

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

15 июня 2017

№ 624

**О порядке обеспечения мероприятий
по профилактике респираторно-
синцитиальной инфекции у недоношенных
детей, проживающих в Калужской области**

С целью снижения младенческой смертности, в соответствии с постановлением Правительства Калужской области от 30 декабря 2016 г. № 722 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (в редакции постановления Правительства Калужской области от 02.06.2017 № 339)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Порядок обеспечения мероприятий по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей, проживающих в Калужской области (приложение № 1).

2. Заместителю начальника управления – начальнику отдела экономического планирования министерства здравоохранения Калужской области Т.В. Кузнецовой заключить соглашение с ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» на предоставление субсидии на иные цели для приобретения гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб).

3. Главному врачу ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» В.М. Кондюкову организовать:

1) закупку гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб) для профилактики респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей;

2) прием, хранение в вверенном учреждении гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб, Синагис) с целью профилактики респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей по показаниям на стационарном и амбулаторном этапах;

3) ведение ответственным лицом учета регистрации введения гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб) недоношенным детям в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей и в условиях кабинета катамнеза перинатального центра ГБУЗ КО КОКБ в соответствии с приложением № 2;

4) введение гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб) недоношенным детям по показаниям перед выпиской из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также на амбулаторном этапе согласно индивидуальному плану в условиях кабинета катамнеза в строгом соответствии с инструкцией к препарату, с учетом показаний и противопоказаний;

5) передачу информации о детях, подлежащих мероприятиям по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции в эпидемический период октябрь-март, в

медицинскую организацию по месту жительства;

5) организационно-методическое сопровождение алгоритма наблюдения детей и ведения на амбулаторном этапе мониторинга состояния здоровья и развития детей первых трех лет жизни в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Калужской области;

6) предоставление в министерство здравоохранения Калужской области отчета по форме согласно приложению к Соглашению об использовании субсидии на иные цели для приобретения гуманизированных моноклональных антител (Паливизумаб).

3. Главным врачам медицинских организаций, в зоне обслуживания которых проживают дети, подлежащие мероприятиям по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции, обеспечить учет и своевременное направление недоношенных детей, подлежащих иммунизации, в кабинет катамнеза перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница».

Министр



К.Н. Баранов

ПОРЯДОК
обеспечения мероприятий по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей, проживающих в Калужской области

1. Порядок обеспечения мероприятий по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции у недоношенных детей, проживающих в Калужской области, разработан в соответствии с постановлением Правительства Калужской области от 30 декабря 2016 г. № 722 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Калужской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (в редакции постановления Правительства Калужской области от 02.06.2017 № 339).

2. Профилактической иммунизации против респираторно-синцитиальной инфекции подлежат дети из групп высокого риска смертности:

1) с массой тела при рождении менее 1000 граммов при сроке гестации менее 28 недель и/или

2) наличием диагноза: «Бронхолегочная дисплазия» (кислородная зависимость в 36 недель постконцептуального возраста).

3. Схема применения препарата Паливизумаб включает 5 инъекций с интервалом в 1 месяц в период подъема сезонной заболеваемости (октябрь - март). Первая инъекция препарата Паливизумаб осуществляется в условиях стационара перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» недоношенным детям не позднее, чем за 3 дня до предполагаемой выписки из отделения второго этапа выхаживания новорожденных, последующие - после выписки из стационара на амбулаторном этапе с интервалом в 1 месяц. Постановка инъекции препарата Паливизумаб детям на амбулаторном этапе проводится в условиях кабинета катамнеза перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» после консультативного осмотра в соответствии с приказом министерства здравоохранения Калужской области от 01.02.2017 № 97 «Об организации работы консультативно – диагностического отделения, кабинета катамнеза и медико – генетической консультации перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница».

3. Информация о недоношенных детях, родившихся в перинатальном центре ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», отнесенных к группе высокого риска (пункт 2 Порядка) вносится в регистр пациентов, подлежащих профилактике респираторно-синцитиальной инфекции, ответственным за формирование регистра лицом, назначенным главным врачом ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница». Сведения о ребенке, получившем до выписки из стационара инъекцию препарата Паливизумаб, направляются в учреждение здравоохранения по месту проживания ребенка. После выписки из отделения второго этапа выхаживания новорожденных (из стационара) дети, внесенные в регистр, находятся на диспансерном учете у врача - педиатра участкового по месту жительства и врача-педиатра кабинета катамнеза перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая

больница» и в плановом порядке, с интервалом в 1 месяц от предшествующей инъекции, после консультативного осмотра врача-педиатра кабинета мониторинга состояния здоровья и развития детей первого года жизни направляются в кабинет иммунизации для очередного введения препарата Паливизумаб. Главные врачи учреждений здравоохранения, в зоне обслуживания которых проживают дети, включенные в регистр пациентов подлежащих мероприятиям по профилактике респираторно-синцитиальной инфекции, обеспечивают своевременное направление в кабинет катамнеза перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» для проведения консультативного осмотра педиатром и постановки очередной инъекции Паливизумаба.

3. Необходимым предварительным условием иммунизации ребёнка препаратом Паливизумаб для профилактики респираторно-синцитиальной инфекции является дача его законным представителем информированного добровольного согласия в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу.

4. Сведения о расходовании лекарственного препарата, численности детей, завершивших иммунизацию и мониторинге регистра детей, подлежащих иммунизации, заверенные главным врачом ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница», направляются лицом, ответственным за ведение регистра, ежеквартально, до 5 числа месяца, следующего за отчетным, в отдел медицинской помощи детям и службы родовспоможения министерства здравоохранения Калужской области.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
законного представителя* на применение лекарственного препарата «Синагис»**

Я, _____, являясь законным
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

представителем Пациента: _____
(Ф.И.О. пациента)

получил от лечащего врача _____
(Ф.И.О. лечащего врача)

сведения о лекарственном препарате «Синагис» (действующее вещество Паливизумаб), а также подробную информацию о нижеследующем:

- лекарственный препарат «Синагис» применяется с целью профилактики тяжелой инфекции нижних дыхательных путей, вызванной респираторным синцитиальным вирусом (РСВ), у детей с высоким риском заражения РСВ,

- моему ребенку (Пациент) необходимо введение лекарственного препарата «Синагис», в связи с _____
(рождением ранее 35 недель, лечением по поводу БЛД, наличием в анамнезе порока сердца)

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с применением лекарственного препарата «Синагис», о необходимости его неоднократного введения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о его применении Пациенту.

Я имел(-а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(-а) исчерпывающие ответы.

Мне разъяснено также мое право отказаться от проведения Пациенту терапии лекарственным препаратом «Синагис», и я осознаю, что риск инфицирования РСВ в данном случае возрастет.

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя пациента)

с применением в терапии лекарственного препарата «Синагис» _____
(прописью «СОГЛАСЕН» или «НЕ СОГЛАСЕН»)

Законный представитель Пациента _____
(подпись, расшифровка подписи)

паспорт _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

адрес регистрации: _____

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил(-а) законному представителю суть, риск и альтернативу введения лекарственного препарата «Синагис», дал(-а) ответы на все вопросы.

Врач: _____
(Ф.И.О., подпись)

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.

*Законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун и попечитель.