Приложение № 9

к Положению об организации

оказания первичной

медико-санитарной помощи детям,

утвержденному Приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 7 марта 2018 г. № 92н Правила организации деятельности дневного стационара детской поликлиники (детского поликлинического отделения)

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности дневного стационара детской поликлиники (детского поликлинического отделения) (далее - дневной стационар).

2. Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации и организуется для оказания первичной медико-санитарной помощи детям при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

3. На должность заведующего дневным стационаром-врача - педиатра назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н1 (далее - Квалификационные требования), по специальности «педиатрия», имеющий стаж работы по данной специальности не менее 5 лет.

4. На должность врача-педиатра дневного стационара назначается специалист, соответствующий Квалификационным требованиям по специальности «педиатрия» без предъявлений требований к стажу работы.

5. Структура и штатная численность дневного стационара устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которого создан дневной стационар, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого детского населения согласно приложению № 10 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденному настоящим приказом.

6. Число коек и профиль дневного стационара определяются руководителем медицинской организации, в составе которой он создан, с учетом заболеваемости детского населения.

7. В соответствии с профилем койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты) медицинской организации.

8. Работа дневного стационара с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий осуществляется в 2 смены.

9. В дневном стационаре рекомендуется предусматривать:

процедурную;

помещение для приема детей;

помещения (палаты) для размещения детей;

помещение для врачей;

помещение для медицинских работников;

комнату для приема пищи;

помещение для хранения чистого белья;

помещение для сбора грязного белья;

санитарную комнату;

помещение для уборочного инвентаря и приготовления дезинфицирующих растворов;

туалетную комнату для медицинских работников;

туалетную комнату для детей и их родителей;

комнату для отдыха родителей.

10. Основными функциями дневного стационара являются:

наблюдение и лечение детей после оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий детям, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в случаях, когда проведение указанных мероприятий требует специальной подготовки;

выполнение индивидуальных программ по медицинской реабилитации и абилитации ребенка-инвалида;

разработка и внедрение новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации;

оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам - специалистам медицинских организаций;

предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения2.

11. Оснащение дневного стационара осуществляется в соответствии со стандартом оснащения и профилем патологии, предусмотренным приложением № 11 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям, утвержденному настоящим приказом.

12. Дневной стационар для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой он создан.

1 Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2015 г., регистрационный № 39438), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2017 г. № 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2017 г., регистрационный № 47273).

2 Часть 1 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

Приложение № 10

к Положению об организации

оказания первичной

медико-санитарной помощи детям,

утвержденному приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 7 марта 2018 г. № 92н

Рекомендуемые штатные нормативы дневного стационара детской поликлиники (детского поликлинического отделения)

(из расчета 30 коек для обеспечения двусменной работы)

№ п/п Наименование должности Количество должностей

1. Заведующий 1 должность

2. Старшая медицинская сестра 1 должность

3. Врач-педиатр 4 должности

4. Медицинская сестра палатная (постовая) 4 должности

5. Младшая медицинская сестра по уходу за больными 4 должности

Приложение № 11

к Положению об организации

оказания первичной

медико-санитарной помощи детям,

утвержденному приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 7 марта 2018 г. № 92н

Стандарт оснащения дневного стационара детской поликлиники (детского поликлинического отделения)

№ п/п Наименование оборудования (оснащения)\*

1. Функциональная кровать

2. Кровать для детей грудного возраста

3. Ростомер

4. Негатоскоп

5. Холодильник

6. Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной

7. Пульсоксиметр портативный

8. Весы электронные для детей до 1 года

9. Весы

10. Стол инструментальный

11. Пеленальный стол

12. Стетофонендоскоп

13. Шпатель

14. Термометр медицинский

15. Термометр комнатный

16. Тонометр для измерения артериального давления с манжетами для детей разного возраста

17. Инфузомат

18. Емкость для дезинфекции инструментария и расходных материалов

19. Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов

20. Ширма

21. Столик для перевозки пищи

------------------------------

\* Количество оборудования не менее 1.

Постановление Правительства Астраханской области от 14.06.2019 № 191-П "О региональной программе "Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (Астраханская область)" 

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи" критериями качества оказания помощи в дневных стационарах являются:

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство\*(9);

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту\*(10);

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту\*(10);

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения\*(11) и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи\*(12), врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспобности в установленном порядке\*(6);

п) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке\*(13);

р) отсутствие расхождения клинического диагноза и патолого-анатомического диагноза;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 29.06.2016 г. № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» пациент по письменному запросу может быть ознакомлен с медицинской документацией.

Дневной стационар оказывает помощь в тех случаях, когда невозможно пребывание матери с ребенком круглосуточно (имеется другой ребенок и прочее).

Как и при поступлении в любой другой стационар требуются направление от участкового педиатра по м/ж, эпид. справка по дому и организованному коллективу (годна в течение 3 дней), сведения о проф. прививках.

Минимальный отрыв от учебы и меньшие экономические затраты являются привлекательными как для лечебный учреждений, так и для самих родителей. Основной медицинский документ в дневном стационаре –«История стационарного больного» (форма №003/у). По окончании лечения выпускной эпикриз дублируется в истории развития ребенка (форма №112/у).

Лечебно-профилактическое учреждение должно иметь лицензию и сертификат на деятельность дневного стационара.

Режим работы стационара определяется руководителем учреждения с учетом профиля учреждения и местных условий, как правило, в две смены с 8-00 до 20-00.

При ухудшении течения заболевания, необходимости круглосуточного медицинского наблюдения больной должен быть незамедлительно переведен в соответствующее отделение больницы.

Для регистрации больных, поступающих на лечение в дневной стационар поликлиники, ведется "Журнал приема больных и отказов в госпитализации" (ф. N 001 е/у).

Дневной стационар поликлиники пользуется в своей работе лечебно - диагностическими службами, имеющихся в ЛПУ в составе которого он организован.

Питание больных в дневных стационарах поликлиники решается применительно к местным условиям и за счет самого больного.

В дневном стационаре больному предоставляется койко-место, имеются лекарственные средства для купирования неотложных состояний.

Наряду с дневным стационаром поликлиники еще одной организационной формой стационарзамещающей помощи является так называемый стационар на дому для больных с острыми респираторными заболеваниями, в особенности, дети первого года жизни и раннего детского возраста, детям с заболеваниями суставов, последствиями травм и прочее. Организация стационаров на дому дает возможность снизить число плановых госпитализаций в стационар, сократить процент неоправданных госпитализаций, уменьшить коечный фонд без ухудшения доступности лечебно-профилактических мероприятий, расширив при этом объем амбулаторно-поликлинической помощи. Одной из возможных форм реабилитации больных является выездная форма восстановительного лечения на дому для хронических больных и инвалидов с выраженными функциональными нарушениями, в силу чего они иногда полностью обездвижены и не могут самостоятельно передвигаться.

Стационар на дому организуется как отделение амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений муниципальных учреждений здравоохранения) для оказания медицинской помощи в домашних условиях в случаях, когда у пациента утрачена способность к посещению поликлиники или пациенту необходимо временное соблюдение домашнего режима, показано проведение лечебных мероприятий, ежедневное наблюдение медицинскими работниками, но при этом отсутствует необходимость в его круглосуточном наблюдении и круглосуточном выполнении лечебных процедур.

Условиями для организации стационара на дому является наличие удовлетворительных бытовых условий и возможности ухода за пациентом членами семьи.

На дому используются массаж, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, акупрессура, некоторые виды аппаратной физиотерапии - электрофорез лекарственных препаратов, озокерито-парафиновые аппликации, электросон, УВЧ и др. Некоторыми авторами высказываются сомнения о рациональности организации восстановительного лечения на дому в связи с большими затратами денежных средств и якобы неэффективным использованием квалифицированного медицинского персонала.

Вместе с тем комитет экспертов ВОЗ (1983) приходит к выводу, что при высокой стоимости реабилитации в условиях медицинских учреждений переход от реабилитации в стационаре к реабилитации, организованной на коммунальной основе при условии, что родственники возьмут на себя заботу о членах их семей - инвалидах, может быть вполне обеспечен при значительно меньших расходах для общества в целом.

Варианты организации работы врачей и медсестер в стационарах на дому

В условиях реструктуризации лечебно-профилактической помощи получает свое дальнейшее развитие такая организационная форма оказания медицинской помощи, как стационары на дому при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Стационар на дому, как правило, является структурным подразделением отделения неотложной помощи поликлиники. Стационары на дому могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц.

Организация стационара на дому обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи больным, нуждающимся в лечении в стационаре, если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные, моральные) позволяют организовать необходимый уход за больным на дому.

Направляют больных на данное лечение участковые педиатры, врачи-специалисты и врачи неотложной помощи, а также врачи общей практики и семейные врачи.

На практике существуют 2 метода организации работы врачей и медсестер в стационарах на дому:

Централизованный, когда для работы в стационаре на дому специально выделяют врача-терапевта и 1-2 медсестры. При такой форме в стационаре на дому обслуживается вдень 12--14 больных.

Децентрализованный - наиболее целесообразный метод организации работы стационара осуществляется на дому врачом общей практики или участковым терапевтом и медсестрой.

Говоря о перспективах развития стационаров на дому, можно предвидеть их трансформацию с передачей функций врачу общей практики. Такая организационная форма уже сейчас может реализовываться в сельской местности и в городах, где внедрена общеврачебная (семейная) практика.

В другом варианте стационары на дому могут перерасти в центры амбулаторной помощи, которые будут оказывать не только специализированную, но и социальную помощь.

Цели и основные виды деятельности стационара на дому

Целью работы стационара на дому является повышение качества оказания медицинской помощи больным в условиях пребывания на дому, развитие и совершенствование новых методов лечения, направленных на развитие стационарзамещающей помощи и ресурсосберегающих технологий.

В стационаре на дому осуществляются следующие основные виды деятельности:

Диагностика и лечение заболеваний в соответствии с показаниями для стационаров на дому.

Долечивание больных после этапа интенсивного лечения с использованием современных средств и методов внебольничного медицинского обслуживания.

Взаимосвязь и преемственность учреждений здравоохранения с органами социальной защиты.

2. Организация работы домашних стационаров

Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение больного медицинскими работниками, проведение лабораторно-диагностических обследований, ЭКГ, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции), различных процедур. При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др.

Для организации работы стационара на дому используются все консультативные и лечебно-диагностические службы, имеющиеся в лечебно-профилактическом учреждении. Сложные диагностические обследования (эхокардиограмма, рентгенологические исследования и др.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда больные доставляются санитарным транспортом.

При организации стационара на дому учитываются затраты времени врача и медицинской сестры на дорогу. При этом они не должны превышать 20 минут в одну сторону. Лечебное учреждение, структурным подразделением которого является стационар на дому, обеспечивает медицинский персонал транспортом.

В выходные, праздничные дни назначения в стационаре на дому выполняют дежурные медсестры амбулаторно-поликлинического учреждения.

При ухудшении состояния больного, возникновении у него угрожающих жизни состояний или необходимости круглосуточного медицинского наблюдения больной переводится в круглосуточный стационар.

В стационаре на дому ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация:

карта больного стационара на дому (форма 003-2/у-88);

журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 001-у);

книга выдачи листков нетрудоспособности (форма 036-у);

выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (форма 027/у);

журнал учета процедур (форма 029-у);

лист регистрации переливания трансфузионных сред (форма 005-у);

журнал регистрации переливания трансфузионных сред (форма 009-у);

журнал записи оперативных вмешательств (форма 008-у);

статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у-02);

листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма 007дс/у-02).

На каждого больного стационара на дому ведется Ф. № 003-2/у-88 "Карта больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому), стационара дневного пребывания в больнице".

В карте лечащий врач записывает назначения, диагностические исследования, процедуры, лечебно-оздоровительные мероприятия. Лечащий врач, врачи-специалисты, консультирующие больного, средние медицинские работники, выполняющие назначения врачей, ставят дату осмотра (выполнения назначений) и свою подпись.

Карта выдается больному на руки на время пребывания в стационаре на дому.

Учет работы врача, работающего в стационаре на дому, ведется на общих основаниях по Ф. № 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому".

Ежедневный учет больных, находящихся в стационаре на дому, осуществляется по Ф. № 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

При выписке больного из отделения заполняется Ф. № 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

Больному, закончившему лечение, выдается Ф. № 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного" о проведенном лечении.

Больному на общих основаниях может быть выдан листок временной нетрудоспособности.

По результатам работы стационара на дому за год заполняется отчетная форма 14-ДС "Сведения о деятельности дневного стационара".

Стационар на дому обеспечивается автотранспортом для осмотра больного врачом, выполнения лечебно-диагностических процедур на дому, при необходимости транспортировки больного для диагностических процедур в АПУ.

Первичный отбор больных в стационар на дому проводится участковыми врачами, врачами общей практики, врачами-специалистами с рекомендациями предполагаемого лечения по согласованию с руководителем структурного подразделения и заведующим стационаром на дому.Источниками финансирования стационара на дому являются:

- средства обязательного медицинского страхования за оказание медицинской помощи населению в рамках территориальной программы ОМС, включая расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов, перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования);

- бюджетные средства по всем статьям за оказание медицинской помощи, финансируемым по смете расходов на содержание учреждения;

- средства граждан за оказание платных медицинских услуг;

- средства по договорам программ добровольного медицинского страхования;

- иные средства, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Организация стационара на дому предусматривает ежедневное посещение пациента врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии в соответствии со стандартами ее оказания. При необходимости в комплекс лечения больных включаются физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др.

Больные средней тяжести и тяжелые при отсутствии показаний или возможности для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания.

Противопоказания для лечения в стационаре на дому:

Наличие жизненно угрожающих состояний: острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, шок различной этиологии, острые отравления, кома различной этиологии, острый инфаркт миокарда. Наличие угрозы возникновения вышеперечисленных нарушений в первые сутки. Необходимость круглосуточного врачебного наблюдения. Невозможность проведения диагностических и лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях. Необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур. Необходимость изоляции пациента по эпидемиологическим показаниям. Наличие угрозы жизни и здоровью окружающих при лечении в домашних условиях.

Заключение

Медицинская помощь в стационаре на дому оказывается людям с ограниченными возможностями - пациентам, которые по разным причинам не могут сами посещать поликлинику и при этом не нуждаются в круглосуточном пребывании в больнице. Кроме того, для таких пациентов при необходимости организовываются консультации врача-специалиста, проводятся некоторые диагностические исследования (например, запись ЭКГ), а также забор крови на исследование.

Лекарственные средства и изделия медицинского назначения применяются поликлиникой по перечню, установленному областной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно для пациента.

Курс лечения в стационаре на дому рассчитан на 10 дней. Пациентов ежедневно посещают участковый врач (врач общей практики) или участковая медицинская сестра (медицинская сестра общей практики). Также для пациентов проводят все необходимые манипуляции: капельницы, инъекции, перевязки и так далее.

Финансирование стационаров на дому осуществляется согласно "Территориальной программе обязательного медицинского страхования населения Астраханской области.

Не подлежат лечению на дому дети с тяжелыми формами пневмонии (с токсикозом, гипертермией, фебрильными судорогами, выраженной дыхательной и сердечно - сосудистой недостаточностью, с осложнениями), а также больные острой пневмонией новорожденные и недоношенные, дети из неблагоприятных жилищно - бытовых условий.

Не рекомендуется оставлять на дому детей с острой пневмонией, развившейся сразу после выписки ребенка из стационара, ввиду частой резистентности их микробной флоры к большинству применяющихся в домашних условиях антибиотиков. Не рекомендуется также продолжать лечение на дому детей с пневмонией после 2-3 дней терапии, оказавшейся неэффективной.

Ребенок с пневмонией должен находиться на постельном режиме в течение острого периода заболевания при организации оптимальных условий выхаживания (выпаивание, рациональное питание, широкая аэрация, тщательный уход за кожей и слизистыми, рациональная одежда и др.). При нормализации температуры расширение режима можно проводить в течение 2-3 дней. Прогулки начинать через 2-4 дня после нормализации температуры, постепенно увеличивая их длительность (от 20 мин.). Питание ребенка должно соответствовать возрасту, быть полноценным, однако в остром периоде заболевания требуется тщательная кулинарная обработка пищи. Количество жидкости для детей 1-го года вместе с грудным молоком и молочными смесями должно составлять 140-150 мл на кг массы в сутки. Детям более старшего возраста дополнительно к пищевому рациону следует назначать жидкости (морсы, соки, чай). Желательно в качестве питья использовать оралит.

Детям с диагнозом пневмония и подозрением на заболевание острой пневмонией с первых дней рекомендуется провести рентгенографию грудной клетки и лабораторные исследования (клинический анализ крови и анализ мочи). При отмене антибактериальной терапии и ликвидации клинических симптомов пневмонии следует повторить клинический анализ крови.

Согласно клиническим рекомендациям по внебольничной пневмонией (Москва, 2015г) показаниями для госпитализации являются:

возраст до 6 месяцев жизни;

тяжелая пневмония;

наличие тяжелых фоновых заболеваний — врожденный порок сердца, хронические заболевания легких, сопровождающиеся инфекцией

(бронхолегочная дисплазия, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь и др.), иммунодефицит, сахарный диабет;

проведение иммуносупрессивной терапии;

отсутствие условий для лечения на дому или гарантий выполнения

рекомендаций — социально неблагополучная семья, плохие социально-бытовые условия (общежитие, дом ребенка, пункт временного размещения и др.);

отсутствие ответа на стартовую АБТ в течение 48 ч (сохранение высокой лихорадки, нарастание дыхательной недостаточности, появление возбуждения или угнетения сознания).

Контрольные вопросы:

1. Где должен проводиться первичный осмотр остро заболевшего ребенка?
2. Что такое первичный вызов?
3. Что такое повторный вызов?
4. Что такое актив?
5. Как часто следует посещать на дому больного ребенка первого года жизни?
6. Как часто врач должен посещать на дому больного ребенка старше 1 года жизни?
7. Когда должен быть обслужен первичный (повторный) вызов к больному ребенку?
8. До какого времени в поликлинике принимаются вызовы?
9. В какой учетной документации проводится регистрация впервые выявленного случая острого заболевания у ребенка?
10. В какой учетной документации проводится регистрация работы врача в поликлинике?

Ответы:

1. На дому и в фильтре поликлиники
2. Вызов к больному ребенку в первый раз
3. Когда врача к больному ребенку вызывают повторно
4. Запланированное врачом посещение больного ребенка на дому
5. Ежедневно
6. В зависимости от тяжести состояния, не реже 2 раз в неделю
7. В день регистрации вызова в журнале вызовов врача на дом
8. До 14:00 для участковых педиатров и до 19:00 – для врачей по обслуживанию вечерних вызовов
9. Журнал вызовов врача на дом, лист уточненных диагнозов и дневниковая запись в ф.112-у, статистический талон.
10. Талон на прием к врачу, ф.39.

Льготные категории:

Федеральные льготники (дети-инвалиды)

Региональные льготники (дети 0-3 лет)

Заявки 2 раза в год

Рецепт выписывает врач-педиатр или узкий специалист на бланке. Прикрепленная аптека к ДГП №1 №71 на ул. Ленина (центральная аптека).

Правила выписки переболевшего ребенка в организованный коллектив:

При инфекционных заболеваниях-см. СанПин

Обязательно:

Эпид.справка (по дому)-годна в течение 3 календарных дней;

Справка из поликлиники от участкового педиатра с диагнозом, мед. отвод от занятий физкультурой.