



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от «01» февраля 2019 г.

№ 148

г. Симферополь

*Об утверждении Порядка оказания
медицинской помощи детям
из перинатального контакта
по ВИЧ-инфекции и детям, больным
ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым*

В соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 года № 374 «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией», постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 года № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утверждённым постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года №149 (с изменениями),

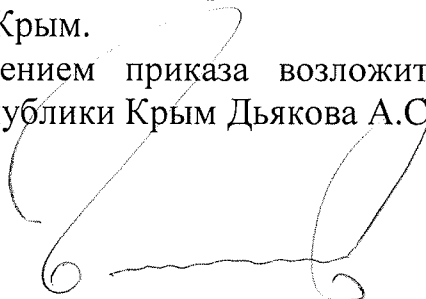
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи детям из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и детям, больным ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым.
2. Руководителям медицинских организаций, относящихся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающим акушерско-

гинекологическую медицинскую помощь, первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях, помощь детям в стационарных условиях, ГБУ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» обеспечить соблюдение Порядка оказания медицинской помощи детям из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и детям, больным ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым.

3. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым Дьякова А.С.

Министр



А. Голенко

**ПОРЯДОК
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ИЗ
ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНТАКТА ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДЕТЯМ,
БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Порядок оказания медицинской помощи детям из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции и детям, больным ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым (далее - Порядок) регулирует вопросы оказания медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, и детям, больным ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым.

2. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями», Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 года № 374 «Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией», постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 года № 1 «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

3. Уровни оказания медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями:

а) медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь;

б) медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях;

в) медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие медицинскую помощь детям в стационарных условиях.

4. Уровни оказания медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией:

а) медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях;

б) медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие медицинскую помощь детям в стационарных условиях;

в) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» (далее - Центр СПИДа).

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОЖДЕННЫМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ

1. Медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, обязаны обеспечить:

а) выполнение профилактической антиретровирусной терапии;

б) забор биологического материала в первые 48 часов жизни ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью (далее - ребенок/дети группы R-75), и обеспечить его доставку в скрининговую лабораторию ВИЧ ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» для исследования на наличие антител к вирусу иммунодефицита человека методом иммуноферментного анализа (далее - ВИЧ методом ИФА) с соблюдением правил работы с биологическим материалом;

в) забор венозной крови в первые сутки жизни у ребенка группы R-75 с гестационным возрастом менее 32 недель, признаками внутриутробного инфицирования, из групп высокого эпидемиологического риска для исследования на качественное определение провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты вируса иммунодефицита человека типа 1 методом полимеразной цепной реакции (ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР) и доставку в клиничко-диагностическую лабораторию ГБУЗ РК «Центр СПИДа» (приложение 1 к настоящему Порядку);

г) проведение разъяснительной работы о необходимости отказа от грудного вскармливания ребенка группы R-75;

д) вакцинацию детей группы R-75 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 05 марта 2015 года № 198 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

е) установление ребенку группы R-75 диагноза «Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» и регистрацию диагноза по МКБ-10 (R-75 - лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) или Z20.6 - контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

ж) наличие в медицинской организации, оказывающей акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, адаптированных молочных смесей для кормления детей группы R-75;

з) обеспечение ребенка группы R-75 при выписке из медицинской организации, оказывающей акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, необходимым количеством антиретровирусных препаратов для проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции;

и) в день выписки в обязательном порядке обеспечить передачу телефонограммой информации в медицинскую организацию, подведомственную министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающую первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях по месту фактического проживания ребенка группы R-75 о его выписке из медицинской организации, оказывающей акушерско-гинекологическую медицинскую помощь, для организации срочного патронажа;

к) обеспечить заполнение и направление в адрес Центра СПИД в течение 5 дней с момента рождения ребенка учетной формы № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью», согласно приложения 1, 2 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями»;

л) в случае рождения мертвого ребенка извещение № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью» заполняется с маркировкой в правом верхнем углу «мертворожденный». В случае смерти ребенка во время нахождения в стационаре извещение заполняется с маркировкой в левом верхнем углу «умер в возрасте ...».

Извещение направляется в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в течение 5 дней с момента рождения ребенка. В случае смерти новорожденной в стационаре после 10 дней извещение на него заполняется и высылается повторно (приложения 1, 2 приказа Минздрава России от 16 сентября 2003 года № 442).

2. Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях, обязаны:

а) назначить приказом по медицинской организации лицо, ответственное за осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности при оказании медицинской помощи детям группы

R-75, составление и предоставление учетно-отчетных документов в Центр СПИДа по данному разделу работы;

б) обеспечить диспансерное наблюдение детей группы R-75 врачами-педиатрами;

в) обеспечить разработку и реализацию дополнительного плана диспансерного наблюдения ребенка группы R-75 (приложение 2 к настоящему Порядку);

г) обеспечить проведение 3-го этапа перинатальной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку;

д) обеспечить профилактику пневмоцистной пневмонии у ребенка группы R-75 (приложение 3 к настоящему Порядку);

е) обеспечить явку ребенка группы R-75 в СПИД центр для проведения обследования на наличие ДНК ВИЧ в декретированные сроки. Первое обязательное исследование на ДНК/РНК ВИЧ проводится через 2 недели после окончания курса профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, т.е. в возрасте 6-8 недель. Дети с отрицательными результатами исследований при рождении (если проводилось) и в возрасте 6-8 недель обследуются повторно в возрасте 4-6 месяцев.

ж) при невозможности обеспечить явку ребенка в СПИД центр обеспечить проведение обследования ребенка группы R-75 в возрасте 1 - 2 мес. на ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР в соответствии с приложением 1 к настоящему Порядку;

з) при получении положительного результата ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР обеспечить проведение лабораторного исследования на количественное определение рибонуклеиновой кислоты вируса иммунодефицита человека типа 1 методом полимеразной цепной реакции (РНК ВИЧ-1 методом ПЦР) в срок не позднее 1 месяца с момента получения первого положительного результата ДНК ВИЧ-1; при получении второго положительного результата на ВИЧ-1 методом ПЦР обеспечить консультацию (возможно дистанционную) со специалистами Центра СПИДа для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения ребенка; при получении отрицательного результата ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР, обеспечить проведение повторного исследования ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР в возрасте 4 - 6 месяцев;

и) обеспечить снятие с диспансерного наблюдения ребенка группы R-75 врачебной комиссией медицинской организации в возрасте ребенка старше 12 месяцев при условии выполнения двукратного обследования на ВИЧ-1 методом ПЦР с отрицательными результатами, наличия двух и более отрицательных результатов исследования на ВИЧ методом ИФА, отсутствия признаков гипогаммаглобулинемии и клинических симптомов ВИЧ-инфекции.

к) при отсутствии обследования ребенка методом ПЦР обеспечить снятие с диспансерного наблюдения ребенка группы R-75 врачебной комиссией медицинской организации в возрасте 18 месяцев при наличии

двух и более отрицательных результатов исследования на ВИЧ методом ИФА с интервалом между исследованиями не менее 1 месяца, отсутствии признаков гипогаммаглобулинемии, клинических симптомов ВИЧ-инфекции - в случае если у ребенка не проводилось грудное вскармливание с рождения;

л) при наличии грудного вскармливания обеспечить снятие ребенка группы R-75 с диспансерного учета по критериям, описанным выше, не ранее чем через 12 месяцев после прекращения грудного вскармливания;

м) обеспечить проведение ребенку группы R-75 реакции Манту 1 раз в 6 месяцев до снятия с учета по перинатальному контакту по ВИЧ, при наличии показаний - незамедлительно направить ребенка на консультацию к врачу-фтизиатру;

н) обеспечить вакцинацию детей группы R-75 в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, с приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 05 марта 2015 года № 198 «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»;

о) после снятия с диспансерного наблюдения ребенка группы R-75 по решению врачебной комиссии Центра СПИД обеспечить представление в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России в течение 10 дней учетной формы № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями» (в трех экземплярах), и копии протокола врачебной комиссии медицинской организации о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью;

о) обеспечить заполнение и направление в течение 10 дней учетной формы № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью» в Центр СПИДа во всех случаях убытия ребенка группы R-75 в другое муниципальное образование Республики Крым или субъект Российской Федерации (с указанием адреса, куда выбывает ребенок), смерти ребенка группы R-75 (с приложением копии медицинского свидетельства о смерти с обязательным указанием клинического и патолого-анатомического диагноза);

п) при прикреплении ребенка группы R-75 к медицинской организации в течение 10 дней направить в Центр СПИДа извещение о взятии на диспансерное наблюдение ребенка группы R-75 (приложение 5 к настоящему Порядку);

р) при получении двух положительных результатов исследования на ВИЧ методом ИФА в возрасте 18 месяцев и старше или методом ПЦР в любом возрасте обеспечить направление ребенка в Центр СПИДа для уточнения диагноза и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения ребенка группы R-75 с предоставлением направления на консультацию (приложение 6 к настоящему Порядку);

с) при выявлении ВИЧ-инфекции у ребенка необходимо обследовать на ВИЧ-инфекцию мать и отца ребенка, а также всех детей в данной семье/у данных родителей;

т) обеспечить при наличии показаний оказание медицинской помощи в стационарных условиях детям группы R-75;

у) в случае грубых нарушений родителями/законными представителями ребенка группы R-75 сроков проведения диспансерного наблюдения, отказа от приема назначенных препаратов расценивать данное действие, как жестокое обращение с ребенком/оставление в опасности статья 125 УК РФ, разъяснять законным представителям ребенка возможные последствия отказа от проведения профилактического лечения и представлять информацию о случаях отказа от профилактического лечения и диспансерного наблюдения в муниципальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, прокуратуру, Центр СПИДа Министерство здравоохранения Республики Крым.

Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях имеет право подачи исков в суд для защиты интересов детей в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

ф) обеспечить предоставление в Центр СПИДа ежеквартального отчета о диспансерном наблюдении за детьми группы R-75 (приложение 16) к настоящему Порядку) в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом, а также отчета согласно приложению 7 к настоящему Порядку.

3. Медицинские организации, относящиеся к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым, оказывающие медицинскую помощь детям в стационарных условиях при оказании медицинской помощи детям группы R-75, обязаны:

а) обеспечить оказание медицинской помощи в стационарных условиях детям группы R-75 по показаниям;

б) обеспечить профилактику пневмоцистной пневмонии у детей группы R-75 (приложение 3 к настоящему Порядку).

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

3.1. Медицинские организации, подведомственные министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям в амбулаторных условиях, обязаны:

а) составить индивидуальный план диспансерного наблюдения за ребенком, больным ВИЧ-инфекцией (**приложение 8 к настоящему Порядку**), с учетом рекомендаций специалистов Центра СПИДа;

в) обеспечить оформление справки ВИЧ-инфицированному - несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет для назначения и выплаты ему социальной пенсии территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации по месту жительства ребенка в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 30 марта 1995 года № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;

г) обеспечить вакцинацию ребенка, больного ВИЧ-инфекцией, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», с приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 05 марта 2015 года № 198 «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» с учетом результатов предварительно проведенного иммунологического обследования и рекомендаций специалистов Центра СПИДа;

д) обеспечить контроль за лечением пневмонии (приложение 4 к настоящему Порядку) и других вторичных инфекций у ребенка, больного ВИЧ-инфекцией (приложение 9 к настоящему Порядку);

е) обеспечить поддержание приверженности к АРВТ у законных представителей ребенка, больного ВИЧ-инфекцией;

з) в случае отказа родителей/законных представителей от проведения АРВТ ребенку, больному ВИЧ-инфекцией, обеспечить подписание информированного добровольного отказа от проведения антиретровирусной терапии ребенку, больному ВИЧ-инфекцией, по форме, определенной приложением 12 к настоящему Порядку, копию которого в течении 10 дней направить в СПИД центр;

л) обеспечить проведение диспансерного наблюдения за детьми, больными ВИЧ-инфекцией, получающими АРВТ (приложение 8 к Порядку), с учетом рекомендаций специалистов Центра СПИДа;

м) осуществлять мониторинг эффективности и безопасности АРВТ (приложение 14 к Порядку);

н) направлять в Центр СПИДа этапные эпикризы через 1 месяц от начала АРВТ, затем ежеквартально по форме, определенной приложением 15 к настоящему Порядку;

о) проводить мероприятия по предупреждению социального сиротства детей, больных ВИЧ-инфекцией;

п) обеспечить оказание медицинской помощи в стационарных условиях детям, больным ВИЧ-инфекцией, по показаниям;

р) в случае грубых нарушений родителями/законными представителями ребенка сроков проведения диспансерного наблюдения, отказа от приема назначенных по жизненным показаниям препаратов расценивать данное действие как жесткое обращение с ребенком и представлять соответствующую информацию в муниципальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, министерство здравоохранения Республики Крым и Центр СПИДа;

с) обеспечить представление в Центр СПИДа следующих учетно-отчетных форм: извещение о смерти больного ВИЧ-инфекцией по форме согласно приложению 17 к настоящему приказу, с приложением копии медицинского свидетельства о смерти с обязательным указанием клинического и патолого-анатомического диагноза в течение 10 дней в случае смерти ребенка, больного ВИЧ-инфекцией;

ежеквартальный Отчет о диспансерном наблюдении за детьми, больными ВИЧ-инфекцией (приложение 16 к настоящему Порядку), в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

контингенты детей-инвалидов из числа детей больных ВИЧ-инфекцией/СПИДом (приложение 16 к настоящему Порядку), в срок до последнего рабочего дня отчетного года;

2. Медицинские организации, подведомственные Министерству здравоохранения Республики Крым, оказывающие медицинскую помощь детям в стационарных условиях, при оказании медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией, обязаны:

а) обеспечить оказание медицинской помощи в стационарных условиях детям, больным ВИЧ-инфекцией, по показаниям;

б) обеспечить профилактику пневмоцистной пневмонии (приложение 4 к настоящему Порядку) и других вторичных инфекций у детей, больных ВИЧ-инфекцией (приложение 9 к настоящему Порядку);

в) при выявлении у ребенка, больного ВИЧ-инфекцией, показаний к назначению антиретровирусной терапии (далее - АРВТ) (Приложение 10 к настоящему Порядку) обеспечить представление в Центр СПИДа старта антиретровирусной терапии (приложение 10 к настоящему Порядку) в течение 5 рабочих дней;

г) при назначении АРВТ ребенку, больному ВИЧ-инфекцией, обеспечить подписание родителями/законными представителями ребенка информированного согласия на проведение антиретровирусной терапии ребенку, больному ВИЧ-инфекцией, по форме, определенной (приложением 11 к настоящему Порядку);

д) в случае отказа родителей/законных представителей ребенка, больного ВИЧ-инфекцией, от проведения АРВТ обеспечить подписание информированного добровольного отказа от проведения антиретровирусной терапии ребенку, больному ВИЧ-инфекцией (приложение 12 к настоящему Порядку);

е) при получении протокола врачебной подкомиссии по вопросам ВИЧ-инфекции Центра СПИДа о назначении ребенку, больному ВИЧ-инфекцией, АРВТ в течение 3 рабочих дней оформить заявку в Центре СПИДа на получение антиретровирусных препаратов (далее - АРВП) по форме, определенной (приложением 13 к настоящему Порядку);

ж) в случае нахождения ребенка, больного ВИЧ-инфекцией, на АРВТ до поступления для оказания медицинской помощи в стационарных условиях обеспечить преемственность в проведении АРВТ;

з) обеспечить своевременное получение АРВП в Центре СПИДа для лечения ребенка, больного ВИЧ-инфекцией;

и) осуществлять мониторинг эффективности и безопасности АРВТ (приложение 14 к Порядку);

к) отказ родителей/законных представителей ребенка от приема назначенных лекарственных препаратов для медицинского применения расценивать как жестокое обращение с ребенком и предоставлять соответствующую информацию муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, министерство здравоохранения Республики Крым и Центр СПИДа;

л) обеспечить представление в Центр СПИДа следующих учетно-отчетных форм:

- в случае смерти ребенка группы R-75 в течение 10 дней - копии медицинского свидетельства о смерти с обязательным указанием клинического и патолого-анатомического диагноза;

- Извещения о смерти больного ВИЧ-инфекцией по форме согласно приложения 1, 2 приказа Минздрава России от 16 сентября 2003 года № 442) с приложением копии медицинского свидетельства о смерти с обязательным указанием клинического и патолого-анатомического диагноза в течение 10 дней в случае смерти ребенка, больного ВИЧ-инфекцией;

3. Центр СПИДа при оказании медицинской помощи детям группы R-75 и детям, больным ВИЧ-инфекцией, обязан:

а) осуществлять консультирование медицинских работников медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Республики Крым по ведению детей группы R-75 и детей, больных ВИЧ-инфекцией;

б) осуществлять очное консультирование детей группы R-75 и детей, больных ВИЧ-инфекцией, по направлениям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Республики Крым (приложение 6 к Порядку);

в) своевременно проводить арбитражные исследования на ВИЧ методом ИФА, лабораторные исследования на показатели иммунного статуса и вирусной нагрузки;

г) решением ВК назначить АРВТ антиретровирусными препаратами с учетом показаний, согласно Клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «ВИЧ-инфекция у детей», 2017 г;

е) в течение 2 рабочих дней с момента получения рассмотреть и согласовать заявки на антиретровирусные препараты для лечения детей, больных ВИЧ-инфекцией, от медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Крым по форме, определенной приложением 13 к настоящему Порядку;

ж) проводить анализ этапных эпикризов на детей, больных ВИЧ-инфекцией, принимающих АРВТ, для оценки эффективности и безопасности АРВТ; при наличии показаний проводить изменение схемы АРВТ и/или форм выпуска АРВП;

з) обеспечить наличие АРВП в достаточном количестве для проведения АРВТ детям, больным ВИЧ-инфекцией;

и) осуществлять психологическое, социальное и юридическое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции законных представителей детей группы R-75 и детей, больных ВИЧ-инфекцией, проводить мероприятия по предупреждению социального сиротства;

к) в случае грубых нарушений родителями/законными представителями ребенка сроков проведения диспансерного наблюдения, отказа от приема назначенных препаратов расценивать данное действие как жестокое обращение с ребенком и представлять соответствующую информацию в муниципальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав и министерство здравоохранения Республики Крым;

л) на основании учетно-отчетных форм, получаемых от медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Республики Крым, проводить ежеквартальный мониторинг наблюдения за детьми группы R-75 и детьми, больными ВИЧ-инфекцией (приложение 16 к настоящему Порядку), с нарастающим итогом.

м) ежемесячно до 1 числа месяца, следующего за отчетным, направлять в Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Министерства здравоохранения Российской Федерации учетные формы № 310/у «Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью», № 311/у «Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью» и № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью» на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 года № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».

Приложение 1
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «___» _____ 2019 г. № _____

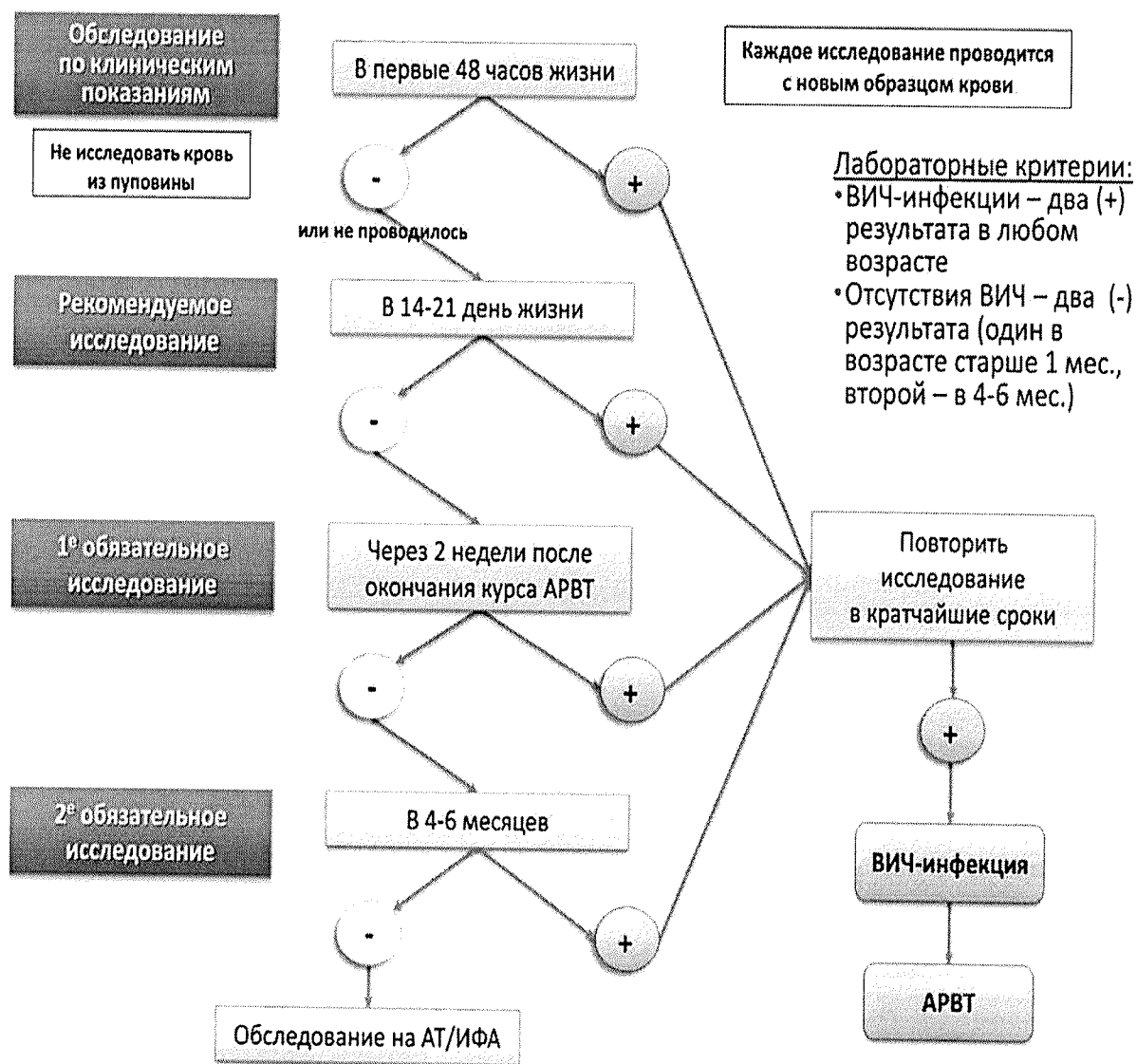
ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (МЕТОДОМ ПЦР)

на качественное определение провирусной ДНК ВИЧ-1	Цельная кровь берется в вакуумную пробирку в количестве 2 мл с 0,2 мл 3% ЭДТА (сиреневая крышка) и доставляется в Центр СПИДа вертикально в штативе в срок не более 48 час. с момента забора
на выявление аллели 5701 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека (HLA В*5701)	Допустимая температура хранения и транспортировки от 2 до 8 градусов по Цельсию. На пробирке указывается Ф.И.О. пациента, эпид. номер при наличии и порядковый номер, соответствующий номеру на направлении
количественное определение РНК ВИЧ-1	Цельная кровь берется утром натощак в вакуумную пробирку с 3-процентным раствором ЭДТА (сиреневая крышка) в количестве 4,5 - 6 мл и транспортируется в Центр СПИДа вертикально в штативе не более 6 часов с момента забора крови. Допустимая температура хранения и транспортировки от 2 до 8 градусов по Цельсию. На пробирке указывается Ф.И.О. пациента, эпид. номер при наличии и порядковый номер, соответствующий номеру на направлении
количественное определение РНК ВИЧ-1	Пробирку с кровью не позднее 3 ч от момента забора центрифугировать 20 мин. при скорости 800 - 1600 об./мин. Отдельным наконечником с фильтром перенести плазму в объеме не менее 1,5 мл в пробирку типа "эппендорф". Допустимая температура хранения и транспортировки: - не более 3 дней при температуре от 2 до 8 градусов по Цельсию; - не более 1 месяца от момента забора крови при температуре 20 градусов по Цельсию (транспортировка в Центр СПИДа с соблюдением требований "холодовой цепи" (размораживание плазмы в момент транспортировки недопустимо). На пробирке указывается Ф.И.О. пациента, эпид. номер при наличии и порядковый номер, соответствующий номеру на направлении

<*> В случае невозможности доставки биологического материала на качественное определение провирусной ДНК ВИЧ-1 в течение 48 час. с момента забора обеспечить проведение первичного обследования на количественное определение РНК ВИЧ-1 в плазме крови.

Направления на исследования установленной формы заполняются в 2 экз. разборчивым почерком с обязательным указанием эпид. номера при наличии. Отметки по забору, хранению и транспортировке образца заполняются процедурными медицинскими сестрами и лаборантами.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ КОНТАКТОМ (НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ)



ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ НА КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ РНК ВИЧ-1

Министерство здравоохранения РК	в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом» (клинико-диагностическая лаборатория) 295006, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Луговая, 71, тел/факс: (3652) 25-25-4
Наименование учреждения , заполняющего форму (штамп учреждения)	

Направление № _____
на проведение исследования по определению уровня вирусной нагрузки
(РНК ВИЧ-1) и результат исследования

От « _____ » _____ 20 ____ г. Время забора _____
(дата забора материала)

1. Индивидуальный № пациента _____
2. ФИО пациента _____
3. Дата рождения _____
4. Показания для обследования (выбрать значение):
☐ Пациент находится на АРТ ☐ Другое (указать): _____
☐ Пациент готовится к АРТ _____
☐ Уточнение предыдущего результата _____
5. Дата и результат предыдущего обследования на ВН “ _____ ” _____ 20 __ г.
_____ РНК коп/мл.
6. Дата начала приема АРТ _____
7. Дата начала приема текущей схемы АРТ (указать месяц и год) _____ 20 __ г. .
8. Схема текущей АРТ (выбрать значения):

☐ AZT - зидовудин	☐ NVP - невирапин	☐ TDF – тенофовир
☐ ЗТС - ламивудин	☐ NFV- нелфинавир	☐ FTC – емтрицитабин
☐ d4T - ставудин	☐ EFV - ифавиренц	
☐ ddl - диданозин	☐ LPV/rtv -лопиновир/ритонавир	

Врач _____ (Подпись) _____ (ФИО лица, направившего на исследования)

М.П.

Печать учреждения, проводящего исследования

Кому

(название ЛПУ)

Результат № _____
по определению уровня вирусной нагрузки (РНК ВИЧ-1)

В отделении лабораторной диагностики ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом»
методом ОТ-ПЦР проведено определение уровня вирусной нагрузки ВИЧ-1 в плазме
крови пациента

_____ (забор
крови от “ _____ ” _____ 20 ____ г.).
(ФИО или идентификационный № пациента)

При проведении исследований “ _____ ” _____ 20 ____ г. **выявлено**
_____ **РНК копий/мл.**

Дата и время доставки материала:

Исполнитель: _____
(Подпись) (ФИО лица, проводившего исслед.)

ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОВИРУСНОЙ ДНК ВИЧ-1

Министерство здравоохранения РК	в ГБУЗ РК «Центр профилактики и борьбы со СПИДом»(клинико-диагностическая лаборатория) 295006, Республика Крым, г.Симферополь, ул. Луговая, 71, тел/факс: (3652) 25-25-41
Наименование учреждения, заполняющего форму (штамп учреждения)	

Направление № _____ на обследование образцов крови ребенка для определения провирусной ДНК ВИЧ- 1

Дата и время забора крови _____ Исследование проводится в **первые, повторно**
(подчеркнуть)

ФИО врача, направившего на исследование _____

ФИО ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

матери

Схема и срок ПВТ _____

ребенка

Если исследование проводится повторно, указать результат первого исследования, место его проведения и номер _____

Печать учреждения, проводящего исследования

Кому _____
(название ЛПУ)

Результат исследования материала для определения провирусной ДНК ВИЧ-1

ФИО ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

Дата и время приема материала _____

№ результата исследования _____

Результат _____

Дата выдачи результата _____

Подпись лица, проводившего исследование _____

Приложение 2
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ (РЕБЕНОК ГРУППЫ R-75)**

Наименования консультаций/ лабораторных исследований	Сроки проведения
Исследование на ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР	в 1 - 2 мес., затем в 4 - 6 мес. <*>
Исследование на РНК ВИЧ-1 методом ПЦР	при положительном результате ДНК ВИЧ-1 методом ПЦР - не позднее 1 мес. с момента его получения
Исследование на ВИЧ методом ИФА	в 12 мес., затем ежеквартально до снятия с диспансерного учета
Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ)	ежеквартально при проведении профилактики пневмоцистной пневмонии
Реакция Манту	независимо от БЦЖ 1 раз в 6 месяцев до снятия с диспансерного учета
Вакцинация БЦЖ-М <*>	- до 2 мес. - при отсутствии медицинских противопоказаний без проведения реакции Манту; - старше 2 мес. - при получении двух отрицательных обследований методом ПЦР с проведением пробы Манту и консультации фтизиатра
Контроль веса ребенка для перерасчета доз АРВП при проведении 3-го этапа ППМР	1 раз в 10 дней <***>

<*> Если в 1 - 2 мес. результат ДНК ВИЧ-1 отрицательный, следующее обследование на ДНК ВИЧ-1 в 4 - 6 мес.

<***> Вакцинация БЦЖ-М проводится детям группы R-75, не вакцинированным в медицинских организациях, оказывающих акушерско-гинекологическую медицинскую помощь.

<***> Перерасчет доз АРВП проводится при увеличении массы тела ребенка на 10% и более из расчета 2 мг препарата на 1 кг веса ребенка.

Приложение 3
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» февраля 2019 г. № 148

**ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГРУППЫ R-75 И
ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

Возраст	Диагноз	Профила ктика	Препарат выбора	Альтернативный препарат
с рождения до 4 недель	перинатальный контакт (группа R-75)	не проводит ся	триметоприм/сульфомето ксазолом (бисептол) 150/750 мг/кв.м/сут. (или 5 мг/кг/сут. по триметоприму) per os за два приема три последовательных дня в неделю по схеме "+ + + - - - -" можно: - однократно, - ежедневно, - в альтернативные дни	пентамидин 4 мг/кг внутривенно каждые 4 недели или ингаляции через распылитель детям < 5 лет - 8 мг/кг 1 раз в 4 недели; детям >= 5 лет - 300 мг 1 раз в 4 недели
с 4 недель до 4 мес.	перинатальный контакт (группа R-75)	проводит ся		
с 4 мес. до 18 мес.	перинатальный контакт (группа R-75 при отсутствии 2 отрицательных анализов на ВИЧ методом ПЦР) или ВИЧ-инфекция	проводит ся		
с 4 мес. до 18 мес.	ВИЧ-инфекция исключена с высокой долей вероятности <*>	не проводит ся		
с 1 года до 5 лет	ВИЧ-инфекция, иммунная категория IV $CD < 500 \cdot 10^9 / \text{л или} < 15\%$	проводит ся		
с 6 лет до 18 лет	ВИЧ-инфекция, иммунная категория IV $CD < 200 \cdot 10^9 / \text{л или} < 15\%$	проводит ся		

<*> ВИЧ-инфекция исключена, в случае если имеется два и более отрицательных результата на ВИЧ методом ПЦР в возрасте старше 1 мес., при условии, что второй отрицательный результат получен в возрасте старше 4 мес.

Приложение 4
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» февраля 2019 г. № 148

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Клинический симптом	Проявления	Примечание
Персистирующая генерализованная лимфаденопатия	увеличение одного или более до 0,5 см и более, минимум в двух группах стойкий характер, 3 и более месяца особенно значимо увеличение аксиллярных лимфоузлов	безболезненны при пальпации, кожа над ними не изменена
Гепатоспленомегалия	увеличение печени и селезенки, длящееся 3 и более месяца	безболезненны при пальпации, края эластичны; гипербилирубинемия не характерна
Поражение ЦНС	энцефалопатия, задержка роста и развития мозга	утрата навыков или замедление нервно-психического развития ребенка
Нарушение темпов физического развития	снижение прибавки массы тела, замедление роста	на 10% и более от должноствующих показателей
Синдром истощения	потеря массы тела, более 10% от должной, хроническая диарея, лихорадка	не менее чем двукратный жидкий стул ежедневно в течение 30 дней; документированная лихорадка более 30 дней
Бактериальные инфекции	гнойный отит, дерматиты, экземы, афтозный стоматит, пневмония, менингит, гастроэнтероколит,	более 2 эпизодов в год

	остеомиелит, бактериальный сепсис	
Пневмоцистная пневмония	лихорадка, непродуктивный кашель, одышка, тахипноэ, дыхательная недостаточность	
Грибковые/герпетические (вирусные) поражения	поражения кожи, поражения слизистых оболочек полости рта, пищевода, поражение гениталий, пневмонии	возможны генерализованные формы
Лимфоидная интерстициальная пневмония/лимфоидная гиперплазия	кашель, тахипноэ, увеличение околоушных слюнных желез, быстро прогрессирующая гипоксия	часто диагностируется в возрасте 2,5 - 3 года при инфекциях верхних дыхательных путей
Лихорадка/длительная гипертермия	повышение температуры тела в течение длительного времени (2 недели и более) без видимых причин	документированная лихорадка более 30 дней

Приложение 5
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» февраля 2019 г. № 148

**ИЗВЕЩЕНИЕ О ВЗЯТИИ НА ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА,
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ (ГРУППА R-75)**

1. Наименование муниципального образования _____
 2. Наименование медицинской организации _____
 3. Ф.И.О. ребенка _____
 4. Дата рождения "___" _____ г.
 5. Адрес регистрации _____
 6. Адрес фактического проживания _____
 7. Прибыл из _____
(наименование страны, субъекта РФ, муниципального образования Республики Крым)
 8. Дата прибытия "___" _____ г.
 9. Дата взятия на диспансерное наблюдение "___" _____ г.
 10. Дата ИФА1 "___" _____ г., результат _____
Дата ИФА2 "___" _____ г., результат _____
Дата ИФА3 "___" _____ г., результат _____
Дата ИБ "___" _____ г., результат _____
Дата ДНК1 ВИЧ "___" _____ г., результат _____
Дата ДНК2 ВИЧ "___" _____ г., результат _____
Дата РНК ВИЧ "___" _____ г., результат _____
 11. Диагноз (МКБ-10) _____
 12. Ф.И.О. матери _____
Эпид. номер _____
 13. Сведения о ППМР _____
(дата начала терапии, схема)
-

Должность, Ф.И.О. специалиста, заполнившего форму

" ____ " _____ 20 ____ г. Контактный телефон _____ Подпись _____

Приложение 6
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

**НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ В
ГБУЗ РК «ЦЕНТР ПРОФИЛАКТИКИ И БРОБЫ СО СПИДОМ»**

Ф.И.О. ребенка _____
Дата рождения _____
Адрес проживания _____
Сведения о матери:
Ф.И.О. _____
Дата рождения _____. Эпид. номер _____
Хронические заболевания _____
Ребенок от _____ беременности, _____ родов. Предыдущие беременности,
исходы _____
Течение настоящей беременности: токсикоз (да, нет); угроза прерывания
(да, нет); перенесенные заболевания _____
На учете в женской консультации состояла (да/нет), срок взятия на учет ____
Срок родов _____, способ родоразрешения _____
Сведения о ППМР: 1 этап _____
2 этап _____
3 этап _____
Сведения о новорожденном: вес _____, рост _____, окр. головы _____,
окр. груди _____
Оценка по шкале Апгар _____ Вскармливание _____
Диагноз в периоде новорожденности _____
Характеристика развития ребенка по эпикризным срокам (вес, рост, оценка ПМР)
1 мес. _____
3 мес. _____
6 мес. _____
9 мес. _____
1 год _____
Согласно возрасту на момент направления на консультацию _____
Перенесенные заболевания: _____
Вакцинация (дата) _____
Реакция Манту (дата, результат) _____
Клинический осмотр _____
Осмотр врачами-специалистами (дата, результат):
Невролог _____
Окулист _____
Отоларинголог _____
Стоматолог _____

Хирург _____

Фтизиатр (по показаниям) _____

Данные дополнительных методов обследования (дата, результат):

ИФА, ИБ ВИЧ _____

ПЦР ВИЧ ДНК _____

ПЦР ВИЧ РНК _____

Иммунограмма _____

ИФА ВУИ _____

ИФА маркеры вирусных гепатитов _____

ОАК _____

ОАМ _____

Биохимический анализ крови _____

УЗИ органов брюшной полости _____

ЭКГ _____

Заключительный диагноз _____

Лечащий врач _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата _____

Печать врача

Приложение 7
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

**ОТЧЕТ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ, РОЖДЕННЫМИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ (ГРУППА R-75),**

ЗА _____ КВ. _____ ГОД

№ п / п	Ф.И. .О. ребенка	Дата рождения	Адрес регистрации/ фактического проживания <*>	Эп ид. номер матери	Результаты и дата обследования на ВИЧ			Контакт по туберкулезу (да, нет). Дата и результат пр. Манту, консультации фтизиатра	Вакцинация за отчетный период	Примечание <***>
					Методом ИФА (дата, результат)	Методом ПЦР (дата, результат)	Маркеры гепатитов			

<*> - Для отказных детей - адрес и наименование медицинской организации, образовательной организации или организации социального обслуживания населения, где находится ребенок.

<***> - Причины несвоевременного снятия с диспансерного наблюдения; информация об убытии из МО или субъекта РФ с указанием даты и адреса (при наличии), снятии с диспансерного наблюдения с указанием даты и т.д.

Лицо, ответственное за составление отчета _____
(Ф.И.О., подпись). Контактный телефон _____

Приложение 8
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ, БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Наименования консультаций/лабораторных исследований	Сроки проведения для детей, не принимающих АРВТ	
	Отсутствие клинических проявлений и/или иммунная категория I, II	Наличие клинических проявлений и/или иммунная категория III, IV
Объективный осмотр педиатром, проведение антропометрии, оценка физического и психомоторного развития	до 1 года - 1 раз в мес., далее - 1 раз в 3 мес.	1 раз в мес.
Клинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, подсчет формулы крови, СОЭ)	1 раз в 6 мес.	1 раз в 3 мес.
Биохимический анализ крови (креатинин, АЛТ, АСТ)	1 раз в 6 мес.	1 раз в 3 мес.
Общий анализ мочи	1 раз в 6 мес.	1 раз в 3 мес.
Исследование на РНК ВИЧ-1 методом ПЦР	1 раз в 6 мес.	1 раз в 3 мес. <*>
Исследование на показатели иммунного статуса	1 раз в 6 мес.	1 раз в 3 мес. <*>
Исследование на цитомегаловирусную инфекцию, токсоплазмоз, вирус простого герпеса методом ИФА (IgM и IgG), если ребенок в теч. 1 года не получал лечение иммуноглобулинами	1 раз в год	1 раз в год
Исследования на маркеры гепатитов В, С методом ИФА	по эпидпоказаниям	по эпидпоказаниям
Осмотр невролога, дерматолога, оториноларинголога, офтальмолога	1 раз в 12 мес.	1 раз в 6 мес.
Осмотр фтизиатра	по показаниям	по показаниям
Реакция Манту	1 раз в 6 мес.	1 раз в 6 мес.
ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости	1 раз в 12 мес.	1 раз в 12 мес.
Рентгенография грудной клетки детям до 15 лет, с 15 лет - флюорограмма	1 раз в 12 мес.	1 раз в 12 мес.
Исследование головного мозга методом КТ или ЯМР	по показаниям <***>	по показаниям <***>

<*> С проведением перерасчета доз АРВП при увеличении массы тела ребенка на 10% и более согласно Приложению 15.

<*> При наличии показаний для назначения ВААРТ (Приложение 10) повторить обследование через 1 мес.

<***> При уровне CD4 менее 200 кл

График и объем обследования ВИЧ-инфицированного ребенка при назначении и проведении АРВТ¹

Процедура	Начало лечения*	Сроки (недели)				
		2	4	8	12	Далее ⁷
Сбор анамнеза	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Физикальное обследование ²	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Определение стадии заболевания	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Регистрация вторичных и сопутствующих заболеваний	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Консультация врача-окулиста, врача-невролога, врача-оториноларинголога ³	+	*	*	*	+	1 раз в 12 месяцев и/или по клиническим показаниям
Рентгенография грудной клетки	+					по клиническим показаниям ⁴
Туберкулинодиагностика						1 раз в 6 месяцев и/или по клиническим показаниям
УЗИ органов брюшной полости	+					По клиническим показаниям
Уровень CD4+ Т-лимфоцитов	+				+	1 раз в 12 недель
Вирусная нагрузка ВИЧ	+		+	+ ⁵	+	1 раз в 12 недель
Общий (клинический) анализ крови развернутый	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель и/или по клиническим показаниям
Биохимический анализ крови ⁶	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Общий анализ мочи	+	+	+	+	+	1 раз в 12 недель
Маркеры вирусных гепатитов В и С	+					По показаниям
Оценка нежелательных явлений	+	+	+	+	+	При каждом осмотре и обращении
Оценка сопутствующего лечения	+	+	+	+	+	При каждом осмотре и обращении

Примечания:

¹ Осмотр детей до 1 года проводится ежемесячно (детей 1-го месяца жизни 1 раз в 10 дней). Обследование осуществляется участковым врачом-педиатром и специалистами детской поликлиники и Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

* Могут использоваться результаты исследований, полученных в течение 2 недель до начала лечения

² Физикальное обследование с оценкой физического развития (масса тела, рост, коэффициенты)

³ При применении препаратов, токсичных в отношении зрения, слуха или нервной системы соответственно

⁴ Флюорография/рентгенография проводится подросткам с ВИЧ-инфекцией с 15 лет 2 раза в год

⁵ Исследование вирусной нагрузки на 8-й неделе проводится, если исследование на 4 неделе не показало ее снижения

⁶ Исследование включает: анализ крови биохимический терапевтический, оценка нарушений липидного обмена биохимическая, комплексы исследований для оценки степени печеночно-клеточной недостаточности, для оценки повреждения клеток печени (степень цитолиза), для оценки холестатического синдрома.

При необходимости проводятся внеплановые обследования, объем которых определяется индивидуально.

Приложение 9
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» января 2019 г. № 148

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Заболевание	Первичная профилактика	Вторичная профилактика
Пневмоцистная пневмония	проводится <*>	проводится <*>
Токсоплазмоз	проводится при иммунной категории IV <*>	после энцефалита
Простой и опоясывающий герпес	-	проводится <*>
Цитомегаловирусная инфекция	проводится при иммунной категории IV <*>	проводится <*>
Бактериальные инфекции	-	проводится <*>
Кандидозы рецидивирующий, персистирующий	-	проводится <*>
Болезни, вызванные грибами (криптококк, гистоплазмоз, кокцидия)	-	проводится <*>
Туберкулез	при наличии одного и/или нескольких факторов риска <***>: иммунодефицитное состояние (иммуносупрессия), контакт с больным туберкулезом, вираж туберкулиновых проб, гиперергическая реакция на туберкулин, нарастание пробы Манту за год на 6 мм и более	-

<*> Проводится согласно Приложению 3 к Порядку.

<*> При наличии показаний обеспечить консультацию специалиста Центра СПИДа для назначения профилактического лечения.

<***> При наличии показаний обеспечить консультацию и назначение химиопрофилактики туберкулеза врачом-фтизиатром.

Показания к безотлагательному назначению АРВТ у детей

(Клинические рекомендации МЗ РФ 2017г, ID: КР459)

Критерий	АРВТ показано безотлагательно	
Возраст	Дети до 3-х лет	
Клинические проявления	Стадии Российской классификации 2В, 4А, 4Б, 4В, 5	
Уровень CD4	3-5 лет	≤ 750 или ≤ 25%
	5 лет и старше	≤ 350

Рекомендуется начинать АРВТ вне зависимости от наличия клиники ВИЧ-инфекции и уровня CD4 при выявлении одного и более критериев, представленных в таблице ниже

Дополнительные показания к назначению АРВТ у детей

Критерий	АРВТ показано
Уровень ВН ВИЧ в крови	> 100 000 копий/мл
Сопутствующая патология	активный туберкулез; хронический вирусный гепатит С у детей 3 лет и старше; хронический вирусный гепатит В, если показано его лечение; заболевания, требующие длительного применения иммуносупрессивной терапии (лучевая терапия, кортикостероидные гормоны, цитостатики)
Дополнительные показания у подростков	Беременность; с противозидемической целью инфицированному ВИЧ партнеру в дискордантной паре; ВИЧ-инфицированному подростку с рисками горизонтальной передачи ВИЧ

Рекомендуется назначать АРВТ любому пациенту, желающему и готовому ее получать

Классификация иммунных нарушений у детей в соответствии с возрастом

Иммунная категория	Содержание CD4 в крови по возрастам			
	До 1 года	1-3 года	3-5 лет	Старше 5 лет
	% CD4		абс. количество или % CD4	
1.Отсутствие иммунодефицита или незначительный	> 35%	> 30%	> 25%	> 500
2. Умеренный иммунодефицит	30-35%	25-30%	20-25%	350-500
3.Выраженный иммунодефицит	25-30%	20-25%	15-20%	200-350

4. Тяжелый иммунодефицит	< 25%	< 20%	< 15%	< 200 или < 15%
-----------------------------	-------	-------	-------	------------------------

- Рекомендуется использовать у детей 5 лет и младше относительные показатели уровня CD4, у детей старше 6 лет – абсолютные показатели, соответствующие нормам взрослого человека.

Приложение 10
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

СТАРТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Ф.И.О. _____
Эпид. номер _____ Дата рождения _____
Адрес (проживания/регистрации) _____
Дата установления диагноза ВИЧ-инфекции _____
Дата постановки на диспансерное наблюдение _____

Общий анализ крови:

Дата	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10^{12} /л	Лейкоциты,	п	с	э	л	м	СОЭ, мм/ч	Тр,
------	--------------------	-----------------------------	------------	---	---	---	---	---	--------------	-----

Биохимический анализ крови:

Дата	АСТ	АЛТ	Общий белок	Общий билирубин	Креатинин
------	-----	-----	-------------	--------------------	-----------

Показатели иммунного статуса (с интервалом в 1 месяц):

Дата	CD4-лимфоциты		Дата	CD4-лимфоциты	
	%	Абс.,		%	Абс.,

Количественное определение ВИЧ-1 методом ПЦР (с интервалом в 1 месяц):

Дата	РНК ВИЧ-1 (копий/мл)	Дата	РНК ВИЧ-1 (копий/мл)
------	-------------------------	------	-------------------------

Заключение фтизиатра (дата, заключение), химиопрофилактика/лечение туберкулеза (дата, схема) _____

УЗИ органов брюшной полости (дата, заключение) _____

Невролог (дата, заключение) _____

Бак/посевы из зева, носа, кала, мочи на флору и грибы (дата, результат) _____

ОАМ (дата, результат) _____

Химиопрофилактика пневмоцистной пневмонии (дата, схема) _____

Объективное состояние на момент

осмотра:

Рост _____, вес _____, температура _____

1. Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое.

Сознание ясное, без сознания. Вялость, адинамия, заторможенность.

2. Костно-мышечная система _____

3. Подкожно-жировая клетчатка: питание удовлетворительное, среднее, снижено.

4. Кожные покровы нормальные, бледные, гиперемированы _____

Наличие сыпи, локализация, характер _____

5. Лимфатическая система: л/у увеличены, не увеличены.

Затылочные _____, околоушные _____, подчелюстные _____,

подбородочные _____, шейные _____, надключичные _____,

подключичные _____, подмышечные _____, локтевые _____,

паховые _____, подколенные _____.

6. Слизистые - без изменений, желтушность, гиперемия, цианоз, сыпь,

патологические изменения _____

7. Дыхание через нос свободное, затруднено, выделения _____

8. Частота дыхания _____ легкие перкуторно _____

дыхание пузрьное, везикулярное, жесткое, ослабленное: хрипы _____

9. Сердечно-сосудистая система: АД _____ PS _____

Тоны сердца ясные, приглушены, глухие, ритм правильный, аритмия.

10. Глотка: гиперемия яркая, умеренная, слабая. Миндалины: не увеличены, увеличены.

Налет: есть, нет, локализация _____

Язы влажный, сухой, чистый, обложен. Зубы: санированы, не санированы.

11. Живот: мягкий, безболезненный, болезненный, локализация _____

печень _____ селезенка _____

Стул оформлен, жидкий, примеси _____

12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено, симптом

Пастернацкого: отрицательный, положительный, справа, слева.

13. Менингеальные симптомы _____

14. Сухожильные рефлексy _____

Обоснование диагноза: на основании эпид. анамнеза _____

клинического осмотра _____

лабораторного обследования (CD4 - _____ % _____)

Диагноз: ВИЧ-инфекция ст. _____ Вторичные инфекции

По МКБ-10 _____

Сопутствующие заболевания: _____

На основании данных клинического осмотра и лабораторного обследования ребенку

(Ф.И.О.) _____

показана антиретровирусная терапия.

Лечащий врач _____

(подпись, Ф.И.О.). Дата _____ конт. тел. _____

_____.

Приложение 11
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» февраля 2019 г. № 148

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У РЕБЕНКА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ

(подписывает лицо, осуществляющее уход за ребенком)

Я		
	(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво)	

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение моего ребенка

(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво)

(Дата рождения)

лекарственными препаратами, направленными на предотвращение
прогрессирования заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено:

- почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку;
- действие назначаемых моему ребенку препаратов;
- как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты;
- возможное побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку;
- что мой ребенок должен проходить регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для контроля течения ВИЧ-инфекции и назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств;
- в какие сроки я должна приводить ребенка на обследование;
- что эффект лечения может быть достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом моего ребенка.

Я осознаю, что:

- по состоянию здоровья моего ребенка ему необходимо лечение по поводу ВИЧ-инфекции;
- назначенные моему ребенку препараты должны подавлять размножение вируса в его организме и замедлять прогрессирование ВИЧ-инфекции;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов моим ребенком, тем выше вероятность того, что увеличится продолжительность и качество его жизни;

- даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов моим ребенком излечение от ВИЧ-инфекции не произойдет;
- назначенное моему ребенку лечение может в любой момент быть прекращено по моему желанию;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза здоровью моего ребенка, я буду проинформирован(а) об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его проведения;
- если вследствие проведения лечения возникнет угроза жизни моего ребенка, это лечение может быть прекращено по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;
- все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к применению в России;
- как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим врачом;

Я обязуюсь:

- по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать разрешение на взятие крови на анализы;
- давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;
- выполнять рекомендации лечащего врача по уходу за моим ребенком, его кормлению;
- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каким-либо причинам;
- сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему ребенку;
- не посоветовавшись с лечащим врачом, не давать моему ребенку какие-либо лекарственные препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу;
- сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных случаях, что ребенок получает препараты для лечения ВИЧ-инфекции.

Я информирован(а), что в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации № 323-ФЗ в случае нарушения сроков лабораторного обследования и/или посещения лечащего врача, меня/моего

ребенка будут приглашать в медицинскую организацию по телефону/посещением на дому специалистами поликлиники.

Подпись лица, осуществляющего уход за ребенком:				Дата:	
Врач:				Дата:	
	(Фамилия И.О., разборчиво)		(подпись)		

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКА С ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ**

Я, _____
(ф.и.о., домашний адрес, контактный телефон)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на мое лечение лекарственными препаратами, направленными на предотвращение прогрессирования ВИЧ-инфекции:

Я подтверждаю, что мне разъяснено:

- что предложенная мне антиретровирусная терапия назначена по клиническим и лабораторным показаниям, и направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека в моем организме, замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, что позволит увеличить продолжительность и улучшить качество моей жизни.
- что на сегодняшний день не существует лечения, позволяющего излечиться от ВИЧ-инфекции.
- что все антиретровирусные препараты, назначенные мне, разрешены к применению в Российской Федерации и предоставляются на бесплатной основе.
- что антиретровирусные препараты, как и другие лекарственные препараты, могут вызывать нежелательные явления, информация о которых предоставлена мне лечащим врачом.
- что назначенная мне антиретровирусная терапия может быть прекращена по моему собственному желанию или решению лечащего врача из-за несоблюдения мною режима приема препаратов и/или графика обследования.

Я обязуюсь:

- согласно графику, установленному лечащим врачом, проходить лабораторные обследования и консультаций, в целях своевременного мониторинга, назначенного мне лечения;
- принимать назначенные мне лекарственные препараты в соответствии с режимом приема и указаниями лечащего врача;

- в кратчайшие сроки сообщать лечащему врачу обо всех изменениях схемы лечения, а также об изменениях в моем состоянии, если я считаю, что это связано с назначенным мне лечением.

Я информирован(а), что в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации № 323-ФЗ в случае нарушения сроков лабораторного обследования и/или посещения лечащего врача, меня будут приглашать в медицинскую организацию по телефону/посещением на дому специалистами поликлиники.

Пациент	_____	_____	Дата	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)		
Врач	_____	_____	Дата	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)		

Приложение 12
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

**ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКУ, БОЛЬНОМУ ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ <*> (ПОДПИСЫВАЕТ РОДИТЕЛЬ/ЗАКОННЫЙ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РЕБЕНКА)**

Настоящий добровольный отказ составлен в соответствии с требованиями Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона Российской Федерации от 30.03.95г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

Мне,

(Ф.И.О. родителя/законного представителя ребенка, дата рождения, домашний адрес,
контактный телефон)

Разъяснено состояние здоровья моего ребенка

(ФИО ребенка, дата рождения)

диагноз заболевания, изложены цели, характер, необходимость проведения диагностических и лечебных мероприятий. Разъяснено, что предложенная антиретровирусная терапия моему ребенку направлена на подавление размножения вируса иммунодефицита человека в его организме, замедление прогрессирования ВИЧ-инфекции, что позволит увеличить продолжительность и улучшить качество его жизни. Разъяснено, что предоставление антиретровирусных препаратов осуществляется на бесплатной основе. Разъяснено, что отказ от антиретровирусной терапии повлечет прогрессирование у него ВИЧ-инфекции, ухудшение состояния, вплоть до его гибели. Настоящим я подтверждаю свой добровольный отказ от проведения антиретровирусной терапии моему ребенку, последствия отказа мне разъяснены, ответственность за состояние его здоровья беру на себя.

Причина отказа:

Родитель/законный представитель ребенка _____ Дата _____
(подпись)

Врач

_____ Дата _____
(Ф.И.О.) (подпись)

<*> - При нежелании родителя/законного представителя ребенка подписывать информированный добровольный отказ данный документ может быть подписан тремя медицинскими работниками.

Приложение 13
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «04» февраля 2019 г. № 148

ЗАЯВКА НА АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

N п/ п	Ф.И.О. пациен та	Страховой номер страхового свидетельс тва обязательн ого пенсионног о страховани я	Диагноз, стадия заболеван ия	Ве с, рос т	Схе ма АРВ Т	Форма выпус ка	Заказывае мое количество	Примечан ие
1	3	4	5	6	7	8	9	10

столбец 3 - указывается Ф.И.О. пациента полностью;

столбец 4 - указывается страховой номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования;

столбец 5 - указывается диагноз и стадия заболевания по классификации В.В.Покровского и по МКБ-10;

столбец 6 - указывается вес (кг) и рост (см) пациента;

столбец 7 - указываются все лекарственные препараты для медицинского применения (далее - препарат), получаемые пациентом согласно назначенной схеме лечения;

столбец 8 - указывается форма выпуска и дозировка антиретровирусного препарата;

столбец 9 - указывается заказываемое количество препарата во фл., уп. и т.д.

столбец 10 - указывается цель - АРВТ, ПКП и др.

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, Ф.И.О.)

Ответственное лицо за составление заявки _____
(подпись, Ф.И.О.)

Контактный телефон _____

Приложение 14
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

Эффективность АРВТ - это максимально возможное и продолжительное подавление репликации вируса иммунодефицита человека (ВИЧ).

Безопасность АРВТ - это отсутствие или минимально выраженные нежелательные явления препаратов.

Оценка безопасности АРВТ предполагает профилактику и выявление нежелательных явлений препаратов, а также тактику ведения ребенка в случае их возникновения.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ АРВТ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Показатель	Ранее не получавшие АРВТ	Ранее получавшие АРВТ
Клинические проявления	Нормализация диаграммы "масса тела/рост". Нормализация или стабилизация психомоторного развития. Клиническое улучшение ВИЧ-инфекции и вторичных заболеваний. Отсутствие проявления новых симптомов	
Иммунный статус	Повышение более чем на 30% от исходного уровня через 4 месяца лечения	Любое повышение от исходного уровня к 6 месяцам лечения
Вирусная нагрузка (РНК ВИЧ-1 методом ПЦР)	Через 4 - 8 недель лечения снижение более чем в 10 раз	Через 4 - 8 недель снижение более чем в 3 раза
	Через 4 месяца лечения снижение более чем в 1000 раз	Через 4 месяца лечения снижение более чем в 100 раз
	Через 6 месяцев лечения снижение до неопределяемого уровня	

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ АРВТ

Сроки обследования	Мониторинг безопасности	Категория нежелательных явлений и мероприятия при их возникновении
Перед началом ВААРТ	Анамнез и объективный осмотр, гемограмма, биохимическое исследование крови <*>	1. Легкие симптомы непереносимости: - симптоматическое лечение; - АРВТ может быть продолжена. 2. Умеренные симптомы непереносимости: АРВТ может быть продолжена с обеспечением динамического наблюдения за ребенком и обязательной консультации со

		специалистами Центра СПИДа. 3. Тяжелые симптомы непереносимости: - все препараты немедленно отменить; - госпитализировать ребенка; - в кратчайшие сроки информировать Центр СПИДа
Через 2 недели от начала ВААРТ	Анамнез и объективный осмотр	
Через 4 - 8 недель от начала ВААРТ	Анамнез и объективный осмотр, гемограмма, биохимическое исследование крови <*>	
Каждые 3 - 4 месяца	Анамнез и объективный осмотр, гемограмма, биохимическое исследование крови <*>	
Каждые 6 - 12 месяцев	Исследование липидного обмена (триглицериды)	

<*>Биохимическое исследование крови включает: глюкоза, печеночные пробы (АлАТ, АсАТ, билирубин), креатинин, общий холестерин. Дополнительные исследования проводятся по показаниям. У детей, получающих невирапин, уровень сывороточных трансаминаз исследуется каждые 2 недели в первый месяц лечения, затем каждые 3 месяца.

Приложение 15
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ НА РЕБЕНКА, БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩЕГО АРВТ, ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ОТ НАЧАЛА АРВТ/ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ

Ф.И.О. _____

Рег. номер _____ Рост _____ Вес _____

Дата начала АРВТ _____ по схеме _____

Нарушения режима приема лекарственных препаратов для медицинского применения (нет, да - причины) _____

Переносимость АРВТ (удов., неуд. - причины) _____

Нежелательные явления (какие, чем проведена коррекция) _____

Отказ от АРВТ (дата, причина) _____

Жалобы, данные объективного статуса на момент осмотра: _____

Дата	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л		Лейкоциты,		п	с	э	л	м	СОЭ, мм/ч	Тр,
Дата	Глюкоза	Амилаза	АСТ	АЛТ	Билирубин общий/прямой	Триглицериды		Общий белок		Креатинин	Общий холестерин	
Дата	CD-лимфоциты								ИРИ	Вирусная нагрузка РНК ВИЧ-1 (копий/мл)		
	CD3		CD4		CD8							
	%	Абс.,	%	Абс.,	%	Абс.,						

Консультации врачей-специалистов _____

Дата _____ Лечащий врач, тел. _____

Приложение 16
к Порядку оказания медицинской помощи
детям из перинатального контакта
по ВИЧ-инфекции и детям, больным
ВИЧ-инфекцией, в Республике Крым,
Утвержденному приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от «01» декабря 2019 г. № 148

**ОТЧЕТ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА _____ КВ. _____ ГОДА**

№ п/п	Эпид. номер ребен ка	Ф.И. О. ребен ка	По л	Дата рожден ия	Адрес (регистрац ия, проживан ие)	Диагн оз по МКБ- 10	Результаты и дата обследования						Вакцина ция за отчетный период	Консульта ции специалис тов	Примеча ние (отказной , убыл на другую территорию - указать дату и адрес, снят с ДН - дата)
							Маркер ы вирусн ых	ВУ И	ОА К <*>	Биохимичес кий анализ крови <*>	Рентг ен орган ов	р. Мангу, консульта ция фтизиатра,			

ОТЧЕТ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ ГРУППЫ R-75

ЗА _____ КВ. 20 _____ Г
ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ/ГODOVOЙ

	Количество детей группы R-75	Из них обследовано ПЦР 1	Из них обследовано ПЦР 2	Выбыло в другой муниципальный округ	Снято с учета

ОТЧЕТ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ДЕТЬМИ ГРУППЫ R-75 И ДЕТЬМИ, БОЛЬНЫМИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЗА _____ КВАРТАЛ 20__ ГОДА

Дети, группы R-75		Дети, больные ВИЧ-инфекцией											
Количество детей группы R-75		Количество детей с диагнозом ВИЧ-инфекции		из них в стадии СПИДа		АРВТ			Количество умерших			Количество отказных детей	
Всего	в т.ч. старше 18 лет	Всего	в т.ч. за отчетный период	Всего	в т.ч. за отчетный период	Всего	Всего	причины неполучения	Всего	в т.ч. в отчетный период	из них в стадии СПИДа	Всего	из них дети, находящиеся на попечении государства

Ф.И.О., подпись лица, ответственного за составление отчета

Дата _____

**Контингенты детей-инвалидов из числа ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом,
проживающих на прикрепленной территории обслуживания МО
за 20 ____ год**

Возраст ребенка		№ строки	Пол ребенка	Число детей-инвалидов			из них проживают в интернатных учреждениях системы:											
				всего	из них:		Минздрава России			Минобразования России			всего	с впервые установ- ленной инвалид- ностью (из гр.15)	получили медицинскую реабилитацию всего (из гр. 15)	с впервые установ- ленной инвалид- ностью (из гр.16) (из гр.16)		
					с впервые устано- ленной инвалид- ностью	детей- сирот	всего	с впервые установ- ленной инвалид- ностью (из гр.7)	получили медицинскую реабилитацию всего (из гр. 7)	с впервые установле- нной инвалид- ностью (из гр.8)	всего	с впервые установ- ленной инвалид- ностью (из гр.11)					получили медицинскую реабилитацию всего (из гр. 11)	с впервые установ- ленной инвалид- ностью (из гр.12)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
0 - 4 года		01	м															
		02	ж															
		03	м															
5 - 9 лет		04	ж															
		05	м															
10 - 14 лет		06	ж															
		07	м															
15 – 17 лет		08	ж															
Итого (0-17 лет)		09	м															

Приложение 17
к Порядку оказания медицинской
помощи детям из перинатального
контакта по ВИЧ-инфекции
и детям, больным ВИЧ-инфекцией,
в Республике Крым, утвержденному
приказом Министерства
здравоохранения Республики Крым
от « 04 » февраля 2019 г. № 148

ИЗВЕЩЕНИЕ О СМЕРТИ БОЛЬНОГО ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

1. Наименование муниципального образования _____

2. Наименование медицинской организации _____

3. Ф.И.О. пациента _____

4. Эпид. номер _____ 5. Код контингента _____

6. Дата рождения " ____ " _____ г.

7. Дата смерти " ____ " _____ г.

8. Адрес регистрации _____

9. Адрес фактического проживания _____

10. Дата ИБ (+) " ____ " _____ г.

11. Дата взятия на диспансерное наблюдение " ____ " _____ г.

12. Социальный статус (безработный, работающий, учащийся, военнослужащий, БОМЖ, другое - указать) _____

13. Код заболевания по МКБ-10 на момент смерти _____

14. Стадия ВИЧ-инфекции по классификации Покровского на момент смерти _____

14. Диагноз клинический на момент смерти _____

16. Диагноз патолого-анатомический _____

18. Сведения об антиретровирусной терапии _____
(дата начала терапии, схема)

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

" ____ " _____ 20 ____ г. Контактный телефон _____