



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от « 08 » 08 2018 г.

№ 1487

г. Симферополь

Об утверждении медицинской документации проведения медико-генетического консультирования в Республике Крым

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 917н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 (с изменениями), с учетом приказа Министерства здравоохранения Республики Крым № 172 от 03 марта 2015 года «Об усовершенствовании организации оказания медико-генетической помощи населению в Республике Крым», с целью улучшения оказания специализированной медико-генетической помощи населению Республики Крым,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Бланк консультации врача генетика медико-генетического центра СП-Перинатальный центр ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (приложение 1);

1.2. Бланк пренатального медико-генетического консультирования семьи медико-генетического центра СП-Перинатальный центр ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (приложение 2);

1.3. Регистрационную генетическую карту (для беременных) (приложение 3);

1.4. Регистрационную генетическую карту (для детей) (приложение 4);

1.5. Форму журнала проведения инвазивной пренатальной диагностики (приложение 5).

2. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым Дьякова А.С.

Министр

А. Голенко

Blank lined form with faint text and illegible handwritten notes.

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « _____ » _____ 2018 г. № _____

**Медико-генетический центр
СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко»
г. Симферополь ул. Семашко, 8**

КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕНЕТИКА

Жалобы на момент приема _____

Беременность _____ не индуцированная

Срок _____ Сведения по предыдущим беременностям: _____

Период зачатия _____

Профвредности _____

Течение беременности:

- Угроза прерывания
- Токсикоз
- Перенесенные заболевания
- Медикаменты
- Контакт с инфекционными заболеваниями
- Другие сведения

Анамнез жизни _____

Сведения об отце ребенка: _____

Родословная _____

Фенотип _____

Данные УЗИ исследования: _____

Заключение: _____

Приложение 2
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «___» _____ 2018 г. № _____

**Медико-генетический центр
СП Перинатальный центр ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А.Семашко»
г. Симферополь ул. Семашко, 8**

**Пренатальное медико-генетическое
консультирование семьи**

Супруга _____ 19 __ г.р. (____ лет)

Супруг _____ 19 __ г.р. (____ лет)

Клинико-генетический анамнез:

- без значимых особенностей
- выявлены особенности:

Репродуктивный анализ настоящего брака:

- количество беременностей в настоящем браке
- количество здоровых детей
- мальчиков
- девочек
- замершие беременности, спонтанные аборты _____
- мед. аборты
- бесплодие первичное в течение лет
- бесплодие вторичное в течение лет
- применение ВРТ (ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ)
- наличие врожденной и наследственной патологии среди родственников
(_____)

Особенности течения настоящей беременности:

- без особенностей
- применение ВРТ (ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ)
- угроза прерывания в сроке _____ недель
- мутагенное воздействие _____
- тератогенное воздействие _____
- лекарственная терапия острых состояний _____
- лекарственная терапия хронических состояний _____

Данные пренатальных исследований:

- Риск хромосомной патологии плода по возрасту матери _____ %
- УЗИ первого триместра (___ / ___ / ___) риск _____ %
- многоплодная беременность _____

Срок беременности _____ недель, КТР _____ мм, ТВП _____ мм

- увеличение ТВП (_____ мм)
- отсутствие визуализации носовых костей
- резервный кровоток
- ВПР плода _____

Биохимический скрининг I триместра: риск _____ %

PAPP-A _____ нг/мл _____ МоМ
 ниже 0,5 МоМ

ХГЧ _____ нг/мл _____ МоМ
 выше 1,5 МоМ

Биохимический скрининг II триместра: риск _____ %

АФП _____ нг/мл _____ МоМ
 ниже 0,5 МоМ

ГЧ _____ нг/мл _____ МоМ
 выше 1,5 МоМ

УЗИ второго триместра (___ / ___ / ___) риск _____ %

Срок беременности _____ недель

- ВПР плода _____
- УЗМ плода _____
- Другие данные _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: беременность _____ недель.

Общий риск ВПР и наследственных заболеваний плода _____ %.

Риск хромосомной патологии плода

_____ % - низкий пограничный высокий. _____

РЕКОМЕНДОВАНО:

- дальнейшие плановые скрининговые исследования
- пренатальное кариотипирование плода
- исключение наиболее частых трисомий методом КФ-ПЦР
- определение пола плода по мед. Показаниям
- УЗИ II уровня в сроке _____ недель
- Молекулярно-генетическая диагностика _____

____ / ____ 201__ г.

Врач-генетик _____

№	В каком году	Чем закончилась беременность, осложнения беременности, родов и послеродового периода

Приложение 3
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «___» _____ 2018 г. № ___

ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко»	Код формы	по
	ОКУД _____	
	Код организации	по
	ОКПО _____	
Адрес г.Симферополь, ул.Киевская, 69	Медицинская документация Утверждена приказом Республики Крым от _____ № _____	

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТА (для беременных)

Фамилия, имя, отчество _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Кем направлен _____

Диагноз при направлении _____

Заключительный диагноз _____

Даты посещений _____

Расовая принадлежность: . Белая Другая: _____

Акушерско-гинекологический анамнез: Дата последней менструации _____

Цикл регулярный: Длина цикла _____ дн

Цикл нерегулярный: Длина короткого цикла _____ дн

Характер: скудные, умеренные, обильные, болезненные, безболезненные

Начало половой жизни _____

В котором состоит браке _____

Перенесенные гинекологические заболевания: _____

Контрацепция _____

Сведения о беременностях

№ п/п	В каком году	Чем закончилась беременность, осложнения беременности, родов и послеродового периода
-------	--------------	--

Преэклампсия у пациентки	Да Нет	
Преэклампсия у новорожденного при рождении	Да Нет	
Синдром Дауна в анамнезе	Да Нет	
Синдром Эдвардса в анамнезе	Да Нет	
Синдром Патау в анамнезе	Да Нет	
Хроническая гипертензия	Да Нет	
Синдром Дауна в анамнезе	Да Нет	Синдром Дауна в родословии Да Нет
Синдром Эдвардса в анамнезе	Да Нет	Синдром Патау в анамнезе Да Нет
Курение	Есть Нет	

Кол-во беременностей (вкл. текущую): _____ Количество родов: _____
Кол-во живых детей: <37 нед _____ ≥ 37 нед _____
Неонатальная гибель плода <37 нед _____ ≥ 37 нед _____
Внутриутробная гибель плода <15 нед _____
Самопроизвольное прерывание в сроке 16-30 нед _____ 31-36 нед _____

Цель посещения

- проведение комплекса ПД триместра _____
- УЗ МХА (из МКПД) _____
- подозрение на ВПР _____
- активный вызов по результатам комплекса ПД триместра _____
- _____

Настоящая беременность

- Наступила самостоятельно
- Стимуляция овуляции без ЭКО
- Инсеминация спермой мужа
- Инсеминация спермой донора
- ЭКО
- Инъекция сперматозойда в цитоплазму яйцеклетки
- собственная яйцеклетка
- донорская яйцеклетка
- замороженная яйцеклетка

дата забора яйцеклетки _____ дата периода эмбриона _____
дата рождения донора _____ или возраст на момент забора яйцеклетки _____

Проф. вредность: _____

Курение при настоящей беременности Да Нет Прекратила во время беременности

Течение настоящей беременности

Наличие кровянистых выделений _____

Вирусные инфекции _____

Лекарственная терапия _____

Анамнез: Преэклампсия у матери пациентки в анамнезе Да Нет

преэклампсия у пациентки в анамнезе Да Нет
 Гипотрофия у новорожденного при предыдущей беременности Да Нет
 Антифосфолипидный синдром Да Нет
 Системная красная волчанка Да Нет
 Сахарный диабет (инсулинзависимый) Да Нет
 Хроническая гипертензия Да Нет
 Синдром Дауна в анамнезе Да Нет Синдром Дауна в родословной Да Нет
 Синдром Эдвардса в анамнезе Да Нет Синдром Патау в анамнезе Да Нет

Соматические заболевания: _____

Жалобы: Есть Нет _____

Данные объективного осмотра: Состояние удовлетворительное

Рост
Вес
АД лев
АД прав

Заключение по комплексу пренатальной диагностики I триместра:

Комплекс ПД I триместра завершен не завершен проведен МКПД

Комбинированный риск рождения ребенка с синдромом Дауна:

1: _____ низкий высокий

Инвазивная диагностика показана не показана

Дата _____ **Консультация по инвазивной диагностике**

Пациентка информирована о:

- методах пренатальной диагностики _____

- возможных осложнений _____

- наличии показаний _____

- наличии противопоказаний _____

Согласие пациентки на инвазивную процедуру получено Да Нет

Пациентка направлена на врачебную комиссию _____

на инвазивную диагностику _____

Гр. кр.
Rh
Rw
ВИЧ
Геп В
Геп С
Нб
Le
ОАМ

Диагноз: Беременность _____ недель _____

Рекомендуется:

Маршрутизация:

Приложение 4

в приказу Министерства
здоровоохранения Республики Крым
от _____ 2018 г. № _____

ГБУЗ РК

«Республиканская клиническая больница
им. Н.А. Семашко»

Адрес:

г. Симферополь, ул. Киевская, 69

Кабинет по ОКУД

Кабинет генетики по ОКУД

Медицинская маршрутизация

Утверждена приказом Республики Крым

от _____ № _____

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТА
(для детей)

Фамилия, имя, отчество _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Кем направлен _____

Диагноз при направлении _____

Замочительный диагноз _____

Дата посещения _____

ПРОБАНД

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Для замужних женщин – девичья фамилия _____

3. Национальность _____

4. Пол: мужской – 1, женский – 2

5. Дата рождения

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

(число, месяц, год)

Место рождения _____

6. Длительность проживания в Крыму _____

7. Социальный статус: крестьянин – 1, рабочий – 2, служащий – 3, студент – 4, военный – 5,
не работает – 6, предприниматель – 7, неизвестно – 8

8. Образование: неполное среднее – 1, среднее – 2, среднее специальное – 3, высшее – 4,

Приложение 4

к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « _____ » _____ 2018 г. № _____

ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им.Н.А.Семашко»	Код формы по ОКУД _____ Код организации по ОКПО _____
Адрес г.Симферополь, ул.Киевская, 69	Медицинская документация Утверждена приказом Республики Крым от _____ № _____

**РЕГИСТРАЦИОННАЯ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ КАРТА
(для детей)**

Фамилия, имя, отчество _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Кем направлен _____

Диагноз при направлении _____

Заключительный диагноз _____

Количество посещений _____

ПРОБАНД

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Для замужних женщин – девичья фамилия _____

3. Национальность _____

4. Пол: мужской – 1, женский – 2

5. Дата рождения

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

 (число, месяц, год)

Место рождения _____

6. Длительность проживания в Крыму _____

7. Социальный статус: крестьянин – 1, рабочий -2, служащий – 3, студент – 4, военный – 5,
не работает – 6, предприниматель – 7, неизвестно – 8

8. Образование: неполное среднее – 1, среднее – 2, среднее специальное – 3, высшее – 4,

РОДИТЕЛИ ПРОБАНДА

Мать пробанда

- Фамилия, имя, отчество _____
- Национальность _____
- Дата рождения

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

 (число, месяц, год)
4. Место рождения _____
5. Образование: среднее – 2, среднее специальное – 3, высшее – 4, неизвестно – 5
6. Был контакт с профессиональными вредностями (да – 1, нет – 2)
7. Если да, то указать какой именно _____
8. Вредные привычки _____
9. Наличие хронических заболеваний перед рождением пробанда
(да – 1, нет – 2, неизвестно – 3)
10. Если да, то указать какие _____
11. Кровный брак (да – 1, нет – 2)
12. Заболевания в настоящее время _____
13. Дополнительные данные _____

Отец пробанда

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Национальность _____
3. Дата рождения

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

 (число, месяц, год)
4. Место рождения _____
5. Образование: среднее – 2, среднее специальное – 3, высшее – 4, неизвестно – 5
6. Был контакт с профессиональными вредностями (да – 1, нет – 2)
7. Если да, то указать какой именно _____
8. Вредные привычки _____
9. Наличие хронических заболеваний перед рождением пробанда
(да – 1, нет – 2, неизвестно – 3)
10. Если да, то указать какие _____
11. Кровный брак (да – 1, нет – 2)
12. Заболевания в настоящее время _____
13. Дополнительные данные _____

Приложение 5
к приказу Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « » 2018 г. №

Журнал

регистрации инвазивной пренатальной диагностики

№	Дата рождения ребенка	Фамилия, имя, отчество	Возраст, лет	№ медквот	Место жительства (внешняя часть)		Срок беременности, недель	Материнский капитал	Результат	Диагноз
					адрес	б/р				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Начат « » 20 г.

Окончен « » 20 г.

Журнал

регистрации инвазивной пренатальной диагностики

(внутренняя часть)

№ п/п	Дата исследования	Фамилия, имя, отчество	Возраст	№ мед.карты	Домашний адрес	Срок беременности	Манипуляция	Результат	Лекарственные препараты
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11