ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПА

World Health Organization
Regional Office for Europe

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa

Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional de l'Europe

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Обеспечение Безопасной Беременности

Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным

© Всемирная организация здравоохранения 2009

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные авторами, редакторами или группами экспертов, не обязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Выражение признательности

Данный инструмент был разработан Институтом здоровья ребенка IRCCS Burlo Garofolo, Триест, Италия – Партнерским центром ВОЗ по вопросам охраны здоровья матери и ребенка, в консультационном процессе с Европейским региональным бюро ВОЗ.
Основные авторы: Monica Piccoli и Giorgio Tamburlini, IRCCS Burlo Garofolo
Важный вклад в разработку документа был внесен со стороны: Tengiz Asatiani, Liza Vecchi Brumatti, Giampaolo Chiaffoni, Pilar de la Cueva, Rosalia Da Rio, Sergio Demarini, Pauline Glatleider, Gianfranco Gori, Dalia Jeckaite, Audrius Maciulevicius, Gelmius Siupsinskas и Fabio Uxa
Координация: Alberta Bacci

Содержание

Введение ..... **I**

Общая информация **1**

1. Системы поддержки больницы **5**

1.1 Наличие соответствующих статистических данных и информации 5
1.2 Доступность лекарственных препаратов 8
1.3 Оборудование и материалы 22
1.4 Лабораторная поддержка 27
1.5 Базовая инфраструктура медицинского учреждения 30

2. Родильное отделение и палата для новорожденных (неонатальная палата) **33**

2.1 Родильное отделение 33
2.2 Отделение (палата) для больных новорожденных 36
2.3 Персонал родильного отделения и отделения для новорожденных 37
2.4 помещения отделения (палаты) новорожденных 37

3. Ведение физиологических родов и влагалищного родоразрешения **39**

3.1 Условия для родов 39
3.2 Помощь во время родов 39
3.3 Партограмма 40
3.4 Уход во время первого периода родов 40
3.5 Уход во время второго периода родов 41
3.6 Ведение третьего периода родов 41
3.7 Уход за матерьми после родов 42
3.8 Наблюдение за плодом во время родов 42
3.9 Доступность неонатального оборудования 44

4. Кесарево сечение и послеоперационный уход **47**

4.1 Кесарево сечение 47
4.2 Доступность неонатального оборудования 53

5. Ведение случаев материнских осложнений **55**

5.1 Послеродовое кровотечение (ПРК) 55
5.2 Гипертензия при беременности/эклампсия 58
5.3 Затяжные роды 63
5.4 Контроль инфекций 66
5.5 Преждевременные роды 70

6. Обычный неонатальный уход **74**

6.1 Оценка новорожденного и экстренный уход 74
6.2 Реанимация новорожденного 74
6.3 Раннее и исключительно грудное вскармливание 75
6.5 Послеродовой уход и обычная профилактика 76

6.6 Мониторинг состояний младенцев 76
6.7 Информирование и консультирование матерей 76

7. Управление случаями и уход за больными новорожденными 79

7.1 Проведение соответствующего мониторинга и лечение реанимированных младенцев 79
7.2 Сепсис новорожденного 79
7.3 Особые потребности в питании 80
7.4 Распознание и лечение гипогликемии, гипокальцинемии и желтухи 80
7.5 Соответствующее и безопасное использование кислорода в отношении недоношенных младенцев 81
7.6 Легкий доступ матери к ее младенцу 81

8. Специализированный уход за новорожденными (для отделений интенсивной терапии) 83

8.1 Размещение отделения 83
8.2 Персонал отделения неонатальной терапии 83
8.3 Записи 84
8.4 Стандарты кормлений 84
8.5 Контроль инфекций и лечение 85
8.6 Проблемы, связанные с дыханием 86
8.8 Использование лекарственных препаратов 87
8.9 Контроль и избежание болевых ощущений 87
8.10 Транспортировка младенцев, находящихся в критическом состоянии 87
8.11 Процедура выписки 87
8.12 Неонатальный уход, связанный с развитием 87
8.13 Общение с родителями 87
8.14 Непрерывное медицинское обучение и аудит 88
8.15 Основные лекарственные препараты, используемые для интенсивного ухода за новорожденными 88

9. Экстренная акушерская помощь 92

9.1 Персонал, занимающийся экстренной акушерской помощью 94
9.2 План и структура 94
9.3 Лекарственные препараты, материалы и оборудование. * (см. ниже) 94
9.4 Обеспечение персоналом 95
9.5 Управление случаями** (см.ниже) 95

10. Инфекционная, профилактическая и вспомогательная помощь 97

10.2 Вспомогательная помощь 99

11. Мониторинг и последующее наблюдение 102

11.1 Мониторинг индивидуальный 102
11.2 Повторная оценка и контроль, осуществляемые медсестрами 102
11.3 Повторная оценка 102
11.4 Последующее наблюдение 103
12. Руководящие принципы и проведение аудита 105
12.1 Наличие соответствующих и обновленных клинических руководщих принципов 105

12.2 Работа в команде и проведение аудита 105
13 Доступ к стационарной помощи 108
13.1 Направление медицинским работником системы первичной медицинской помощи. 108
13.2 Транспортировка до больницы 108
13.3 Обращение женщин за помощью 108
13.4 Экономические барьеры касательно получения стационарной помощи 108
13.5 Направление к врачам системы помощи более высокого уровня 109
Сводная оценка 111
Подведение итогов и план действий 112
Дополнительные источники 113
Приложения: Интервью со специалистами в области здравоохранения (A1 e A2) 114
ПРИЛОЖЕНИЕ A 1 115
Интервьюирование работников системы здравоохранения (родильные дома; отделения акушерства и гинекологии) 115
ПРИЛОЖЕНИЕ A2 121
Интервьюирование работников системы здравоохранения (неонатальное отделение) 121
ПРИЛОЖЕНИЕ B 128
Интервьюирование мам 128

Введение

Цели и применение

- Целью Инструмента для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным (ИОКСПМН) является оказание содействия Министерству здравоохранения (МЗ), основным участникам и партнерам в проведении оценки перинатальной медицинской помощи, предоставляемой на уровне учреждения типовым и действенным способом, и в конечном итоге внести вклад в определение ключевых областей антенатальной помощи, родовспоможения и ухода за новорожденными, которые требуют совершенствования.
- Этот инструмент может быть использован в масштабе всей страны в качестве одного из компонентов стратегии по повышению качества перинатальной помощи. Альтернативным вариантом является выбор достаточного количества учреждений (от 4 до 6), которые будут оцениваться с целью получения результатов, которые затем с достаточной долей уверенности могут быть экстраполированы на всю систему. Инструмент можно использовать также в одном учреждении в рамках пилотной программы по повышению качества.
- Инструмент, за счет предоставления полуколичественной оценки качества медицинской помощи в целом ряде ключевых областей, может быть использован для оценки и мониторинга исходной ситуации и последующих улучшений, таким образом, предоставляя ключевую информацию до и после мероприятий по повышению качества медицинской помощи, а также в целях применения схем стимулирования и аккредитования.
- Инструмент оценки также может оказаться полезным для внедрения концепции и содержания рекомендованных международных руководящих принципов и стандартов. На самом деле, оценка качества, как представляется, является эффективным способом внедрения руководящих принципов ВОЗ и международных стандартов в клиническую практику на уровне страны.

Принципы информирования

- Инструмент основан на опыте, полученном Европейским региональным бюро ВОЗ в ходе реализации программы по Обеспечению безопасной беременности и применению пакета учебных материалов по Эффективной перинатальной помощи, а также на опыте, полученном в более чем 20 странах, где применялся инструмент оценки педиатрической стационарной помощи.
- Принципами информирования данного инструмента являются следующие: основанность на научно-обоснованных международно-признанных стандартах; способность управлять процессом сбора достоверной информации в ключевых областях; удобство в использовании; возможность стимулирования участия сотрудников больниц в выявлении проблем и определении возможных решений[1].
- Пакет учебных материалов «Эффективная перинатальная помощь» (разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ и JSI/ЮСАИД) и руководства ИВБиР ВОЗ глобальной программы по Обеспечению безопасной беременности «Оказание помощи

[1] Справочные стандарты были определены на основании принципов, описанных в «Иерархическом систематическом обзоре» (для каждого клинического вопроса был выбран самый высокий уровень имеющихся доказательств. Там где это было уместно, например, в случае если систематический обзор, мета-анализ или рандомизированные контролируемые исследования существовали в отношении вопроса, исследования более слабого дизайна не были включены. В случае если систематические обзоры, мета-анализы и рандомизированные контролируемые исследования не существовали, другие соответствующие экспериментальные или наблюдательные исследования были использованы.) M- Mathai и V. Basevi на встрече ВОЗ по теме «От доказательства до руководящих принципов», Split 2007.

при осложненном течении беременности и родов: Руководство для врачей и акушерок» и «Решение проблем новорожденных: Руководство для врачей, медицинских сестер и акушерок» были определены в качестве основных источников для справочных стандартов. Во всех случаях, когда были использованы другие различные источники (в основном с целью покрытия областей, которые не покрываются вышеуказанными документами) упоминаются соответствующие ссылки.

- Инструмент обеспечивает возможность проведения тщательной оценки (основанной на разрешение проблемы и ориентированной на осуществление действия) всех основных областей и факторов, которые могут оказать влияние на качество помощи, таких как инфраструктура, материалы, организация услуг и управление случаями, уделяя особое внимание областям, которые доказали свое наибольшее влияние на материнскую и младенческую смертность и серьезные заболевания, а также на здоровье матерей и новорожденных.
- Критерии, включенные в оценку, были выбраны также для обеспечения всесторонней оценки четырех аспектов качества помощи, определенных в рамках Европейского стратегического подхода ВОЗ к обеспечению безопасной беременности: 1. быть научно-обоснованной и экономически эффективной; 2. быть сосредоточенной на семье, соблюдая конфиденциальность, неприкосновенность частной жизни, культуру, веру и эмоциональные потребности женщин, семей и общин; 3. обеспечивать вовлечение женщин в процесс принятия решений в отношении вариантов помощи, а также политики в области здравоохранения; 4. обеспечивать присутствие системы перенаправления медицинской помощи от уровня общин к высокому уровню оказания медицинской помощи, включая эффективную регионализацию и междисциплинарный подход.

Адаптация и использование

- Инструмент, который был разработан, представляет собой общие рамки, которые необходимо адаптировать в соответствии с эпидемиологической ситуацией и структурой на уровне страны / на местном уровне. Адаптация может включать в себя исключение пунктов, которые, как представляется, не будут иметь решающее значение, добавление новых приоритетных пунктов, выбор несколько иного золотого стандарта (например, использование в качестве золотого стандарта адаптацию страной международных стандартов), изменение программы оценочных визитов в целях адаптации к местным потребностям / ресурсам.
- Инструмент был разработан для использования в родильных учреждениях разного уровня, от небольших районных отделений до центров высокоспециализированной медицинской помощи. Поэтому необходимо, чтобы группа национальных и международных экспертов, при планировании оценки, определила разделы инструмента, которые будут использоваться на различных уровнях оказания помощи. Так, например, раздел специализированного ухода за новорожденными (раздел 8) предназначен для использования только в отделениях неонатальной интенсивной терапии. То же самое можно сказать о разделах, касающихся акушерской помощи и, в частности, осложнений при родах, хотя мы посчитали нецелесообразным выделять конкретный раздел «высокоспециализированной медицинской помощи» в отношении охраны материнства, так как конкретные пункты в том же разделе могут или не могут быть применимы. Когда они не применимы, будет достаточно классифицировать их как n.a. (не применимо).

Источники информации

- Инструмент включает в себя **4 различных источника информации**: статистику учреждения, медицинские записи, прямое наблюдение за случаями и беседы с персоналом и пациентами/пользователями. Благодаря комбинации различных

источников, инструмент позволяет сформировать общую картину качества помощи и выделить те области, которые представляют собой препятствие на пути к его обеспечению.

- **Информация для оценки собирается** в различных формах: данные, представленные родильным учреждением до визита, документация учреждения, карточки пациентов, прямое наблюдение, беседы с пациентами и персоналом.
- **Система подсчета баллов**: каждый пункт оценивается на основе информации, собранной из различных источников, для получения общего балла. Для подсчета баллов присуждаются цифры от 3 до 0, где 3 = хороший или стандартный уровень медицинской помощи; 2 = необходимость некоторого улучшения для достижения стандартного уровня помощи (субоптимальная помощь, но никакого существенного риска для здоровья); 1 = необходимость существенного улучшения для достижения стандартного уровня помощи (субоптимальная помощь со значительными рисками для здоровья, например, несоблюдение научно-обоснованных действий, таких как использование стероидов во время преждевременных родов); 0 = необходимость весьма существенных улучшений (совершенно неадекватная помощь и/или вредная практика с серьезными рисками для здоровья матерей и/или новорожденных, например, отсутствие возможности проведения экстренного кесарева сечения).
- Рекомендуется проводить как можно больше времени в отделении больницы для получения информации из первых рук путем прямого наблюдения, особенно в части организации работы и ухода за матерями и младенцами в родильном учреждении. Кроме того, эксперты должны установить путем прямого наблюдения, доступны ли клинические протоколы/руководства, а также перечисленные лекарства и оборудование в родильных залах, отделениях, отделении реанимации новорожденных или в аптеке. Старайтесь проверить информацию, представленную больницей, сотрудниками или пациентами, находясь еще там.

Требования к экспертам и организация оценочного визита

- Оценка такой сложной области оказания медицинской помощи как перинатальный уход требует особых дисциплинарных навыков, таких как акушерство и педиатрия/неонатология. Таким образом, оценочная группа должна включать в себя специалистов всех этих направлений. В идеале, они должны быть представлены как в национальной, так и в международной части оценочной команды.
- После общего согласования, во все больницы, которые будут оцениваться, необходимо направить информацию в письменном виде с описанием цели проведения оценки и предлагаемой программы визита до его начала. Визит начинается с проведения первоначального краткого заседания для ключевых сотрудников и руководителей о целях и методах проведения оценки. Подчеркивается, что проведение оценки является частью инициативы, направленной на поддержку больницы в деле повышения качества перинатальной помощи, и что ее цель состоит в том, чтобы определить области оказания помощи, имеющие наибольший потенциал в плане совершенствования. Поясняется, что сотрудники и матери будут опрошены касательно больничных процедур и медицинской практики, а также то, что эксперт(ы) хотели бы непосредственно провести наблюдение за клинической практикой в отдельных областях.
- Визит должен охватывать все соответствующие услуги: приемный покой, родильное отделение, отделение патологии беременности, отделение послеродового периода, детскую комнату, отделение неонатальной интенсивной терапии, консультативную поликлинику, и ОРИТ, аптека, лабораторию, банк крови и т.д. Предполагается, что визит завершен, когда собранная информация считается достаточной для того, чтобы провести обоснованную оценку качества помощи в каждой из основных частей. Продолжительность визита может варьироваться в зависимости от размера больницы от 1

до 2 полных дней. Наблюдение за предоставлением услуг в ночное время может оказаться полезным для оценки ухода во время родов и экстренных процедур и помощи.

Важность предоставления отзывов как на уровне учреждения, так и на уровне страны

- Встреча с целью получения отзывов проводится в учреждении в конце оценки и направлена на вовлечение персонала для обсуждения выводов, а также предлагаемых мер. Каждому учреждению предоставляется полный отчёт с присвоенными баллами и с детальными коментариями. Стандарты и инструменты оценки имеют важное значение, но они сами по себе не достаточны для содействия непрерывным усилиям в направлении улучшения качества. Третий важный компонент качественного развития представлен существованием движущих сил, способных стимулировать изменения. Поскольку приверженность руководителей больниц и медицинских работников на уровне учреждения является одним из важнейших факторов, определяющих изменение, включение в процесс оценки структурной основы для проведения заключительных обсуждений и определения функций и обязанностей различных сотрудников и уровней доказало свою важность.
- Благодаря своему принципу участия всех сторон и, особенно, посредством своей заключительной сессии, которая явно основана на методе решения проблем, данный подход направлен на повышение осведомленности о существовании вопросов качества и наличии потенциала для улучшения. Придание особого внимания вопросам управления случаями и организационным вопросам, а не структуре и штатному расписанию, имеет важное значение для продвижения идеи, заключающейся в том, что существенные изменения возможны без серьезных внешних вкладов и ресурсов.
- Проведение интервью с матерями по поводу качества медицинского обслуживания, предоставляемого им и их детям, явно является новизной для большинства специалистов. Учет мнений матерей по нескольким аспектам медицинского обслуживания является, по сути, способом содействия дружелюбной по отношению к матерям и семьям позиции сотрудников, привлечению матерей и их семей к принятию решений, а также способом повышения осведомленности среди матерей о своих правах.
- После проведения оценки планируемой выборки объектов эксперты подготавливают отчет, обобщающий выводы и рекомендации, и представляют отчет в Министерство здравоохранения (или органам власти на местах) и другим соответствующим партнерам.
- Исчерпывающий письменный отчёт может быть подготовлен следуя структуре функций системы здравоохранения, при этом, указывая на сферы, требующие улучшения, а так же, на первоочередные дейсвия. Заключительный отчёт может быть представлен соблюдая принцип конфиденциальности, не используя названий учреждений наряду с соответсвующими баллами.

Дата	Страна	
Город	Район	Область
Наименование учреждения		
Имя руководителя учреждения		
Имя руководителя родильного отделения *		
Имя руководителя неонатального отделения **		
Порядковый номер проведения оценки		
Имя эксперта, проводящего оценку		

* или Акушерского отделения, Акушерской палаты или какой бы ни было специфичной услуги, обеспечивающей родовспоможение

** или Отделения интенсивной терапии или неонатологии или какой бы ни было специфичной услуги, обеспечивающей уход за новорожденными

Общая информация

Источник: стандартные статистические данные. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, получите эту информацию в начале визита из регистратуры, у руководителя службы медсестер или администрации больницы. Подготовьте стандартные статистические данные к использованию; откорректируйте категории соответствующим образом (например, возрастные группы) в случаях, когда это необходимо.

Загрузка пациентами

Укажите общее количество амбулаторных посещений в период беременности / послеродовый / неонатальный период, количество экстренных посещений и приемов в год (укажите год; если используется какой-либо другой период времени, например, квартал, укажите точный период) для беременных женщин и новорожденных. Включите все медицинские диагнозы, но исключите женщин/новорожденных, доставленных мертвыми.

Год _____ Любой другой период _____

	Амбулаторные посещения	**Экстренные посещения**	**Стационарные пациенты**
Беременные женщины			
Количество родов	Не применимо	Не применимо	
Новорожденные 0 - 28 дней			
Новорожденные 0 - 7 дней			
Новорожденные 8 - 28 дней			

Причины обращения

Укажите пять наиболее важных медицинских причин (диагнозов) амбулаторных посещений (не включая рутинный антенатальный уход), экстренных посещений и госпитализаций во время беременности / послеродового периода (не включая роды).(Заполняется поликлиникой и РУ)

БЕРЕМЕННОСТЬ / ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД			
	Амбулаторные посещения	**Экстренные посещения**	**Госпитализация**
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Укажите пять наиболее важных медицинских причин (диагнозов) амбулаторных посещений, экстренных посещений и госпитализаций в отделения патологии новорожденных и интенсивной терапии (ОИТН) для новорожденных. (Заполняется поликлиникой и стационаром)

НОВОРОЖДЕННЫЕ			
	Амбулаторные посещения	**Экстренные посещения**	**Госпитализация в ОНИТ**
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Показатели родов / рождаемости

Пожалуйста, используйте показатели за последний год, по которому имеются данные. Если данные имеются за другой период, пожалуйста укажите его.

Год _____ Любой другой период _____

Количество родов	
Количество живорождений [2] (Национальные данные)	
Количество новорожденных с низкой массой тела при рождении (<2500 г)	
Количество новорожденных с очень низкой массой тела при рождении (<1500 г)	
Количество новорожденных с крайне низкой массой тела при рождении (<1000 г)	
Количество родов с беременностью <(меньше)37 полных недель	
Количество родов с беременностью < (меньше)32 недель	
Количество родов с беременностью < (меньше)28 недель	
Количество асфиксий новорождённых при рождении	
Количество баллов по шкале Апгар на 5 мин ≤3	
Уровень неонатальной смертности (число неонатальных смертей до 28 дней жизни на 1000 живорождений)	
Уровень мертворождаемости (количество мертворожденных на 1000 новорожденных, включая живорождения и мертворождения)	
Уровень перинатальной смертности (общее количество мертворожденных и случаев ранней неонатальной смертности на 1000 всех родившихся)	
Количество случаев материнской смертности	
Из них по прямым причинам (смерть матери в результате акушерских осложнений беременности, родов или в течение послеродового о периода) на количество родов в течение десяти лет	
Из них по косвенным причинам (смерть, напрямую не связанная с акушерской причиной, но возникшая в результате ранее	

[2] Используйте в качестве справки определение ВОЗ в отношении живорождений. Пожалуйста, укажите, если используется другое определение.

существовавшего заболевания или заболевания, развившегося в ходе беременности, родов или послеродового периода, но которое усугубилось материнской физиологической адаптацией к беременности)	
Родоразрешение путем кесарева сечения в % от всех родов	
Эпизиотомия в % от всех родов	
Инструментальные роды в % от всех рождений	
Родостимуляции родов в % от всех рождений	
Родовозбуждения (стимуляции) в % от всех рождений	
Распространенность анемии, определенной как концентрация гемоглобина менее 110 г/л (11г%) на 1000 беременных женщин*	
Распространенность тяжелой анемии гемоглобин <70 г/л (7г%) на 1000 беременных женщин*	
% беременных женщин, прошедших обследование на сифилис	
Доля положительных результатов скрининга на сифилис на 1000 беременных женщин	
Распространенность ВИЧ среди беременных женщин (или среди женщин детородного возраста, если доступна эта информация)	
Средняя продолжительность пребывания в стационаре при физиологических родах (количество дней)	
Средняя продолжительность пребывания в случае вагинальных родов путем оперативного вмешательства-щипцы, вакуум-экстракция (количество дней)	
Средняя продолжительность пребывания в случае кесарева сечения (количество дней)	
Количество женщин, переведенных на более высокий уровень оказания медицинской помощи	
Количество новорожденных, переведенных на более высокий уровень оказания медицинской помощи	

*из учебного руководства и формы опроса последующей оценки ОББ/СПЭПП февраль 2006-форма 7 стр. 3

1. Системы поддержки больницы

Источник:. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита (см. отправляемый по почте вопросник) и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, соберите эту информацию в начале визита.

1.1 Наличие соответствующих статистических данных и информации

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Наличие соответствующих статистических данных и информации					
Наличие и качество информационной системы, основанной на использовании бумажных носителей, по пациентам (госпитализация, амбулаторные больные и т.д.)					
Наличие и качество информационной системы, основанной на использовании бумажных носителей, по наиболее важным перинатальным показателям					
Наличие и качество компьютерной информационной системы по пациентам (госпитализация, амбулаторные больные и т.д.)					
Наличие и качество компьютерной информационной системы по наиболее важным перинатальным показателям					
Наличие компьютерной системы медицинских записей					
Периодический анализ и оценка статистических данных и показателей соответствующими профессиональными группами					

Медицинские записи	**Материнские истории**		**Детские истории**		**Неонатальная интенсивная терапия**	
Все записи четкие и легко читаемые?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Все записи имеют дату?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Все диагнозы при приеме и выписке больных четко обозначены?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

Все препараты и методы лечения четко идентифицируемы?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Является ли информация, собранная в результате предыдущих приемов больных, доступной для персонала, предоставляющего помощь матерям и младенцам?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Является ли информация обменных карт доступной для персонала, предоставляющего помощь во время родов?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Является ли информация обменных карт, записей во время родов доступной для персонала, предоставляющего помощь в течение послеродового периода?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Имеется ли у матерей доступ к своим медицинским записям?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Имеется ли у матерей доступ к медицинским записям своих детей?	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ	ДА	НЕТ
Другие соответствующие моменты, касающиеся информационной системы (укажите и дайте комментарий)						

Выводы:
Наличие соответствующих статистических данных и информации

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Доступность соответствующих статистических данных и информации и их периодический профессиональный анализ					
Медицинские записи					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Наличие соответствующих статистических данных и информации	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

1.2 Доступность лекарственных препаратов

Источник:. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита (см. отправляемый по почте вопросник) и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, соберите эту информацию в начале визита из соответствующих подразделений и ответственных лиц и только о лекарствах в соответствии с местными альтернативами.

Доступность лекарственных препаратов значительно варьируется в различных регионах. Пожалуйста укажите доступные лекарственные препараты. Для некоторых лекарственных препаратов, могут существовать местные варианты использования (укажите в примечании). Если лекарственные препараты имеются в наличии только для продажи, а не свободно доступны для пациентов, укажите это. Проверьте лекарственные средства на наличие и опросите персонал, доступны ли они на регулярной основе. Проверьте срок годности этих препаратов. Отметьте, используются ли в первую очередь лекарственные препараты с самим ранним сроком годности (стоят в переднем ряду).

Общие анестетики и кислород	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**Послеродовое отделение**	**аптека**	**Комментарии**
Галотан	☐	☐	☐	☐	
Инъекция кетамина	☐	☐	☐	☐	
Закись азота	☐	☐	☐	☐	
Кислород	☐	☐	☐	☐	
Тиопентал	☐	☐	☐	☐	
Местные анестетики	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Лидокаин	☐	☐	☐	☐	
Лидокаин + эпинефрин	☐	☐	☐	☐	
Дополнительные лекарственные препараты	☐	☐	☐	☐	
Эфедрин	☐	☐	☐	☐	
Предоперационные препараты и препараты для краткосрочных процедур	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Атропин	☐	☐	☐	☐	
Диазепам	☐	☐	☐	☐	
Прометазин	☐	☐	☐	☐	
Морфин	☐	☐	☐	☐	

Анальгетики, антипиретики (жаропонижающие средства), нестероидные противовоспалительные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Ацетилсалициловая кислота	☐	☐	☐	☐	
Парацетамол	☐	☐	☐	☐	
Морфин	☐	☐	☐	☐	
Противоаллергические препараты и препараты, используемые в анафилаксии	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Хлорфенамин	☐	☐	☐	☐	
Дексаметазон	☐	☐	☐	☐	
Эпинефрин	☐	☐	☐	☐	
Гидрокортизон	☐	☐	☐	☐	
Преднизолон	☐	☐	☐	☐	
Антидоты и другие вещества, используемые при отравлении	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Атропин	☐	☐	☐	☐	
Глюконат кальция	☐	☐	☐	☐	
Налоксон	☐	☐	☐	☐	
Противосудорожные и противоэпилептические препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Диазепам	☐	☐	☐	☐	
Сульфат магния	☐	☐	☐	☐	
Фенобарбитал	☐	☐	☐	☐	
Фенитоин	☐	☐	☐	☐	
Дезинфицирующие препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Мебендазол	☐	☐	☐	☐	

Пирантел	☐	☐	☐	☐	
Антибактериальные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Амоксициллин	☐	☐	☐	☐	
Ампициллин	☐	☐	☐	☐	
Бензатин бензилпенициллин	☐	☐	☐	☐	
Бензилпенициллин	☐	☐	☐	☐	
Цефиксим	☐	☐	☐	☐	
Клоксациллин	☐	☐	☐	☐	
Цефтриаксон	☐	☐	☐	☐	
Азитромицин	☐	☐	☐	☐	
Хлорамфеникол	☐	☐	☐	☐	
Ципрофлоксацин	☐	☐	☐	☐	
Доксициклин	☐	☐	☐	☐	
Эритромицин	☐	☐	☐	☐	
Гентамицин	☐	☐	☐	☐	
Нитрофурантоин	☐	☐	☐	☐	
Метронидазол	☐	☐	☐	☐	
Спектиномисин	☐	☐	☐	☐	
Сульфаметоксазол-триметоприм	☐	☐	☐	☐	
Клиндамицин	☐	☐	☐	☐	
Сульфадиазин	☐	☐	☐	☐	
Противотуберкулезные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Этамбутол	☐	☐	☐	☐	
Изониазид	☐	☐	☐	☐	
Изониазид + этамбутол	☐	☐	☐	☐	

Пиразинамид	☐	☐	☐	☐	
Рифампицин	☐	☐	☐	☐	
Рифампицин + изониазид	☐	☐	☐	☐	
Рифампицин + изониазид + пиразинамид	☐	☐	☐	☐	
Рифампицин + изониазид + пиразинамид + этамбутол	☐	☐	☐	☐	
Противогрибковые препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовоеотделение**	**аптека**	
Клотримазол	☐	☐	☐	☐	
Луконазол	☐	☐	☐	☐	
Нистатин	☐	☐	☐	☐	
Противовирусные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Ацикловир	☐	☐	☐	☐	
Антиретровирусные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовоеотделение**	**аптека**	
Абакавир	☐	☐	☐	☐	
Диданозин	☐	☐	☐	☐	
Ламивудин	☐	☐	☐	☐	
Ставудин	☐	☐	☐	☐	
Зидовудин	☐	☐	☐	☐	
Эфавиренз	☐	☐	☐	☐	
Невирапин	☐	☐	☐	☐	
Индинавир	☐	☐	☐	☐	
Ритонавир	☐	☐	☐	☐	
Лопинавир + ритонавир	☐	☐	☐	☐	
Нелфинавир	☐	☐	☐	☐	
Саквинавир	☐	☐	☐	☐	
Противомалярийные препараты	**Отделение экстренной помощи**	**Родильное отделение**	**Больничное отделение**	**Аптека**	
Хлорохин	☐	☐	☐	☐	

Хинин	☐	☐	☐	☐	
Артеметер	☐	☐	☐	☐	
Артезунат	☐	☐	☐	☐	
Мефлохин	☐	☐	☐	☐	
Сульфадоксин + пириметамин	☐	☐	☐	☐	
Прогуанил	☐	☐	☐	☐	
Противопневмоцистные и антитоксоплазмозные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильный блок**	**послеродовое отделение**	**аптека**	
Пириметамин	☐	☐	☐	☐	
Сульфаметоксазол + триметоприм	☐	☐	☐	☐	
Пентамидин	☐	☐	☐	☐	
Лекарственные препараты, влияющие на кровь	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Железосодержащая соль	☐	☐	☐	☐	
Железосодержащая соль + Фолиевая кислота	☐	☐	☐	☐	
Фолиевая кислота	☐	☐	☐	☐	
Гепарин натрия	☐	☐	☐	☐	
Фитоменадион	☐	☐	☐	☐	
Протаминсульфат	☐	☐	☐	☐	
Продукты крови и заменители плазмы	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Декстран 79	☐	☐	☐	☐	
Сердечно-сосудистые лекарственные препараты	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Тринитроглицерин	☐	☐	☐	☐	
Дигоксин	☐	☐	☐	☐	
Эпинефрин	☐	☐	☐	☐	
Лидокаин	☐	☐	☐	☐	
Гидралазин	☐	☐	☐	☐	
Метилдофа	☐	☐	☐	☐	

Фуросемид	☐	☐	☐	☐	
Дерматологические препараты (актуальные)	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Миконазол	☐	☐	☐	☐	
Метилросанилиниум хлорид	☐	☐	☐	☐	
Дезинфицирующие препараты и антисептики	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Хлоргексидин	☐	☐	☐	☐	
Этанол	☐	☐	☐	☐	
Поливидон йода	☐	☐	☐	☐	
Соединение на базе хлора	☐	☐	☐	☐	
Пероральная регидратация	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Соли для пероральной регидратации (для глюкозо-электролитного раствора)	☐	☐	☐	☐	
Инсулин и другие противодиабетические средства	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Инсулин для инъекций (растворимый)	☐	☐	☐	☐	
Инсулин промежуточного действия	☐	☐	☐	☐	
Иммунологические средства	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Анти-D иммуноглобулин (человека) (антирезус иммуноглобулин)	☐	☐	☐	☐	
Противостолбнячный иммуноглобулин (человека)	☐	☐	☐	☐	
Вакцины	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Вакцина БЦЖ	☐	☐	☐	☐	
Вакцина против дифтерии	☐	☐	☐	☐	
Вакцина против гепатита	☐	☐	☐	☐	
Полиомиелитная вакцина	☐	☐	☐	☐	
Вакцина против столбняка	☐	☐	☐	☐	

Миорелаксанты и антихолинэстеразные средства	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Суксаметониум	☐	☐	☐	☐	
Офтальмологические препараты	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Тетрациклин	☐	☐	☐	☐	
Родостимулирующие препараты и препараты токолиза	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Эргометрин	☐	☐	☐	☐	
Окситоцин	☐	☐	☐	☐	
Мизопростол	☐	☐	☐	☐	
Мифепристон-мизопростол	☐	☐	☐	☐	
Нифедипин	☐	☐	☐	☐	
Вода для растворов, электролиты и средства для противодействия нарушению кислотно-щелочного равновесия	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Глюкоза 5-10-50%	☐	☐	☐	☐	
Глюкоза с хлоридом натрия	☐	☐	☐	☐	
Хлорид натрия 0,9% изотонический	☐	☐	☐	☐	
Лактат натрия, сложный раствор	☐	☐	☐	☐	
Вода для инъекций	☐	☐	☐	☐	
Витамины и минералы	**Отделение реанимации**	**Родильное отделение**	**Послеродовое отделение**	**Аптека**	
Ретинол	☐	☐	☐	☐	

Имеются ли в аптеке или в шкафу с лекарствами какие-либо лекарственные препараты с истекшим сроком годности? ДА ☐ НЕТ ☐

Придерживается ли принцип холодовой цепи для вакцин? ДА ☐ НЕТ ☐

Перечень лекарственных препаратов, обычно используемых в акушерской практике без доказанной эффективности

	Обычно используется	**Иногда используется**	**Никогда не использовался**
Витамин С	☐	☐	☐
Кокарбоксилаза	☐	☐	☐
АТФ	☐	☐	☐
Глюкоза	☐	☐	☐
Новокаин (в/в)	☐	☐	☐
Кальций	☐	☐	☐
Атропин	☐	☐	☐
Витамин Е	☐	☐	☐
Папаверин	☐	☐	☐
Магний	☐	☐	☐
Простациклин	☐	☐	☐
Свободный экстракт белка из крови телят, аналогичный ЕРО (***AKTOVEGIN Актовегин****, производимый компанией Nycomed Austria GmbH - используется в восточных странах Европейского региона в качестве противоанемического препарата*)	☐	☐	☐
диэтилстильбэстрола дипропионат *(аналог стильбэстрола, производимого под коммерческим наименованием* ***SYNOESTROL Синестрол*** *- используется при нагрубании молочных желез в восточных странах Европейского региона)*	☐	☐	☐
метамизол натрия (***DIPYRONE Дипирон****,* ***ANALGIN Анальгин****,* ***NOVALGIN Новальгин****,* ***MELUBRIN Мелуврин,*** производятся и используются для лечения боли во всех странах Европейского региона ВОЗ)	☐	☐	☐
дротаверин *(****NOSPA-FORTE*** *Ношпа-Форте – Производится компаниями Chinoin (Венгрия) and Sanofi Aventis (Словакия) и используется в восточных странах Европейского региона в качестве антиспазматического средства и для лечения боли)*	☐	☐	☐
ротаверин и метамизол *(****QUARELIN Квуарелин*** *– Производится компанией Sanofi Aventis (Словакия) и используется в восточных странах Европейского региона в качестве антиспазматического средства и для ускорения раскрытия шейки матки)*[3]	☐	☐	☐

[3] Подходит, если используется для уменьшения боли во время почечных коликов.

метамизол, фенпивериниум и питофенон *(**BARALGIN Баралгин** – Производится компанией Sanofi Aventis и используется в западных и восточных странах Европейского региона в качестве антиспазматического средства для ускорения раскрытия шейки матки)*	☐	☐	☐
*(**BUSCOPAN Бускопан** – Производится компанией Boehringer Ingelheim (Германия) и используется в западных странах Европейского региона в качестве антиспазматического средства для ускорения раскрытия шейки матки)*	☐	☐	☐
росиверин (***RILATEN Рилатен*** *- Производится компанией Lab Guidotti (Италия) и используется в западных странах Европейского региона в качестве антиспазматического средства для ускорения раскрытия шейки матки)*	☐	☐	☐
*димедрол (**BENADRYL Бенадрил, DIMEDROL Димедрол, DIPHENHYDRAMINE Дифенгидрамин, NYTOL Найтол** – Производится различными производителями и используется в качестве антигистаминного, противорвотного и седативного средства)* [4]	☐	☐	☐
дибазол или тиабендазол *(**BENDAZOL Бендазол** – Производится в России и используется в странах бывшего СССР в качестве сосудорасширяющего средства при высоком давлении)*	☐	☐	☐
Неостигмина метилсульфат *(**PROSERIN-DARNITSA ПРОЗЕРИН-ДАРНИЦА** – Производится компанией Дарница (Россия) и используется в некоторых странах бывшего СССР в качестве теста на беременность, а также при лечении задержки менструации)*	☐	☐	☐
Натрия гидроксибутират *(используется в некоторых странах бывшего СССР для предотвращения гипоксии в случаях преэклампсии)*	☐	☐	☐
амброксол гидрохлорид *(MUCOSOLVAN Мукосолван)*	☐	☐	☐
аллилестренол *(PERSELIN Перселин; TURINAL Туринал; GESTANOL Гестанол; GESTANON Гестанон; GESTANIN Гестанин; GESTORMONE Гестормон; ORGANON Органон; ORAGESTON Орагестон; - используется во всех странах Европейского региона в качестве прогестагена)*	☐	☐	☐
Гемодез	☐	☐	☐
Реополиглюкин	☐	☐	☐
Спирт в/в в качестве токолитического средства	☐	☐	☐
Оральные бетамиметики	☐	☐	☐
Сигетин	☐	☐	☐

[4] не подходит для использования во время беременности

Другое			
……	☐	☐	☐
……	☐	☐	☐
Другие технологии			
Гипербарическая кислородотерапия	☐	☐	☐
Плазмаферез	☐	☐	☐
Другое			
……	☐	☐	☐
……	☐	☐	☐

Доступность лекарств, используемых в отделении неонатальной интенсивной терапии

Антибиотики, противовирусные и противогрибковые препараты	**Обычно используется**	**Иногда используется**	**Никогда не использовался**
Ацикловир	☐	☐	☐
Амикацин	☐	☐	☐
Амфотерицин В	☐	☐	☐
Ампициллин	☐	☐	☐
Цефотаксим	☐	☐	☐
Цефтазидим	☐	☐	☐
Цефтриаксон	☐	☐	☐
Эритромицин	☐	☐	☐
Флуконазол	☐	☐	☐
Гентамицин	☐	☐	☐
Метронидазол	☐	☐	☐
Нетилмицин	☐	☐	☐
Ванкомицин	☐	☐	☐
Сердечно-сосудистые препараты			
Алпростадил (Простагландин Е1) (при врожденном пороке сердца - незаращение протока)	☐	☐	☐
Аденозин	☐	☐	☐
Каптоприл	☐	☐	☐
Дигоксин	☐	☐	☐
Добутамин	☐	☐	☐
Допамин	☐	☐	☐
Эноксапарин	☐	☐	☐
Эпинефрин	☐	☐	☐
Флекаинид	☐	☐	☐
Ибупрофен Лизин	☐	☐	☐
Индометацин	☐	☐	☐
Лидокаин или антиаритмическое средство	☐	☐	☐
Пропанолол	☐	☐	☐

Препараты для центральной нервной системы (ЦНС)	**Обычно используется**	**Иногда используется**	**Никогда не использовался**
Хлоралгидрат	☐	☐	☐
Фентанил	☐	☐	☐
Мидазолам	☐	☐	☐
Морфин	☐	☐	☐
Налоксон	☐	☐	☐
Фенобарбитал	☐	☐	☐
Фенитоин	☐	☐	☐
ДИУРЕТИКИ			
Фуросемид	☐	☐	☐
Гидрохлоротиазид	☐	☐	☐
Спиронолактон	☐	☐	☐
ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ			
Аминофиллин	☐	☐	☐
Цитрат кофеина	☐	☐	☐
Дексаметазон (Бетаметазон)	☐	☐	☐
Сурфактанты	☐	☐	☐
ПРОЧИЕ ПРЕПАРАТЫ			
Протокол G-Глобулина: только для иммунной гемолитической желтухи или иммунной тромбоцитопении)	☐	☐	☐
Гидрокортизон	☐	☐	☐
Инсулин	☐	☐	☐
Изотонический кристаллоид (нормальный солевой раствор или лактат Рингера) для восполнения объема	☐	☐	☐
Бикарбонат натрия	☐	☐	☐
ВИТАМИНЫ / МИНЕРАЛЫ			
Кальций (оральный)	☐	☐	☐
Глюконат кальция 10%	☐	☐	☐
Сульфат железа (профилактика)	☐	☐	☐

Хлористый калий	☐	☐	☐
Хлорид натрия	☐	☐	☐
Витамин K	☐	☐	☐
Витамин D	☐	☐	☐

Резюме:
Доступность лекарственных препаратов

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Наличие в больнице списка необходимых лекарственных препаратов					
Соответствие препаратов в списке управлению наиболее распространенными больничными случаями					
Наличие необходимых лекарственных препаратов в отделениях и их непосредственная доступность					
Доступность лекарственных препаратов с не истекшим сроком годности					
Использование препаратов с самым ближайшим истечением срока годности в первую очередь					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Доступность лекарственных препаратов	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

1.3 Оборудование и материалы

Источник:. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита (см. отправляемый по почте вопросник) и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, соберите эту информацию в начале визита из родильной комнаты и неонатальной палаты.

Имеется ли в наличие следующее оборудование в родильном зале для нормальных родов, кесарева сечения, неонатальной палате? Если вопросник был отправлен заранее, перепроверьте информацию, полученную заранее. Проверьте информацию в ходе визита. Попросите лиц, ответственных за родильный зал, показать интересующие вас предметы, и убедитесь в том, что они безопасны, гигиеничны и находятся в хорошем рабочем состоянии. Убедитесь в том, что их размер достаточен для использования в отношении новорожденных.

		Родильный зал(нормальные роды)	**Операционная (кесарево сечение)**	**Неонатальная палата**	**Комментарии**
Освещение, соответствующее требованиям		☐	☐	☐	
Холодильник с термометром		☐	☐	☐	
Настенный термометр		☐	☐	☐	
Настенные часы		☐	☐	☐	
Источник тепла		☐	☐	☐	
Полотенца для сушки новорожденных		☐	☐	☐	
Нагревательная лампа для новорожденных		☐	☐	☐	
Источник кислорода	Кислородный баллон	☐	☐	☐	
	Кислородные концентраторы	☐	☐	☐	
	Централизованная поставка	☐	☐	☐	
Измеритель скорости потока для кислорода (флоуметр)		☐	☐	☐	
Оборудование для управления подачи кислорода	носовые вилки	☐	☐	☐	
	катетеры	☐	☐	☐	
	маски	☐	☐	☐	

Самонадувающиеся мешки для вспомогательного дыхания (Амбу)		☐	☐	☐	
Мешки и маски (взрослый размер)		☐	☐	☐	
Инкубаторы		☐	☐	☐	
Термометр для измерения температуры тела		☐	☐	☐	
Термометр ниже 35°С		☐	☐	☐	
Лампа фототерапии		☐	☐	☐	
Стерилизатор		☐	☐	☐	
Стерильные перчатки		☐	☐	☐	
Если имеются, то какого типа	Многоразовые	☐	☐	☐	
	Одноразовые	☐	☐	☐	
Стерильная марля		☐	☐	☐	
Акушерский стетоскоп		☐	☐	☐	
Фетальный Доплер					
Сфигмоманометр с фонендоскопом		☐	☐	☐	
Инфузионные наборы		☐	☐	☐	
Инфузионные насосы / дозиметры		☐	☐	☐	
в/в катетеры		☐	☐	☐	
Шприцы		☐	☐	☐	
Иглы		☐	☐	☐	
Набор для наложения швов (ножницы, иглодержатель)		☐	☐	☐	
Шовный материал					
- кетгут		☐	☐	☐	
- синтетический рассасывающийся		☐	☐	☐	
- не рассасывающийся		☐	☐	☐	
Весы для ребенка		☐	☐	☐	
Набор для перерезания/перевязки пуповины		☐	☐	☐	

Вакуумный экстрактор	☐	☐	☐	
Акушерские щипцы	☐	☐	☐	
Кровати:				
- функциональные	☐	☐	☐	
- обычные	☐	☐	☐	
- кровать для родов (кресло Рахманова)	☐	☐	☐	
Ультразвуковой аппарат	☐	☐	☐	
Неонатальное оборудование:				
-устройство для отсасывания	☐	☐	☐	
- лицевые маски (двух размеров)	☐	☐	☐	
- мешок Амбу	☐	☐	☐	
- дыхательные клапаны(Т-система)	☐	☐	☐	
-эндотрахеальные трубки	☐	☐	☐	
- ларингоскоп с двумя клинками	☐	☐	☐	
- ротоглоточный воздуховод	☐	☐	☐	
- манжетки для измерения кровяного давления	☐	☐	☐	

Перечень оборудования в отделении неонатальной интенсивной терапии

	НЕТ	**ДА**	**Если ДА, то количество**	**Комментарии**
Инкубаторы				
Излучающие нагреватели				
Матрасы с подогревом				
Лампы для фототерапии				
Централизованная подача медицинского воздуха				
Централизованно подаваемый кислород				
Компрессоры воздуха				
Системы положительного давления в дыхательных путях CPAP				

Аппараты ИВЛ				
Высокочастотный вентилятор				
Многофункциональные мониторы				
Пульс-оксиметры				
Инфузионные насосы				
Эхосонография				
Рентген аппарат				
Глюкометры				
Билирубинометр				
Анализатор КЩС				
Инкубатор для транспортировки без системы вентиляции				
Инкубатор для транспортировки с системой вентиляции				
Наличие лаборатории по мини-исследованию крови				

Резюме:
Оборудование и материалы

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Непосредственная доступность необходимого оборудования для использования					
Безопасность и работоспособность необходимого оборудования					
Доступность необходимых материалов и возможность использования для взрослых					
Доступность необходимых материалов и возможность использования для новорожденных					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Оборудование и материалы	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

1.4 Лабораторная поддержка

Источник:. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита (см. отправляемый по почте вопросник) и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, соберите эту информацию в начале визита из лаборатории или у главного лабораторного специалиста.

Постарайтесь увидеть столько проводимых необходимых лабораторных исследований, насколько это возможно. Легко ли доступны следующие лабораторные исследования и их результаты? (например, анализ на содержание глюкозы, гемоглобина, гематокрита (гематокритное число) в крови в течение ½ часа, другие исследования – в течение 1-2 часов). Если исследования проводятся, то укажите среднее время получения результатов.

	Не проводится	**Проводится**	**Среднее время получения результатов**	**Комментарии**
Содержание глюкозы в крови	☐	☐		
Гемоглобин	☐	☐		
Гематокрит (гематокритное число)	☐	☐		
Общий анализ крови	☐	☐		
Соотношение количества незрелых к общему количеству нейтрофилов	☐	☐		
Анализ лейкоцитов	☐	☐		
Анализ кислотно-щелочного баланса крови	☐	☐		
Определение группы крови и проверка совместимости крови	☐	☐		
Билирубин крови	☐	☐		
Резус-антитела	☐	☐		
Белок в моче	☐	☐		
Микроскопия мочи	☐	☐		
Бактериология (культура)	☐	☐		
Бактериоскопия (мазок)	☐	☐		
Проба на коагуляцию	☐	☐		
Проба функции печени	☐	☐		
Проба функции почек	☐	☐		

Электролиты	☐	☐		
Тест на ВИЧ	☐	☐		
Прямой и непрямой тест Кумбса	☐	☐		
Определение типа основных групп крови и резус-фактора; проверка совместимости крови	☐	☐		
Сывороточный белок и альбумин	☐	☐		
Анализ мочи	☐	☐		
Серологический тест на сифилис	☐	☐		

Доступны ли для новорожденных методы микро-отбора проб для гликемии, билирубинемии, гемоглобина?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
Бесплатны ли необходимые тесты, проводимые во время беременности и родов и ухода за новорожденными?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
Тесты официально являются бесплатными, но запрашивается неофициальная плата?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		

Резюме:
Доступность лабораторных тестов

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Наличие необходимых лабораторных тестов					
Своевременная выдача результатов					
Приоритетность тестов в экстренных случаях					
Не существует препятствий для доступа к основным лабораторных тестам из-за финансовых барьеров					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Доступность лабораторной поддержки	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

1.5 Базовая инфраструктура медицинского учреждения

Постоянно ли имеется электричество?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
Есть ли резервный источник питания в случае отключения электричества (например дизель-генератор)	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
Постоянно ли доступна проточная вода?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
Постоянно ли доступна горячая вода?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
Имеется ли в медицинском учреждении консультативная поликлиника?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
Является ли акушерское амбулаторное отделение отдельным от общего амбулаторного отделения?	ДА ☐	НЕТ ☐
Комментарии _____		
_____		
В какое время открывается акушерское амбулаторное отделение?	Часы	____

В какое время закрывается акушерское амбулаторное отделение?	Часы	____
Имеется ли в родильном учреждении Отделение реанимации?	ДА ☐	НЕТ ☐
Работает ли оно 24 часа в сутки?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если нет, то в какое время оно работает? (от-до)	____ от	____ до
Имеется ли в родильном учреждении отделение неонатальной терапии(ОПН)?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеется ли в родильном учреждении отделение интенсивной неонатальной терапии?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если да, то на сколько коек?	n.	____
Имеется ли в родильном учреждении операционная для проведения кесарева сечения?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если да, то доступна ли операционная 24 часа в сутки?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если нет, то в какое время она работает (от-до)?	____ от	____ до
Имеется ли в родильном учреждении отдельная комната или палата для размещения «инфекционных» больных (изолятор)?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если да, то на сколько коек?	n.	____
Опишите _____		
_____		
Производится ли уход за наиболее тяжело больными женщинами в месте, где они получают максимальный уход(рядом с комнатой медсестер)?	ДА ☐	НЕТ ☐
Опишите _____		
_____		

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Базовая инфраструктура медицинского учреждения	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

2. Родильное отделение и палата для новорожденных (неонатальная палата)

2.1 Родильное отделение

Источник: Наблюдения в ходе посещения отделения и проведение интервью с персоналом и людьми, сопровождающими пациентов.

Сколько коек в отделении?	№.	_____
Безопасны ли койки и поддерживаются ли они в хорошем состоянии?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеются ли матрасы?	ДА ☐	НЕТ ☐
Получают ли пациенты постельное белье?	ДА ☐	НЕТ ☐
Чистые ли кровати?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеется ли палата интенсивной терапии ?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеется ли источник тепла в палате?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеются ли противомоскитные сетки для использования пациентами? (если это уместно)	ДА ☐	НЕТ ☐

Комментарии и наблюдения:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Стандарты и критерии послеродового отделения

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
2.1.2 Размещение матери и новорождённого вместе в одной палате					
Новорожденные размещаются вместе с матерями					
У матерей есть доступ к надлежащим местам для смены подгузников своим младенцам					
2.1.3 Гигиена и предупреждение осложнений					
Персонал имеет доступ к полностью оборудованным помещениям для мытья рук. В палате чисто и опасные предметы недоступны для пациентов.					
Острые предметы удаляются в специальный контейнер для предотвращения несчастных случаев					
2.1.4 Санитарные условия					
Имеется достаточное количество соответствующих туалетов, которые поддерживаются в чистоте и легко доступны					
У матерей есть доступ к проточной воде, мылу и к соответствующим местам, рядом с палатой, чтобы умывать себя и своих детей.					
У матерей есть доступ к месту для того, чтобы стирать свою и детскую одежду					
2.1.5 Уход за наиболее тяжело больными женщинами					
Наиболее тяжело больные женщины помещаются в палаты, где они получают максимальный уход					
Эта палата близка к комнате медсестер с целью обеспечения нахождения женщин большую часть времени под прямым наблюдением					

Резюме:
Послеродовое отделение

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Размещение матери и новорождённого вместе в одной палате					

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Гигиена и предупреждение осложнений					
Условия гигиены					
Уход за наиболее тяжело больными женщинами					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Послеродовое отделение	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

2.2 Отделение (палата) для больных новорожденных

Структура отделения для новорожденных и персонал

Источник:. В идеале, эта информация должна быть собрана до визита (см. отправляемый по почте вопросник) и быть доступной в качестве справочной информации во время визита. В случае если она не была собрана ранее, соберите эту информацию в начале визита у ответственного врача/медсестры.

Структура

Сколько кроваток/коек имеется в отделении? Количество кроваток/коек:	№	_____
До какого возраста новорожденные принимаются в отделение? Возраст в месяцах		_____
Принимаются ли в отделение младенцы, рожденные за пределами данной больницы?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если это так, то принимаются ли они в отдельную палату?	ДА ☐	НЕТ ☐
Ограничена или регулируется ли продолжительность ухода/лечения новорожденного в отделении?	ДА ☐	НЕТ ☐
Если это так, то куда их переводят? _____		
Проверьте следующее:		
Имеется ли достаточное количество туалетов (1 на 5-6 кроватей)?	ДА ☐	НЕТ ☐
Поддерживается ли туалет в чистоте?	ДА ☐	НЕТ ☐
Безопасны ли койки и поддерживаются ли они в хорошем состоянии?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеются ли матрасы?	ДА ☐	НЕТ ☐
Получают ли пациенты постельное белье?	ДА ☐	НЕТ ☐
Чистые ли кровати?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеется ли палата интенсивной терапии в отделении?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеется ли источник тепла в палате?	ДА ☐	НЕТ ☐
Имеются ли противомоскитные сетки для использования пациентами?	ДА ☐	НЕТ ☐

2.3 Персонал родильного отделения и отделения для новорожденных

Укажите количество имеющегося персонала в указанное время	**08-14**	**14-20**	**20-08**	
Врачи				Врачи
Врачи-стажеры (магистры, клинические ординаторы)				Врачи-стажеры (магистры, клинические
Акушерки				Акушерки
Медсестры				Медсестры
Дополнительный персонал				Помощники

Кто доступен во время выходных дней?

_____

Если старший персонал недоступен все время, как их вызывают?

_____

_____

2.4 помещения отделения (палаты) новорожденных

Критерии	**0**	**1**	**2**	**3**	**Комментарии**
2.4.1 Отдельная палата для больных новорожденных детей					
Больных новорожденных помещают отдельно от здоровых младенцев					
Матерям больных новорожденных позволяется оставаться со своими детьми					
2.4.2 Гигиенические услуги для матерей					
Туалеты соответствующие и легко доступные					
У матерей есть доступ к проточной воде и к соответствующему месту, рядом с палатой, чтобы мыться самим и умывать своих детей.					
2.4.3 Особый уход за наиболее серьезно больными новорожденными					
За наиболее серьезно больными младенцами ухаживают в отделении, расположенном рядом спостом медсестер для обеспечения прямого наблюдения					

Резюме:
помещения отделения новорожденных

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Отдельная палата для больных новорожденных					
Гигиенические услуги для матерей					
Особый уход за наиболее серьезно больными младенцами					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Детские помещения	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

3. Ведение физиологических родов и влагалищного родоразрешения

Источник: Посещение родов и родильного отделения, изучение применяемой практики, просмотр записей и дежурного журнала и опрос персонала и женщин.

Инструкции: В качестве приоритета проведите прямое наблюдение, используйте опрос персонала и матерей для предоставления дополнительной информации.

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
3.1 Условия для родов					
Обеспечивается конфиденциальность женщин; имеется в наличии одноместная палата для родов и родоразрешения или используется ширма/перегородка, если в комнате находится более одной женщины.					
Кровать/кушетка размещена далеко от двери или окна (не напротив них)					
Персонал представляется женщине					
Получается согласие женщины на присутствие людей помимо персонала при их наличии (например, студенты)					
Персонал моет свои руки прежде чем принять участие в родах					
Персонал использует стерильные перчатки во время родов					
Персонал использует перчатки во время уничтожения отходов					
Персонал использует стерильные инструменты					
В родильной палате поддерживается соответствующая температура (должна быть не ниже 25°C)					
Имеется доступ к функционирующему душу					
3.2 Помощь во время родов					
Членам семьи/лицам позволяется находиться с женщинами постоянно во время родов и рождения ребенка					
Во время родов и рождения присутствует хотя бы один профессиональный штатный сотрудник					
Женщины получают помощь во время родов от работников здравоохранения:					
- находящихся рядом с женщинами столько времени, сколько это возможно					
- объясняющих на словах течение родов					
- ободряющих, восхваляющих и/или					

обнадеживающих					
- стимулирующих и помогающих принять удобное положение					
- стимулирующих и помогающих ходить					
- стимулирующих и помогающих принять вертикальное положение					
- содействующих партнеру, принимающему участие в родах					
- активно предлагающих прием жидкости и легкую пищу					
- содействовать опорожнению мочевого пузыря и кишечника при необходимости					
- поддерживающих все в чистом и сухом виде					
- предлагающих теплый/холодный компресс					
- помогающих принять душ					
- помогающих с техниками релаксации					
- объясняющих технику дыхания					
- предлагающих массаж					
3.3 Партограмма					
Партограмма используется					
Партограмма должным образом заполняется и находится рядом с кроватью					
Следующие данные должным образом измеряются и записываются:					
- информация о пациенте					
- частота сердечных сокращений плода					
- конфигурация головки плода во время родов					
- раскрытие шейки матки					
- опущение головки					
- время					
- маточные сокращения					
- окситоцин, лекарства, внутривенные жидкости					
- артериальное давление, температура, пульс, мочеиспускание					
Использование партограммы помогает принять решения во время родов					
Информация партограммы собирается, записывается и объясняется акушеркой					
3.4 Уход во время первого периода родов					
Пальцевое влагалищное исследование не					

проводится, за исключением во время родов и/или за исключением индукции					
Не сделана клизма в плановом порядке					
Не произведено бритье					
Влагалище не промыто антисептическими средствами во время родов					
Женщины свободно передвигаются и выбирают положения во время родов					
3.5 Уход во время второго периода родов					
Женщинам позволяется выбирать положение, кроме положения литотомии во время родов					
Женщинам оказывается содействие в выборе положения, кроме положения литотомии во время родов					
Акушерки физически помогают женщинам принять наиболее удобное положение					
Частота сердечных сокращений плода контролируется соразмерно (не реже чем через каждые 5 минут или каждое второе сокращение) в потужном периоде					
Женщин не заставляют тужиться во время родов					
Продолжительность второго периода не ограничена, если только не имеется патологическое состояние плода					
Надавливание на живот не используется для содействия рождению ребенка					
Эпизиотомия не проводится в плановом порядке (за исключением случаев патологического состояния плода/оперативные роды)					
Для проведения эпизиотомии проводится анестезия					
3.6 Ведение третьего периода родов					
Женщин информируют о рисках и преимуществах физиологического по сравнению с активным ведением третьего периода и привлекают к принятию решений.					
Проводится активное ведение третьего периода, если только выбор женщин не является другим.					
Соответственным образом проводится активное ведение третьего периода:					
- вводится окситоцин 10 Единиц в.м. или синтометрин после рождения плечиков или в течении одной минуты после					

рождения ребёнка					
- осуществляется контролируемая тракция пуповины после пережатия пуповины					
- дно матки проверяется после выхода плаценты (производиться массаж, если это необходимо)					
3.7 Уход за матерьми после родов					
Небольшие разрывы не зашивают, если нет кровотечения					
Эпизиотомия/разрывы зашивают под местной анестезией					
Влагалище не промывают антисептическими средствами после родов					
Дезинфицирующее средство не налагается на промежность после родов					
На живот матери не кладется лед после родов					
Не проводится катетеризация мочевого пузыря в плановом порядке					
Шейка матки осматривается рутинное					

3.8 Наблюдение за плодом во время родов

(смотри ссылку 1)

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
В родильном учреждении имеется и доступна форма оценки состояния плода					
3.8.1 Аускультация					
Аускультация сердцебиения плода производится при беременности с низкой степенью риска					
Доступны методические рекомендации для аускультации, описывающие то, каким образом надо проводить аускультацию					
Частота сердцебиений плода проверяется в течении 60 секунд после сокращения сердечной мышцы: - не реже чем через 30 минут в первом периоде родов - не реже чем каждые 5 минут или после каждой потуги в потужном периоде					
Акушерки, проводящие аускультацию, в достаточной мере опытны, чтобы определить характер сердцебиения плода и маточную активность.					
Во время проведения аускультации					

проверяется пульс матери					
3.8.2 Непрерывная кардиотокография					
Методические рекомендации для проведения и интерпретации кардиотокографии доступны в отделении; они известны и используются персоналом					
Непрерывная кардиотокография используется только при беременности с повышенным риском согласно местному протоколу					
Непрерывную кардиотокографию начинают если сердечные сокращения плода >160 ударов в минуту или <110 ударов в минуту; при наличии какого-либо замедления; если становятся очевидны факторы риска (т.е. меконии, начато вливание окситоцина)					
Персонал, имеющий дело с кардиотокографией, правильно определяет признаки кардиотокографии и может классифицировать записи кардиотокографии, используя специфические методические рекомендации для интерпретации, как обнадеживающие, не обнадеживающие или абнормальные					
При необходимости обзора кардиотокографии, медработники документируют анализ признаков кардиотокографии и общей картины кардиотокографии					
При наличии не обнадеживающей/абнормальной кардиотокографии применяется план действий.					
Доступны дополнительные тесты по оценке здоровья плода; они используются в случае не обнадеживающей/анормальной хроматографии (проба крови плода, СТ анализ ЭКГ плода, скальповая/виброакустическая стимуляция…)					
Если абнормальная кардиотокография предполагает необходимость срочных родов, осуществляется экстренное кесарево сечение/оперативное влагалищное родоразрешение в пределах 30 минут.					
Аппараты кардиотокографии находятся в					

хорошем состоянии и работают исправно					
Дата и время правильно установлены на аппаратах кардиотокографии					
Существует стандартная настройка аппаратов по скорости бумаги, чувствительности и диапазону сердечных сокращений плода					
Имя женщины, дата и время регистрируются на бумаге					
Каждая интерпретация кардиотокографии медперсоналом документируется на записи КТГ или в истории родов					
Способ родоразрешения, дата и время указываются на записи КТГ					
Записи кардиотокографии сохраняются вместе с историей родов					
Любое осложнение во время родов, которое может повлиять на сердцебиение плода, документируется в истории родов					
Когда записывается КТГ женщина не лежит на спине					
Записи кардиотокографии хорошего качества					
Во время непрерывной кардиотокографии вместе с сердечным сердцебиением плода всегда регистрируется маточная активность					

3.9 Доступность неонатального оборудования

Устройство для отсасывания		
Лицевые маски	ДА □	НЕТ □
Реанимационный мешок Амбу	ДА □	НЕТ □
Дыхательные клапаны (Т система)	ДА □	НЕТ □
Интубационные трубки	ДА □	НЕТ □
Ларингоскоп с клинками	ДА □	НЕТ □
Орофарингеальный воздуховод	ДА □	НЕТ □

Резюме:
Ведение физиологических влагалищных родов

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Условия родов					
Помощь при родах					
Партограмма					
Уход во время первого периода родов					
Уход во время второго периода родов					
Активное ведение третьего периода родов					
Уход за матерью после родов					
Наблюдение за состоянием плода во время родов					
Доступность неонатального оборудования					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Нормальные роды	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

4. Кесарево сечение и послеоперационный уход

4.1 Кесарево сечение

(смотрите ссылки 3 и 7)

Источник: Данная информация должна быть собрана путем наблюдения за лечением и уходом за женщинами, подвергшимся хирургическому лечению, путем опроса персонала и ухаживающих и изучения руководящих принципов, где они доступны.

Инструкции: В качестве приоритета проведите прямое наблюдение, используйте опрос персонала и матерей для предоставления дополнительной информации.

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
4.1.1 Экстренное кесарево сечение					
Анастезиологог немедленно доступен для экстренного кесарева сечения					
Хирург немедленно доступен для экстренного кесарева сечения					
Операционный персонал немедленно доступен для экстренного кесарева сечения					
Экстренное кесарево сечение проводится в течение:					
- менее чем 15 минут					
- менее чем 30 минут					
Операционная всегда готова для проведения экстренного кесарева сечения (оборудование, инструменты, электричество...)					
Имеется протокол по экстренному кесареву сечению с описанием того, как должен вести себя персонал					
Немедленно доступны лаборатория и результаты тестов крови					
Кровь быстро доступна, если понадобится переливание крови					
0 кровь отрицательного резуса всегда в наличии в учреждении					
4.1.2 Показания к кесареву сечению и правила по сокращению несоответствующих случаев кесарева сечения					
Кесарево сечение не проводят по просьбе матери, за исключением особых обстоятельств (например, предыдущее мертворождение)					
При наличии материнской просьбы о кесаревом сечении, с пациенткой обсуждаются риски и преимущества влагалищного родоразрешения по сравнению с кесаревым сечением и обсуждение документируется в истории родов					

Женщины, требующие кесарева сечения без показаний, повторно опрашиваются после проведения с ними беседы					
Женщинам, обеспокоенным родами/ влагалищным родоразрешеним предлагается психологическое консультирование					
Решение по поводу способа родоразрешения после предыдущего кесарева сечения принимается с учетом: - материнских предпочтений и приоритетов - общего обсуждения всех рисков и преимуществ кесарева сечения - риска разрыва матки - риска перинатальной смертности и заболеваемости					
Всем женщинам с ягодичным предлежанием плода предлагают способ наружного поворота на головку					
Наружный поворот на головку пробуют в сроке $\geq$ 36 недель					
Кесарево сечение планируется, если наружный поворот на головку не получился					
Элективное кесарево сечение проводится при неосложненной двуплодной беременности, только если первый близнец не лежит головкой					
Кесарево сечение не предлагается в плановом порядке при преждевременных родах					
Кесарево сечение не предлагается в плановом порядке при беременностях, осложненных младенцами с низким весом					
Кесарево сечение назначается только при предлежании плаценты 3-4 степени					
Кесарево сечение не предлагается в плановом порядке при материнских вирусных инфекциях, кроме ВИЧ или первичной инфекции вируса простого герпеса в 3 триместре (например гепатит С положительные женщины, гепатит В положительные женщины, рецидивирующая инфекция вируса простого герпеса в 3 триместре)					
При неосложненных родах используется партограмма с 4 часовой линией деятельности					
Активное ведение родов и ранняя амниотомия не используются рутинно					

Существуют дополнительные тесты при абнормальной кардиотокографии; они используются для сокращения случаев кесарева сечения при патологическом состоянии плода (пробы крови плода, СТ анализ ЭКГ плода …)					
Постоянная психологическая поддержка во время родов предлагается всем женщинам					
В процессе принятия решения о проведении кесарева сечения всегда участвует консультант					
4.1.3 Время проведения кесарева сечения и информированное согласие					
Элективное кесарево сечение проводится после 39 недель беременности					
У женщин, подвергающихся кесареву сечению, получается информированное согласие					
4.1.4 Процедуры, относящиеся к кесареву сечению					
Региональная анестезия предлагается в качестве первого выбора всем женщинам, подвергающимся кесареву сечению					
Надлежащим образом проводится профилактика антибиотиками перед операцией или после пережатия пуповины					
Имеются в наличии правила профилактики тромбоза глубоких вен после кесарева сечения					
Развернутый анализ крови делают всем женщинам, подвергающимся кесареву сечению					
Перекрестная проба и анализ свертываемости крови не требуются рутинно перед кесаревым сечением					
Кесарево сечение с высоким риском (дородовое кровотечение, разрыв матки, предлежание плаценты) всегда проводят в отделении, где доступно переливание крови.					
Устанавливается мочевой катетер, если кесарево сечение проводят под эпидуральной/спинномозговой анестезией					
Перед эпидуральной/ спинномозговой анестезией проводится вливание жидкостей (кристаллоидов, коллоидов)					
Имеется алгоритм действий (‘drill’) при					

неудавшейся интубации					
Перед извлечением плода операционный стол наклоняют на 15°					
Кровопотеря во время операции контролируется					
4.1.5 Способы кесарева сечения					
Рутинно проводится поперечный абдоминальный разрез (Joel-Cohen)					
При возможности живот раскрывают тупым методом					
Для кожи и матки используются отдельные скальпели					
Маточный разрез удлиняют тупым методом					
5 единиц окситоцина вводится перед рождением плаценты					
При извлечении плаценты используется тракция пуповины (не ручное удаление)					
Матку рутинно не выводят на поверхность для наложение шва					
Для ушивания разреза матки рутинно накладывается двухрядный шов					
На висцеральную и париетальную брюшину шов не накладывают					
На подкожу накладывается шов только если толщина составляет > 2 см					
Не используется рутинно дренаж неглубоких ран					
4.1.6 Уход за новорожденным после кесарева сечения					
Неонатолог присутствует при рождении новорожденного путем кесарева сечения под общей анестезией/предполагаемым дистрессом плода					
Поощряется ранний контакт кожа к коже между матерью и ребенком					
Грудное вскармливание начинается при первой возможности					

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
4.1.7 уход в раннем послеоперационном периоде после кесарева сечения					
Хирургом документируются процедуры, наблюдение и необходимое лечение. Имеется прием передача больной медсестрам от операционного персонала.					
Оборудование для подачи кислорода и реанимации легкодоступно и функционирует					
После восстановления сознания от анестезии, наблюдения (интенсивности дыхания, частоты сердцебиения, артериального давления, боли и успокоения) продолжаются каждые полчаса в течение 2 часов, и затем ежечасно при условии, что результаты наблюдений стабильны или удовлетворительны. Если эти результаты наблюдений нестабильны, то проводятся более частые наблюдения и медосмотр.					
Сестринскому персоналу доступны соответствующие методические рекомендации по после операционному обезболиванию					
Женщинам предлагают диаморфин (0.3–0.4 мг интратекально) для внутри- и послеоперационной аналгезии. Эпидуральный диаморфин (2.5–5 мг) является подходящей альтернативой.					
Если нет противопоказаний, то после кесарева сечения предлагаются негормональные противовоспалительные средства в качестве вспомогательного средства для обезболивания					
Женщины, которые быстро приходят в себя после кесарева сечения и у которых нет осложнений, могут есть и пить тогда, когда они чувствуют голод или жажду.					
Удаление катетера мочевого пузыря производится, как только женщины могут передвигаться после региональной анестезии и не раньше чем через 12 часов после последней «дополнительной» дозы					
4.1.8 Уход после первых 24 часов и выписка после кесарева сечения					
Женщинам, после кесарева сечения, дается возможность обсудить с врачами причины проведения кесарева сечения и влияние на ребенка или будущие					

беременности.					
Женщинам, которые быстро приходят в себя, у которых нет температуры или осложнений после кесарева сечения предлагается ранняя выписка (в течении 3-5 дней) из больницы и последующее наблюдение дома.					
Женщинам, после кесарева сечения, назначают и рекомендуют проведение регулярной анальгезии от послеоперационной боли, используя: - от сильной боли - комбинацию кодеин фосфата и парацетамола (ацетаминофена), имеющего некоммерческое название **CO-CODAMOL Ко-кодамол** (фирменные наименования **TYLENOL Тайленол, SOLPADOL Солпадол, PANADEINE Панадеин, TACHIDOL Тахидол**) с добавлением ибупрофена - от умеренной боли - **CO-CODAMOL Ко-кодамол** - от слабой боли - парацетамол					
Повязку удаляют через 24 часа после кесарева сечения					
Измеряется температура на предмет повышения температуры					
Рану осматривают на наличие инфекции, или расхождения					
Женщинам рекомендуется одевать свободную одежду и вести ежедневный уход за раной содержа её в чистоте и сухости					
Удаление наложенных швов/зажимов планируется при выписке, если есть на то необходимость					
Женщин, после кесарева сечения, информируют о том, что они могут возобновить такие виды деятельности, как ношение тяжелых вещей, работа по хозяйству и половую жизнь как только они поправятся после кесарева сечения					
Во время выписки из больницы женщин предупреждают о необходимости быть внимательными к таким симптомам как повышение температуры, выделения, маточные кровотечения, симптомы тромбоза глубоких вен грудной клетки и ног					

4.2 Доступность неонатального оборудования

Устройство для отсасывания		
Лицевые маски	ДА □	НЕТ □
Реанимационный мешок Амбу	ДА □	НЕТ □
Дыхательные клапаны (Т система)	ДА □	НЕТ □
Интубационные трубки	ДА □	НЕТ □
Ларингоскоп с клинками	ДА □	НЕТ □
Орофарингеальный воздуховод	ДА □	НЕТ □

Резюме:
Кесарево сечение

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Экстренное кесарево сечение					
Показания к кесареву сечению и правила по сокращению случаев ненадлежащего кесарева сечения					
Продолжительность кесарева сечения и информированное согласие					
Процедуры, относящиеся к кесареву сечению					
Способы кесарева сечения					
Уход за новорожденным после кесарева сечения					
Непосредственный уход после кесарева сечения					
Уход после первых 24 часов и выписка после кесарева сечения					
Доступность неонатального оборудования					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Кесарево сечение	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

5. Ведение случаев материнских осложнений

Источник: Посещение палат, наблюдение за применяемой практикой, просмотр записей и дежурного журнала и опрос персонала и женщин.

Инструкции: В качестве приоритета проведите прямое наблюдение, используйте опрос персонала и матерей для предоставления дополнительной информации.

5.1 Послеродовое кровотечение (ПРК)

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Доступен местный протокол для профилактики и управления ПРК					
Соответствующее оборудование, лекарства и персонал легкодоступны в случае ПРК					
Раннее распознание и принятие мер для уменьшения кровотечения					
Всегда проводится активное ведение 3-го периода родов					
Соответствующим образом проводится активное ведение 3-го периода родов: - живот пальпируется в течении 1 минуты после родов для исключения наличия второго младенца - 10 единиц окситоцина вводится в.м. после рождения плечиков или в течении первой минуты после рожденя ребёнка - проводится контролируемая тракция пуповины с одновременным контртракцией над лоном (для предотвращения выворота матки) -дно матки проверяется после выделения плаценты (при необходимости производиться массаж)					
5.1.1 Раннее распознавание					
После родов проводится контроль тонуса матки (каждые 15 минут в первый час; в конце 2-го, 3-го, 4-го часов, затем каждые 4 часа) и при необходимости производится массаж матки					
В родильном зале и во время раннего послеродового периода доступны специальные пакеты или мешки для измерения количества потери крови					
5.1.2 Первоначальная диагностика и лечение					
Имеется описанная процедура по вызову старших специалистов/					

анестезиолога					
Банк крови доступен 24 часа в сутки и кровь может быть получена без промедления					
Письменный протокол легкодоступен для первоначальной оценки и лечения. Ключевые элементы должны включать в себя: a) введение одного или двух в/в катетеров (16 размер) в/в b) кровь, направляемую на развернутый анализ, коагуляцию, АВО и проверку совместимости; c) инфузию, начинаемую незамедлительно d) подачу кислорода через маску e) контроль за артериальным давлением, пульсом и мочеиспусканием (количество) f) матка проверяется (атония, задержанные фрагменты плаценты, разрыв) и наличие травмы родовых путей					
5.1.3 Первоначальная реанимация					
Письменный протокол легкодоступен для первоначальной реанимации, включающий: a) Болюсно вводятся кристаллоиды: 1 л в течении 15 минут (3 мл/1мл кровопотери) b) при симптомах шока: голову наклоняют вниз, освобождают дыхательные пути, подают кислород через маску со скоростью 6-8 л/мин					
5.1.4 Лечение маточной атонии					
Письменный протокол легкодоступен для лечения маточной атонии, включающий: a) массаж матки производится правильно b) назначается правильная доза окситоцина (согласно местному протоколу) c) не более 3 литров жидкости назначается вместе с окситоцином d) если атония невосприимчива к окситоцину, назначается соответствующая доза эргометрина и повторяется через 5 минут при отсутствии эффекта (максимум 5					

доз: всего 1 мг) e) эргометрин хранится надлежащим образом (при температуре менее 8°C) f) эргометрин не предоставляется женщинам при гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваниях и заболевании периферических сосудов g) если средства первой линии являются неэффективными, то даются соответствующая доза простагландинов (карбопрост 0,25 мг в.м. или интрамиометриум каждые 15 мин до максимальных 2 мг; мизопростол 800-1000 мкг ректально или вагинально или внутрь h) карбопрост не дается в случае сердечных / легочных заболеваний i) карбопрост хранится при температуре ниже 4°C					
5.1.5 Стабильное артериальное (рефракторное) кровотечение после медицинского лечения					
Имеется и легко доступен письменный протокол ведения послеродовых кровотечений не поддающиеся медицинскому лечению, включающий: a) уведомляются анестезиолог и банк крови b) вызов помощи: старший персонал должен прибыть для операции c) одна акушерка отслеживает и записывает данные d) одно лицо несет ответственность за доставку и подготовку крови e) врач несет ответственность за переливание крови f) проводится бимануальное сдавление матки и прижатие аорты g) операционная и специализированный персонал (анестезиолог / старший акушер) доступны 24 часа в сутки для выполнения гистороктомии и других хирургических вмешательств для остановки послеродового кровотечения h) гистерэктомия используется в качестве крайней хирургической помощи, субтотальная гистерэктомия является					

предпочтительной, если это возможно i) может быть предложена и быстро выполнена эмболизация артерий матки j) нормальный солевой/ сбалансированный раствор является предпочтительным вариантом для замены кровопотери; коллоиды, декстрозы не применяются k) принципы замены жидкостей известны (вливание кристаллоидов проводится в объеме равном по меньшей мере 3 объемам потери) l) переливания крови, как правило, осуществляются при уровне гемоглобина <7 и продолжительной кровопотере или клинических признаках тяжелой анемии/гипоксии (тахикардия/одышка, низкая сатурация О2) m) если потеря крови >1000 и она продолжается, эр.масса для переливания должны быть легко доступны n) переливания сведены к минимуму и предписываются только тогда, когда польза превышает риски o) для проведения переливания получается информированное согласие p) свежая замороженная плазма (800-1000 мл) предоставляется, если АЧТВ и протромбиновое время (коагулограмма) превышают контрольный уровень в 1,5 раза при постоянном кровотечении или в случае обильного кровотечения даже до получения результатов свертываемости (проба Ли-Уайта >7 мин)					

5.2 Гипертензия при беременности/эклампсия

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
5.2.1 Предотвращение пре-эклампсии					
Постельный режим и госпитализация в настоящее время не рекомендуются для женщин с гестационной гипертензией.					
Диуретики не назначаются для предотвращения/лечения пре-эклампсии					

Не рекомендуется ограничение приема соли/жидкости					
Не рекомендуется увеличение/ уменьшение приема протеинов и/или калории					
Не назначается добавка железа, фолата, магнезия, цинка или рыбьего жира для предотвращения пре-эклампсии					
5.2.2 Оценка пре-эклампсии					
Артериальное давление измеряется у всех беременных женщин, получающих антенатальную помощь					
Мочу постоянно проверяют на наличие протеина у женщин, получающих антенатальную помощь					
Анализ мочи на протеин незамедлительно проводится у женщин при поступлении в больницу с гипертензией					
у женщин с диагнозом гипертензия оценивается 24 часовая протеинурия					
При развитии протеинурии женщин принимают в лечебное учреждение для дальнейшей оценки / контроля					
Пре-эклампсия и острая пре-эклампсия правильно диагностируются (см критерии ниже*)					
5.2.3 Контроль тяжелой пре-эклампсии					
Артериальное давление проверяется как положено (каждые 15 мин пока состояние женщины не стабилизуется; каждые 30 мин в начальной фазе оценки; каждые 4 часа при стабильном состоянии и симптоматике женщины)					
Проведение развернутого анализа крови, печеночная и почечная функции проверяются при нормальных результатах по крайней мере раз в день и чаще, если состояние меняется или тесты анормальны					
Исследование свертываемости проводятся, если тромбоцитов насчитывается менее $100x10^6$/л					
Проверяется баланс жидкости (введение и выделение)					
В экстренных ситуациях используется катетер с урометром					

в экстренных ситуациях состояние плода оценивается с помощью кардиотокографии (если имеется КТГ)					
В родах проводится непрерывный мониторинг сердцебиения плода					
Используется ультразвук для проверки размера/роста плода, доплерометрия пупочной артерии и амниотической жидкости (если имеется оборудование), если планируется консервативное ведение					
5.2.4 Гипотензивное лечение					
Гипотензивное лечение всегда начинается, когда систолическое КД>160 и/или диастолическое КД>110, или если имеется тяжелая протеинурия, патологический печеночный тест или плохой гематологический тест даже при низком уровне гипертензии.					
Гипотензивное лечение не назначается рутино при КД<160/100					
Проводится соответствующее лечение с использованием соответствующих доз (альфа метильдопа перорально; лабеталол орально или в.в., орально или в.в. нифедипин или в.в. гидралазин; нитроцианид натрия или изосорбид-динитрат (ISOKET) в странах, где лабеталол и гидралазин недоступны, могут быть рассмотрены)[5]					
Сульфат магния назначается для предотвращения эклампсии у женщин с тяжелой пре-эклампсией					
Для назначения MgSO4 используются соответствующие терапевтические и профилактические схемы					
Профилактика сульфатом магния начинается, когда роды являются экстренными, и продолжается по крайней мере 24 часа после родов или после последнего приступа					
Если используется сульфат магния, то проводится регулярная оценка количества мочи, рефлексы, интенсивность дыхания и насыщение кислородом					
10% глюконат кальция легкодоступен для отмены эффекта MgSO4					
Для контроля эклампсии существует					

[5] Наличие доказательств особенно ограничено по использованию этих лекарственных препаратов.

четкий протокол					
Для случаев эклампсии доступен специальный набор и легко доступен опытный персонал для ведения экстренных случаев					
Поддерживается режим ограничения жидкости (80 мл/ч в.в.) в интранатальном и послеродовом периоде (только если нет кровотечения)					
Не применяется рутинно увеличение объема вводимой жидкости и коллоиды					
Родоразрешение после стабилизации состояния женщины					
У женщин с лёгкой преэклампсией принимают роды в срок или близко, и до 34 недель в случае тяжелой пре-эклампсии					
Кесарево сечение рутинно не проводится у женщин с преэклампсией (после 34 недель всегда взвешивается возможность спонтанных родов против индукции родов)					
Женщины тщательно наблюдаются после родов и продолжается гипотензивное лечение в зависимости от артериального давления; пристальное наблюдение после родов за женщинами с тяжелой преэклампсией/ эклампсией					
Альфа метилдопа не применяется после родов					
После родов осуществляется поэтапное сокращение антигипертензивной терапии					
Врачи осознают риск развития эклампсии в послеродовом периоде					
Женщины с тяжелой преэклампсией / эклампсией находятся под наблюдением в больнице по крайней мере 4 дня в послеродовой период					
Последующий осмотр запланирован через 6 недель для женщин с пре-эклампсией и при сохраняющейся гипертензии или протеинурии проводится дальнейшее обследование					
5.2.5 В случае приступа эклампсии					
Женщину не оставляют одну.					
Немедленно вызывается ответственный акушер гинеколог и анестезиолог					
Женщин кладут на левый бок и подается кислород; обеспечивается					

доступ в/в					
Оцениваются дыхание, дыхательные пути, циркуляция					
Назначается сульфат магния в соответствующей дозе для предотвращения повторных приступов					
Проверяется АД и при наличии тяжелой гипертензии проводится лечение					
Проводится развернутый анализ крови, берется печеночная проба, проверяется мочевина и электролиты					
Устанавливается катетер с урометром					
Проводится кардиотокография (если имеется КТГ)					
У женщин принимают роды при стабилизации состояния					
Проводится интубация в случае повторных судорог, и женщин переводят в отделение интенсивной терапии, где проводится прерывистая положительная принудительная вентиляция (IPPV)					

*** Преэклампсия**

Гипертензия

-диастолическое кровяное давление ≥ 90мл.рт.ст.или систолическое крвянное давление ≥ 140мл.рт.ст. при двукратном измерении

Тяжёлая гипертензия

- диастолическое кровяное давление ≥ 110мл.рт.ст.или систолическое крвянное давление ≥ 160мл.рт.ст. при двукратном измерении

Преэклампсия

Гипертензия, связанная с протеинурией (> 0.3 г за 24 часа) ± отек. Может быть поражена любая система органов

Тяжелая преэклампсия
Тяжелая гипертензия плюс протеинурия, ИЛИ
Любая гипертензия плюс протеинурия, плюс один из нижеследующих симптомов:
- Сильная головная боль
- Визуальные нарушения
- Эпигастральные боли и/или рвота
- Признаки клонуса
- Папиллоэдема
- Болезненность печени
- Количество тромбоцитов снизилось меньше 100 х 106/l
- Патологический печеночный фермент (АЛТ или АСТ повысился до 70 МЕ/л)
- HELLP синдром

5.3 Затяжные роды

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
5.3.1 Диагноз					
Начало родов правильно диагностируется (наличие постоянных маточных сокращений, ведущих к сглаживанию и раскрытию шейки матки)					
Затяжная латентная фаза правильно определяется (раскрытие матки менее 3-4 см после 8 часов регулярных маточных сокращений) и контролируется, после исключения диагноза ложных родов					
Исследование влагалища проводится каждые 4-8 часов в течение латентной фазы и, по крайней мере, каждые 4 часа во время активной фазы					
Для ведения родов используется партограмма					
Неудовлетворительный прогресс родов					

правильно определяется					
Ложные роды правильно диагностируются (шейка матки не раскрывается при нерегулярных сокращениях и нет изменений шейки в течении 4 часов) и женщин выписывают после исключения инфекции/разрыва плодных оболочек					
5.3.2 Затянувшаяся активная фаза родов					
Затянувшаяся активная фаза родов правильно диагностируется (раскрытие шейки матки справа от линии действия)					
Оцениваются маточные сокращения, и если они эффективны, то истинность клинически узкого таза, обструкции, неправильного положения или предлежания плода ставятся под сомнение					
Если нет признаков клинически узкого таза/обструкций и плодные оболочки не повреждены, то производится искусственный разрыв плодных оболочек/амниотомии (ИРПО)					
При вторичной остановке раскрытия шейки матки и опущении предлежащей части при наличии хороших схваток, диагностируется клинически узкий таз и производится кесарево сечение					
Признаки обструктивных родов известны, они оцениваются и правильно лечится					
В случае затянувшейся активной фазы, сокращения неэффективны и исключен клинически узкий таз и обструкция родов, производится: - ИРПО - введение окситоцина через час после ИРПО; если хорошие роды не начались - прогресс переоценивается через 2 часа после хороших маточных сокращений - если отсутствует прогресс, производится кесарево сечение - если есть прогресс, шейка матки переоценивается через 2 часа					
не производится рутинно ранняя амниотомия для профилактики слабости родовой деятельности					
Положение лежа на спине при родах не рекомендуется; женщинам рекомендуют ходить, при родах присутствует партнер					
Амниотомия производится безопасно и					

правильно: - с использованием стерильных перчаток и инструментов - сердцебиение плода проверяется до и после процедуры - производится наблюдение за цветом амниотической жидкости					
5.3.4 Увеличение дозы окситоцина					
Окситоцин используется только в/в.					
Когда используется окситоцин: - проводится непрерывный электронный мониторинг плода (если имеется) (или сердцебиение проверяется каждые 15-30 минут и после каждого сокращения) - контролируются артериальное давление женщины, пульс и маточные сокращения					
Вливание окситоцина прекращается, если сердцебиение плода меньше 100 ударов в минуту					
Окситоцин назначается в соответствии с правильной дозой и частотой вливания (согласно местному протоколу); Вводится через инфузионный насос или через шприц с обратным клапаном; Максимальная доза не превышает 32 mЕД /мин Используется минимальная эффективная доза (достигая 3-4 сокращений в течение 10 минут продолжительностью как минимум в 40 сек) Доза вливаний удваивается каждые 30 минут					
Амниотомия производится перед началом вливаний при наличии показаний					
Окситоцин назначается не раньше чем через 6 часов после введения последней дозы простагландина					
Простагландин не используется в/в для родовозбуждения или родостимуляции					
Прогресс переоценивается через 2 часа после начала хороших маточных сокращений. Раскрытие шейки матки по меньшей мере на 1 см/час или опущение головки плода считаются нормальным прогрессом					
Кесарево сечение производится если: хорошие сокращения не установились					

при максимальной дозе (32 mЕД /мин) - прогресс составляет менее чем 0,5 см/ч - нет опущения головки плода					
При наличии 4-5 сокращений в течение 10 мин, без патологий сердцебиения плода доза введения окситоцина уменьшается При наличии более 4-5 сокращений в течение 10 мин с патологией сердцебиения плода введение окситоцина прекращают, и дается тербуталин/сальбутамол Женщину кладут на левый бок					

5.4 Контроль инфекций

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
5.4.1 Определение и контроль инфекций мочеполовых путей					
На 12-16 неделе беременности у всех женщин проводится скрининг на наличие инфекции в нижнем тракте мочеполовой системы путем бак. посева и у всех женщин с симптомами инфекции производится бак. посев					
Инфекции нижнего мочеполового тракта правильно лечатся (т.е. 5-7 дневный курс соответствующими антибиотиками; могут быть использованы ампициллин/ цефалоспорин/ нитрофурантоин; (нет необходимости госпитализации)					
Пиелонефрит лечится правильно (госпитализация и в/в. антибиотики; выписка после 1-2 дней после уменьшения болей в пояснице)					
Женщины с инфекциями мочеполовых путей не изолируются во время беременности/родов					
5.4.2 Скрининг и соответствующее лечение сифилиса у всех женщин					
Тест Вассермана проводится у всех женщин при первом антенатальном посещении и по возможности в третьем триместре					
Сифилис не является показанием для госпитализации и изоляции					
Назначается соответствующая доза пенициллина (эритромицина, если женщина аллергична)					
Женщинам с сифилисом проводят скрининг и лечат от других заболеваний,					

передаваемых половым путём (ЗППП) ИППП					
5.4.3 Правильное ведение новорожденных, рожденных от матери с сифилисом					
Новорожденные проверяются (сыворотка крови) посредством теста на сифилис (VDRL) или экспресс теста реагина плазмы и оцениваются на наличие клинических признаков сифилиса					
Если мать не лечилась, лечилась недостаточно или статус лечения неизвестен, а у младенца нет признаков сифилиса, то младенца лечат соответствующей дозой прокаин бензилпенициллина (или бентазин бензилпенициллина) в/м. и наблюдают за ним в течении 4 недель для проверки роста и признаков врожденного сифилиса					
Если женщина получала лечение за более чем 30 дней до родов, младенцу лечение не проводится					
Если женщина получала лечение за менее чем 30 дней до родов, младенцу дают однократную дозу бензилпенициллина в.м. (или бентазин бензилпенициллина)					
Грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью позволено всем младенцам					
5.4.5 Определение правильного диагноза и лечение гонореи у женщин, и определение правильного диагноза и лечение врожденной гонореи у новорожденного					
Если наблюдается широкое распространение гонореи среди населения, то проводится скрининг					
Для постановки диагноза используется бак. посев цервикальной секреции					
Женщинам назначается соответствующее лечение, а партнера обследуют и назначают лечение					
Женщин не госпитализируют / не изолируют, а устранение инфекции проверяется последующим взятием мазка и культуры после лечения					
Младенцу позволяют получать грудное вскармливание и находится в одной палате с матерью, если ее пролечили					
Неонатальный конъюнктивит правильно диагностируется и своевременно лечится					
Профилактика неонатального конъюнктивита (гонорейного или хламидийного) правильно проводится у					

всех новорожденных в течении 1 часа после родов					
Хламидийный конъюнктивит у новорожденных правильно диагностируется и лечится (согласно руководящим принципам ВОЗ), а младенцам позволяют грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью					
Стрептококковая инфекция группы Б у новорожденных предотвращается согласно национальным руководствам / местным протоколам					
Соответствующие антибиотики в правильной дозе и по правильной схеме применяются интранатально в случае, если подозревается колонизация стрептококковой инфекции группы Б у матери или существуют факторы риска раннего неонатального сепсиса					
Соответствующая профилактика антибиотиками назначается всем женщинам с длительным периодом после ПРПО (преждевременный разрыв плодной оболочки), преждевременным ПРПО, преждевременными родами, температурой тела $\geq$38°C					
За новорожденными, родившимися у матери со стрептококковой инфекцией группы Б, проводится соответствующий уход, разрешается кормление грудью и совместное пребывание с матерью					
Для предотвращения листериоза и токсоплазмоза беременным женщинам даются общие рекомендации					
Скрининг на туберкулез при беременности проводят среди групп высокого риска					
Если результаты скрининга положительны, а рентген грудной клетки нормальный и/или нет клинических доказательств туберкулеза / мокрота дает отрицательный результат, то позволяется грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью					
Если у матери проявляются признаки активного туберкулеза, обеспечивается ее отделение от новорожденного, пока оба не получат соответствующее лечение и бациллы не перестанут обнаруживаться в материнской мокроте					
Вакцина от туберкулеза при рождении					

(БЦЖ) делается всем новорожденным, за исключением случаев, когда мать получала лечение от активной формы туберкулеза менее чем за 2 месяца до родов (в таком случае вакцина делается, когда лечение новорожденного закончено 2 недели назад)					
Скрининг на гепатит Б проводится у всех беременных женщин, а младенцы получают соответствующее иммуноглобулиновое лечение и вакцинацию при рождении, если мать имеет положительный результат					
Матери с положительным результатом гепатита Б не изолируются, а младенцам позволяется грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью					
Все новорожденные получают вакцинацию от гепатита Б при рождении					
Женщины с генитальным герпесом не изолируются и не госпитализируются для лечения генитального герпеса					
Кесарево сечение проводится, если первый эпизод генитального герпеса развивается во время родов, и его проведение рассматривается, если первый эпизод генитального герпеса развивается в период 6 недель до родов; Кесарево сечение проводится, когда рецидивирующий генитальный герпес с активными генитальными поражениями или продромальными симптомами присутствуют во время родов					
Новорожденные младенцы изолируются от других младенцев; грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью не противопоказаны					
Прерывание беременности предлагается женщинам с диагнозом краснуха в первые 16 недель беременности					
Вакцинация от краснухи предлагается всем серонегативным женщинам после деторождения, выкидыша, когда вероятность другой беременности в течении следующих 30 дней низкая					
Женщин с цитомегаловирусной ифекцией, токсоплазмозом, малярией, трихомониазом, кандидозом нет необходимости госпитализировать (за исключением случаев тяжелой малярии) и изолировать от других женщин					
Женщин с краснухой нет необходимости					

госпитализировать и изолировать от других женщин					
Новорожденных, рожденных от матерей с цитомегаловирусной инфекцией, краснухой необходимо изолировать от других новорожденных; их совместное пребывание с матерями и грудное вскармливание позволяется. Грудное вскармливание не позволяется недоношенным детям, рожденным от матерей с цитомегаловирусной инфекцией.					
Уход за новорожденными, рожденными от матерей с краснухой, должен обеспечиваться матерью и/или персоналом, обладающим иммунитетом					
В отношении новорожденных, рожденных от матерей с токсоплазмозом, малярией, трихомониазом, кандидозом, позволяется грудное вскармливание и совместное пребывание с матерью.					

5.5 Преждевременные роды

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
5.5.1 Предотвращение преждевременных родов (ПВР) у женщин в группе риска					
В настоящее время не рекомендуется постельный режим и госпитализация женщин группы риска ПВР					
Сексуальная активность не запрещена женщинам в группе риска					
Не назначаются профилактические оральные бетамиметики/сульфат магния /добавки кальция женщинам в группе риска					
5.5.2 Назначение соответствующих антибиотиков					
Профилактическая антибиотикотерапия (эритромицин)назначается беременным с ПРПО до34недель если она не в родах					
Профилактическая антибиотикотерапия (пенициллин или ампициллин) назначается всем женщинам с установленными преждевременными родами для предотвращения неонатальной стрептококковой инфекции группы Б					
Не назначается женщинам с угрозой преждевременных родов за исключением установленных родов					

Для предотвращения неонатальной стрептококковой инфекции группы Б в родах используются правельные показания/временной интервал/доза и тип антибиотика					
5.5.3 Токолитическое лечение					
Соответствующие токолитические препараты используются в правильных дозах: - Атосибан - Нифедипин в качестве первого выбора - Бетамиметики, только если нет противопоказаний - Сульфат магния не используется					
Токолитические препараты используются только в первые 48 часов с тем, чтобы позволить назначение кортикостероидов/перевод пациентки					
Токолитические препараты не назначают до 24 и после 34 недели					
Токолитические препараты назначают только вместе с кортикостероидами и/или переводом пациентки					
После первого удачного лечения не проводят повторное лечение токолитиками					
Оральные бетамиметики/магний для поддерживающей терапии не используются					
5.5.4 Антенатальные кортикостероиды					
Назначается всем женщинам с диагнозом преждевременных родов / ПРПО между 24-34 неделями, если только роды неизбежны					
Кортикостероиды используются соответственно: - назначаются в.м. в соответствующей дозе - не назначается обычно до 24 и после 34 недели					
Повторные курсы обычно не проводятся					
5.5.5 Роды и экстренный послеродовой уход					
Профилактика антибиотиками при стрептококковой инфекции группы Б назначается всем женщинам при преждевременных родах					
Влагалищное родоразрешение позволяется в случае очень низкой					

массы тела плода при рождении					
Эпизиотомия не проводится рутинно					
Неонатолог присутствует при родах					
Предпочитается отсроченное пережатие пуповины					
Гипотермию можно избежать если: -Температура в родовой/операционной не ниже 28°С при рождении недоношенного ребёнка - Осторожное высушивание теплыми полотенцами, удаляются влажные полотенца - Младенец сразу кладется на грудь матери - Дыхание и сердцебиение оцениваются пока младенец находится на груди у матери - На голову младенца одевают шапочку и на ножки носочки - Младенец и мать покрываются теплым одеялом - Измеряется температура новорждённого					
Обеспечивается раннее грудное вскармливание/кормление в течении 1 часа					

Резюме:
Управление случаями материнских осложнений

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Послеродовое кровотечение					
Гипертензия при беременности/ эклампсия					
Затяжные роды					
Контроль инфекций					
Преждевременные роды					

Основные сильные стороны

_____

_____

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Материнские осложнения	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

6. Обычный неонатальный уход

(см ссылку 2)

Источник: Пожалуйста соберите информацию, наблюдая за лечением и уходом за младенцами при соответствующих условиях и опрашивая специалистов и ухаживающих.

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
6.1 Оценка новорожденного и экстренный уход					
Состояние новорожденного оценивается незамедлительно (в течение 30 сек) после рождения					
Не проводится рутинно отсасывание слизи из дыхательных путей					
Не проводится рутинная катетеризация пищевода					
Пуповина пережимается после остановки пульсации					
Культя пуповины остается без повязки					
Руки акушерки чистые					
Используются стерильные инструменты					
Новорожденного держат в теплом помещении, без сквозняков					
Для реанимации предоставляется чистая и теплая поверхность					
После родов новорожденного немедленно высушивают					
Мать и младенца накрывают теплым одеялом вместе					
Теплая шапочка одевается на головку ребенка и носочки на ножки					
В случае необходимости обеспечивается теплая перевозка ребенка					
Купание или умывание откладывается на несколько часов после рождения					
Проводится контроль температуры (через 30 мин и 2 часа)					
6.2 Реанимация новорожденного					
Имеются в наличии и используются письменные рекомендации по реанимации и уходу за новорожденными					
Имеется в наличии реанимационная кровать с источником тепла и оборудованием, готовым к использованию					
Имеется в наличии самонадувающийся мешок с функционирующим предохранительным клапаном					

Имеются в наличии маски соответствующего размера					
Если новорожденный не дышит, согласно руководящим принципам ВОЗ начинается вентиляция легких при помощи самонадувающегося мешка					
Имеется в наличии письменная процедура вызова старшего медицинского персонала для реанимации, если это необходимо					
6.3 Раннее и исключительно грудное вскармливание					
Новорожденного кладут на живот или на грудь для контакта с кожей сразу же после рождения, если нет необходимости в реанимации					
Начало грудного вскармливания поощряется в течение первого часа					
Матерям помогают правильно приложить ребенка и занять правильную позицию					
Персонал осведомлен в отношении правильной позиции матери и младенца при грудном вскармливании					
Начало грудного вскармливания допускается в тихой атмосфере					
Отсутствует рекламирование детских смесей в палате и пробники не раздаются матерям или персоналу					
Нет ограничений по частоте и продолжительности грудного вскармливания					
При выписке, исключительно грудное вскармливание рекомендовано до 6 месяцев и дополнительное грудное вскармливание до 24 месяцев					
Сцеженное грудное молоко дается при помощи чашки или назогастральной трубки, если ребенок не может есть, или когда мать не может находиться рядом с ребенком все время					
Детское питание, дополнительная глюкоза, дополнительная вода не используются, за исключением случаев медицинских предписаний					
Исключение грудного вскармливания основывается на основании научных данных					
Искусственные соски/соски-пустышки не используются					
6.4 Обычная профилактика					

Обеспечивается профилактика глаз (в конце первого часа)					
Внутримышечно назначается витамин К					
Иммунизация проводится согласно национальной политике					
6.5 Послеродовой уход и обычная профилактика					
Совместное пребывание в палате возможно 24 часа/день (даже после кесарева сечения)					
Матерям рекомендуется ухаживать за здоровыми новорожденными, при помощи персонала, если это необходимо					
После нормальных родов производится ранняя выписка (в течении 3 дней)					
Избегается тугое пеленание					
Резус-фактор матери обычно известны до родов (до 28 недели)					
Если резус-фактор матери не известен заранее, он проверяется после родов					
если резус-фактор матери отрицательный после родов проверяется Резус-фактор новорожденного.					
Соответствующая профилактика изоиммунизации назначается матерям в течении 72 часов после родов при необходимости					
6.6 Мониторинг состояний младенцев					
В отделении доступны термометры					
Температура письменно записывается; при поступлении в палату, раз в день в случае нормального веса ребенка; дважды в день при преждевременных родах и малом весе новорожденного					
Оценивается частота дыхания в течение первого дня жизни (письменные записи)					
Имеются письменные записи о дыхании и частоте					
Имеются письменные записи об отсутствии или наличии желтухи					
6.7 Информирование и консультирование матерей					
Существуют руководства по обучению матерей как ухаживать за младенцами дома					
Матерям показывают, как купать младенца, как ухаживать за пупочной культей, следить за их дыханием					
Каждого младенца регистрируют в родовом журнале					

Гестационный возраст, вес, длина и окружность головы при рождении и вес при выписке записываются в информационный лист, предоставляемый матерям					

Резюме:
Обычный неонатальный уход

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Оценка новорожденного и экстренный уход					
Реанимация новорожденного					
Раннее и исключительно грудное вскармливание					
Обычная профилактика					
Послеродовой уход и обычная профилактика					
Мониторинг состояний младенцев					
Информирование и консультирование матерей					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Обычный неонатальный уход	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

7. Управление случаями и уход за больными новорожденными

(см ссылку 2)

Примечание 1: Больные новорожденные могут быть госпитализированы в разные отделения: родильное или детское. Информация должна быть в первую очередь собрана посредством непосредственного наблюдения.

Примечание 2: Этот раздел подходит для отделений / родильных домов, предоставляющих уход за больными новорожденными с малым весом при рождении, но не для отделений интенсивной терапии, которая рассматривается в следующем разделе 8. Специализированный уход за новорожденными (для отделений интенсивной терапии). Специализированные больницы могут иметь два различных отделения – одно для обеспечения ухода низкой интенсивности за больными или умеренно недоношенными новорожденными и другое для интенсивной терапии. В этом случае необходимо заполнение обоих разделов 7 и 8.

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
7.1 Проведение соответствующего мониторинга и лечение реанимированных младенцев					
Не практикуется рутинное отделение от матери					
Имеется план контроля (частота сердцебиения, дыхание, температура, диурез, гликемии), являющийся частью записей					
Особые потребности в питании включены в план/запись					
лекарства не назначаются рутинно, если нет особых показаний					
7.2 Сепсис новорожденного					
Сепсис новорожденного подозревается у новорожденных с такими признаками, как расстройства дыхания, затруднённость кормления, изменения в поведении ребёнка и соответствующим образом изучается (общий анализ крови, посев крови и поиска очагов инфекции)					
Поясничная пункция проводится для того, чтобы исключить или подтвердить менингит					
Новорожденные получают кислород при цианозе или при тяжелой дыхательной недостаточности					
Эффективные антибиотики[6] назначаются в соответствии с возрастом и весом младенца					
Проводится мониторинг клинического статуса и восприимчивости к лечению					

[6] Пакет учебных материалов по Эффективной перинатальной помощи, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ (стр. 49- 50, 62-66)
http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122_1

7.3 Особые потребности в питании					
Младенцам с маленьким весом дается материнское молоко					
Младенцам с маленьким весом обеспечиваются частые кормления (как минимум 8 раз за день) и проводится контроль потребления					
Для новорожденных, которые не могут самостоятельно есть, сцеживается грудное молоко и дается при помощи чашки или назогастральной трубки в соответствующих количествах согласно возрасту. Проводится контроль потребления.					
Если вводятся в.в. жидкости, они записываются и предпринимаются меры по предотвращению перенасыщения жидкостью					
У новорожденных с маленьким весом тепло-потеря минимизируется посредством применения ухода по методу «кенгуру» и надевания шапочки на голову					
7.4 Распознание и лечение гипогликемии, гипокальцинемии и желтухи					
Имеются и используются руководства по распознанию и лечению гипогликемии					
Имеются и используются руководства по предотвращению гипогликемии в случае маленького, низкого веса и если мать страдает диабетом					
В случае «конвульсий» или «летаргии» проверяются и устраняются гипогликемия (глюко-тест) и, если это возможно, гипокальцинемия и гипомагнезимия					
Доступно оборудование для заменного переливания крови, или имеются руководства по переводу младенца с тяжелой желтухой					
Фототерапия и руководства по ее использованию доступны, и соответствующая гидратация гарантируется					
Имеются процедуры для проверки уровня билирубина					
Правильное функционирование фототерапевтических ламп проверяется и записывается					

7.5 Соответствующее и безопасное использование кислорода в отношении недоношенных младенцев					
Отсутствует рутинное использование кислорода в отношении недоношенных младенцев					
Необходимость в кислороде обычно оценивается посредством использования сатуриметра (пульсоксиметр)					
Имеются и осуществляются руководства по использованию и мониторингу кислородной терапии в отношении недоношенных младенцев					
В отношении недоношенных младенцев, получающих кислородную терапию, проводится мониторинг $SatO_2$					
7.6 Легкий доступ матери к ее младенцу					
Матерям позволяют находиться вместе с младенцами 24 часа в сутки					
Отцам позволяют посещать отделение					
Частота сердцебиений и частота дыхания записываются каждые 3-6 часов, исходя из клинической ситуации					
Температура записывается каждые 6-12 часов или каждые 3-6 часа в случае наличия источника облучения					
Вес записывается как минимум раз в день (2 раза в день при маленьком весе при рождении)					

Резюме:
Уход за больными новорожденными

Критерии	**0**	**1**	**2**	**3**	**Комментарии**
Проведение соответствующего мониторинга и лечение реанимированных младенцев					
Сепсис новорожденных					
Особые потребности в питании					
Распознание и лечение гипогликемии, гипокальцинемии и желтухи					

Соответствующее и безопасное использование кислорода в отношении недоношенных младенцев					
Легкий доступ матери к ее младенцу					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Уход за больными новорожденными	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

8. Специализированный уход за новорожденными (для отделений интенсивной терапии)

8.1 Размещение отделения

Количество поступлений в год (только отделение неонатальной интенсивной терапии (ОНИТ))	Младенцы, рожденные в этом отделении	№	_____
	Младенцы, рожденные в другом месте	№	_____
Количество родов в больнице в год		№	_____
Количество коек интенсивной терапии (вспомогательная искусственная вентиляция легких) в ОНИТ		№	_____
Количество коек полу-интенсивной терапии		№	_____
Количество пред-выписных коек		№	_____
Количество неонатальных транспортировок в год		№	_____

8.2 Персонал отделения неонатальной терапии

Укажите количество имеющегося персонала	**часы 08-14**	**часы 14-20**	**часы 20-08**	
Врачи				Врачи
Медсестры				Медсестры
Дополнительный персонал				Помощники

Лечащие врачи доступны или на связи на выходных?

_____

Если старший персонал не доступен все время, как их вызывают?

_____

_____

Каково соотношение медсестер и пациентов в отделении интенсивной терапии (т.е. младенцев, находящихся на вспомогательной искусственной вентиляции легких)?

- По крайней мере 1 медсестра на каждых 2 новорожденных в отделении интенсивной терапии (находящихся на вспомогательной искусственной вентиляции легких)

- Менее 1 медсестры на каждых 2 новорожденных в отделении интенсивной терапии (находящихся на вспомогательной искусственной вентиляции легких)

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
8.3 Записи					
Для врачей и медсестер имеются определенные формы записи по интенсивной терапии					
Формы записи заполняются соответствующим образом					
Диагностические гипотезы четко описываются в медицинских записях					
Специальные карты физического развития для недоношенных новорожденных используются во время всего пребывания в больнице					
Имеет место передача соответствующей информации между сменяющимся персоналом					
8.4 Стандарты кормлений					
Ведутся ежедневные записи потребления жидкости					
Ведутся ежедневные записи потребления калорий					
Если нет противопоказаний по кормлению, минимальное энтеральное кормление начинается в течение первых 48 часов, предпочтительно молоком собственной матери (недоношенные новорожденные)					
Na, K, Cl не даются в первые 48 часов жизни (доношенные новорожденные). В первые 48-72 часов - недоношенные новорожденные					
Начальный прием в.в. аминокислот у недоношенных новорожденнных: 1.5 – 2.0 Прием 3 г/кг/ на 4-й день					
Потребление калорий в конце 1-й недели у недоношенных новорожденнных: 90-100 ккал/кг/день					
Использование детского питания, при особом на то медицинском предписании Для младенцев весом < 1500 грамм: a) доступность обогатителя человеческого молока, b) доступность детского питания для недоношенных (80 ккал / 100 мл)					

8.4.1 Общее парентеральное питание (ОПП)					
Существуют письменные протоколы относительно соответствующего парентерального и энтерального приема пищи по весу и гестационному возрасту					
Потребление жидкостей и калорий ежедневно записывается					
Парентеральный аминокислотный раствор доступен					
Парентеральный липидный раствор доступен					
Имеются письменные протоколы по размещению и правильному расположению центрального катетера					
Имеются письменные протоколы по уходу за центральными катетерами					
Доступны одноразовые материалы (например, катетеры)					
8.4.2 Показатели питательных результатов					
Процент потери веса > 10% в весовом классе 1500-2499 (<10%: оценка 3, 10%-20%: оценка 2, 20-50%: оценка 1, >50% оценка 0)					
Количество (%) случаев младенцев<1500 г с НЭК (<5%: оценка 3; 5%-15%: оценка 2; 15-25%: оценка 1; >25%: оценка 0)					
8.5 Контроль инфекций и лечение					
Имеются письменные протоколы по лечению специфических инфекций антибиотиками (ранне- и поздно-выявленного сепсиса)					
Всегда используются протоколы и лечение антибиотиками корректируется согласно клиническому ответу и проводятся тесты на чувствительность к антибиотикам по мере возможности					
До введения антибиотиков, проводится посев крови (гемокультура (2.0 мл))					
Эмпирическое лечение антибиотиками прекращается в течение 48-72 часов, если гемокультура негативна					
Регулярно проводится поясничная пункция, чтобы исключить или подтвердить менингит у младенцев с признаками/симптомами, предполагающими бактериологический менингит и поздно-выявленный сепсис					
Микробиологическое тестирование доступно в течение времени, достаточного					

для принятия решений					
Проводится мониторинг степени и типа нозокомиальной инфекции					
8.6 Проблемы, связанные с дыханием					
Интенсивность дыхания, частота сердцебиения и кровяное давление проверяются и записываются по крайней мере каждые 3 часа у каждого младенца с респираторным дистресс-синдромом (РДС)					
Рутинно используются пульсоксиметры для мониторинга младенцев с РДС					
Вес и потребление жидкости проверяется как минимум раз в день у младенцев с РДС или какой-либо серьезной болезнью					
Результаты рентгена и их интерпретация записываются в формах записи					
В случае применения CPAP (непрерывного положительного давления в дыхательных путях): - легко доступны инструкции по использованию оборудования - имеются все необходимые материалы - имеются письменные протоколы по клиническому использованию					
В случае искусственной вентиляции легких: - непосредственно доступны инструкции - имеются письменные протоколы по клиническому использованию - доступно оборудование для пункционной биопсии или дренирования плевры при пневмотораксе - имеется анализатор кислотно-щелочного баланса крови - настройки вентиляции корректируются в зависимости от анализов кислотно-щелочного баланса крови					
8.7 Другие особые состояния					
Проводится оценка (по клиническим и/или эхокардиографическим критериям)на наличие открытого артериального протока					
Имеются письменные протоколы для оценки и лечения неонатальных судорог					
Имеются письменные протоколы по острой и поздней анемии недоношенных					
Имеются письменные протоколы по переливанию компонентов крови					

8.8 Использование лекарственных препаратов[7]					
Используются лекарственные препараты только с доказанной эффективностью					
Дозировка медикаментов соответствует возрасту и весу					
8.9 Контроль и избежание болевых ощущений					
Болевые процедуры сведены к минимуму					
Используются не фармакологические и фармакологические подходы для уменьшения боли					
8.10 Транспортировка младенцев, находящихся в критическом состоянии					
Имеются письменные протоколы для определения оборудования и критериев для внутристационарной и межстационарной транспортировки младенцев, включая обратное перемещение					
Проводится мониторинг и оценка межстационарной транспортировки					
8.11 Процедура выписки					
Конечный диагноз, обозначенный в медицинской записи, является полным и точным					
Отделение предоставляет последующее врачебное наблюдение за всеми младенцами с высоким риском					
8.12 Неонатальный уход, связанный с развитием					
Постуральный уход (создание уютного места или других подходов для обеспечения здоровья младенца и его развития)					
Воздействие окружающей среды на младенцев (свет, шум и т.д.) сведены к минимуму					
Доступна физиотерапия для младенцев с длительной госпитализацией и с риском нарушения двигательно-мышечного тонуса					
К новорожденным с малым весом при рождении применяют уход по методу «кенгуру»					
8.13 Общение с родителями					
Родителям ежедневно сообщают о состоянии госпитализированных младенцев					
Родителей привлекают к уходу за младенцами по мере того, насколько это					

[7] см. 8.15 Необходимые лекарственные препараты для использования в неонатальной интенсивной терапии

позволяют клинические условия					
Недалеко от палаты есть место, где родители могут находиться в течение дня					
8.14 Непрерывное медицинское обучение и аудит					
Периодически проводится обновление материалов по соответствующим клиническим вопросам					
Процедуры ухода периодически (ежегодно) пересматриваются					
Организационные вопросы периодически обсуждаются всей командой					
В каждом случае перинатальной смерти (критические случаи) проводится аудит					
8.15 Основные лекарственные препараты, используемые для интенсивного ухода за новорожденными					

Непосредственное изучение истории болезни для проверки использования медицинских препаратов, показаний для применения лекарств и их дозировки.

- **КОФЕИН** (Предупреждение и лечение апноэ): максимальная доза: 10-20 мг/кг кофеиновой основы (эквивалентных 20-40 мг/кг кофеинового цитрата), принимаемые каждые 30 минут. Поддерживающая доза: 2.5-5 мг/кг (эквивалентных 5-10 мг/кг кофеинового цитрата) IV или PO, принимаемые каждые 24 часа.
- **ЦЕФОТАКСИМ** (Неонатальный сепсис/менингит): 5 мг/кг/доза, IV или IM, a) каждые 12 часов детям, вес тела которых < 2000 г, или возраста 0-7 дней; b) каждые 8 часов детям > 2000 г или возраста > 7 дней.
- **ДЕКСАМЕТАЗОН**: Может даваться новорожденным при искусственной вентиляции легких между 7 и 14 днями жизни. Снижает уровень BPD, но не летального исхода, и может стать причиной неблагоприятных последствий в долгосрочной перспективе. Избегайте одновременного приема данного препарата с индометацином. Продолжительность лечения варьируется, однако краткосрочный курс лечения, начатый с 0.25 мг/кг в день и продолжающийся 5-7 дней, может оказаться достаточным.
- **ДОФАМИН** (Лечение гипотонии. Повышает сосудистое системное сопротивление): режим дозирования: непрерывное внутривенное введение 2-20 мг/кг в минуту инфузии IV. Расчеты: мг дофамина растворяют в 50 мл раствора = 3 х желаемая доза (мг/кг/мин) / желаемое количество жидкости (мл/час) х вес (кг).
- **ФЕНТАНИЛ** (обезболивающее, успокоительное средство): 1-4 мг/кг/доза IV при постепенном введении. Повтор по предписанию врача (обычно каждые 2-4 часа). Может вводиться в виде непрерывной инфузии: 1-5 мг/кг/час.
- **СУЛЬФАТ ЖЕЛЕЗА:** предупреждение анемии в случае преждевременных родов: 2-3 мг/кг элементарного железа в день, это может быть одноразовый приём или же указанную дозу можно поделить надвое. Лечение недоношенного ребенка можно начать после 2 недель его жизни.
- **ФУРОСЕМИД** (закупорка сердечных сосудов, почечная недостаточность): 1 мг/кг/доза IV или PO каждые 12-24 часа. При острой почечной недостаточности доза увеличивается (2-4 мг/кг). Необходим контроль изменений веса и сывороточных электролитов. Потенциально существует риск вредного влияния на слух или нарушения равновесия при одновременном лечении аминогликозидами.
- **ИНДОМЕТАЦИН** (закупорка артериальных протоков): режим дозирования: a) Возраст < 48

часов: 0.2 мг/кг IV, следом две дозы по 0.1 мг/кг с интервалом в 12 часов; b) Возраст – 2 - 7 дней: три дозы по 0.2 мг/кг IV, принимаемые с интервалом в 12 часов; c) Возраст > 7 дней: три дозы по 0.25 мг/кг IV, принимаемые с интервалом в 12 часов. Необходим строгий контроль диуреза: приостановите или отложите прием последующих доз в случае анурии или олигурии.

- **МИДАЗОЛАМ** (Успокоительное средство): 0.05 - 0.15 мг/кг/доза IV или же 0.2 мг/кг интраназальным способом. Возможны повторные дозы каждые 2 - 4 часа, по требованию. Возможно непрерывное внутривенное введение из расчета 10-60 мг/кг/час. Необходим контроль на предмет угнетения дыхания и низкого кровяного давления.
- **ФЕНОБАРБИТАЛ** (Приступы/припадки): Максимальная доза: 20 мг/кг, инфузия IV или IM. В случае не поддающегося лечению приступа или припадка возможны дополнительные дозы по 5-10 мг/кг, в общей совокупности доходящие до 40 мг/кг. Угнетения дыхания обычно не наблюдается при концентрациях < 60 мг/мл. Поддерживающая доза: 3-5 мг/кг/день IV, IM или PO, прием которой возможен по прошествии 12-24 часов после приема максимальной дозы.
- **ГИДРОКАРБОНАТ НАТРИЯ** (Реанимация новорожденных): 1-2 mEq/кг/IV медленно, по меньшей мере, в течение 2 минут, a) в случае подтвержденного или установленного метаболического ацидоза, b) во время затянувшейся реанимации, но только после эффективной вентиляции легких.
- **ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО** Curosurf 100-200 мг/кг через эндотрахеальную трубку. Вторая доза (из расчета 100 мг/кг) может быть введена по прошествии 6 - 12 часов.
- **ВАНКОМИЦИН** (Стафилококковая инфекция, устойчивая к метициллину (коагулянт-негативный стафилококк, *Staphylococcus aureus*): доза: 15 мг/кг/доза (Менингит); 10 мг/кг/доза (Бактериемия), в виде инфузии IV в течение 60 минут. Интервал между дозами: a) При весе < 1200 граммов каждые 24 часа; b) При весе от 1200 до 2000 граммов каждые 12 часов; c) При весе > 2000 граммов каждые 8 часов.
- **ВИТАМИН D** (добавка к рациону): 400 U/в день для детей, родившихся в срок и раньше срока.

Резюме:
Специализированный уход за новорожденными (для отделений интенсивной терапии новорожденных)

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Записи					
Стандарты кормлений					
Контроль инфекций и лечение					
Проблемы, связанные с дыханием					
Особые состояния					
Использование лекарственных средств					
Контроль и избежание болевых ощущений					
Транспортировка младенцев,					

находящихся в критическом состоянии					
Процедура выписки					
Неонатальный уход, связанный с развитием					
Общение с родителями					
Непрерывное медицинское обучение и аудит					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Специализированный уход за новорожденными	**Хорошо**	**Требуется улучшить**		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

9. Экстренная акушерская помощь

Источник: Посещение родильного отделения и беседа с персоналом, осуществляющим экстренную помощь.
Инструкции: Опросить персонал в отношении того, где присутствует экстренная помощь, на кого она направлена; как вызывается старший персонал, и где и каким образом обрабатываются сложные ситуации.

Где принимаются пациенты, находящиеся в экстренном состоянии?

_____

_____

_____

_____

Опишите действия типичной экстренной акушерской помощи (женщина, экстренно поступившая в больницу):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Существует ли какая-либо система приоритезации тяжелобольных пациентов (сортировка больных)?

ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, то опишите:_____

_____

_____

Существует ли место оказания экстренной помощи, оснащенная необходимым для того, чтобы оказать помощь женщине/новорожденному.

ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, то опишите:_____

_____

_____

Существует ли отдельная консультация для пациентов средней тяжести - женщин/новорожденных?

ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, то опишите:_____

_____

_____

Когда пациенты поступают из отделений первого уровня, имеют ли они с собой направления?

никогда ☐ иногда ☐ всегда ☐

Комментарии:_____

_____

Имеются ли какие-либо рабочие материалы (алгоритмы, настенные таблицы, буклеты с графиками), служащие для управления случаями экстренной акушерской помощи?

ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, то опишите о чем они, и прокомментируйте на предмет их соответствия:

_____

_____

Расстояние от приемного покоя до места экстренной помощи:

В этом же здании, расстояние _____

В другом здании, расстояние _____

Расстояние от консультации до места экстренной помощи:

В этом же здании, расстояние _____

В другом здании, расстояние _____

9.1 Персонал, занимающийся экстренной акушерской помощью

Это касается персонала, кто непосредственно доступен для предоставления экстренной помощи, и их уровня подготовки.

Тип персонала	**В рабочее время** *Доступны/ не доступны Если доступны, то количество*	**Во внерабочее время** *Доступны/ не доступны Если доступны, то количество*	Обучены **оценке/ обнаружению** экстренных состояний пациентов *Да/Нет*	Обучены **управлению** экстренными состояниями пациентов *Да/Нет*	**Примечания**
Административный персонал					
Медсестра					
Акушерка					
Врач др.специальности					
Акушер-гинеколог					

Критерии	**0**	**1**	**2**	**3**	**Комментарии**
9.2 План и структура					
Женщины оцениваются (сортируются) по приоритетным признакам сразу же по прибытии.					
Пациентам не приходится ждать регистрации, оплаты, своей очереди и т.д. до проведения их первичной оценки и предпринятия действия.					
В приемном покое имеются настенная таблица или рабочие материалы, идентифицирующие пациентов по сложности их состояния.					
9.3 Лекарственные препараты, материалы и оборудование. * (см. ниже)					
Необходимые лекарственные препараты для экстренных состояний (противосудорожные средства, глюкоза, в.в. жидкости) всегда доступны и бесплатны для каждой семьи.					
Необходимые лабораторные анализы (глюкоза, гемоглобин и гематокрит) доступны, и их результаты получаются своевременно.					

Необходимое оборудование (иглы и шприцы, назогастральные трубки, кислородное оборудование, самонадувающиеся мешки для реанимации – мешки Амбу – с масками различных размеров, ингаляторы и прокладки) имеются в наличии.					
9.4 Обеспечение персоналом					
Квалифицированный сотрудник выделен для сортировки пациентов по приоритетам в оказании медицинской помощи.					
Подготовленный специалист доступен для оказания помощи пациентам, находящимися в экстренном состоянии.					
9.5 Управление случаями** (см.ниже)					
Персонал, ответственный за сортировку, обучен соответствующим образом, и способен осуществлять сортировку в соответствии с заданными критериями					

* **Лекарственные препараты, материалы и оборудование.**
Пожалуйста обращайтесь к таблицам в разделе «Необходимые лекарственные препараты, оборудование и материалы». При оценке соответствия материалов, пожалуйста имейте в виду, что некоторые препараты (такие, как кислород, противосудорожные средства) должны быть незамедлительно доступны, в то время как в отношении других (как, например, антибиотиков) достаточно обеспечение их доступности.

** **Управление случаями экстренных состояний пациентов.**

Информация в основном получается путем прямого наблюдения за случаями и посредством проведения бесед с персоналом в отношении обычно применяемой практики. При отсутствии случаев экстренных состояний, персонал опрашивается на предмет того, как он будет вести себя в подобных ситуациях.

Резюме:
Экстренная медицинская помощь

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
План и структура					
Лекарственные препараты, материалы и оборудование					
Персонал					
Управление случаями					

Основные сильные стороны

Основные слабые стороны

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Экстренная акушерская помощь	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

10. Инфекционная, профилактическая и вспомогательная помощь

10.1 Управление и контроль над инфекционными случаями

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
10.1.1 Соответствующее мытье рук					
Места для мытья рук хорошо организованы и оборудованы: - жидкое мыло - одноразовые полотенца - контейнеры для использованных полотенец - антисептик с дозатором					
Имеются письменные протоколы по гигиене рук и обеззараживанию, а информация по технике мытья рук размещена над или около рукомойников.					
Письменные протоколы по мытью рук и дезинфекции для проведения различных процедур доступны для персонала.					
Сотрудники знают и следуют протоколам по мытью рук и дезинфекции для проведения различных процедур					
Проводится непрерывное обучение персонала правилам и технике мытья рук.					
В совместных палатах существует достаточное количество мест для мытья рук матерей.					
Мытье рук осуществляется соответствующим образом: - руки обеззараживаются перед непосредственным контактом с пациентом и после любой деятельности или контакта, загрязняющего руки (контакт с кровью или другими биологическими жидкостями и после снятия перчаток) - кольца, украшения, лак на ногтях должны быть удалены - мыло наноситься на смоченные водой руки - мыть руки нужно 15-30секунд соответственно инструкции - руки необходимо высушить одноразовым бумажным полотенцем					

10.1.2 Обеззараживание рук					
Мытье рук антисептическим мылом или антисептиком для быстрой гигиены рук осуществляется в случае: - инфекционных больных или пациентов с определенными факторами риска (возраст, опухоль) - воздействие биологических жидкостей или инвазивных нехирургических процедур (таких как, периферические венозные катетеры, введение мочевого катетера)					
В случае: - тяжелых иммуно-дефицитных пациентов (<500 белых кровяных клеток в 1 мл), множественных травм, тяжелых ожогов, трансплантации органов - операционных или инвазивных процедур с высокой степенью риска (например, центральный венозный катетер, ручное удаление плаценты, эндотрахеальная интубация), проводится хирургическая обработка рук и предплечьев					
Если руки соприкасаются с инфицированными поверхностями, повторно проводится хирургическая обработка рук.					
10.1.3 Использование перчаток					
Стерильные перчатки используются для хирургических операций, «малых» хирургических операций на коже, ручных проникновений в ткани и слизистые оболочки, установления стерильных катетеров, зондов и т.д. в стерильной ткани и жидкости организма (кровь, лимфа)					
Чистые перчатки используются при прямом контакте с биологическими жидкостями и у пациентов, которые устойчивы к микроорганизмам антибиотиков					
Перчатки используются при обращении с использованными инструментами и при утилизации инфицированных отходов.					
Отдельная пара перчаток используется для каждого нового пациента.					
10.1.4 Соответствующая профилактика антибиотиками					

Соответствующая профилактика антибиотиками проводится в соответствии с научными доказательствами					
10.1.5 Несоответствующая практика в отношении инфекционного контроля					
рутинно не осуществляется текущая дезинфекция помещений					
Ультрафиолетовые лампы рутинно не используются для дезинфекции					
Не существует обычных правил по замене одежды и обуви					
Замена повязок на местах асептических ран/установки в.в. катетеров не проводится ежедневно					
Волосы перед операцией не удаляются путем бритья					
Повязка на рану не используется более 48 часов					
Не существует политики по ограничению посещений больницы					
персоналом не используются шапки и маски на постоянной основе					

10.2 Вспомогательная помощь

Критерий	0	1	2	3	Комментарии
10.2.1 Потребности в пище госпитализированных пациентов					
Потребности в пище всех пациентов удовлетворяются согласно возрасту и способности самостоятельно питаться					
В.в. глюкоза не должна использоваться в качестве источника калорий более чем 24 часа					
10.2.2 Использование внутривенных жидкостей					
Внутривенные жидкости используются только в соответствии с международными руководящими принципами					
Выбираются подходящие жидкости					
Скорость вливания находится под тщательным контролем					
10.2.3 Лечение лекарственными препаратами					
Не практикуется использование лекарственных препаратов/ добавок недоказанной эффективности					

Критерий	0	1	2	3	Комментарии
10.2.4 Переливание крови					
Препараты/компоненты крови используется только по показаниям					
Используется только проверенная кровь					
Скорость вливания находится под тщательным контролем					

Резюме:
Инфекционная, профилактическая и вспомогательная помощь

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Управление и контроль над инфекционными случаями					
Вспомогательная помощь					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

_____

_____

_____

_____

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Инфекционная, профилактическая и вспомогательная помощь	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

11. Мониторинг и последующее наблюдение

Примечание: Применяется в отношении больных новорожденных детей, а также женщин с осложнениями

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
11.1 Мониторинг индивидуальный					
Во время приема, устанавливается план мониторинга в соответствии с тяжестью состояния пациента					
Стандартная таблица мониторинга содержит следующую информацию: данные о пациенте; жизненно важные признаки; клинические признаки, зависящие от состояния; проведенное лечение, питание и результаты					
11.2 Повторная оценка и контроль, осуществляемые медсестрами					
Ключевые признаки риска изучаются и регистрируются медсестрами дважды в день и по меньшей мере 4 раза в день для критически больных пациентов					
Дозировка и время приема медикаментов и в.в. растворов регистрируются медсестрой для каждого пациента, получающего медикаменты или в.в. растворы					
Дополнительный специальный мониторинг осуществляется и регистрируется в тех случаях, когда необходимо следить за развитием определенных состояний: например использование MgSO4 при преэклампсии, баланс жидкости (вход - выход) при тяжелой преэклампсии, и т.д.					
Медсестры используют результаты мониторинга пациентов для того, чтобы предупредить врачей о проблемах или изменениях в состоянии здоровья пациентов, требующих их внимания					
11.3 Повторная оценка					
Тяжелобольные пациенты до улучшения состояния осматриваются врачами дважды в день					

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
11.4 Последующее наблюдение					
При необходимости, перед выпиской определяется проведение последующего наблюдения в медицинском учреждении, находящемся вблизи дома пациента, которое может обеспечить необходимое последующее лечение					
Все женщины получают выписку, которая описывает их состояние и содержит информацию для персонала учреждения, в котором будет обеспечиваться последующее наблюдение					

Резюме:
Мониторинг и последующее наблюдение

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Мониторинг индивидуального прогресса					
Повторная оценка и мониторинг со стороны медсестер					
Повторная оценка					
Последующее наблюдение					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Мониторинг и последующее наблюдение	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

12. Руководящие принципы и проведение аудита

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
12.1 Наличие соответствующих и обновленных клинических руководщих принципов					
Легко доступна современное по меншей мере одно руководство по неонатологии					
Легко доступна по меншей мере одно современное руководство по акушерству для врачей					
Легко доступно по меншей мере одно современное руководство для акушерок по ведению нормальных родов					
Национальные руководсва по ведению нормальных родов легко доступны в учреждении					
Местные протоколы по ведению нормальных родов легко доступны в учреждении в виде карманных инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов					
Национальные руководсва по ведению экстренных состояний в акушерстве легко доступны в учреждении					
Местные протоколы по ведению экстренных состояний в акушерстве легко доступны в учреждении в виде карманных инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов					
Национальные руководсва по ведению экстренных ситуаций в неонатологии легко доступны в учреждении					
Местные протоколы по ведению экстренных ситуаций в неонатологии легко доступны в учреждении в виде пакета инструкций, настенных таблиц или рабочих материалов					
Местные протоколы в учреждении регулярно пересматриваются и обновляются					
12.2 Работа в команде и проведение аудита					
Проверки проводятся для изучения случаев смерти и осложнений					
К клиническому аудиту привлекаются все члены команды,					

включая акушерок и медсестер					
Клинический аудит проводится с использовнием современных руководств и протоколов, основнных на докзательствах					
Клинический аудит обеспечивает конфиденциальность и не служит поводом для порицания и наказания					
Рекомендации по результатам аудита обсуждаются и внедряются на практике					
Периодически организовываются собрания сотрудников для обсуждения организационных аспектов					
Периодически организовываются собрания сотрудников для обсуждения и пересмотра протоколов					
Медсестры и акушерки привлекаются к участию в общих собраниях					
Медсестры и акушерки проводят свои собственные собрания					

Резюме:
Руководящие принципы и проведение проверок

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Наличие соответствующих и обновленных клинических руководящих принципов					
Работа в команде и проведение аудита					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Руководящие принципы и проведение аудита	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

13 Доступ к стационарной помощи

Опросите 2-3 матерей об их опыте касательно получения стационарной помощи. Дополнительно опросите персонал для того, чтобы узнать их точку зрения.

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
13.1 Направление медицинским работником системы первичной медицинской помощи					
В случае необходимости, направленные пациенты получают соответствующее предварительное лечение					
Направленные пациенты обеспечиваются направлениями, где указаны их состояние, причина направления и лечение, которое уже проводилось					
Женщин госпитализируют без каких-либо серьезных задержек при указании сотрудником системы первичной медицинской помощи о необходимости стационарного лечения					
13.2 Транспортировка до больницы					
Отсутствие транспорта до больницы не является причиной откладывания визита к врачу					
Стоимость проезда на транспорте не является барьером для визита к врачу					
13.3 Обращение женщин за помощью					
Женщины знают признаки и симптомы, которые требуют обращения к медицинским услугам					
Первичные медико-санитарные службы предоставляют женщинам соответствующую информацию и консультации о том, где и как обратиться в больницу					
13.4 Экономические барьеры касательно получения стационарной помощи					
Больничный прейскурант не создает существенных барьеров для получения стационарной помощи*					
Ухаживающие четким образом уведомлены о больничном прейскуранте, а сам прейскурант вывешен в палате/больнице					
Неофициальных платежей не существует					

13.5 Направление к врачам системы помощи более высокого уровня					
Отсутствие транспорта до больницы не является причиной откладывания визита к врачу					
Стоимость проезда на транспорте не является барьером для визита к врачу					
Транспорт своевременно доступен					
Существуют точные критерии для направления пациента в больницу					

*Спросите о разного рода платежах, таких как: плата за прием, стоимость лекарств или лабораторных исследований, плата за использование оборудования в больнице. «Значительные» платежи определяются как высокие для некоторых семей, что создает преграды для получения стационарной помощи, или же вынуждает родителей занимать деньги для получения доступа к медицинской помощи.

Резюме:
Доступ к стационарной помощи

Критерии	0	1	2	3	Комментарии
Направление медицинским работником системы первичной медицинской помощи					
Транспортировка до больницы					
Обращение женщин за помощью					
Экономические барьеры касательно получения стационарной помощи					
Направление к врачам системы помощи более высокого уровня					

Основные сильные стороны

_____

_____

_____

_____

Основные слабые стороны

_____

_____

_____

Дополнительные комментарии

Общая оценка по разделу

Общая оценка – Доступ к стационарной помощи	Хорошо	Требуется улучшить		
(необходимо обвести кружком)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки медицинского процесса, отметив одну из 4-х цифр; цифра 3 указывает на хорошую поддержку; цифры от 2 до 0 обозначают уровни необходимых улучшений (2 = небольшая необходимость улучшения, 0 = срочная необходимость улучшения)

Сводная оценка

Это резюме позволяет определить наиболее критические области в качестве основы для определения приоритетов и плана работы перед обсуждением со старшим персоналом больницы.

	Хорошо	**Требуется улучшить**		
Общая оценка	**3**	**2**	**1**	**0**
1.a Медико-санитарная статистика больницы				
1.b Доступность лекарственных препаратов				
1.c Оборудование и материалы				
1.d Наличие и использование лабораторной поддержки				
1.e Базовая инфраструктура				
2.a Родильная палата				
2.b Палата для новорожденных				
3. Нормальные роды				
4. Кесарево сечение				
5. Материнские осложнения				
6. Обычный неонатальный уход				
7. Уход за больными новорожденными				
8. Специализированный уход за новорожденными				
9. Экстренная помощь				
10. Инфекционный контроль и вспомогательная помощь				
11. Мониторинг и последующее наблюдение				
12. Руководства\протоколы и проведение аудита				
13. Доступ к стационарной помощи				
Сводная оценка для больницы = общая оценка*				

* используйте только в случае, если оценку проводит одна и та же команда.

Подведение итогов и план действий

Обсудите приведенные выше результаты оценки больницы со старшим персоналом больницы, предоставляя детали, где это необходимо. Обсудите их мнение о результатах оценки, и какие действия должны быть предприняты для улучшения качества оказываемой детям помощи. Обсудите показатели заболеваемости и смертности, а также возможности для принятия соответствующих мер. Разработайте план действий, используя следующую таблицу.

ПУНКТЫ	Сводная оценка			Влияние на смертность и заболеваемость		Выполнимость		Необходимые действия	Приоритетность		График и ответственное лицо
	Должна быть значительно улучшена	Должна быть улучшена	Не должна быть улучшена	Высокое	Низкое	Высокая	Низкая		Высокая	Низкая	

Основные источники

1. Руководство IMPAC «Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: Руководство для врачей и акушерок», 2003 WHO/RHR/00.7; http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html

2. Руководство IMPAC «Решение проблем новорожденных: Руководство для врачей, медицинских сестер и акушерок», 2003 ISBN 92 4 154622 0 http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/index.html

3. Штаб-квартира ВОЗ: «Уход при нормальных родах: практическое руководство», 1996 WHO/FRH/MSM/96.24 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_frh_msm_9624/en/

4. Всемирная организация здравоохранения, Департамент репродуктивного здоровья и исследований: «Работа с отдельными лицами, семьями и сообществами в целях улучшения состояния здоровья матерей и новорожденных», 2003 WHO/FCH/RHR/03.11 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_fch_rhr_0311/en/

5. Рекомендованные мероприятия IMPAC ВОЗ по улучшению здоровья матерей и новорожденных, 2005 WHO/MPS/07.05 http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/who_mps_0705/en/

6. Руководство IMPAC «Охрана здоровья женщины в период беременности, во время и после родов и охрана здоровья новорожденных: Руководство для практического применения», 2006 ISBN 92 4 159084 X http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/

7. Европейское региональное бюро ВОЗ, Пакет учебных материалов по Эффективной перинатальной помощи http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122_1

Дополнительные источники

8. ГСЗ (Государственная служба здравоохранения) – Национальный институт клинической практики. Кесарево сечение. Клинические руководства 13. Апрель 2004 (www.nice.org.uk)

9. PATH, Всемирная организация здравоохранения и Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций. Основные лекарственные препараты для охраны репродуктивного здоровья: руководящие принципы для их включения в Национальные списки лекарственных препаратов. Сиэтл: PATH; 2006.

10. Использование электронного мониторинга плода. Национальный доказательный клинический руководящий принцип № 8. Май 2001. RCOG пресса

11. Карманная книга по оказанию стационарной помощи детям – Руководящие принципы для управления общими заболеваниями при ограниченных ресурсах, Всемирная организация здравоохранения, 2005

Приложения: Интервью со специалистами в области здравоохранения (A1 e A2)

Все группы работников системы здравоохранения (уборщики, помощники медсестер, медсестры/акушерки, главврачи и врачи) должны быть охвачены настоящим интервью. Мы хотели бы отразить честную точку зрения работников системы здравоохранения. Поэтому важно, чтобы работникам здравоохранения были понятны цели опроса, чтобы они знали и верили тому, что предоставленная ими информация будет храниться и использоваться с соблюдением конфиденциальности. Пожалуйста, дайте им знать, что их имена или же инициалы не будут упоминаться ни в каких отчетах, о них не станет известно руководству больницы.

Не оставляйте формы где попало или же в местах, где их могут прочитать люди, не являющиеся членами команды.

Постарайтесь взять интервью у двух штатных сотрудников, каждый из которых должен представлять вышеупомянутые категории работников системы здравоохранения и, как минимум, 6-8 форм должны быть заполнены в ходе оценочного визита. Заполнение форм самими работниками приветствуется, однако, не позволяйте им забирать их с собой и возвращать позже по причине краткости Вашего пребывания.

Задавайте вопросы в интервью лицом к лицу в подходящем для этого месте. В конце интервью предоставьте возможность лицу, давшему интервью, прочитать написанное Вами, по прочтении формы им должна быть дана возможность внести возможные изменения. Старайтесь записывать комментарии в том виде, ***как они прозвучали,*** нежели пытаться обобщить высказанную точку зрения. Изложение реально использованных слов часто позволяет надлежащим образом представить то, что пытается сказать человек. При этом, пожалуйста, заключайте комментарии в кавычки. Например:

> ***"мы испытываем реальную проблему с водоснабжением, иногда проходят дни без воды, подаваемой по трубопроводу, как можем мы помыть руки, чтобы предупредить распространение инфекции"***

Прежде чем поблагодарить интервьюируемое лицо, убедитесь, что на все вопросы им были даны правильные ответы. Если интервьюируемое лицо не желает отвечать на какой-либо из вопросов, сделайте себе пометку об этом и переходите к следующему вопросу. Предоставьте лицу, давшему интервью, возможность ознакомиться с Вашими записями. Если у него есть желание, дайте ему возможность внести изменения. Поблагодарите его за предоставленную им информацию.

ПРИЛОЖЕНИЕ А 1

Интервьюирование работников системы здравоохранения (родильные дома; отделения акушерства и гинекологии)

Дата	Имя интервьюера	Страна
Город	Район	Область
Название учреждения (больница, специальные отделения или службы)		
Имя человека, возглавляющего Родильный дом *		
		Номер опроса

* или же Акушерское отделение или Родильное отделение, словом, специальную службу, предоставляющую помощь в родоразрешении, какое бы название она не носила

Должность, занимаемая интервьюируемым работником:	
Круг закрепленных за ним обязанностей	
Сколько Вы проработали в этой больнице?	Как долго Вы работаете в родильном отделении

- Нас прежде всего интересует ваше мнение относительно родильного отделения.

1) Что, по вашему мнению, обстоит хорошо касательно здания больницы/ отделения и что может быть усовершенствовано?

2) в отношении мам и детей, находящихся в больнице	хорошо	удовлетворительно	иногда не отвечают требованиям	как правило, не отвечают требованиям
2 a) условия проживания (размеры палаты/ койки) пациентов	☐	☐	☐	☐
2 b) туалеты и возможности помыться для пациентов	☐	☐	☐	☐
2 c) состояние палаты в смысле её чистоты …	☐	☐	☐	☐
2 d) предлагаемая еда …	☐	☐	☐	☐

- Сейчас мы хотели бы задать Вам вопрос относительно причин материнской смертности в больнице.

3) Какие болезни, по Вашему мнению, наиболее часто приводят к материнской смертности в больнице?

1.	
2	

3	
4	

3 b) Почему, по Вашему мнению, умирают мамы?

Название болезни No 1:	Неверно	Верно	Детали
Природа болезни	☐	☐	
Запоздалое обращение пациента	☐	☐	
Проблемы, связанные с лабораторной диагностикой	☐	☐	
Недостаточность медицинских препаратов	☐	☐	
Не отвечающее требованиям оборудование	☐	☐	
Отсутствие или недостаток персонала по медицинскому уходу и контролю	☐	☐	
Назначено неправильное лечение	☐	☐	
Другие причины:			
Название болезни No 2:			
Природа болезни	☐	☐	
Запоздалое обращение пациента	☐	☐	
Проблемы, связанные с лабораторной диагностикой	☐	☐	
Недостаточность медицинских препаратов	☐	☐	
Не отвечающее требованиям оборудование	☐	☐	
Отсутствие или недостаток персонала по медицинскому уходу и контролю	☐	☐	
Назначено неправильное лечение	☐	☐	
Другие причины:			

- Сейчас мы хотели бы задать Вам вопрос касательно медицинских препаратов, обеспеченности необходимым и персонала родильного отделения.

4) Доступность или наличие (следующего):	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям	Не имеются в наличии
4 a) Медицинские препараты	☐	☐	☐	☐	☐
4 b) Кислород	☐	☐	☐	☐	☐
4 c) Компоненты/препараты крови для переливания	☐	☐	☐	☐	☐
4 d) жидкости для внутривенного введения	☐	☐	☐	☐	☐
4 e) еда / специальное молоко для случаев недостаточного питания	☐	☐	☐	☐	☐
4 f) лабораторные тесты (например, на гемоглобин)	☐	☐	☐	☐	☐

5) Испытываете ли Вы проблемы с отсутствием или недостаточностью необходимого оборудования, материалов или лекарственных препаратов, которые усложняют уход за больными мамами или же всё обстоит хорошо в этом плане?

Наличие персонала:	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
6) Каково Ваше мнение относительно числа имеющегося в наличии персонала по уходу за больными мамами?	☐	☐	☐	☐
7) По Вашему мнению, имеющегося в наличии времени достаточно для соответствующего и наилучшего ухода за женщиной, о которым Вы имеете представление (которому Вас обучали)?	☐	☐	☐	☐
8) Количество среднего медицинского персонала в ночное время.	☐	☐	☐	☐
9) Количество среднего медицинского персонала в выходные дни.	☐	☐	☐	☐
	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
10) Если у Вас возникает проблема с больной мамой, оказывается ли Вам поддержка или помощь (к примеру, со стороны более опытного клинического персонала)?	☐	☐	☐	☐

11) Как Вы считаете, больница испытывает недостаток важного персонала по уходу за больными мамами или же в общем всё обстоит хорошо с численностью и качеством персонала?

12) Когда возникают проблемы с оказанием необходимой Вам помощи, что является причиной этого, по Вашему мнению:

..недостаточное число опытных людей, к которым Вы могли бы обратиться за помощью?

..у Вас нет возможности обратиться именно к тому человеку, который Вам нужен?

..замедленная реакция на Вашу просьбу?

..другая причина?

- Что Вы думаете по поводу обучения персонала и организации Вашей работы?

Обучение персонала	Очень хорошо	ОК	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
13) Как Вы оцениваете уровень собственных знаний относительно заболеваний женщин?	☐	☐	☐	☐

13 а) если иногда Вы находите свои знания недостаточными, в каких областях Вам необходимо дальнейшее обучение, или имеются ли области, знание которых Вы хотели бы усовершенствовать?

14) Имеются ли возможности для дальнейшего профессионального образования в Вашей больн
Пожалуйста, поясните.

15) Практикуется ли на регулярной основе ротация медсестринского состава внутри Вашей больницы? Да / Нет

15 а) Если да, то как часто производится ротация?

15 b) Каково Ваше мнение по данному вопросу?

16) Проводятся ли регулярные собрания или встречи среднего медицинского персонала/ других сотрудников/ врачей, работающих в родильном отделении? Пожалуйста, поясните, кто принимает участие в них, как часто они проводятся и что обсуждается на этих собраниях.

17) Проводятся ли на регулярной основе проверки качества медицинского ухода/ смертности в родильном отделении? Пожалуйста, поясните.

18) Располагаете ли Вы четкими руководствами относительно работы, которую Вы выполняете? Пожалуйста, дайте пояснения.

- Каково Ваше мнение относительно помощи, предоставляемой Вами и Вашей больницей, находящимся в ней женщинам?

	Очень хорошо	OK	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
19) Что Вы думаете касательно информации / объяснений, которые предоставляются пациентам по поводу их болезней…	☐	☐	☐	☐
20) Количество времени, которым Вы располагаете для объяснения пациентам их болезней, Вы находите…	☐	☐	☐	☐
21) Как, по Вашему мнению, оценивают уход в родильном отделении сами люди, ухаживающие за пациентами?	☐	☐	☐	☐

22) Можете ли Вы предложить какие-либо способы улучшить понимание пациентами своих болезней?

23) Забота о женщинах. Можете ли Вы вспомнить случай с женщиной, за которой Вы смотрели в недавнее время, когда Вы были довольны результатом работы? Да / Нет

23 a) Если ответ утвердительный, удовлетворены ли Вы тем, как Вам удалось помочь женщине поправить свое положение?

23 b) Какими аспектами своей работы / роли Вы остались довольны?

24) Можете ли Вы вспомнить случай с женщиной, за которой Вы смотрели в недавнее время, когда Вы были разочарованы результатом? Да / Нет

24 a) Если ответ утвердительный, что было сделано не так, по Вашему мнению, и в чём была причина?

	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
25) Удовлетворены ли Вы в целом тем, что больница может сделать в плане помощи больным женщинам в родильном отделении?	☐	☐	☐	☐	☐

26) Имеется ли что-нибудь, о чём Вы не рассказали нам и что должно быть пересмотрено или изменено для цели улучшения ухода за женщинами в больнице?

27) Предлагали ли Вы эти усовершенствования старшей медсестре/врачам/менеджменту и каковы были результаты?

28) Как Вы думаете, большинство Ваших коллег в целом удовлетворены своей работой в больнице? Да / Нет

28 a) Что, по Вашему мнению, мешает людям быть удовлетворенными своей работой?

28 b) Каковы условия работы?

28 c) Что необходимо улучшить, чтобы работа в больнице доставляла большее удовлетворение её работникам?

Баллы опроса работников системы здравоохранения: мотивация и обучение персонала:	**Хорошо**	**Необходимо усовершенствовать**		
(заключить в кружок)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки, выделив одно из 4 чисел; 3 указывает на хорошую поддержку, с 2 до 0 указывает на уровни необходимого усовершенствования (2=небольшая необходимость в усовершенствовании, 0=срочная необходимость в усовершенствовании)

ПРИЛОЖЕНИЕ А2

Интервьюирование работников системы здравоохранения (неонатальное отделение)

Дата	Имя интервьюера	Страна
Город	Район	Область
Название учреждения (больница, специальные отделения или службы)		
Имя человека, возглавляющего Неонатальное отделение **		
		Номер опроса

** или же Отделение интенсивного ухода за новорожденными, словом, специальную службу, предоставляющую уход за новорожденными, какое бы название она не носила

Должность, занимаемая интервьюируемым работником:	
Настоящее место работы (ОИТН, детское отделение, и др.):	
Сколько Вы проработали в этой больнице?	Как долго Вы работаете в отделении?
• Нас прежде всего интересует ваше мнение относительно неонатального отделения.	
1) Что, по вашему мнению, обстоит хорошо касательно здания больницы/ отделения и что может быть усовершенствовано?	

2) в отношении мам и новорожденных, находящихся в больнице	хорошо	удовлетворительно	иногда не отвечают требованиям	как правило, не отвечают требованиям
2 a) условия проживания (размеры палаты/ койки) пациентов	☐	☐	☐	☐
2 b) туалеты и возможности помыться для пациентов	☐	☐	☐	☐
2 c) состояние палаты в смысле её чистоты …	☐	☐	☐	☐
2 d) предлагаемая еда …	☐	☐	☐	☐

• Сейчас мы хотели бы задать Вам вопрос относительно причин неонатальной смертности в больнице.	
3) Какие болезни, по Вашему мнению, наиболее часто приводят к неонатальной смертности в больнице?	
1	

2	
3	
4	

3 b) Почему, по Вашему мнению, умирают новорожденные дети?			
Название болезни No 1:	Неверно	Верно	Детали
Природа болезни	☐	☐	
Запоздалое обращение с новорожденным	☐	☐	
Проблемы, связанные с лабораторной диагностикой	☐	☐	
Недостаточность медицинских препаратов	☐	☐	
Не отвечающее требованиям оборудование	☐	☐	
Отсутствие или недостаток персонала по медицинскому уходу и контролю	☐	☐	
Назначено неправильное лечение	☐	☐	
Другие причины:			
Название болезни No 2:			
Природа болезни	☐	☐	
Запоздалое обращение с новорожденным	☐	☐	
Проблемы, связанные с лабораторной диагностикой	☐	☐	
Недостаточность медицинских препаратов	☐	☐	
Не отвечающее требованиям оборудование	☐	☐	
Отсутствие или недостаток персонала по медицинскому уходу и контролю	☐	☐	
Назначено неправильное лечение	☐	☐	

Другие причины:

- Сейчас мы хотели бы задать Вам вопрос касательно медицинских препаратов, обеспеченности необходимым и персонала неонатального отделения.

4) Доступность или наличие (следующего):	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям	Не имеются в наличии
4 a) Медицинские препараты	☐	☐	☐	☐	☐
4 b) Кислород	☐	☐	☐	☐	☐
4 c) Кровь для целей переливания	☐	☐	☐	☐	☐
4 d) жидкости для внутривенного введения	☐	☐	☐	☐	☐
4 e) еда / специальное молоко для случаев недостаточного питания	☐	☐	☐	☐	☐
4 f) лабораторные тесты (например, на гемоглобин)	☐	☐	☐	☐	☐

5) Испытываете ли Вы проблемы с отсутствием или недостаточностью необходимого оборудования, материалов или лекарственных препаратов, которые усложняют уход за больными мамами или же всё обстоит хорошо в этом плане?

Наличие персонала:	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
6) Каково Ваше мнение относительно числа имеющегося в наличии персонала по уходу за больными детьми?	☐	☐	☐	☐
7) По Вашему мнению, имеющегося в наличии времени достаточно для соответствующего и наилучшего ухода за детьми, о которым Вы имеете представление (которому Вас обучали)?	☐	☐	☐	☐
8) Количество среднего медицинского персонала в ночное время.	☐	☐	☐	☐
9) Количество среднего медицинского персонала в выходные дни.	☐	☐	☐	☐
	Достаточное количество	Удовлетворительно	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
10) Если у Вас возникает проблема с больным ребенком, оказывается ли Вам поддержка или помощь (к примеру, со стороны более опытного клинического персонала)?	☐	☐	☐	☐

11) Как Вы считаете, больница испытывает недостаток важного персонала по уходу за больными детьми или же в общем всё обстоит хорошо с численностью и качеством персонала?

12) Когда возникают проблемы с оказанием необходимой Вам помощи, что является причиной этого, по Вашему мнению:

..недостаточное число опытных людей, к которым Вы могли бы обратиться за помощью?

..у Вас нет возможности обратиться именно к тому человеку, который Вам нужен?

..замедленная реакция на Вашу просьбу?

..другая причина?

- Что Вы думаете по поводу обучения персонала и организации Вашей работы?

Обучение персонала	Очень хорошо	ОК	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
13) Как Вы оцениваете уровень собственных знаний относительно заболеваний новорожденных детей?	☐	☐	☐	☐

3 а) если иногда Вы находите свои знания недостаточными, в каких областях Вам необходимо дальнейшее обучение, или имеются ли области, знание которых Вы хотели бы усовершенствовать?

14) Имеются ли возможности для дальнейшего профессионального образования в Вашей больнице? Пожалуйста, поясните.

15) Практикуется ли на регулярной основе ротация медсестринского состава внутри Вашей больницы? Да / Нет

15 а) Если да, то как часто производится ротация?

15 b) Каково Ваше мнение по данному вопросу?

16) Проводятся ли регулярные собрания или встречи среднего медицинского персонала/ других сотрудников/ врачей, работающих в неонатальном отделении? Пожалуйста, поясните, кто принимает участие в них, как часто они проводятся и что обсуждается на этих собраниях.

17) Проводятся ли на регулярной основе проверки качества медицинского ухода/ смертности в неонатальном отделении? Пожалуйста, поясните.

18) Располагаете ли Вы четкими руководствами относительно работы, которую Вы выполняете? Пожалуйста, дайте пояснения.

- Каково Ваше мнение относительно помощи, предоставляемой Вами и Вашей больницей, находящимся в ней новорожденным?

	Очень хорошо	ОК	Иногда не отвечает требованиям	Как правило, не отвечает требованиям
19) Что Вы думаете касательно информации / объяснений, которые предоставляются семьям по поводу болезни их ребенка…	☐	☐	☐	☐
20) Количество времени, которым Вы располагаете для объяснения родителям болезней их детей, Вы находите …	☐	☐	☐	☐
21) Как, по Вашему мнению, оценивают уход в неонатальном отделении сами люди, ухаживающие за пациентами?	☐	☐	☐	☐

22) Можете ли Вы предложить какие-либо способы улучшить понимание родителями болезни своего ребенка?

23) Забота о новорожденных. Можете ли Вы вспомнить случай с ребенком, за которым Вы смотрели в недавнее время, когда Вы были довольны результатом работы? Да / Нет

23 a) Если ответ утвердительный, удовлетворены ли Вы тем, как Вам удалось помочь ребенку поправить свое положение?

23 b) Какими аспектами своей работы / роли Вы остались довольны?

24) Можете ли Вы вспомнить случай с ребенком, за которым Вы смотрели в недавнее время, когда Вы были разочарованы результатом? Да / Нет

24 а) Если ответ утвердительный, что было сделано не так, по Вашему мнению, и в чём была причина?

	Всегда	Часто	Иногда	Редко	Никогда
25) Удовлетворены ли Вы в целом тем, что больница может сделать в плане помощи находящимся в ней больным новорожденным детям?	☐	☐	☐	☐	☐

26) Имеется ли что-нибудь, о чём Вы не рассказали нам и что должно быть пересмотрено или изменено для цели улучшения ухода за новорожденными в больнице?

27) Предлагали ли Вы эти усовершенствования старшей медсестре/врачам/менеджменту и каковы были результаты?

28) Как Вы думаете, большинство Ваших коллег в целом удовлетворены своей работой в больнице? Да / Нет

28 a) Что, по Вашему мнению, мешает людям быть удовлетворенными своей работой?

28 b) Каковы условия работы?

28 c) Что необходимо улучшить, чтобы работа в больнице доставляла большее удовлетворение её работникам?

Баллы опроса работников системы здравоохранения: мотивация и обучение персонала:	**Хорошо**	**Необходимо усовершенствовать**		
(заключить в кружок)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки, выделив одно из 3 чисел; 3 указывает на хорошую поддержку, с 2 до 0 указывает на уровни необходимого усовершенствования (2=небольшая необходимость в усовершенствовании, 0=срочная необходимость в усовершенствовании)

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Интервьюирование мам

Цель настоящего интервью – оценка качества контакта между мамой и людьми, которые заботятся о ней, и того, получает ли она соответствующие советы, а также понять, что может быть сделано для улучшения её жизни и жизни её ребенка. Это также двойной контроль того, соответствует ли требованиям по стандартному ведению больных, рекомендованным во время обучающих семинаров, и оценка воздействия предоставленного тренинга с позиции того, что было полностью имплементировано провайдерами услуг здравоохранения, что частично, а что не реализовано вообще.

В идеале, должны быть проинтервьюированы, как минимум, три мамы за время проведения семинаров по контролю исполнения и оценке:

- одна мама с «нормальным» ребенком и родоразрешением через естественные родовые пути;
- одна мама, родившая ребенка при помощи кесарева сечения;
- одна мама с ребенком, родившимся раньше срока;
- по возможности, одна мама, родившая 3 месяца назад нормального ребенка естественным путем. (После родов отношение к ним женщины может поменяться, на это могут повлиять гормоны и шок, который они могут испытывать после неудачного опыта. В этом случае некоторые женщины говорят о том, что всё нормально, но позже они испытывают чувство неудовлетворенности).

До начала интервью объясните маме, что данный родильный дом был выбран Министерством здравоохранения в качестве пилотного для усовершенствования качества заботы о здоровье матери и ребенка. Объясните ей, что целью настоящего интервью является поиск того, что можно сделать для улучшения услуг, предназначенных для неё и её ребенка.

Спросите маму, согласна ли она ответить на несколько вопросов, касающихся состояния её здоровья и здоровья её ребенка, а также предоставленных им услуг здравоохранения. Спросите маму, готова ли она дать Вам возможность провести быструю оценку состояния её здоровья и здоровья её ребенка. Пообещайте ей, что настоящее интервью носит абсолютно анонимный и конфиденциальный характер.

Как проводится интервью и заполняется соответствующая форма:

- Постарайтесь, чтобы на интервью присутствовали как мама, так и её ребенок. Убедитесь, что Вы ничем не огорчаете их. Ваше отношение должно быть позитивным, как в плане слов, так и действий.
- Не проводите интервью во время клинического обследования во избежание влияния практики ведения других медработников.
- Не проводите интервью в присутствии других мам, у которых Вы собираетесь взять интервью, и, по возможности, проводите интервью без какого-либо клинического персонала рядом, с тем чтобы избежать возможного влияния на ответы матери.
- Держите форму в вертикальном положении, вне поля зрения матери, поскольку другие опции, приведенные в ней, могут оказать влияние на её ответы.
- Вы можете потратить на разговор с мамой столько времени, сколько Вы посчитаете нужным, и убедитесь, пожалуйста, в том, что она понимает Ваши вопросы. Задавайте вопрос так, как он указан в форме интервью, и повторите его своими словами только тогда, когда мама не понимает исходный вопрос.

- Не зачитывайте разные возможные ответы, которые приводятся после каждого вопроса. Они даны только в облегчение Вашей работы. Вместо этого, слушайте ответы мамы, попросите её быть максимально точной с ответами и отметьте галочкой [✓] в форме вариант ответа, соответствующий ответу мамы. Иногда необходимо отметить галочкой ответ, который близок по значению с ответом, данным мамой, но не совпадает с ним полностью. Если данный мамой ответ не совпадает ни с одним из приведенных вариантов ответа, изложите его в обобщенном виде под пунктом “Другое (Уточните)”.
- По мере заполнения формы, делайте краткие записи Ваших наблюдений для обсуждения их с работниками системы здравоохранения. Также подчеркните или заключите в кружок те вопросы, по которым Вы хотели бы дать свои комментарии. Это даст Вам возможность поднять для обсуждения проблемы или же отметить положительные моменты при встрече с работниками системы здравоохранения страны.
- Делайте пометки относительно дискуссий, имевших место во время интервью, и дайте обобщенное описание наиболее важных моментов в рубрике “Комментарии, дискуссии, проблемы”. Воспользуйтесь этими записями во время заключительной встречи с работниками системы здравоохранения.
- Пожалуйста, пишите *четко* печатными буквами с тем, чтобы форма легко читалась.

Дата	Имя интервьюера		Страна
Город	Район	Область	
Название учреждения (больница, специальные отделения или службы)			
Имя человека, возглавляющего больницу			
Имя человека, возглавляющего Родильный дом *			
Имя человека, возглавляющего Неонатальное отделение **			
		Номер опроса	

* или же Акушерское отделение или Родильное отделение, словом, специальную службу, предоставляющую помощь в родоразрешении, какое бы название она не носила

** или же Отделение интенсивного ухода за новорожденными, словом, специальную службу, предоставляющую уход за новорожденными, какое бы название она не носила

По возможности, это интервью должно проводиться акушеркой, социальным работником или же психологом.

0. МАТЬ

Как далеко Вы живете от родильного дома?	
Это Ваш первый ребенок? / второй? / третий?	
Будет ли рядом с Вами партнер или же родственник во время родов?	
Сколько Вам лет?	

1. БЕРЕМЕННОСТЬ

Дали ли Вам врач или акушерка во время посещения их перед родами советы относительно того, как подготовиться к родам (к примеру, надо ли взять с собой в родильный дом какие-либо личные вещи, простыни, мыло и т.д.?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, не могли бы Вы уточнить? _____		
Получали ли Вы какую-либо информацию относительно родов, посещая врача перед родами?	Да [ ]	Нет [ ]
Получали ли Вы какую-либо информацию по грудному вскармливанию?	Да [ ]	Нет [ ]
Сколько раз Вы посещали врача во время беременности? Сколько раз Вы проходили ультразвуковое обследование во время своей беременности?		
Вы посещали частную клинику? Могли бы Вы назвать примерную сумму, которую Вы платили за один прием у врача?		
Если Вы не посещали частную клинику, должны ли Вы были платить за прием у врача и ультразвуковое обследование?	Да [ ]	Нет [ ]
Сколько раз Вас принимала акушерка?		
Платили ли Вы акушерке или другому медперсоналу?	Да [ ]	Нет [ ]
Имелся ли у Вас план родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Были ли у Вас какие-нибудь специальные просьбы?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, отнеслись к ним с уважением?	Да [ ]	Нет [ ]

2. ПОСТУПЛЕНИЕ МАМЫ в родильный дом

За какое-время до родов Вы поступили в медицинское учреждение?	_____ часы	_____ дни
Был ли рядом с Вами друг/член семьи при поступлении Вас в больницу?	Да [ ]	Нет [ ]
Был ли этот человек рядом с Вами при вынужденном перемещении с одного места на другое или смене Вами одежды?	Да [ ]	Нет [ ]
Чувствовали ли Вы себя комфортно во время процедуры приема в	Да [ ]	Нет [ ]

роддом?		
Если нет, объясните почему?		
Побрил ли Вас медицинский персонал перед родами?	Да [ ]	Нет [ ]
Сделали ли Вам клизму?	Да [ ]	Нет [ ]
Прошли ли Вы обследование влагалища при поступлении в родильный дом?	Да [ ]	Нет [ ]
Была ли проведена электронная проверка сердцебиения плода?	Да [ ]	Нет [ ]

3. РОДЫ

Клинические аспекты

Как долго Вы рожали?	_____ часы	_____ дни
Как долго продолжался второй этап родов (выталкивание или изгнание ребенка)?	часы	
Проводилось ли обследование влагалища во время родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Сколько раз проводилось обследование влагалища во время родов?	( ) раз	в ( ) часах
Проводился ли постоянный электронный мониторинг состояния ребенка при отсутствии эпидуральной анестезии?	Да [ ]	Нет [ ]
Кололи ли Вас в вену?	Да [ ]	Нет [ ]
Получали или принимали ли Вы синтетический окситоцин? Да / нет / не знаю		
Была ли целостность околоплодной сумки нарушена искусственным путем медицинским персоналом?	Да [ ]	Нет [ ]

Согласие, основанное на полученной информации, и другие юридические аспекты

Спрашивал ли медперсонал Вашего согласия на обследования влагалища?	Да [ ]	Нет [ ]
На другие процедуры?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, какие из процедур были проведены без Вашего на то согласия?		
Имеются ли какие-либо записи у Вас дома?	Да [ ]	Нет [ ]
Если нет, укажите причину?		

Разрешалось ли Вам читать касающуюся Вас медицинскую документацию (историю болезни)?	Да [ ]	Нет [ ]
Если при родах присутствовали студенты, представлялись ли они Вам и испрашивали ли они Вашего разрешения на свое присутствие?	Да [ ]	Нет [ ]

Забота о матери

Вы могли есть, когда хотели?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы могли пить, когда хотели?	Да [ ]	Нет [ ]
Могли ли Вы занять желаемое Вами положение на втором этапе родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Могли ли Вы двигаться и ходить на втором этапе родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Когда Вы рожали, находилась ли в одной комнате с Вами другая роженица?	Да [ ]	Нет [ ]
Давала ли Вам ощущение безопасности комната, в которой Вы рожали?	Да [ ]	Нет [ ]
Вам было комфортно в ней?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы знаете, как зовут Вашу акушерку?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы знаете, как зовут Вашего акушера-гинеколога?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы знаете, как зовут Вашего неонатолога?	Да [ ]	Нет [ ]
Назвали ли они своё имя и занимаемую должность при первой встрече?	Да [ ]	Нет [ ]
Каждый ли раз санитары спрашивали Вашего разрешения на то, что войти к Вам в комнату?	Да [ ]	Нет [ ]
Медицинский персонал находился в Вашей комнате на протяжении всего того времени, пока Вы мучились родами?	Да [ ]	Нет [ ]
Находился ли во время родов с Вами в комнате Ваш друг или член семьи?	Да [ ]	Нет [ ]
Был ли этот человек постоянно рядом с Вами: во время обследования влагалища и других процедур?	Да [ ]	Нет [ ]
Могли ли Вы при желании отключить свет во время родов?	Да [ ]	Нет [ ]

Облегчение боли

Предлагалась ли Вам эпидуральная анестезия при поступлении в роддом, до того, как Вы могли попросить об этом?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы решили попросить об эпидуральной анестезии?	Да [ ]	Нет [ ]
Могли ли Вы шевелить ногами после эпидуральной анестезии?	Да [ ]	Нет [ ]
Могли ли Вы ходить после эпидуральной анестезии?	Да [ ]	Нет [ ]
Была ли у Вас возможность погрузиться в теплую воду?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, воспользовались ли Вы этой возможностью?	Да [ ]	Нет [ ]
Помогла ли эта процедура облегчить боль?	Да [ ]	Нет [ ]
Предлагалась ли Вам закись азота или веселящий газ?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, помог ли он в облегчении боли?	Да [ ]	Нет [ ]
Какими ещё способами облегчения боли Вы пользовались?		
Какие ещё способы облегчения боли были предложены Вам?		

4. РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА

Как Вы произвели на свет ребенка?		
Вагинальные роды		[ ]
При помощи кесарева сечения		[ ]
Наложение щипцов		[ ]
Вакуумные роды		[ ]
Кто помогал Вам в момент родов?		
Акушерки		[ ]
Медсестры		[ ]
Акушеры-гинекологи		[ ]
Другие лица (уточните)		
Друг (уточните)		
В каком положении Вы рожали ребенка?		
У Вас была **эпизиотомия** ?	Да [ ]	Нет [ ]

Если нет, у Вас были **серьезные разрывы**?	Да [ ]	Нет [ ]
Призывали ли Вас **тужиться** во время родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Позволяли ли Вам тужиться тогда, когда Вы хотите, и как Вы хотите?	Да [ ]	Нет [ ]
Разрешалось ли Вам принимать **желаемое положение** во время родов?	Да [ ]	Нет [ ]
Просили ли Вас о том, чтобы Вы **находились в кресле с поднятыми вверх ногами**?	Да [ ]	Нет [ ]
Был кто-либо из медицинского персонала, кто надавливал Вам на живот в направлении матки, чтобы помочь ребенку пройти родовые пути?	Да [ ]	Нет [ ]

5. ПЕРИОД, СЛЕДУЮЩИЙ ЗА РОДОРАЗРЕШЕНИЕМ

Была ли пуповина отрезана незамедлительно?	Да [ ]	Нет [ ]
Если пуповина была отрезана только после прекращения пульсации, вам кажется, что это было хорошо для ребенка?	Да [ ]	Нет [ ]
Через какое время после родов вышла плацента?		
Это было больно?	Да [ ]	Нет [ ]
Призывали ли Вас тужиться для изгнания плаценты?	Да [ ]	Нет [ ]
Вам делали какой-нибудь укол?	Да [ ]	Нет [ ]
Какие для этого имелись медицинские показания?	Да [ ]	Нет [ ]

6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

Поддерживал ли Вас во время родов **кто-либо, в чьей помощи Вы нуждались**?	Да [ ]	Нет [ ]
Поддерживал ли Вас во время родов кто-либо, в чьей помощи Вы нуждались?	Да [ ]	Нет [ ]
Кто оказывал Вам поддержку?		
Друг/член семьи		[ ]
Отец, партнер или же другой друг/ член семьи		
Медицинский работник		[ ]
Расскажите мне о поддержке, оказанной Вам медицинским работником:		

По возможности находился рядом с Вами	Да [ ]	Нет [ ]
Не вторгался в личную жизнь	Да [ ]	Нет [ ]
Объяснял, как проходят роды	Да [ ]	Нет [ ]
Поддерживал словами, хвалил и/или успокаивал	Да [ ]	Нет [ ]
Помогал принять удобное положение	Да [ ]	Нет [ ]
Помогал ходить	Да [ ]	Нет [ ]
Помогал находиться в вертикальном положении	Да [ ]	Нет [ ]
Оказывал помощь при родах	Да [ ]	Нет [ ]
Предлагал попить	Yes [ ]	No [ ]
Предлагал легкую еду	Yes [ ]	No [ ]
Помогал оставаться чистой и сухой	Yes [ ]	No [ ]
Теплый компресс	Yes [ ]	No [ ]
Холодный компресс	Yes [ ]	No [ ]
Помогал принять душ	Yes [ ]	No [ ]
Теплая ванна	Да [ ]	Нет [ ]
Техника релаксации	Да [ ]	Нет [ ]
Дыхательные упражнения	Да [ ]	Нет [ ]
Массаж	Да [ ]	Нет [ ]
Музыкотерапия	Да [ ]	Нет [ ]
Фокусировка внимания	Да [ ]	Нет [ ]
Визуализация	Да [ ]	Нет [ ]
Вы находите такую поддержку эффективной?	Да [ ]	Нет [ ]

7. РЕБЕНОК

Ваш ребенок здоров?	Да [ ]	Нет [ ]
Если нет, в чем заключается проблема с Вашим ребенком?		
Недоношенный ребенок	[ ]	
Асфиктический ребенок	[ ]	

У ребенка «патология» (уточните):	[ ]	
Другое (уточните):		
Какой у Вашего ребенка вес?	_____ граммы	
Находился ли Ваш ребенок в одной комнате с Вами почти всё время, что Вы провели в больнице?	Да [ ]	Нет [ ]
Находился ли ребенок в телесном контакте с Вами сразу же после своего появления на свет?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, какой продолжительности были телесные контакты с ребенком?		
Они взвесили ребенка сразу же после его рождения и до его телесного контакта с Вами?	Да [ ]	Нет [ ]
Откладывали ли меры офтальмологической профилактики и употребление витамина К после телесного контакта?	Да [ ]	Нет [ ]
Разлучали ли Вас с ребенком сразу же после его рождения?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, то на какое время?	( ) минуты	( ) часы
Вы знаете причину?	Да [ ]	Нет [ ]
В чем заключается эта причина?		
Другие комментарии		

Первое купание ребенка

Когда впервые Вы искупали своего ребенка?	
Сразу после его появления на свет	[ ]
Через 1 час	[ ]
Через 6 часов	[*]
Другое (уточните)	[ ]
«Я не знаю»	[ ]

8. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Как Вы кормите своего ребенка?		
Грудное вскармливание		[ ]
Грудное молоко из ложечки/чашки		[ ]
Грудное молоко из бутылочки		[ ]
Грудное молоко, подаваемое через зонд		[ ]
Молочная смесь для новорожденных		[ ]
Донорское молоко		[ ]
Другое (уточните)		
Даете ли Вы ребенку **воду/глюкозу**?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы пользуетесь **сосками-пустышками**?	Да [ ]	Нет [ ]
ЕСЛИ МАМА КОРМИТ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ:		
Через какое время после родов Вы впервые кормили своего ребенка грудью?	_____ часы	_____ минуты
Как долго можно было кормить ребенка грудью?	_____ часы	_____ минуты
Почему **Вы прекратили** своё первое вскармливание ребенка грудью (объясните)?		
Был ли у вас с ребенком **телесный контакт** во время этого первого вскармливания ребенка грудью?	Да [ ]	Нет [ ]
Оказали ли Вам какую-либо поддержку медицинские работники **и дали ли они Вам рекомендации** относительно грудного вскармливания?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, что медицинские работники сказали Вам по поводу того, как часто надо кормить ребенка:		
Кормление грудью по расписанию		[ ]
Кормление грудью по требованию ребенка		[ ]
Другое (уточните):		
Советовали ли Вам **давать ребенку воду/глюкозу**?	Да [ ]	Нет [ ]
Кто предоставил Вам больше информации относительно грудного вскармливания?		
Акушер-гинеколог		[ ]
Акушерка		[ ]

Неонатолог		[ ]
Медсестра Неонатального отделения		[ ]
Соседка/подруга по палате		[ ]
Мама		[ ]
Другие лица (уточните)		
Была ли Вам предложена практическая/физическая помощь по кормлению грудью?	Да [ ]	Нет [ ]
Как долго Вы планируете кормить ребенка грудью?		
Менее 2 месяцев		[ ]
От 2 до 6 месяцев		[ ]
Более 6 месяцев		[ ]
Более 1 года		[ ]
Другое (уточните)		

9. НАХОЖДЕНИЕ МАТЕРИ В БОЛЬНИЦЕ

Находился ли ребенок с Вами всё время, что Вы провели в больнице / родильном отделении?	Да [ ]	Нет [ ]
Ребенка обследовали в Вашем присутствии?	Да [ ]	Нет [ ]
Ребенка забирали у Вас для педиатрического осмотра?	Да [ ]	Нет [ ]
Ребенка забирали у Вас для купания или других процедур?	Да [ ]	Нет [ ]
Если вас разлучали друг с другом, в каких это происходило ситуациях?	Да [ ]	Нет [ ]
Оказывалась ли Вам достаточная помощь по уходу за ребенком со стороны медперсонала?	Да [ ]	Нет [ ]
Помогали ли Вам медработники справиться с ситуацией, когда ребенок плакал?	Да [ ]	Нет [ ]
Вас кто-нибудь навещал в больнице?	Да [ ]	Нет [ ]
Если нет, назовите причину?		
Измеряли ли Вам кровяное давление?	Да [ ]	Нет [ ]

Спрашивал ли Вас медперсонал о том, не страдаете ли Вы от отклоняющегося от нормы влагалищного кровотечения?	Да [ ]	Нет [ ]
У Вас имелась возможность принимать душ?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы ели свежие фрукты / свежие овощи вчера?	Да [ ]	Нет [ ]
Сколько чашек чая Вы выпили вчера?	_____	
Вы могли встречаться с другими мамами в общей комнате для того, чтобы поговорить или поделиться своими сомнениями?	Да [ ]	Нет [ ]
По Вашему мнению, комната была достаточно чистой?	Да [ ]	Нет [ ]
Должны ли Вы были платить за некоторые услуги?	Да [ ]	Нет [ ]
Пожалуйста, уточните		
Теперь я хотела бы узнать больше об услугах, оказанных Вам в течение последних двух дней.		
Исключая время ожидания, сколько времени Вы провели сегодня с медперсоналом?	_____ минуты	
Была ли у Вас возможность лично встретиться с медработников с того момента, как Вы оказались здесь?	Да [ ]	Нет [ ]
Задавали ли Вы какие-либо вопросы относительно своего здоровья или здоровья Вашего ребенка в течение последних двух дней?	Да [ ]	Нет [ ]
Медперсонал ответил на Ваши вопросы в понятной для Вас форме?	Да [ ]	Нет [ ]
Вас удовлетворили ответы?	Да [ ]	Нет [ ]
Ответы успокоили Вас?	Да [ ]	Нет [ ]

10. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ и ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Сделал ли Вас счастливой опыт материнства?	Да [ ]	Нет [ ]
Хотели бы Вы пройти через это снова?	Да [ ]	Нет [ ]
Вы расстроены?	Да [ ]	Нет [ ]
Есть ли у Вас ощущение того, что медперсонал не оказал необходимой Вам помощи?	Да [ ]	Нет [ ]
Есть ли такой постоянно вспоминаемый Вами момент, когда Вы были сильно напуганы?	Да [ ]	Нет [ ]
Становился ли медперсонал причиной того, что иногда Вы	Да [ ]	Нет [ ]

чувствовали себя неадекватно?		
Можете ли Вы объяснить почему?		
Относились ли они с уважением к Вашим культурным и религиозным убеждениям?	Да [ ]	Нет [ ]
Можете ли Вы объяснить почему?		
Чувствуете ли Вы сильную привязанность к ребенку?	Да [ ]	Нет [ ]
Если Вас разлучали с ребенком, есть ли у Вас ощущение того, что эта разлука привела к возникновению проблем с Вашей способностью чувствовать себя в безопасности, находясь рядом с ребенком?	Да [ ]	Нет [ ]
Трудно ли Вам заботиться о своем ребенке?	Да [ ]	Нет [ ]
Кажется ли вам иногда, что Вы недостаточно хорошо старались помочь своему ребенку при рождении?	Да [ ]	Нет [ ]
Можете ли Вы объяснить почему?		
Есть ли у Вас желание описать свои ощущения и чувства?		

11. ИНСТРУКЦИИ ПО ДОМАШНЕМУ УХОДУ

Инструкции по уходу за ребенком дома

Расскажите мне, как Вы будете заботиться о своем ребенке по возвращении домой?		
Пупок ребенка должен быть чистым и сухим		[ ]
Всегда держите новорожденного ребенка в тепле, но ему не должно быть жарко		[ ]
Кормите ребенка грудью только по его желанию		[ ]
Укладывая ребенка спать, положите его на спину		[ ]
Не курите в комнате ребенка		[ ]
Спите рядом с ребенком, если у Вас есть такое желание или же Вы заснули во время кормления его грудью		
Отложите ребенка отдельно, если Вы или кто-либо, находящийся в Вашей постели, принимаете снотворные или расслабляющие таблетки		
Другое (уточните):		
Вы планируете **плотно запеленать Вашего ребенка**?	Да [ ]	Нет [ ]
Расскажите мне о том, при каких обстоятельствах Вы должны обратиться за помощью		

для своего ребенка?		
Покрасневший пупок или вытекший гной		[*]
Гипотермия/гипертермия		[*]
Судороги		[*]
Ребенок вяло сосет грудь		[*]
Рвота или диарея		[*]
Гипотония или раздражительность		[*]
Затрудненное дыхание (частое дыхание)		[*]
Другое (уточните)		
Знаете ли Вы, куда надо обращаться за помощью для Вашего ребенка?	Да [ ]	Нет [ ]

Инструкции для мам по уходу за собой дома

Расскажите мне, как Вы будете заботиться о себе по возвращении домой?		
Ежедневное мытье с мылом (также промежности)	Да [ ]	Нет [ ]
Ходите на проверку того, как заживает место кесарева сечения	Да [ ]	Нет [ ]
Ходите на проверку того, как заживает рассеченная промежность	Да [ ]	Нет [ ]
Сходите на снятие швов	Да [ ]	Нет [ ]
Мойте соски перед каждым кормлением ребенка грудью	Да [ ]	Нет [ ]
Спите, как минимум, в течение 8 часов ночью и ещё немного днем	Да [ ]	Нет [ ]
Организуйте своего партнера или же других членов семьи на помощь с домашней работой	Да [ ]	Нет [ ]
Другое (уточните):		

12. КОНТРАЦЕПЦИЯ И РЕГУЛИРОВАНИЕ РОЖДАЕМОСТИ

Пользовались ли Вы противозачаточными средствами до наступления настоящей беременности?	Да [ ]	Нет [ ]
Прибегали ли Вы когда-либо к абортам?	Да [ ]	Нет [ ]

Если да, сколько у Вас было абортов?		_____ количество
Сколько у Вас детей, включая настоящего ребенка?		_____ количество
Обсуждал ли медперсонал с Вами методы контрацепции?	Да [ ]	Нет [ ]
Если ответ утвердительный:		
Предоставили ли они Вам четкие объяснения относительно того, как они работают?	Да [ ]	Нет [ ]
Посвятили ли они Вас в возможные побочные явления?	Да [ ]	Нет [ ]
Объяснили ли они Вам, как следует вести себя в случае возникновения побочного эффекта?	Да [ ]	Нет [ ]
Хотите ли Вы воспользоваться противозачаточными средствами во избежание ещё одной беременности?	Да [ ]	Нет [ ]
Если да, каким противозачаточным средством Вы воспользуетесь?		
Внутриматочное противозачаточное устройство		[ ]
Противозачаточное средство для приема внутрь		[ ]
Презерватив		[ ]
Хирургическая стерилизация женщины или мужчины		[ ]
Противозачаточная инъекция		[ ]
Вагинальные спермициды (кремы, суппозитории, гели)		[ ]
Другие методы вагинальных барьеров (диафрагма, губчатый тампон, колпачок на шейку матки)		[ ]
Метод лактационной аменореи		[ ]
Метод естественного цикла или температурный метод		[ ]
Аборт		[ ]
Другое (Уточните):		

Наблюдения

Сейчас попросите разрешения у матери на то, чтобы понаблюдать, как она кормит грудью своего ребенка. Скажите ей, что вы можете подойти попозже, если её ребенок ещё не готов.

Постарайтесь задержаться до конца времени кормления грудью и задайте следующие вопросы:

Мылись ли соски до начала грудного вскармливания ребенка	Да [ ]	Нет [ ]

Плотно ли запеленали ребенка, включая руки, плечи и шею	Да [ ]	Нет [ ]
Поддерживается ли чем-либо локоть матери в то время, как она кормит грудью своего ребенка	Да [ ]	Нет [ ]
Если мать находится в сидячем положении, опирается ли она на что-либо спиной во время кормления ребенка	Да [ ]	Нет [ ]
Положение ребенка:		
Нос ребенка напротив маминого соска	Да [*]	No [ ]
Шея прямая или несколько отведенная назад	Да [*]	No [ ]
Тело, склоненное к матери	Да [*]	No [ ]
Тело ребенка расположено близко к телу матери	Да [*]	No [ ]
Поддерживается всё тело новорожденного (не только голова и шея)	Да [*]	No [ ]
Прикладывание ребенка к груди:		
Подбородок касается груди	Да [*]	No [ ]
Рот широко открыт	Да [*]	No [ ]
Нижняя губа смотрит наружу	Да [*]	No [ ]
Больший ореол просматривается над ртом, нежели под ним	Да [*]	No [ ]
Почему приостановлено грудное вскармливание?		
Потому что ребенок прекратил спонтанно сосать грудь		[ ]
По решению медперсонала		[ ]
По решению матери		[ ]
Другие причины прекращения грудного вскармливания:		
Другие комментарии по поводу продолжительности кормления грудью:		

Теперь спросите маму о том, можете ли Вы обследовать её грудь на предмет травм груди. Важно обследовать обе груди.

Состояние молочных желез:	
Застойные явления	[ ]
Воспаленные/потрескавшиеся соски	[ ]
Втянутый или плоский сосок	[ ]
Признаки воспаления	[ ]
Ничего из вышеупомянутого	[ ]

Теперь обследуйте пупок новорожденного ребенка (сухой, чистый, никаких признаков воспаления).

Надлежащий уход за пупком	Да [ ]	Нет [ ]

Вопросы матери

Есть ли у Вас какие-нибудь вопросы ко мне? Какие-либо замечания, предложения и проблемы, о которых Вы хотели бы поговорить или которые Вы желали бы обсудить с работниками системы здравоохранения обсудить или же со мной?

Изложите свои примечания ниже

Баллы опроса – Интервьюирование мам	Хорошо	Необходимо усовершенствовать		
(заключить в кружок)	**3**	**2**	**1**	**0**

Пожалуйста, укажите качество поддержки, выделив одно из 4 чисел; 3 указывает на хорошую поддержку, с 2 до 0 указывает на уровни необходимого усовершенствования (2=небольшая необходимость в усовершенствовании, 0=срочная необходимость в усовершенствовании)