|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Наказ**  **Міністерства охорони здоров’я**  **України**  **21.01.2016**[**№ 29**](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0230-16/paran11#n11) | |
|  | **Зареєстровано в Міністерстві**  **юстиції України**  **12 лютого 2016 р.**  **за № 233/28363** |

**ІНСТРУКЦІЯ**  
**щодо заповнення форми первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № \_\_\_\_»**

1. Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 097/о «Медична карта новонародженого № \_\_\_\_» (далі - форма № 097/о).

2. Форма № 097/о заповнюється на всіх новонароджених, які народились у стаціонарі, госпіталізовані після пологів вдома, в дорозі, а також переведених з інших закладів охорони здоров’я.

3. Форма № 097/о містить всі дані щодо стану новонародженого протягом всього періоду перебування в стаціонарі, відомості про матір, дані об’єктивних обстежень та призначень.

4. Форма № 097/о ведеться з метою контролю правильності організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо).

5. На першій сторінці форми № 097/о обов’язково реєструється група крові (0 (І), А (ІІ), В (ІІІ) або АВ (ІV)) та резус-приналежність матері та дитини (батька за потреби).

6. У пунктах 1-5 зазначаються прізвище, ім’я, по батькові матері, вік, місце проживання згідно з паспортними даними, місце роботи, професія, заміжня чи ні. За відсутності паспорта або документа, що посвідчує особу, робиться примітка, що записано зі слів матері.

7. У пунктах 6-10 вказуються число, місяць, рік, години, хвилини народження дитини, поступлення, виписки, смерті, переведення (у разі переведення відмічається, куди була переведена дитина (найменування закладу охорони здоров’я, відділення тощо). Також зазначаються номер палати сумісного перебування матері і дитини та номер ліжка дитини. У разі переведення дитини в іншу палату вказуються номери палати та ліжка.

8. У пункті 11 лікар записує заключний клінічний діагноз, визначений ним на момент виписки дитини або переведення її до іншого закладу охорони здоров’я. Заключний клінічний діагноз складається із основного діагнозу, ускладнень при пологах, ускладнень після пологів, які підлягають кодуванню згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я Десятого перегляду (далі - МКХ-10).

9. У пунктах 12-15 зазначаються спадковість з боку матері та батька, шкідливі звички у матері: вживання алкоголю, паління тютюну, вживання наркотиків (токсикоманія), вид наркотику.

10. У пунктах 16-20 вказуються особливості гінекологічного та акушерського анамнезу: кількість вагітностей і пологів, включно з цими, допоміжні репродуктивні технології, перебування під наглядом у жіночій консультації, ускладнення цієї вагітності та захворювання під час вагітності, за наявності багатоплідної вагітності вказується кількість плодів, термін пологів (термінові, передчасні чи запізнілі), проведення стероїдної профілактики (в якому терміні вагітності, яким лікарським засобом, у якій дозі), вказується носій стрептококу або відсутність обстеження на стрептокок.

11. У пунктах 25-41 вказуються особливості історії пологів: передлежання та положення плода, початок пологової діяльності, партнерська підтримка, при вагінальних пологах відмічаються ускладнення, оперативні втручання (щипці, вакуум), проведення пологів в положенні на спині, медикаменти, які застосовувалися під час пологів, та антибіотико-профілактика. Якщо проводилось знеболювання пологів, вказується вид знеболювання. При кесаревому розтині вказуються вид анестезії, характер (екстрений чи плановий), причина або показання. Зазначаються передчасний вилив навколоплідних вод та наслідки, характеристика та кількість навколоплідних вод, аномалії пуповини і плаценти, ускладнення пологів.

12. У пунктах 42-49 вказуються фах і прізвище особи, що проводила оцінювання, порядок народження при багатоплідній вагітності, результат первинної оцінки новонародженого за шкалою Апгар. При народженні дитини з малою масою тіла проводиться оцінка гестаційного віку за новою шкалою Баллард та фізичного розвитку дитини відповідно до строку гестації. Вказується, чи була надана дитині первинна медична допомога при народженні, чи викладена на живіт матері, зазначаються час проведення офтальмії, обробки пуповини та температура тіла дитини через 30 хвилин після народження.

При оцінці стану новонародженого за шкалою Апгар 5 балів або менше на 5 хвилині проводиться оцінка стану на 10 хвилині і заповнюється «Карта початкової/реанімаційної допомоги новонародженому» (вкладиш № 1).

13. У пунктах 50-52 зазначаються відомості про повний медичний огляд після народження щодо контакту «шкіра до шкіри», початок грудного вигодовування, гіпотермія в перші 2 години життя та вжиті заходи.

14. У пункті 53 вказуються оцінка стану повного медичного огляду після народження. За наявності дихальних розладів заповнюється «Оцінка важкості дихальних розладів новонародженого» з використанням шкали Downes (вкладиш № 2). У графі «Особливості огляду» вказуються додаткові дані (наприклад за наявності серцевих шумів вказується характер шумів).

15. У пунктах 54-57 вказуються діагноз попередній клінічний та призначення щодо лабораторних тестів, вакцинації тощо.

16. У пункті 58 вказуються відомості про вакцинацію, скринінг та зазначається, чи проведена оцінка стану здоров’я дитини, підписана чи ні інформована згода одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики (за [формою первинної облікової документації № 063-2/о](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0594-10) «Інформована згода та оцінка стану здоров’я особи або дитини одним із батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберуклінодіагностики», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров’я України від 31 грудня 2009 року № 1086, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 02 серпня 2010 року за № 594/17889).

17. У пунктах 59, 60 зазначаються результати щоденного контролю за вигодовуванням новонародженого та щоденних спостережень. Кожного дня спостереження дитина оглядається, відмічаються зміни у стані здоров’я, фіксується діагноз та ставиться відмітка про призначення.

18. Пункт 61 «Лікування новонародженого» заповнюється щодня, у разі наявності відмітки про призначення детально розписуються призначення та їх виконання.

19. При виписці (переведенні) новонародженого заповнюється «Виписка про новонародженого» (далі - Виписка) у двох примірниках, де міститься інформація про породіллю, перебіг вагітності та пологів, післяпологовий період та відомості про новонародженого. Виписка підписується лікарем, завідувачем відділення, один її примірник видається матері або близьким родичам.

20. У пункті 22 Виписки лікар зазначає заключний діагноз при виписці/смерті новонародженого, який складається із основного діагнозу, ускладнень основного діагнозу - 1 та супутніх захворювань - 2. Основний заключний діагноз кодується лікарем, патологоанатомічний - лікарем-патологоанатомом згідно з МКХ-10.

21. Форма № 097/о підписується лікарем та завідувачем відділення із зазначенням їх прізвищ, імен, по батькові та реєстраційних номерів облікової картки платника податків або серії та номера паспорта (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті).

22. На підставі даних форми № 097/о складається форма первинної облікової документації № 066/о «Карта пацієнта, який вибув із стаціонару, № \_\_\_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров’я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров’я України від 21 січня 2016 року № 29), після чого форма № 097/о передається в кабінет статистики для обробки, а потім до архіву закладу охорони здоров’я.

23. У разі ведення форми № 097/о в електронному форматі вона має містити всю інформацію, зазначену у затвердженій паперовій формі.

24. Форма № 097/о є дійсною як в електронному, так і в паперовому форматі.

25. Строк зберігання форми № 097/о - 25 років.

|  |  |
| --- | --- |
| **В. о. директора**  **Медичного департаменту** | **В. Кравченко** |