоящей беременности (гестоз, угроза выкидыша, многоводие, патология плаценты, признаки гипоксии плода) _____
 Перенесенные острые заболевания в период беременности (острые – при сроке беременности), лечение _____,
 обострение хронических _____, травмы, операции _____
 Какие лекарства получала _____
 Исключены проф. вредности _____
 Посещает ж/к _____, школу матери _____, соблюдает режим дня да/нет _____
 Заключение (характеристика внутриутробного развития плода, антенатальный риск, направленность риска) _____
 Рекомендации (режим дня, сон, прогулки, санация очагов хронической инфекции, профилактика гипогалактии, поливитамины) _____
 Дата « _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____

Схема оформления дородового патронажа II

Дата проведения _____ Срок беременности _____
 Ф.И.О. беременной _____
 Факторы риска пренатальной патологии, выявившиеся в течение беременности _____
 Степень риска антенатальной патологии _____
 Выполнение мероприятий, рекомендованных при первом патронаже _____
 Мероприятия по оздоровлению: получала диетопитание, находилась в профилактории, санатории, в стационаре, ОПБ и др. _____
 Санация хронических очагов инфекции _____ Производится подготовка сосков да/нет _____
 Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений _____
 Подготовка к принятию новорожденного _____
 Заключение: характеристика в/у развития плода, антенатальный риск _____
 Направленность риска (подчеркнуть):
 1. патологии ЦНС;
 2. внутриутробного инфицирования;
 3. развития трофических нарушений и эндокринопатий;
 4. развития врожденных пороков развития, наследственно обусловленных заболеваний;
 5. из группы социального риска
 Дата « _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____

Примерный образец дородового патронажа I

Дата проведения 10.07.2013 г. Срок беременности 16 недель.

Беременная: Иванова Наталья Николаевна, 10.07.1990 года рождения, 23 года. Прописана и проживает по адресу: г. Уфа, ул. Уфимская, д. У, кв. У.

Образование высшее, педагог в школе № 8. Проф. вредность не имеет.

Брак зарегистрирован. Беременность желанная.

Муж – Иванов Николай Николаевич, 10.07.1985 года рождения, 28 лет.

Врач, проф. вредность отсутствует.

Материальная обеспеченность ниже прожиточного уровня. Бытовые условия семьи удовлетворительные, однокомнатная квартира, чисто.

Генеалогический индекс 0,4. Аллергологический анамнез неотягощен.

Вредные привычки: муж - курит.

Всего беременностей – 2, родов - 1, абортов – 0, девочке 2 года.

Течение настоящей беременности: гестоз I триместра (тошнота). Перенесенных острых заболеваний в период беременности нет.

Посещает ж/к № 44, школу будущих матерей, режим дня соблюдает.

Заключение: беременность протекает на фоне гестоза 1 триместра, антенатальный риск минимален.

Рекомендации: соблюдение режима дня, сна, прогулки на свежем воздухе. Питание: кратность приема пищи в сутки 4-5 раз, ежедневное использование в питании молока, мяса, творога, масла, фруктов. Профилактика ОРВИ, санация хронических очагов инфекции, профилактика гипогалактии, поливитамины.

Дата «10» января 2013 г. Подпись м/с: Васильева В.В.

2.2. Первичный врачебно-сестринский патронаж к новорожденному

При первом врачебно-сестринском патронаже новорожденного выясняют анамнез ребенка (генеалогический, социальный, биологический) и возможные факторы риска. Большой интерес представляет ante-, intra-, ранний неона-

тальный периоды детства: течение беременности, родов, послеродового периода.

Обращают внимание на возможные переходные состояния новорождённых: половой криз, токсическая эритема новорождённых, неонатальная желтуха, замедленная эпителизация пупочной ранки, динамику оценивают при 2-м врачебном патронаже. Также проводят оценку физического и психомоторного развития. Первичный патронаж к здоровому новорожденному осуществляется в первые трое суток после выписки из родильного дома; при наличии факторов риска - в первые сутки после выписки из родильного дома или детского стационара.

Схема оформления первичного патронажа к новорожденному

Первичный врачебный патронаж к н/р (дата осмотра) « ____ » _____ 20 ____ г.

Ребенок: мальчик (девочка) в возрасте ____ дней, осмотрен на ____ день после выписки из роддома № ____ (или отделения патологии н/р, II этапа выхаживания недоношенных детей).
Доношенный, недоношенный (подчеркнуть).

Генеалогический анамнез: степень и направленность риска (в форме № 112 заполнить генеалогическое дерево, легенду). Индекс отягощенности генеалогического дерева (ИО) = ____.

Заключение генеалогический анамнез – благополучный (ИО до 0,3), условно благополучный (ИО = 0,4 – 0,7), неблагополучный (ИО более 0,7).

Социальный анамнез: благополучный/ неблагополучный, степень риска ____.

Акушерско-биологический анамнез: родился от ____ беременности, ____ родов, срок ____ нед. Сведения о предыдущих беременностях и родах, интервал между беременностью и предыдущими родами _____

Осложнения и особенности течение настоящей беременности, проводимое обследование, лечение _____

Течение родов _____, продолжительность _____, применение акушерских пособий _____, оперативных вмешательств _____, осложнение родов _____.

Состояние ребенка после родов _____. Оценка по шкале Апгар ____/____ баллов.

Родился в асфиксии *да (нет)*, меры оживления *да (нет)*.

Масса тела при рождении _____ г, рост _____ см, окружность головы _____ см, окружность грудной клетки _____ см.

Масса тела при выписке _____ г, физиологическая убыль массы тела _____ %.
 Пуповинный остаток отпал на _____ день жизни, пупочная ранка зарубцевалась (*да, нет*).
 Приложен к груди через _____ часов после рождения (на 2 – 3-й день жизни), сосал активно (не активно), не сосал, кормился из бутылочки, через зонд до _____ дня. К выписке высасывал за одно кормление _____ мл. Лактация достаточная (не достаточная). Докорм с _____ дня жизни, смесью _____
 Особенности течения периода новорожденности в родильном доме _____
 Проведено обследование на ФКУ _____, гипотиреоз _____, муковисцидоз _____, ад- реногенитальный синдром _____, галактоземию _____
 Проведен аудиологический скрининг _____
 Лабораторные методы исследования (ОАК, ОАМ, б/х крови и др.) _____
 Инструментальные методы исследования (ЭКГ, ЭХОКГ, НСГ, УЗИ ОБП и др.) _____
 Клинический диагноз при рождении _____
 группа здоровья _____, группы риска _____
 Вакцинирован против гепатита В: дата _____, доза _____, серия _____, против туберкулеза (БЦЖ): дата _____, доза _____, серия _____
 Проведено лечение _____
 Из роддома/ОПН выписан на _____ день жизни с диагнозом: _____

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЕННОГО

Возраст _____ дней	Жалобы _____
	Общее состояние _____
t С _____	Характер вскармливания: грудное по требованию, по режиму
ЧДД _____ в мин.	через _____ часа, ночной перерыв _____ часа, докорм
ЧСС _____ в мин.	смесью _____ в количестве _____ мл,
	искусственное смесью _____ в количестве _____ мл.
	Эмоциональный тонус: (<i>положительный, беспокойство во время осмотра</i>), крик (<i>громкий, слабый</i>) _____
	Положение _____ Двигательная активность (<i>достаточная, избыточная, снижена</i>). Мышечный тонус: <i>преобладание тонуса мышц сгибателей, симметричен</i> . Безусловные рефлексы: защитный _____, поисковый _____, сосательный _____, глотательный _____, хоботковый _____, Бабкина _____, Моро I фаза, II фаза, опоры _____, шаговый _____. Ползания _____, Переса _____, Галанта _____. Патологические симптомы (<i>нистагм, симптом Грефе, тремор конечностей, подбородка</i>).
	Телосложение правильное, питание достаточное, повышенное, пониженное.

Стигмы дисэмбриогенеза _____

Кожные покровы *розовые, иктеричные, чистые, с высыпаниями* _____

Пупочная ранка *сухая, с сукровичным отделяемым, с геморрагической корочкой, пупочные сосуды (пальпируются, не пальпируются)* _____

Оценивает состояние папулы в месте введения БЦЖ _____

Подкожно-жировая клетчатка выражена *умеренно, избыточно, недостаточно, распределена равномерно*. Тургор мягких тканей *удовлетворительный, неудовлетворительный*.

Молочные железы (*не увеличены, нагрубание, отделяемое*). Лимфатические узлы _____

Видимые слизистые *чистые, розовые*. Костная система без видимой патологии _____

Голова *долихоцефалическая, брахицефалическая, башенная*, кефалогематома, родовая опухоль. Большой родничок _____ см, *напряжен (спокоен)* Грудная клетка _____, конечности _____, движения в тазобедренных суставах в полном объеме/ ограничение подвижности, симптом «щелчка» _____

При перкуссии грудной клетки *ясный легочный звук* _____

При аускультации дыхание *пузырьное, хрипов нет* (если есть – дать характеристику) _____

Границы относительной сердечной тупости *в пределах нормы* _____

Живот мягкий, *доступен глубокой пальпации* (ребенок при пальпации живота беспокоен).

Печень выступает из-под края реберной дуги на _____ см, *мягко(плотно)эластической консистенции*. Селезенка *не пальпируется* (увеличена – размеры).

Мочеиспускание _____ раз в сутки, свободное. Стул до _____ раз в сутки, *желтый (другого цвета), кашицеобразный, гомогенный, патологические примеси* _____, запах _____.

Заключение:

Физическое развитие *мезосоматическое (микро- и макросоматическое), гармоничное (дисгармоничное за счет чего)*. ЗУВР _____ ст., вариант _____.

Нервно-психическое развитие (соответствует возрасту – эпикризному сроку – или нет).

Диагноз _____

Группа здоровья _____, группы риска _____

Рекомендации:

1. режим № _____;
2. вскармливание – грудное по требованию, (искусственное: по режиму, _____ раз в сутки через _____ часов с ночным перерывом _____ часов, смесью _____ в количестве _____ мл на одно кормление);
3. ежедневные прогулки не менее _____ часов;
4. ежедневный туалет, купание, прогулки;

План наблюдения на первом году жизни (приказ МЗ и СР РФ от 28.04.07 № 307):

1. осмотр педиатра на _____ день жизни, затем на _____ день (зависит от группы здоровья), затем – ежемесячно;
2. в возрасте 1 месяца осмотр невропатолога, детского хирурга, ортопеда, офтальмолога+/-, отоларинголога+/-;
3. лабораторные и инструментальные методы исследования: в 1 мес. – аудиологический скрининг, УЗИ головного мозга, УЗИ тазобедренных суставов.

Лечебно-оздоровительные мероприятия:

1. профилактика (лечение) гипогалактии;
2. неспецифическая профилактика рахита;
3. профилактика анемии.

Дата осмотра _____ Подпись врача _____.

Примерный образец первичного врачебно-сестринского патронажа к новорожденному

Дата рождения: 07.02.2013 г. Возраст 7 дней. Дата осмотра: 14.02.2013 г.

Адрес проживания: г. Уфа, ул. Уфимская, д. У, кв. У.

Ребенок А.,: мальчик в возрасте 7 дней, осмотрен на 1 сутки после выписки из роддома № 3. Доношенный.

Генеалогический анамнез: мать ребенка страдает аллергическим ринитом, бабушка по линии матери – бронхиальной астмой. Бабушка по линии отца страдает гипертонической болезнью, дед умер от инфаркта миокарда. Индекс отягощенности генеалогического дерева (ИО) = 0,4. Заключение генеалогический анамнез – условно благополучный (ИО = 0,4 – 0,7).

Социальный анамнез: благополучный.

Акушерско-биологический анамнез: родился от 2 беременности, 1 родов, в срок 38 - 39 нед. 1 беременность – медицинский аборт, интервал между беременностями 3 года. Настоящая беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности в 11-12 недель, коррекция дюфастоном; анемии легкой степени в третьем триместре; явлениями ОРВИ средней тяжести в 32-33 недели, лечение симптоматическое.

Роды в срок, через естественные родовые пути, отмечалась слабость родовой деятельности 1 степени. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Родился с явлениями умеренной асфиксии. Масса тела при рождении 3 200 г, рост 53 см. Масса тела при выписке 3150 г, физиологическая убыль массы тела 8 %. Пуповинный остаток отпал на 3 сутки, пупочная ранка зарубцевалась. Приложен к груди в родблоке сразу после рождения, сосал активно. Вакцинация против туберкулеза 3.02.2013 г., 0,5 мл, серия XI-FH. Вакцинация против гепатита В - отказ.

Проведен неонатальный, аудиологический скрининг.

Лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ – без особенностей, биохимия крови – общий билирубин за счет непрямой фракции – 52,8 мкмоль/л, другие показатели в пределах нормы. Группа крови А (II) Rh +.

Инструментальные методы исследования: ЭХО-КГ: открытый аортальный проток. НСГ головы – в области таламусов мелкие гиперэхогенные включения. Признаки ишемического поражения головного мозга. УЗИ тазобедренных суставов без патологии.

Из роддома выписан на 6 день жизни с диагнозом: период новорожденности, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром двигательных расстройств, восстановительный период.

В роддоме получал фототерапию, урсодезоксифолиевую кислоту в суспензии.

Объективный осмотр:

t С 36,8 С	Жалоб нет.
ЧДД 40 в мин.	Общее состояние удовлетворительное.
ЧСС 140 в мин.	Характер вскармливания: грудное по требованию. Эмоциональный тонус: беспокойство во время осмотра, крик громкий. Положение – физиологическое, гипертонус сгибателей. Двигательная активность достаточная. Мышечный тонус: преобладание тонуса мышц сгибателей, симметричен. Безусловные рефлексы: защитный +, поисковый +, сосательный +, Бабкина +, глотательный +, хоботковый +,

Моро I фаза, II фаза, опоры +, шаговый +, Переса+, Галанта +. Телосложение правильное, питание достаточное. Стигмы дисэмбриогенеза отсутствуют. Кожные покровы субиктеричные, чистые. Пупочная ранка сухая. В месте введения БЦЖ – пятно. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Тургор мягких тканей удовлетворительный. Лимфатические узлы не увеличены. Видимые слизистые чистые, розовые. Костная система без видимой патологии. Большой родничок 2.5 x 2.5 см, спокоен. Грудная клетка правильной формы, конечности правильной формы, движения в тазобедренных суставах в полном объеме. При перкуссии грудной клетки ясный легочный звук. При аускультации дыхание пуэрильное. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень по краю реберной дуги на 1 см, мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное. Стул до 4 раз в сутки, желтый, кашицеобразный.

Заключение: Физическое развитие мезосоматическое, гармоничное. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Диагноз: Период новорожденности. Остаточные явления физиологической желтухи. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром двигательных расстройств, восстановительный период.

Группа здоровья II Б, группа риска по патологии ЦНС.

Рекомендации:

1. режим дня: сон до 23 часов, период бодрствования – 30 – 40 минут;
2. вскармливание – грудное по требованию без ночных перерывов;
3. температура в комнате 22 С., проветривать каждые 3 часа по 10-20 минут;
4. ежедневный туалет глаз, носа; обработка кожных складок маслом, пупочной ранки 2 % раствором бриллиантового зеленого;
5. ежедневное купание при температуре 37 С в кипяченной воде, мыло использовать 2 раза в неделю, после купания покормить ребенка и уложить спать;

6. прогулки в теплое время года можно начать сразу после выписки из род-
дома по 10-15 мин. Зимой постепенное привыкание – сначала при открытой
форточке, на улицу можно при температуре не менее 10 С по 10-15 мин;
7. профилактика гипогалактии у матери.

План диспансерного наблюдения:

1. Осмотр педиатра через день, затем через 1 нед., в 1 мес.
2. В 1 мес. осмотр окулиста, невролога, детского хирурга.

Лечебно-оздоровительные мероприятия:

1. профилактика гипогалактии.

Дата осмотра 07.02.2013 г. Подпись врача: Иванова М.И. м/с: Васильева В.В.

2.3. Алгоритм записей врача

1. Выяснение жалоб родителей.

2. Сбор анамнеза: отклонения в физическом и нервно-психическом разви-
тии, поведении, нарушения режима дня, питания, физического воспитания,
воспитательных воздействий, появление пограничных состояний (анемия, ра-
хит, диатез и т.д.), реакции на прививки, перенесенные заболевания, выявлен-
ная патология при осмотре специалистами. В последующие периоды, начиная с
приема в 1-й месяц жизни, в записи врача выделяется параметр «Факторы рис-
ка», где фиксируются эти факторы, выделяемые при сборе анамнеза за период
от момента последнего профилактического осмотра.

3. Данные объективного осмотра ребенка по органам и системам. Соматический статус в развернутом виде (по органам и системам) представлен в «первичной записи» новорожденного, в остальных профилактических записях (начиная с 1-го месяца жизни) фиксировать только признаки отклонения.

4. Заключение писать развернуто:

- 1) Оценка физического развития.
- 2) Оценка показателей нервно-психического развития.
- 3) Диагноз.
- 4) Группа здоровья.

5. Рекомендации:

- а) режим дня;
- б) рекомендации по питанию;
- в) физическое воспитание (массаж, гимнастика, закаливание), физкультурная группа;
- г) вакцинация.

6. План дальнейшего наблюдения.

7. Лечебно-оздоровительные мероприятия.

Запись врача педиатра

Дата _____ Время _____

Возраст _____ дней

t С

ЧДД _____ в мин.

ЧСС _____ в мин.

Антропометрия:

Длина _____ см (коридор)

Масса _____ г (коридор)

Окр. головы _____ см (коридор)

Окр. груди _____ см (коридор)

Психометрия:

Объективный осмотр:

Жалобы _____

Общее состояние _____

Характер питания _____

Эмоциональный тонус: _____ Положение _____

Двигательная активность *достаточная, избыточная, снижена.*

Мышечный тонус: *симметричен, снижен, повышен* _____,

Рефлексы: _____ Патологические симптомы _____

Телосложение *правильное, питание достаточное,*

повышенное, пониженное.

Кожные покровы *розовые/* _____, *чистые, с высыпаниями* _____

Оценивает место введения БЦЖ, пупочная ранка*

Подкожно-жировая клетчатка выражена *умеренно, избыточно, недостаточно, распределена равномерно.* Тургор мягких тканей *удовлетворительный, неудовлетворительный.*

Лимфатические узлы _____ Видимые слизистые *чистые, розовые.* Костная система без видимой патологии/ _____ Большой родничок _____ см, *напряжен /спокоен**

Грудная клетка правильной формы/ _____

При перкуссии грудной клетки *ясный легочный звук/* _____

При аускультации дыхание _____ *хрипов нет* (если есть – дать характеристику) _____

Границы относительной сердечной тупости *в пределах нормы* _____

Живот мягкий, *доступен глубокой пальпации* (ребенок при пальпации живота беспокоен).

Печень выступает из-под края реберной дуги на _____ см, *мягко(плотно)эластической консистенции.* Селезенка *не пальпируется* (увеличена – размеры).

Мочеиспускание _____ раз в сутки. Стул до _____ раз в сутки, *желтый (другого цвета), кашицеобразный, гомогенный, патологические примеси* _____, *запах* _____.

Заключение:

Физическое развитие *мезосоматическое (микро- и макросоматическое), гармоничное (дисгармоничное за счет чего)*.

Нервно-психическое развитие (соответствует возрасту/ нет _____).

Диагноз _____

Группа здоровья _____

Рекомендации:

1. режим дня;
2. рекомендации по питанию;
3. рекомендации по физическому воспитанию (массаж, гимнастика, закаливание);

План наблюдения и обследования.

Лечебно-оздоровительные мероприятия.

Дата осмотра _____ Подпись врача _____.

* - для детей до 1 года.

2.4. Оформление этапных эпикризов

Среди записей в истории развития ребенка важная роль принадлежит этапным эпикризам в возрасте 1, 3, 6, 9, 12 месяцев, 15, 18, 21, 24, 30, 36 месяцев. Эти записи самые значимые и их необходимо вести унифицированным способом для получения сравнимых результатов.

Этапный эпикриз состоит из пяти крупных разделов:

I раздел. Метрические данные. Сюда относятся данные антропометрии – длина тела, масса тела, окружность груди, окружность головы, размеры большого родничка, сведения о наличии зубов. В этот же раздел вносятся данные психометрии: анализатор слуховой, анализатор зрительный, эмоции, движения общие, движения руки, действия с предметами, речь активная, речь понимаемая, навыки, сенсорное развитие, игра – в зависимости от ведущих линий в декретированный срок.

II раздел. Анамнестические данные: генеалогический анамнез – родословная семьи; социальный анамнез: состав семьи, образование родителей,

психологический климат, санитарно-гигиенические и материально-бытовые условия; биологический анамнез: течение беременности и родов, ранний неонатальный период (оценка по Апгар, крик, сроки прикладывания к груди, сила сосания), вскармливание, БЦЖ, время отпадения пуповины, осмотр специалистами в роддоме, сроки выписки из роддома, состояние матери, лактация. К 2-му разделу относятся сведения в динамике за прошедший с предыдущего осмотра период – о режиме дня, питания, динамике физического и психомоторного развития, воспитания, прививки и реакции на них, перенесенные заболевания, диспансеризация (календарная и по форме № 030/у), анализы.

III раздел. Объективные данные: соматическое состояние, поведение (характеристика поведения включает следующие параметры: сон, аппетит, характер бодрствования, индивидуальные особенности поведения и вредные привычки, общий эмоциональный тонус). Соматический статус по органам и системам.

IV раздел. Заключение. Дается оценка уровня физического развития, уровня психомоторного развития. Выставляется диагноз: здоров, угрожаемый, больной (врожденная и хроническая патологии). Указывается группа здоровья (I, IIА, IIБ, III, IV, V).

V раздел. Назначения, рекомендации. Медико-педагогические рекомендации включают режим, питание, физическое воспитание, задачи по психическому развитию, прививки, профилактика пограничных состояний, диспансеризация календарная и по форме № 030/у, лабораторные исследования, медикаментозные назначения.

2.4.1. Схема оформления этапного эпикриза на ребенка до 1 года

Оформляется детям первого года жизни 1 раз в 3 месяца (в 3, 6, 9, 12 месяцев жизни), второго года – 1 раз в квартал, на 3-м году жизни – 1 раз в 6 месяцев.

Этапный эпикриз должен отражать следующие моменты:

1. Реализация запрогнозированного риска, направленность дальнейшего риска. Мероприятия по профилактике запрогнозированного риска (неспецифи-

ческая профилактика рахита, профилактика или лечение анемии, витамины).

2. Характер вскармливания, изменения на настоящий период, введение прикормов, причины перевода на искусственное вскармливание.

3. Перенесенные заболевания за прошедший период, их продолжительность, лечение.

4. Какими специалистами осмотрен за прошедший этап, выявленная патология, срок контрольного осмотра.

5. Вакцинация за прошедший период, этап вакцинации, реакции, осложнения. Причина медицинского отвода, срок.

6. Интерпретация лабораторных анализов и других методов обследования.

7. Данные объективного обследования на момент осмотра:

Дата ____	Возраст ____ мес.	Краткие данные анамнеза _____
t C		Жалобы _____
ЧДД _____	в мин.	Общее состояние _____
ЧСС _____	в мин.	Объективный статус: эмоциональный тонус _____
<u>Антропометрия:</u>		Двигательная активность _____ Мышечный тонус: _____
Длина _____ см (коридор)		Рефлексы _____
Масса _____ г (коридор)		Телосложение правильное _____ Кожные покровы _____
Окр. головы ____ см (коридор)		Тургор мягких тканей _____ Лимфатические узлы _____
Окр. груди ____ см (коридор)		Видимые слизистые _____ Костная система _____
<u>Психометрия</u> с указанием		Перкуссия грудной клетки _____ аускультация _____
соответствия показателей		Границы относительной сердечной тупости _____
НПР возрасту.		Живот мягкий, <i>доступен глубокой пальпации</i> / _____
Большой родничок: размеры		Печень выступает из-под края реберной дуги на _____ см,
____ см; края _____		<i>мягко(плотно)эластической консистенции. Селезенка не</i>
БЦЖ _____ мм.		<i>пальпируется</i> (увеличена – размеры). Мочеиспускание
Зубы _____		_____. Стул до _____ раз в сутки, оформленный (кашицеобразный, примеси).

Заключение:

1) физическое развитие *мезосоматическое (микро- и макросоматическое), гармоничное (дисгармоничное за счет чего).*

2) нервно-психическое развитие (соответствует возрасту – эпикризному сроку – или нет).

- 3) диагноз;
4) группа здоровья.

Рекомендации:

- 1) режим _____;
- 2) питание (расчет по фактически съеденной пище с коррекцией по основным пищевым ингредиентам, указание на введение прикорма, его вид, в каком количестве):
- 3) ЛФК,
- 4) ежедневные прогулки не менее _____ часов;
- 5) закаливание по индивидуальной схеме;
- 6) назначения специалистов (если есть);

План дальнейшего наблюдения.

Лечебно-оздоровительные мероприятия.

Дата осмотра _____ Подпись врача _____

**Примерные образцы этапных эпикризов
на детей раннего возраста**

Примерный образец этапного эпикриза на ребенка 1 месяца

Ребенок женского пола от 1 беременности 1 родов родилась в роддоме РКБ через естественные пути. Масса при рождении 3100 г, рост - 50 см, окружность головы - 32 см, груди – 32 см. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов.

Акушерский диагноз матери: беременность 38-39 нед., срочные роды в переднем виде затылочного предлежания. Анемия легкой степени, первородящая в 30 лет. Состояние ребенка при рождении и в последующие дни удовлетворительное. К груди приложена сразу после рождения, сосет хорошо, не срыгивает, максимальная убыль массы тела 164 г. Пуповинный остаток отпал на 4 сутки, ранка эпителизовалась.

В роддоме проведена вакцинация БЦЖ в дозе 0,05 мг, в/к, серия 13, годен до 04.13 г. Москва. Прививка против гепатита Б сделана в дозе 0,5 мл в/м в наружно-латеральную поверхность левого бедра серия 1110611 годность до 15 г., г. Москва.

Проведено обследование: ОАК: Эр. 4, 62 x 10 /л, НВ – 164 г/л, Нt – 50 % тр. – 269 тыс., лейкоц. – 15, 0 x 10 9 /л, п-5, с-57, м-8, э-2, б-о. БХ крови при

рождении: общ. белок 60,8 г/л, общ. билирубин – 9, 7 мкмоль/л, связ. билирубин – 3, 2 мкмоль/л, своб.- 6,5 мкмоль/л. Группа крови А (II) Rh положительная. Кровь на неонатальный скрининг взята. Аудиологический скрининг проведен. Нейросонография без патологии. УЗИ органов брюшной полости – без патологии. ЭХО КГ сердца без изменений. Результат микробиологического исследования мазков с последа – кишечная палочка.

Из роддома выписана на 6 сут. в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Здоровая новорожденная, родившаяся через естественные родовые пути. Физическое развитие соответствует гестационному возрасту. Группа здоровья - II, группа риска по развитию патологии ЦНС, масса при выписке – 2957 г.

Врачебно-сестринский патронаж проведен в 1 день после выписки из роддома. Состояние удовлетворительное, крик громкий, на естественном вскармливании. Кожные покровы чистые, пупочная ранка сухая. Мышечный тонус снижен, физиологические рефлексы вызываются. Большой родничок 1,0 х 1,0 см, вровень, В легких пуэрильное дыхание, тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Даны все необходимые советы по вскармливанию и уходу за новорожденным ребенком.

Консультации специалистов в 1 месяц:

- Невролог - ГИП ЦНС, ранний восстановительные период,
- Окулист - здорова
- Ортопед - здорова
- Хирург - пупочная грыжа

Оценка физического развития центильным методом:

Показатели	Центильные величины	Сумма коридоров	Разность коридоров
вес – 3.800 г	4	12 баллов	2
рост - 52 см	3		
окр. гол. -35 см	2		
окр. груди – 34 см	3		
Заключение: физическое развитие гармоничное, мезосоматический тип.			

Оценка психомоторного развития:

Аз	сосредотачивает взгляд на неподвижных предметах, следит за движущимся предметом или за родителями.
Ас	прислушивается к звукам, голосу взрослого
До	свободные движения ручками, лежа на животе, пытается поднимать и удерживать головку
Э	комплекс оживления при общении с ребенком
Заключение: психомоторное развитие соответствует возрасту 1 месяц.	

Объективные данные: состояние удовлетворительное, положение активное, рефлексы вызываются. Находится на грудном вскармливании, молока у матери достаточно. Большой родничок 1,0 x 1,0 см, края плотные, не выбухает. Кожные покровы розовой окраски, чистые. Слизистая зева бледно-розовой окраски, чистая, язык влажный, чистый. Дыхание через нос не затруднено, перкуторно - легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание с обеих сторон, хорошо проводится по всем полям. Сердечные тоны отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, мочеиспускание свободное. Стул кашицеобразного, желтого цвета, регулярный 2-3 раза в сутки. Менингеальных знаков нет.

Заключение: физическое развитие гармоничное, мезосоматический тип; психомоторное развитие соответствует возрасту 1 месяц.

Диагноз: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, ранний восстановительный период. Группа здоровья – II.

Рекомендации:

- свободный режим вскармливания, объем пищи 1/5 от массы тела,
- комплекс упражнений для 1,5 мес., первая группа закаливания: умывание водой 28 С, купание при температуре 37-38 С, воздушные ванны, прогулки на свежем воздухе,
- неспецифическая профилактика рахита (водный раствор вит. Д3 по 500 МЕ 1 раз в сутки под контролем пробы Сулковича);
- диспансерное наблюдение и лечение невролога;
- консультации специалистов в декретированные сроки.

Примерный образец этапного эпикриза на ребенка 6 месяцев

Юля М., родилась от второй беременности, первых срочных родов с массой тела 2450 г. и длиной 50 см. Беременность протекала на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности. В роддоме выставлена группа риска по реализации внутриутробной инфекции. Отмечались явления гнойного конъюнктивита, лечение в амбулаторных условиях. Генеалогический и социальный анамнез без особенностей. Ребенок находится только на естественном вскармливании, лактация у матери хорошая. Вакцинация проводится по возрасту.

Оценка физического развития:

Рост - 65 см. (4 центильный интервал)

Масса тела – 7600 г. (4 центильный интервал)

Окружность груди – 44,6 см. (4 центильный интервал)

Окружность головы – 43 см. (4 центильный интервал)

Зубная формула 2/0

Заключение. Физическое развитие гармоничное. Мезосоматотип.

Качественно–количественная оценка психомоторного развития:

1. Зрительные ориентировочные реакции: видит не только крупные, но и мелкие игрушки. (Аз – 6 мес.)
2. Слуховые ориентировочные реакции: по разному реагирует на свое и чужое имя. (Ас – 6 мес.)
3. Эмоции и социальное поведение: дружелюбен. Эмоциональные реакции на игрушки. (Э – 6 мес.)
4. Движения руки и действия с предметами: свободно берет погремушку, перекладывает из одной руки в другую. (Др – 6 мес.)
5. Движения общие: садится при подтягивании за руки, сидит с минимальной поддержкой, переворачивается на живот, начинает ползать. (До – 6 мес.)
6. Понимание речи: показывает свои части тела. (Рп – 6 мес.)
7. Активная речь: произносит отдельные слоги, выговаривает более 2 звуков. (Ра – 6 мес.)

8. Навыки и умения: хорошо ест с ложки, снимает пищу с ложки, пьет из чашки. (Н – 6 мес.)

Заключение. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Оценка адекватности питания.

Расчет питания ребенка по фактически съеденной пище.

Масса тела долженствующая – 2450 г. + 4800 г. = 7250 г.

Масса тела фактическая – 7600 г. (4 центильный интервал).

Со слов матери ребенок получает только грудное молоко 5 раз в день.

Ребенок осмотрен следующими специалистами:

Невролог – гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, восстановительный период.

Офтальмолог – здоров.

Травматолог- ортопед - здоров.

Детский хирург – здоров.

Педиатр – здоров.

В ОАК отмечается анемия средней тяжести (Hb 87 г/л).

Объективные данные: общее состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Настроение спокойное. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание через нос не затруднено, аускультативно проводится по всем отделам легких, везикулярное, частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, эластичная, мягкая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча светлая. Стул регулярный, оформленный.

Диагноз основной. Дефицитная анемия средней тяжести.

Диагноз сопутствующий. Гипоксически- ишемическое поражение ЦНС, восстановительный период.

Группа здоровья - Д(II).

Рекомендации на следующий эпикризный срок.

1. Режим дня № 3 (от 6 до 9 месяцев);
2. Гимнастический комплекс упражнений и массажа № 4 (от 6 до 10 мес.);
3. Закаливание: проветривание комнаты 4-5 раз в день; прогулки на свежем воздухе: зимой при температуре до - 12 градусов, в теплое время года ежедневно по 2-3 раза в день между кормлениями; воздушные ванны.
4. Ввести в рацион питания овощное пюре довести до 200,0 г., растительное масло 1-2 мл. и мясное пюре до 50,0.
5. Научить ребенка повторять за взрослым слоги, которые есть и которых нет в его лепете, учить стоять и ходить с поддержкой.
6. Препарат гидроксил-полимальтозный комплекс трехвалентного железа в дозе 5 мг/кг под контролем ОАК 1 раз в 2 недели до нормализации Hb до 110 г/л. В дальнейшем уменьшаем дозу сначала на 1/3, затем на 1/2 и продолжаем прием препарата еще 1-2 мес. Диспансеризация в течение 6-12 мес.

Примерный образец этапного эпикриза на ребенка 9 месяцев

Мальчик родился доношенным от первой беременности с массой тела 3460 г. и длиной 54 см. Беременность протекала с признаками гипоксии плода на фоне хронического пиелонефрита. После выписки из роддома новорожденного ребенка рекомендовано наблюдать в группе риска по развитию патологии ЦНС. Генеалогический анамнез и социальный анамнез не отягощен. Ребенок находится на естественном вскармливании, лактация у матери хорошая, прикормы вводились с 6 месяцев. В настоящее время (январь) проводится неспецифическая и специфическая профилактика рахита под контролем результатов пробы Сулковича. Вакцинация проводится согласно календарю профилактических прививок, поствакцинальных реакций не наблюдалось. В 7 месячном возрасте болел ОРВИ средней степени тяжести.

Оценка физического развития:

Рост - 73 см. (5 центильный интервал)

Масса тела – 9200 г. (4 центильный интервал)

Окружность груди - 47 см. (4 центильный интервал)

Окружность головы – 46,5 см. (5 центильный интервал)

Зубная формула 2/2

Заключение. Физическое развитие гармоничное. Мезосоматотип.

Качественно–количественная оценка психомоторного развития:

- Зрительные ориентировочные реакции: с 5 месяцев отличает близких людей от чужих по внешнему виду. (Аз – 9 мес.)
- Слуховые ориентировочные реакции: осуществляет плясовые движения под музыку. (Ас – 9 мес.)
- Эмоции и социальное поведение: дружелюбен. Подражает действиям другого ребенка, хорошо с ним играет. (Э, Сп – 9 мес.)
- Движения руки и действия с предметами: самостоятельно и по просьбе взрослого выполняет разученные манипуляции с игрушками. (Др – 9 мес.)
- Движения общие: всходит на невысокую поверхность или на горку, держась за перила, и сходит с нее. (До – 9 мес.)
- Понимание речи: на вопрос «где?» находит предмет, находящийся постоянно только в определенном месте. По просьбе взрослого выполняет простые действия «ладушки». (Рп – 8 мес.)
- Активная речь: подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги. (Ра – 7 мес.)
- Навыки и умения: хорошо пьет из чашки. Формируется навык опрятности. (Н – 9 мес.)

Заключение. Психомоторное развитие соответствует 3 группе, 1 степени.

Оценка адекватности питания.

Расчет питания ребенка по фактически съеденной пище.

Масса тела долженствующая – 3460 г. + 5950 г. = 9410 г.

Масса тела фактическая – 9200 г.

Суточный объем пищи составляет – 1000 мл.

Разовый объем пищи составляет – 200 мл.

С учетом показателей физического развития расчет питания выполняется на фактическую массу тела.

Режим кормления и примерное меню ребенка со слов матери.

6.00 час. Грудное молоко – 200,0 мл.

10.00 час. Молочная гречневая каша 10% - 150,0 г. + фруктовый сок (яблочный) 30,0 мл + яичный желток 1/2

14.00 час. Овощное пюре 100,0 г. + мясное пюре 60,0 г. + хлеб пшеничный 10,0 г. + фруктовый сок (яблочный) 30,0 мл.

18.00 час. Фруктовое пюре 90,0 г. + творог 50,0 г. + печенье 10,0 г. + кефир 50,0 мл.

22.00 час. Грудное молоко – 200,0 мл.

Расчет основных пищевых ингредиентов

Наименование продуктов и блюд	Количество в сутки (мл, г)	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)
Грудное молоко	400,0	6,0	15,6	30,0
Кефир	50,0	1,4	1,6	2,1
Творог	50,0	6,0	4,3	1,7
Хлеб пшеничный	10,0	0,71	0,1	4,64
Печенье	10,0	0,8	1,2	7,0
Молочная гречневая каша 10%	150,0	5,1	7,35	24,75
Фруктовое пюре	90,0	0,54	0,09	11,0
Фруктовый сок	60,0	0,36		7,08
Овощное пюре	100	2,2	4,1	14,4
Мясное пюре	60,0	8,64	9,6	4,8
Желток	1/2	1,1	2,2	0,05
Итого	980,0	32,85	46,14	107,52
Получает на 1 кг массы тела		3,5	5,0	11,7
Физиологическая потребность		2.9	5.5	13
Дефицит			- 0,5 (9,0%)	- 1,3 (10,0%)
Избыток		+ 0,6 (20%)		

Заключение. Питание ребенка не сбалансировано по основным пищевым ингредиентам. Отмечается усиление белковой нагрузки и недостаточное поступление жиров и углеводов.

По регламенту диспансерного динамического наблюдения ребенок осмотрен следующими специалистами:

Невролог – гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, восстановительный период.

Офтальмолог – здоров.

Травматолог-ортопед - здоров.

Детский хирург – здоров.

Педиатр – здоров.

Показатели инструментально-лабораторных методов исследования находятся в рамках допустимых возрастных значений.

Объективные данные. Общее состояние ребенка хорошее. Сознание ясное, положение активное. Настроение спокойное. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание через нос не затруднено, аускультативно проводится по всем отделам легких, частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из - под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Диагноз основной. Гипоксически - ишемическое поражение ЦНС. Восстановительный период.

Группа здоровья – Д (II).

Рекомендации на следующий эпикризный срок.

1. Режим дня № 4 (от 9 до 12 месяцев);
2. Гимнастический комплекс упражнений и массажа № 4 (от 6 до 10 мес.);
3. Закаливание. Режим начальный. Стандартная оптимальная методика;
4. Продолжить специфическую профилактику рахита витамином Д 3 (водный раствор) по 500 МЕ (1 капля) в сутки; проба Сулковича через 1 месяц.
5. Ввести в рацион питания рыбное пюре до 40,0 г. два раза в неделю, сливочное и растительное масло по 6,0 г.; объем овощного пюре довести до 200,0 г.,

фруктового сока - до 90,0 мл., кефира – до 200 мл. Каши варить на воде.

6. Научить ребенка громко, четко, повторно произносить различные слоги; подражая взрослому, повторять за ним слоги, которые есть и которых нет в его лепете.

7. Консультация психоневролога и логопеда.

Примерный образец этапного эпикриза на ребенка 12 месяцев

Ребенок М. Дата рождения 2.05.2012 г. Жалоб нет.

Генеалогический анамнез неотягощен. Социальный анамнез без особенностей. Биологический анамнез: сумма баллов по перинатальному риску 18 баллов. Риск реализовался в виде поражения ЦНС на 1-м месяце: Перинатальная энцефалопатия, гипертензионный синдром. С рождения на грудном вскармливании, прикормы вводились с 6 месяцев. Проводилась профилактика рахита. Получал лечение у невролога по поводу: ПЗП. Вакцинация начата с 5 мес., поствакцинальных реакций не наблюдалось. В 9 месяцев перенес ОРВИ средней степени тяжести. Физическое, психомоторное развитие по возрасту. Физиологические отправления не нарушены.

Оценка физического развития:

Длина тела - 76 см. (5 центильный интервал)

Масса тела – 9800 г. (4 центильный интервал)

Окружность груди – 51,3 см. (5 центильный интервал)

Окружность головы – 47,5 см. (4 центильный интервал)

Зубная формула 4/4

Заключение: физическое развитие гармоничное, мезосоматотип.

Резистентность организма:

одно заболевание ОРВИ за 12 месяцев, Лож - хорошая.

Качественно–количественная оценка психомоторного развития:

1. Зрительные ориентировочные реакции. С 5 месяцев отличает близких людей от чужих по внешнему виду. Различает контрастные формы предметов (подбор по образцу) (Аз – 12 мес.).

2. Слуховые ориентировочные реакции. Осуществляет плясовые движения

под музыку с 9 месяцев. Различает характер музыки. (Ас – 12 мес.).

3. Эмоции и социальное поведение. Дружелюбен. Подражает действиям другого ребенка, хорошо с ним играет, радуется приходу детей, выделяет их из группы. Делится игрушками. Ищет спрятанную игрушку (Э, Сп. – 12 мес.).

4. Движения руками и действия с предметами. Выполняет самостоятельно разученные действия с игрушками: катает, водит, кормит. Переносит действия, разученные с одним предметом на другой. (Д.р. – 12 мес.).

5. Движения общие. Поднимается на невысокую поверхность или на горку, держась за перила, и сходит с нее. Ходит самостоятельно без опоры (Д.о. – 12 мес.).

6. Подготовительные этапы развития речи: а) понимание речи - понимает названия некоторых предметов без показа, имена детей, взрослых, выполняет отдельные поручения (принеси, положи на место). Понимает слово «нельзя» - прекращает действие (Рп – 12мес.); б) активная речь - подражает взрослому, произносит новые слова. Произносит 8-10 простых (легких) слов. (Ра – 12 мес.).

7. Навыки и умения. Самостоятельно пьет из чашки (берет её руками и пьет). Формируется навык опрятности. (Н – 12 мес.).

Заключение. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Оценка адекватности питания:

Расчет питания ребенку 12 мес. по фактически съеденной пище.

Масса тела долженствующая – 3560 г. + 7120 г. = 10680 г.

Масса тела фактическая – 10500 г.

Суточный объем пищи составляет – 1000 мл.

Разовый объем пищи составляет – 200 мл.

С учетом показателей массы тела - расчет питания выполняется на фактическую массу тела.

Режим кормления и примерное меню ребенка со слов матери.

6.00 час. Грудное молоко – 200,0 мл.

10.00 час. Молочная гречневая каша 10% - 150,0 г. + фруктовый сок (яблочный) 50,0 мл. + яичный желток 1/2

14.00 час. Овощное пюре 130,0 г. + мясное пюре 40,0 г. + хлеб пшеничный 10,0

г. + фруктовый сок (яблочный) 50,0 мл.

18.00 час. Фруктовое пюре 100,0 г. + творог 50,0 г. + печенье 10,0 г. + кефир 50,0 мл.

22.00 час. Грудное молоко – 200,0 мл.

Расчет основных пищевых ингредиентов

Наименование продуктов и блюд	Количество (мл., г.) в сутки	Белки (г)	Жиры (г)	Углеводы (г)
Грудное молоко	400,0	5,6	14,0	30,0
Кефир	50,0	1,4	1,8	2,2
Творог	50,0	6,0	4,3	1,7
Хлеб пшеничный	10,0	0,71	0,1	4,64
Печенье	10,0	0,9	3,0	7,0
Молочная гречневая каша 10%	150,0	5,6	8,9	24,5
Фруктовое пюре	100,0	0,4	0,1	11,6
Фруктовый сок	100,0	0,6		11,8
Овощное пюре	130	1,95	3,9	18,4
Мясное пюре	40,0	8,4	6,2	5,6
Желток	1/2	1,1	2,2	0,05
Итого	1010	31,56	46,14	117,49
Получает на 1 кг массы тела		3,0	4,2	11,7
Физиологическая потребность		2,9	5,5	13
Дефицит на кг/общий дефицит		-0,1/1,0	- 1,3/13,0	- 1,3/13,0

Заключение. Ребенок недополучает белки, жиры, углеводы, а, значит и калории. Рекомендовано провести коррекцию белка - увеличением количества мясных продуктов до 70 гр.; коррекцию дефицита жиров - добавлением растительного масла в овощное пюре 3-5гр. И в каши - сливочного масла в количестве 3-5гр. Коррекцию же углеводов - увеличением количества потребления фруктов.

По регламенту диспансерного динамического наблюдения ребенок в возрасте 12 месяцев осмотрен следующими специалистами:

Педиатр – здоров.

Невролог - здоров.

Офтальмолог – здоров.

Травматолог-ортопед - здоров.

Детский хирург – здоров.

Оториноларинголог - здоров.

Показатели инструментально-лабораторных методов исследования находятся в рамках допустимых возрастных значений.

Объективные данные. Общее состояние ребенка хорошее. Сознание ясное, положение активное. Контактен, играет, смеется, Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности. Видимые слизистые розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание через нос не затруднено, аускультативно проводится по всем отделам легких, частота дыхания 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, частота сердечных сокращений 130 в минуту. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень - пальпируется край. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

Диагноз основной: здоров.

Группа здоровья – Д (I).

Рекомендации на эпикризный срок от 1 года до 1 года 3 месяцев.

1. Режим дня по возрасту: максимальное бодрствование – 3,5 - 4 часа, дневной сон - 2 раза по 2,5 – 2,0 – 1,5 – 1,0 часа, общая длительность периодов сна в течение суток – 14,0 – 13,5 часов (от 1 до 1,5 лет).
2. Возрастной комплекс физических упражнений – комплекс № 6.
3. Кратность кормления 5 раз. Калорийность пищевого рациона желательно распределить следующим образом: завтрак – 20 % , 2 завтрак – 10 % , обед – 30 – 35 % , полдник – 15 – 20 % , ужин – 20 %. Ввести в рацион питания рыбное пюре до 70,0 г. два раза в неделю, сливочное и растительное масло по 5,0 г.; объем овощного пюре довести до 200,0 г., фруктового сока – до 150,0 мл., кефира – до 200 мл.
4. Психомоторное развитие: пользуется простыми словами, увеличивает запас понимаемых слов. Различает предметы по величине. Самостоятельно ест гу-

стую пищу ложкой. Ходит длительно, может пройти 5-10 метров, меняет положение (приседает, наклоняется).

2.4.2. Диспансерные эпикризы на детей различных групп здоровья

Диспансерное наблюдение детей представляет собой динамическое наблюдение за ребенком, за состоянием его здоровья в целях своевременного выявления заболеваний, предупреждения их осложнений и обострений, проведения профилактики и осуществления медицинской реабилитации. Диспансерное наблюдение осуществляется в медицинских организациях, где несовершеннолетний получает первичную медико-санитарную помощь.

Врач педиатр отмечает следующее:

- 1) с какого времени ребенок состоит на «Д» учете, с каким диагнозом (где и кем установлено);
- 2) были ли обострения в течение года, чем проявлялись;
- 3) условия лечения при обострении, применяемые методы терапии (стационар, дневной стационар, на дому);
- 4) проводилось по плану противорецидивная терапия, если нет, то указать причину. Эффективность проводимого лечения;
- 5) динамика клинико-лабораторных показателей (данные обследования, лабораторные, осмотр специалистов);
- 6) эффективность диспансеризации;
- 7) данные объективного обследования на момент осмотра.

Дает заключение:

- 1) диагноз;
- 2) группа здоровья
- 3) рекомендации;
- 4) план диспансерного наблюдения.

Пример диспансерного эпикриза на ребенка 2 группы здоровья

Артур М., 9 лет с момента рождения наблюдался во Д(II) группе здоровья в связи с гипоксически - ишемическим поражением ЦНС. На первом году жиз-

ни отмечался дисбактериоз кишечника, дефицитная анемия легкой степени тяжести. В раннем возрасте часто болел ОРВИ. В последующие годы диагностированы: ветряная оспа - 5 лет, герпетический стоматит - 6 лет, дискинезия желчевыводящих путей - 6 лет, расстройство вегетативной нервной системы – 7 лет.

В процессе роста и развития ребенку проводилось динамическое диспансерное наблюдение с проведением профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, с учетом рекомендаций гастроэнтеролога и невролога.

В настоящее время мальчик выписан из стационара. Диагноз. Внебольничная пневмония (вирусная), очаговая, затяжное течение, средней степени тяжести.

Объективно. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Мальчик правильного телосложения. Физическое развитие гармоничное, мезосоматотип. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Кожа чистая, обычной окраски. Небные миндалины гипертрофированы. Язык обложен у корня белесоватым налетом. Зубы санированы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет; частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные; частота сердечных сокращений 64 в минуту, артериальное давление -100/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненности при пальпации нет. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Лабораторные показатели крови и мочи в рамках допустимых возрастных значений.

Диагноз основной. Внебольничная пневмония (вирусная), очаговая, затяжное течение, средней степени тяжести. Период реконвалесценции.

Диагноз сопутствующий. Расстройство вегетативной нервной системы.

Группа здоровья: Д (II).

План диспансерного наблюдения.

Кратность наблюдения специалистами:

1. Педиатр – 1 раз в 3 мес.
2. ЛОР, стоматолог - 2 раз в год, санация хронических очагов инфекции.

3. Невролог, гастроэнтеролог по показаниям

Объем обследования:

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов - 1 раз в 6 мес.
2. Спирография - 1 раз в год.
3. Рентгенография ОГК, иммунологическое исследование - по показаниям.

Объем лечебно-реабилитационных мероприятий:

1. Режим лечебно-охранительный с переходом на возрастной.
2. Питание рациональное с увеличением белков на 15%.
3. ЛФК - дыхательная гимнастика.
4. Галлоингаляционная терапия (ГИТ) по 30 минут ежедневно в течение 1 мес.
5. Общий массаж грудной клетки.
6. Кислородный коктейль с “грудным” сбором.
7. Закаливание. Режим – начальный.
8. Витаминотерапия, иммунотерапия.
9. Группа для занятий по физкультуре - подготовительная.
10. Санаторно-курортное лечение в местном санатории пульмонологического профиля.

Педиатр

Подпись

Дата

Пример диспансерного эпикриза на ребенка 3 группы здоровья

Марина К., 14 лет состоит на диспансерном учете в третьей группе здоровья с 7 летнего возраста по поводу левосторонней пиелозктазии и хронического пиелонефрита. Диагноз выставлен в ГКБ №17 на основании урографии - левосторонняя пиелозктазия за счет обструкции мочеточника; клинико-лабораторных данных - болезненность при мочеиспускании, в общем анализе мочи отмечалась лейкоцитурия до 25-30 в поле зрения. По заключению уролога оперативного лечения не требуется.

В течение предыдущих лет ежегодно проводилось восстановительное лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. За прошедший год прошла курс реабилитации в санатории «Янган-Тау». На фоне лечения состояние девочки улучшилось. Обострения заболевания не отмечалось. В настоящее время

показатели лабораторных методов обследования (общий анализ крови, общий анализ мочи и по Нечипоренко, проба по Зимницкому, биохимические исследования) находятся в рамках допустимых возрастных значений. УЗИ почек, печени, поджелудочной железы - без патологии. ЭКГ-возрастная норма.

Осмотрена специалистами: 1. Стоматолог - санация зубов. 2. Оториноларинголог - здорова. 3. Кардиолог - функциональный систолический шум. 4. Невролог – здорова. 5. Офтальмолог - здорова. 6. Гинеколог - здорова. 7. Уролог - левосторонняя пиелозктазия, хронический пиелонефрит без нарушения функции почек; клинико-лабораторная ремиссия.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Жалобы на нарушение сна. Масса тела 53 кг. (IV кор.). Рост 158см. (IV кор.). Физическое развитие мезосоматическое, гармоничное. Девочка правильного телосложения. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм стойкий, разлитой, красный. Слизистая оболочка полости рта чистая. В легких дыхание проводится по всем отделам, везикулярное. Частота дыхания 24 в мин. Тоны сердца ритмичные. Над верхушкой сердца и V точке выслушивается систолический шум, АД-110/60 мм.рт.ст. Частота сердечных сокращений 68 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Диагноз: Левосторонняя пиелозктазия. Хронический пиелонефрит. Стадия клинико-лабораторной ремиссии. Диагноз сопутствующий: Функциональный систолический шум. Группа здоровья Д (III).

План диспансерного наблюдения.

Кратность наблюдения специалистами:

1. Педиатр - 1 раз в 6 мес.
2. Оториноларинголог - 1 раз в 6 мес.
3. Стоматолог - 1 раз в 6 мес.
4. Невролог - 1 раз в 6 мес.
5. Офтальмолог - 1 раз в 6 мес.
6. Нефролог - 1 раз в 6 мес.

7. Кардиолог - 1 раз в 6 мес.

8. Гинеколог - 1 раз в год

Объем обследования.

1. Общий анализ крови - 1 раз в 6 мес.

2. Общий анализ мочи и по Нечипоренко - 1 раз в 3 мес.

3. Биохимические исследования - 1 раз в год.

4. Проба по Зимницкому - 1 раз в 6 мес.

5. УЗИ брюшной полости по показаниям.

Объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

1. Режим – возрастной.

2. Питание сбалансированное по основным пищевым ингредиентам с ограничением соленого, жареного, острого.

3. Лечебно-физкультурный комплекс.

4. Кислородный коктейль с мочегонным сбором.

5. Ароматерапия с успокаивающими натуральными эфирными маслами (мелисса, пихтовое масло и др.)

6. Музыкотерапия. Дебюсси «Свет луны».

7. Группа для занятий по физкультуре - подготовительная.

8. Минеральная вода - Славянская, Красноусольская, Кургазак.

9. Лечебные ванны (хвойные).

10. Санаторно-курортное лечение.

Педиатр

Подпись

Дата

Примерный эпикриз диспансерного больного 3 группы здоровья

Дарья, 12 лет, находится на диспансерном учете с 9 лет с диагнозом: хронический гастродуоденит. Дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, дуоденогастральный рефлюкс, катаральный эзофагит. Сопутствующий диагноз: Церебральная ангиодистония, нестабильность ШОП, хронический тонзиллит вне обострения.

Взята на учет своевременно, после стационарного лечения в БСМП. В текущем году обострений основного заболевания не было, стационарно не лечи-

лась, санаторно-курортного лечения не получала. Перенесенные заболевания в текущем году: ОРВИ, острый фарингит, острый трахеобронхит. Осмотрена узкими специалистами:

гастроэнтеролог – хронический гастродуоденит вне обострения,

невролог - церебральная дистония, нестабильность ШОП,

окулист - ангиопатия сетчатки,

гинеколог - гинекологических заболеваний не выявлено,

эндокринолог – эутиреоидный зоб I степени.

Лабораторно-инструментальные методы исследования:

Общий анализ крови и мочи без патологии.

Фиброгастродуоденоскопия – дуоденогастральный рефлюкс. Поверхностный анtrum – гастрит. Недостаточность кардии. Катаральный эзофагит.

УЗИ органов брюшной полости – заключение: реактивные изменения паренхимы печени, увеличение размеров желчного пузыря. ДЖВП по гипокинетическому типу.

РЭГ - Ангиодистонический тип с нарушением венозного оттока. Снижение тонуса вен в ВББ.

Объективные данные: состояние девочки удовлетворительное. Положение активное. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, синева под глазами. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы: 0,5 x 0,3 см мягкие, безболезненные при пальпации. Зев – слизистая бледно-розового цвета, миндалины умеренно гипертрофированы I-II степени, налетов нет. Язык густо обложен беловато-серым налетом больше у корня, множественный кариес зубов. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 в минуту. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание с обеих сторон, хрипов нет, частота дыхания 18-20 в минуту. Живот мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает до 0,5 см из - под края реберной дуги, мягко-эластичная. Положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Умеренная болезненность при пальпации остистых отростков С 6- 7. Селезенка, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное,

стул оформлен, регулярный. Неврологический статус: на осмотр реакция адекватная, интеллект по возрасту. ЧН - без очаговых знаков, мышечный тонус достаточный. Дефанс трапецевидных мышц, асимметрия плечевого пояса. Двигательных нарушений нет, стопы плоские.

Диагноз: Хронический гастродуоденит в стадии ремиссии. Катаральный эзофагит. Дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, дуодено-гастральный рефлюкс.

Сопутствующий диагноз: Церебральная ангиодистония, нестабильность ШОП, хронический тонзиллит вне обострения.

Группа здоровья - Д III.

План наблюдения специалистами.

1. Педиатр – в течение 3 мес. - ежемесячно, затем 1 раз в квартал, далее 2 раза в год;
2. Гастроэнтеролог - первый квартал ежемесячно, затем 1 раз в 3 мес., далее 2 раза в год;
3. Невролог 2 раза в год и по показаниям;
4. ЛОР - 2 раз в год;
5. Стоматолог - 2 раз в год.

Объем обследования.

1. Общий анализ крови - 1 раз в 6 мес.
2. Общий анализ мочи - 1 раз в 6 мес.
3. Кал на яйца глистов – 1 раз в 6 мес.
4. УЗИ ОБП - 1 раз в год.
4. Иммунологическое исследование - по показаниям.
5. ЭЭГ, РЭГ - по показаниям.

Объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

1. Режим лечебно-охранительный, с учетом подросткового возраста.
2. Питание рациональное, полноценное, соблюдение диеты.
3. ЛФК – бассейн, двигательная гимнастика.
4. Психоэмоциональный покой, соблюдение режима учебы и отдыха.
5. Общий массаж грудной клетки и шейного отдела позвоночника № 10.

6. Лечение по назначению гастроэнтеролога, невролога.
7. Витаминотерапия.
8. Иммуноterapia.
9. Группа для занятий по физкультуре - специальная, затем подготовительная.
10. Санаторно-курортное лечение в местном санатории «Салют», центральных санаториях гастроэнтерологического профиля: Кисловодск, Железноводск, Ессентуки др.

Педиатр

Подпись

Дата

2.4.4. Схема эпикриза на подростка, передаваемого во взрослую сеть

Передача детей, достигших 18-летнего возраста, и медицинской документации на них из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети осуществляется ежеквартально по графику, согласно приказа Министерства здравоохранения РФ от 05.05.1999 г. № 154. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». На здоровых детей, достигших 18-летнего возраста, оформляются и передаются в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети переводные эпикризы. Схема эпикриза на ребенка, достигшего 18-летнего возраста, составляется детским амбулаторно-поликлиническим учреждением, она включает следующее:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Год, число, месяц рождения.
3. С какого возраста наблюдается данной поликлиникой (отделением).
4. Генеалогический, социальный анамнез.
5. Перенесенные заболевания, травмы, операции (указать какие и в каком возрасте).
6. Состоял ли ранее на диспансерном учете (указать диагноз заболевания, с какого времени по какое, причину снятия с учета).
7. Состоит ли на диспансерном учете на момент передачи - у каких специалистов, диагноз заболевания, методы лечения, эффективность оздоровления, динамика.

8. Оценка функционального состояния на момент осмотра.
9. Профилактические прививки.
10. Антропометрия (вес, рост), АД, острота зрения.
11. Нервно-психическое развитие.
12. Половая формула.
13. Данные углубленного осмотра: педиатр, хирург, стоматолог, офтальмолог, отоларинголог, невролог, эндокринолог, гинеколог/уролог.
14. Флюорография.
15. Заключение участкового педиатра на момент осмотра:
 - общее состояние и состояние отдельных органов и систем;
 - физическое развитие: соматотип, гармоничность;
 - нервно-психическое развитие;
 - резистентность;
 - диагноз;
 - группа здоровья.
16. Рекомендации по дальнейшему диспансерному наблюдению:
 - режим дня, питания;
 - физическое воспитание (медицинская группа для занятия физкультурой, виды закаливания, допуск к занятиям спортом);
 - рекомендации по профориентации;
 - вакцинация;
 - план диспансерного наблюдения по выявленной патологии.

Дата_____ Подпись врача_____

Примечание. Если на момент передачи подросток находится в состоянии обострения хронического заболевания, он направляется на лечение, в т.ч. при необходимости - стационарное.

Схема переводного эпикриза на 18-летнего подростка

СХЕМА ЭПИКРИЗА ПОДРОСТКА

Поликлиника №		(✓) «да», «нет» по смыслу	Дата заполнения			
Фамилия, имя, отчество						
День, месяц и год рождения		Школа №		Класс		
Адрес						
Находился под наблюдением поликлиники ☐ Родился: доношенным ☐ недоношенным ☐ с родовой травмой ☐ асфиксией ☐ конфликт ☐ Рос и развивался в соответствии с возрастом ☐ Отставал в развитии: движения ☐ речи ☐ интеллекта ☐ Указать возраст _____ Перенес: корь ☐ скарлатину ☐ оспу ☐ коклюш ☐ болезнь Боткина ☐ дизентерию ☐ другие инфекции (указать) _____ Частые острые респираторные заболевания и грипп (4 и более раз в год) ☐ Последний раз _____ Ангина 1, 2, 3 и более 3 раз в год ☐ Последний раз _____						
Перенесенные операции (какие)			Когда			
Перенесенные травмы и их последствия (какие)			Когда			
В течение последних 2 лет находился в стационаре с диагнозом			Когда			
Состоял ли на диспансерном учете у	окулиста	отоларинголога	хирурга	ревматолога	педиатра	психоневролога
с						
по						
с диагнозом						
Занимался спортом в спортшколе ☐ секции ☐ Указать вид спорта _____						
Зревшие привычки _____						
Прошел углубленный осмотр в 20__ г.		Вес	Рост	Окружность грудной клетки		
А/Д _____ мм рт.ст.		Половое развитие: А ☐ Р ☐ Ма ☐ Ме ☐				
Диагноз _____						
Физическое развитие _____			Медицинская группа для занятий физкультурой _____			
ОБЪЕКТИВНЫЙ ОСМОТР: Состояние: удовлетворительное ☐ нет ☐ На осмотр реагирует адекватно ☐ нет ☐						
Телосложение правильное ☐ нет ☐ удовлетворительного питания ☐ повышенного ☐ пониженного ☐ Кожные						
покровы чистые ☐ обычной окраски ☐ бледные ☐ гиперемизированные ☐ Слизистые розовые ☐						
Лимфатические узлы без особенностей ☐ В легких дыхание везикулярное ☐ жесткое ☐						
ослабленное ☐ хрипы ☐ Инъецированность склер ☐ слезотечение ☐						
Тоны сердца ясные ☐ приглушенные ☐ ритмичные ☐ учащенные ☐						
Язык чистый ☐ влажный ☐ обложен налетом ☐ Живот мягкий ☐ при пальпации безболезненный ☐						
Границы печени в пределах возрастной нормы ☐ не увеличены ☐ увеличены на _____ Селезенка не пальпируется ☐						
Стул регулярный ☐ оформленный ☐ Мочеиспускание без особенности ☐						
Диагноз _____						
Физическое развитие среднее гармоничное ☐						
Нервно-психическое развитие соответствует возрасту ☐						
Половое развитие по возрасту ☐						
Группа физкультурная основная ☐ специализированная ☐						
Диспансерная группа _____						

ООО «УралПолиграфБланк», тел./факс: 50-13-64

**Примерный образец эпикриза на подростка,
передаваемого во взрослую сеть**

Ильяс 20.04.1995 года рождения находился на диспансерном учете с рождения с диагнозом: гипоксическое поражение ЦНС легкой степени, пренатальная гипотрофия I ст. С 2002 г находится на диспансерном учете с диагнозом: Резидуальная энцефалопатия с внутричерепной гипертензией.

Родился доношенным, от 1 беременности, на 19 неделе беременности мама перенесла ангину. Масса тела при рождении 2990 г., рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Приложен к груди на 3 сутки. Пуповинный остаток отпал на 4 сутки. Выписан из роддома на 6 сутки.

Перенесенные заболевания: ОРВИ 1996 г., обструктивный бронхит 1996г., ОРВИ 1997 г., аллергический дерматит 1997г., атопический дерматит в 1998 г., в 1998 г. прооперирован по поводу острого гангренозного аппендицита в БСМП, в 2001 г. - ветряная оспа, 2002 г.- нарушение осанки, 2004 г. - ОКИ.

В текущем году обострений основного заболевания не было, стационарно не лечился, санаторно-курортного лечения не получал.

Объективно: Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Зев – слизистая бледно-розовой окраски, миндалины не гиперемированы, не гипертрофированы, без гнойных налетов. Язык чистый, не обложен. Зубы санированы. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям с обеих сторон, хрипов нет, частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, частота сердечных сокращений 64 в минуту, артериальное давление - 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Лабораторные показатели крови и мочи от 2011 г в пределах возрастных норм.

Диагноз: Резидуальная энцефалопатия с внутричерепной гипертензией.

Группа здоровья – Д III.

План дальнейшего наблюдения ребенка во взрослой поликлинике:

1. Терапевт 2 раз в год.

2. Невролог 2 раза в год и по показаниям
3. Офтальмолог 1 раз в год.

Объем обследования:

1. Общий анализ крови - 1 раз в 6 мес.
2. Общий анализ мочи - 1 раз в 6 мес.
3. УЗИ ОБП - 1 раз в год
4. Иммунологическое исследование - по показаниям
5. ЭЭГ, РЭГ - по показаниям

Объем лечебно-реабилитационных мероприятий.

1. Режим лечебно-охранительный, с учетом возраста
2. Питание рациональное, полноценное, соблюдение диеты
3. ЛФК – бассейн, гимнастика
4. Психоземotionalный покой, соблюдение режима учебы и отдыха
5. Лечение 2 раза в год по назначению невролога.
6. Массаж шейно-воротниковой зоны №10 – курсами.
7. Электрофорез с лидазой № 10.
8. Фитотерапия.
9. Группа для занятий по физкультуре - подготовительная
10. Санаторно-курортное лечение – местные санатории: Салют, Акбузат, центральные - Евпаторий, Белокуриха, Друскиненкай, Красная пахра и другие многопрофильные санатории.

3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Переживаемая россиянами в два последних десятилетия «эпоха перемен» породила негативные тенденции в жизни общества – инфляцию, безработицу, снижение реальных доходов населения, ухудшения качества жизни и состояния здоровья детей. Социально-экономическая напряженность, многолетнее ре-

формирование, локальные вооруженные конфликты, бедность, вынужденная миграция, в первую очередь бьют по семье, нарушая экономическое, социальное и психическое состояние наиболее уязвимых и менее всего защищенных ее членов – женщин и детей.

Наряду с дисфункциональными семьями увеличилось количество так называемых социопатических семей – с пьющими родителями, или родителями-наркоманами, бомжами; семей, где родители и дети - с девиантным поведением, правонарушители, заключенные. Увеличение числа дисфункциональных и социопатических семей породило такое явление как безнадзорность, беспризорность, наркотизация, жестокая детская и подростковая преступность.

У детей в данных семьях часты заболевания органов дыхания, пищеварения и психические болезни, которые составляют 90 % от числа всех обращений в медицинские организации. Уровень госпитализированной заболеваемости из данных семей в 3 раза выше обычного. Каждое третье инфекционное заболевание у этих детей лечится в стационаре, что свидетельствует о более тяжелом течении заболевания и о неспособности родителей обеспечить адекватный уход за больным ребенком в домашних условиях.

Учитывая вызовы современного общества, врачу педиатру участковому в своей работе приходится осуществлять не только медицинскую помощь, сколько медико-социальную помощь.

Порядок оказания педиатрической помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.04.2011 г. № 366н, предусматривает наличие в структуре детской поликлиники медико-социального кабинета или отделения.

Как говорится «один в поле не воин». Сохранение здоровья детей из социопатических семей без совместных усилий работников различных министерств и ведомств невозможно.

Совместным пятисторонним приказом Министерства труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан, Министерства молодежной политики, спорта и туризма Республики Башкортостан, Министерства внутренних

дел по Республике Башкортостан, Министерства образования Республики Башкортостан, Министерства здравоохранения Республики Башкортостан от 25 января 2010 года № 3-О / ОД-42/1 / 61 / 57 / 142-Д «Об утверждении «Сигнальной карточки о семье, находящейся в социально опасном положении, о несовершеннолетнем, находящемся в социально опасном положении» утверждена форма сигнальной карточки, которая дает возможность осуществлять межведомственный подход в ведении дисфункциональных семей.

Образец сигнальной карточки

Сигнальная карточка

о семье, находящейся в социально опасном положении,
о несовершеннолетнем, находящемся в социально опасном положении

(в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних")

В комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав

_____ района. Адрес: _____ (в обязательном порядке)

Копия:

В отдел внутренних дел (образования, здравоохранения, соцзащиты населения) _____ района
(или иной орган в зависимости от ситуации)

Адрес: _____

"__" _____ 20__ г. № ____

В ходе _____

(обследования жилищно-бытовых условий, медицинского осмотра ребенка, учебного процесса и т.д.)

выявлен(а) _____ прож. _____

Установлено _____

(коротко излагается суть дела (санитарное состояние жилища, состояние здоровья детей, имеются ли следы насилия,

посещают ли дети образовательные учреждения, состояние здоровья родителей (алкоголизм, наркомания) и т.п.)

Подпись с указанием должности, Ф.И.О.
составившего сигнальную карточку

(составляется работником ОВД, соц. службы, образования, медработником и/или иным представителем органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в 3-х экземплярах, 1 экземпляр в обязательном порядке хранится в накопительных материалах)

Обратная сторона карточки

Выписка из Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних":

Статья 1. Основные понятия

Семья, находящаяся в социально опасном положении, - семья, имеющая детей, находящихся в социально опасном положении, а также семья, где родители или иные законные представители несовершеннолетних не исполняют своих обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию и (или) отрицательно влияют на их поведение либо жестоко обращаются с ними.

Статья 9. Гарантии исполнения настоящего Федерального закона

1. Органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, а также несовершеннолетние, их родители или иные законные представители вправе обратиться в установленном законодательством Российской Федерации порядке в суд с иском о возмещении вреда, причиненного здоровью несовершеннолетнего, его имуществу, и (или) морального вреда.

2. Органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в пределах своей компетенции обязаны обеспечивать соблюдение прав и законных интересов несовершеннолетних, осуществлять их защиту от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, выявлять несовершеннолетних и семьи, находящиеся в социально опасном положении, а также незамедлительно информировать:

- 1) орган прокуратуры - о нарушении прав и свобод несовершеннолетних;
 - 2) комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав - о выявленных случаях нарушения прав несовершеннолетних на образование, труд, отдых, жилище и других прав, а также о недостатках в деятельности органов и учреждений, препятствующих предупреждению безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних;
 - 3) орган опеки и попечительства - о выявлении несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей или иных законных представителей либо находящихся в обстановке, представляющей угрозу их жизни, здоровью или препятствующей их воспитанию;
 - 4) орган управления социальной защитой населения - о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, а также о выявлении семей, находящихся в социально опасном положении;
 - 5) орган внутренних дел - о выявлении родителей несовершеннолетних или иных их законных представителей и иных лиц, жестоко обращающихся с несовершеннолетними и (или) вовлекающих их в совершение преступления или антиобщественных действий или совершающих по отношению к ним другие противоправные деяния, а также о несовершеннолетних, совершивших правонарушение или антиобщественные действия;
 - 6) орган управления здравоохранением - о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением алкогольной и спиртосодержащей продукции, пива и напитков, изготавливаемых на его основе, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ;
 - 7) орган управления образованием - о выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с самовольным уходом из детских домов, школ-интернатов и других детских учреждений либо в связи с прекращением по неуважительным причинам занятий в образовательных учреждениях;
 - 8) орган по делам молодежи - о выявлении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и нуждающихся в этой связи в оказании помощи в организации отдыха, досуга, занятости.
3. Информация, указанная в пункте 2 настоящей статьи, подлежит хранению и использованию в порядке, обеспечивающем ее конфиденциальность.
4. Должностные лица, родители несовершеннолетних или иные их законные представители и иные лица несут ответственность за нарушение прав несовершеннолетних, а также за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по их воспитанию, обучению и (или) содержанию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

4. СПИСОК НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ

1. Конвенции о правах ребенка от 20.11.1989 г.
2. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г.
3. Конституция Республики Башкортостан от 24.12.1993 г. № ВС-22/15.
4. Семейный Кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ.
5. Гражданский Кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ.
6. Федеральный закон от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
7. Федеральный закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
8. Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

9. Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
10. Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
11. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
12. Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».
13. Федеральный закон от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
14. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
15. Федеральный закон от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональной защите».
16. Федеральный закон от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
17. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
18. Федеральный закон от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».
19. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
20. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
21. Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».
22. Указ Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы».

23. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения».
24. Закон Республики Башкортостан от 05.11.1993 г. № ВС-21/19 «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Республике Башкортостан».
25. Семейный Кодекс Республики Башкортостан от 02.03.1994 г. № ВС-22/34.
26. Закон Республики Башкортостан от 31.12.99 N 44-з (ред. от 22.09.2012) «Об основных гарантиях прав ребенка в Республике Башкортостан».
27. Закон Республики Башкортостан от 04.12.2012 г. № 608-з «Об охране здоровья граждан в Республике Башкортостан».
28. Указ Президента РБ от 27.05.1996 г. № УП-345 «О государственной поддержке многодетных семей, материнства и детства и улучшению демографической ситуации в Республике Башкортостан».
29. Указ Президента РБ от 25.12.2012 г. № УП-551 «О стратегии действий в интересах детей в Республике Башкортостан на 2013-2017 годы».
30. Постановления Правительства РБ от 12.01.2008 г. № 1 «Об обеспечении детей в возрасте до трех лет продуктами питания».
31. Постановление Правительства РБ от 29.12.2012 г. № 500 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Башкортостан на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
32. Постановление Правительства РБ от 30.12.2011 г. № 540 «О предоставлении мер социальной поддержки отдельным группам населения и гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями».
33. Совместный приказ Министра здравоохранения и Министра образования РФ «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» № 186/272 от 30.06.1992 г

34. Приказ МЗ СССР от 19.05.1995 г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах».
35. Приказ МЗ и МП РФ от 14.03.1995 г. № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
36. Приказ МЗ РФ от 07.05.1998 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».
37. Приказ МЗ РФ от 05.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» и соответствующий приказ МЗ РБ от 08.09.1999 г. № 554-Д «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
38. Приказ МЗ РФ от 03.07.2000 г. № 241 «Об утверждении медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».
39. Приказ МЗ РФ от 16.10.2001 г. № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек».
40. Приказ МЗ РФ от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
41. Приказ МЗ и СР РФ от 22.11.2004 г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение».
42. Приказ МЗ и СР РФ от 09.12.2004 г. № 310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».
43. Приказ МЗ и СР РФ от 22.03.2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных на наследственные заболевания».
44. Приказ МЗ СР РФ от 18.01.2006 г. № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».
45. Приказ МЗ и СР РФ от 28.04.2007. № 307 «Стандарт диспансерного наблюдения (профилактического) ребенка в течение первого года жизни».

46. Приказ МЗ и СР РФ от 11.02.2007. № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

47. Приказ МЗ и СР РФ от 19.04.2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра».

48. Приказ МЗ и СР РФ от 09.02.2007 г. № 102 «О Паспорте врачебного участка (педиатрического)».

49. Приказ МЗ СР РФ от 23.01.2007 г. № 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».

50. Приказ МЗ СР РФ от 9 апреля 2010 г. N 225ан «Об утверждении Порядка оказания наркологической помощи населению Российской Федерации».

51. Приказ МЗ СР РФ от 31.01.2011 г. № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

52. Приказ МЗ и СР РФ от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».

53. Приказ МЗ и СР РФ от 16.04.2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

54. Приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

55. Приказ МЗ СР РФ от 05.05.2012 г. №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

56. Приказ МЗ СР РФ от 05.05.2012 г. № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями».

57. Приказ МЗ РФ от 25.10.2012 г. № 441н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология».

58. Приказ МЗ РФ от 25.10.2012 г. № 442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».

59. Приказ МЗ РФ от 25.10.2012 г. № 440н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология».

60. Приказ МЗ РФ от 30.10.2012 г. № 560н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология».

61. Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 г. № 561н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология».

62. Приказ МЗ РФ от 31.10.2012 г. № 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия».

63. Приказ МЗ РФ от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

64. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 906н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология».

65. Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология».

66. Приказ МЗ РФ от 13.11.2012 г. N 910н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».

67. Приказ МЗ РФ от 14.12.2012 г. N 1047н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология».

68. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 г. N 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской по профилю «неонатология».

69. Приказ Минздрава РФ от 29.12.2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи».

70. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

71. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

72. Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».

73. Приказ Минздрава России от 15.02.2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

74. Приказ Минздрава РФ от 13.02.2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

75. Приказ МЗ РБ от 02.08.2011 г. №1723-Д «О маршрутизации новорожденных в Республике Башкортостан».

76. Приказ МЗ РБ от 10.10.2011 г. № 2255-Д «О маршрутизации детей при хирургических заболеваниях в Республике Башкортостан».

77. Приказ МЗ РБ от 31.10.2011 г. № 2437-Д «О маршрутизации женщин в период беременности в Республике Башкортостан».

78. Приказ МЗ РБ от 31.10.10.2011 г. № 2436-Д «О маршрутизации детей с ревматологическими заболеваниями».

79. Приказ МЗ РБ от 03.11.10.2011 г. № 2464-Д «О маршрутизации детей при уроandroлогических заболеваниях в Республике Башкортостан».

80. Приказ МЗ РБ от 28.11.2011 г. № 2548-Д «Об организации деятельности коек паллиативной помощи детям в составе лечебно-профилактических учреждений Республики Башкортостан».

Санитарно-эпидемиологические правила:

1. СП 1.1.1086-02 Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой».

2. СП 3.1.7.1380-03 «Профилактика чумы».

3. СП 3.1.2.1320-03 «Профилактика коклюшной инфекции».

4. СП 3.1.2.1319-03 «Профилактика гриппа».

5. СП 3.1.2.1321-03 «Профилактика менингококковой инфекции».

6. СП 3.1.2.1176-02 «Профилактика кори, краснухи, эпидемиологического паротита».
7. СП 3.1.1295-03 «Профилактика туберкулёза».
8. СП 3.1.2.1203-03 «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции».
9. СП 3.1.2.1108-02 «Профилактика дифтерии».
10. СП 3.1.1.1118-02 «Профилактика полиомиелита».
11. СП 3.1.1.1117-02 «Профилактика острых кишечных инфекций».
12. СП 3.2.1317-03 «Профилактика энтеробиоза».
13. СП 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ».
14. МУ 3.3.1.1095-02 3.3.1. «Вакцинопрофилактика»: «Методические противопоказания к проведению профилактических прививок».
15. МУ 3.3.1.1891-04 3.3.1. Иммунопрофилактика инфекционных болезней «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».
16. МУ 3.3.1.1123-02 Вакцинопрофилактика. «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».
17. Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включёнными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий.
18. МУ 3.2.1882-04 «Профилактика лямблиоза».
21. СП 3.1.958-99 Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами.
22. МУ 3.3.1889-04 Порядок проведения профилактических прививок.
23. СП 3.1.3.2. 1379-03 Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней.

24. МУ 3.3.1879-04. Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Рас-
следование поствакцинальных осложнений.

25. СП 3.3.2.1120-02 «Санитарно-эпидемиологические требования к усло-
виям транспортировки, хранению и отпуску граждан медицинских иммунобио-
логических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными
учреждениями здравоохранения».

26. СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортирования и хранения медицин-
ских иммунобиологических препаратов».

27. СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к
организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

28. СанПиН 2.4.2.2821-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к
условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях"

29. СанПиН 2.4.1.2660-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к
устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных
организациях"

30. СанПиН 2.4.2.2842-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к
устройству, содержанию и организации работы лагерей труда и отдыха для
подростков».

31. СанПиН 2.4.2.2843-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к
устройству, содержанию и организации работы детских санаториев».

32. МУ 3.3.2400-08 «Контроль за работой лечебно-профилактических ор-
ганизаций по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней».

Приложение

Приложение N 1
к Порядку прохождения
несовершеннолетними медицинских
осмотров, в том числе при поступлении
в образовательные учреждения
и в период обучения в них,
утвержденному приказом
Минздрава РФ от 21.12. 2012 г. N 1346н

ПЕРЕЧЕНЬ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ Раздел 1. Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров

N п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами- специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию <*> Аудиологический скрининг <*>
2.	1 месяц	Педиатр	Ультразвуковое исследование органов Невролог брюшной полости, сердца, Детский хирург тазобедренных суставов Офтальмолог Нейросонография Аудиологический скрининг <*>
3.	2 месяца	Педиатр	
4.	3 месяца	Педиатр	Общий анализ крови Невролог Общий анализ мочи Травматолог-ортопед Аудиологический скрининг <*>
5.	4 месяца	Педиатр	
6.	5 месяцев	Педиатр	
7.	6 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Детский хирург Общий анализ мочи Невролог
8.	7 месяцев	Педиатр	
9.	8 месяцев	Педиатр	
10.	9 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
11.	10 месяцев	Педиатр	
12.	11 месяцев	Педиатр	
13.	12 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Невролог Общий анализ мочи Детский хирург Исследование уровня глюкозы в крови Детский стоматолог Электрокардиография Офтальмолог Оториноларинголог

		Психиатр детский			
14.	1 год 3 месяца	Педиатр			
15.	1 год 6 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови		
		Общий анализ мочи			
16.	1 год 9 месяцев	Педиатр			
17.	2 года	Педиатр	Общий анализ крови		
		Детский стоматолог	Общий анализ мочи		
18.	2 года 6 месяцев	Педиатр			
19.	3 года	Педиатр	Общий анализ крови		
		Невролог	Общий анализ мочи		
		Детский хирург	Исследование уровня глюкозы в крови		
		Детский стоматолог			
		Офтальмолог			
		Оториноларинголог			
		Психиатр детский			
		Акушер-гинеколог	<***>		
		Детский уролог-андролог	<***>		
20.	4 года	Педиатр	Общий анализ крови		
		Детский хирург	Общий анализ мочи		
21.	5 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Детский хирург	Общий анализ мочи		
22.	6 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Невролог	Общий анализ мочи		
		Офтальмолог	Исследование уровня глюкозы в крови		
		Детский стоматолог			
23.	7 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Невролог	Общий анализ мочи		
		Детский хирург	Исследование уровня глюкозы в крови		
		Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов		
		Травматолог-ортопед	брюшной полости, сердца, щитовидной		
		Офтальмолог	железы и органов репродуктивной		
		Оториноларинголог	сферы		
		Психиатр детский	Электрокардиография		
		Акушер-гинеколог			
		Детский уролог-андролог			
24.	8 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Общий анализ мочи			
		Исследование уровня глюкозы в крови			
25.	9 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Общий анализ мочи			
		Исследование уровня глюкозы в крови			
26.	10 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Невролог	Общий анализ мочи		
		Детский хирург	Общий анализ кала		
		Детский стоматолог	Электрокардиография		
		Детский эндокринолог	Исследование уровня глюкозы в крови		
		Травматолог-ортопед			
		Офтальмолог			
		Оториноларинголог			
		Психиатр детский			
27.	11 лет	Педиатр	Общий анализ крови		
		Детский хирург	Общий анализ мочи		
		Офтальмолог	Исследование уровня глюкозы в крови		

28.	12 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
		Акушер-гинеколог	Общий анализ мочи	
		Детский уролог-андролог		
29.	13 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
			Общий анализ мочи	
			Исследование уровня глюкозы в крови	
30.	14 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
		Детский стоматолог	Общий анализ мочи	
		Детский уролог-андролог	Исследование уровня глюкозы в крови	
			Ультразвуковое исследование органов	
		Детский эндокринолог	брюшной полости, сердца, щитовидной	
		Невролог	железы и органов репродуктивной сферы	
		Офтальмолог	Электрокардиография	
		Оториноларинголог	Исследования уровня гормонов в крови	
		Акушер-гинеколог	(пролактин, фолликулостимулирующий	
		Психиатр подростковый	гормон, лютеинизирующий гормон,	
			эстрадиол, прогестерон, тиреотропный	
			гормон, трийодтиронин, тироксин,	
			соматотропный гормон, кортизол,	
			тестостерон) <****>	
31.	15 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
		Детский хирург	Общий анализ мочи	
		Детский стоматолог	Исследование уровня глюкозы в крови	
		Детский уролог-андролог	Электрокардиография	
			Флюорография легких	
		Детский эндокринолог		
		Невролог		
		Травматолог-ортопед		
		Офтальмолог		
		Оториноларинголог		
		Акушер-гинеколог		
		Психиатр подростковый		
32.	16 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
		Детский хирург	Общий анализ мочи	
		Детский стоматолог	Исследование уровня глюкозы в крови	
		Детский уролог-андролог	Электрокардиография	
			Флюорография легких	
		Детский эндокринолог		
		Невролог		
		Травматолог-ортопед		
		Офтальмолог		
		Оториноларинголог		
		Акушер-гинеколог		
		Психиатр подростковый		
33.	17 лет	Педиатр	Общий анализ крови	
		Детский хирург	Общий анализ мочи	
		Детский стоматолог	Исследование уровня глюкозы в крови	
		Детский уролог-андролог	Электрокардиография	
			Флюорография легких	
		Детский эндокринолог		
		Невролог		
		Травматолог-ортопед		
		Офтальмолог		
		Оториноларинголог		
		Акушер-гинеколог		
		Психиатр подростковый		

<*> Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводится детям в возрасте до 1 месяца включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<*> Аудиологический скрининг проводится детям в возрасте до 3 месяцев включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<***> Медицинский осмотр врача - детского уролога-андролога проходят мальчики, врача-акушера-гинеколога - девочки.

<****> Исследования уровня гормонов в крови проводятся при наличии медицинских показаний.

Яковлева Людмила Викторовна,
Изотова Лейсан Денисовна,
Ардуванова Галина Марвановна,
Коновалова Галина Михайловна,
Богданова Галия Нагимовна

**Правила оформления основных разделов
«Истории развития ребенка» (форма 112-у)**

Учебное пособие
для студентов VI курса педиатрического факультета,
обучающихся по специальности 060103 - Педиатрия

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.
Подписано к печати 28.06.2013 г.
Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,
представленного авторами.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 3,55.
Тираж 62 экз. Заказ № 90.

450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России