

**НАКАЗ**  
**від 6 лютого 2015 року № 51**  
**м. Київ**

**Про затвердження**  
**Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні**

Відповідно до Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року № 1849, та з метою поліпшення репродуктивного здоров'я населення, якості надання медичних послуг, зниження рівня материнської та малюкової захворюваності і смертності

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні, що додається.
2. Департаменту медичної допомоги (С. Хотіна) забезпечити подання цього наказу на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України в установленому законодавством порядку.
3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра керівника апарату А. Терещенко.
4. Цей наказ набирає чинності з дня його офіційного опублікування.

**Міністр**

**О. КВІТАШВІЛІ**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
06 лютого 2015 року № 51

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України  
26.02.2015 № 220/26665

**ПОРЯДОК**  
**транспортування вагітних,**  
**роділь та породіль в Україні**

**I. Загальні положення**

1. Цей Порядок регулює відносини між закладами охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну медичну допомогу, та пацієнтами (вагітними, родільями та породільями).

2. Цей Порядок поширюється на заклади охорони здоров'я, які надають акушерсько-гінекологічну медичну допомогу.

3. У цьому Порядку терміни вживаються в таких значеннях:

виїзна акушерсько-гінекологічна бригада — мобільний структурний підрозділ перинатального центру III рівня з надання невідкладної медичної допомоги;

відповідальний лікар виїзної акушерсько-гінекологічної бригади — черговий лікар виїзної акушерсько-гінекологічної бригади, спеціаліст, здатний са-

мостійно надавати невідкладну допомогу вагітним, родільям або породільям, стабілізувати стан пацієнтки та забезпечувати безпечне і кваліфіковане перевезення пацієнтки до відповідного закладу охорони здоров'я;

заклад, який направляє пацієнта — заклади охорони здоров'я I та II рівнів, які скеровують вагітну чи породільню високого перинатального ризику на вищий рівень надання медичної допомоги;

заклад, який приймає пацієнта — заклад охорони здоров'я, який приймає вагітну чи породільню високого перинатального ризику з попереднього рівня надання медичної допомоги (заклади охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги — Автономної Республіки Крим, обласні (обласні або міські: міст Києва та Севастополя) пологові будинки, перинатальні центри або інші спеціалізовані установи);

зворотний транспорт — транспортний засіб, призначений для перевезення вагітної, родільлі та породільлі до закладу охорони здоров'я, звідки вона була переведена (або до іншого закладу охорони здоров'я нижчого рівня), після надання спеціалізованої медичної допомоги і вирішення медичних проблем, які спричинили госпіталізацію до закладу вищого рівня;

консультативно-діагностичний центр (КДЦ) — координуюча установа для надання цілодобової консультативно-діагностичної допомоги спеціалістам родопомічних закладів охорони здоров'я I та II рівнів, створення системи оперативного нагляду та управління клінічною ситуацією, надання своєчасної,

високопрофесійної медичної допомоги лікувально-профілактичним закладам;

медичний транспорт — транспортний засіб, призначений для перевезення вагітних у період вагітності та пологів, післяпологового періоду для проведення діагностичних, терапевтичних та хірургічних заходів;

перинатальний ризик — це ймовірність серйозних ускладнень з боку вагітної та/або плода і новонародженого як у період гестації, так і під час пологів та у післяпологовому періоді, які потенційно обумовлюють несприятливий результат вагітності;

транспортування пацієнтки — процес переміщення вагітної, роділлі чи породіллі високого перинатального ризику з одного закладу охорони здоров'я в інший з використанням медичного транспорту та/або інших спеціальних засобів (ліжко, ноші на колесах, ручні ноші) у супроводі медичного персоналу.

4. Транспортування пацієнтів між закладами охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги має бути організованим і узгодженим закладом охорони здоров'я, який приймає пацієнта, та закладом охорони здоров'я, який направляє пацієнта.

Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій визначають заклади охорони здоров'я III та II рівнів, до яких будуть транспортуватися вагітні, роділлі, породіллі та новонароджені.

Якщо на адміністративно-територіальній одиниці функціонує декілька закладів охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги різного профілю, то Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій визначають категорії пацієнток, яким надаватиметься медична допомога у кожному з цих закладів охорони здоров'я.

У структурі всіх приймаючих закладів охорони здоров'я мають функціонувати відповідні виїзні акушерсько-гінекологічні бригади, забезпечені рекомендованим обладнанням санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі (додаток 1).

Виїзні акушерсько-гінекологічні бригади (штатні працівники, транспортний засіб, медичне обладнання згідно з табелем оснащення) мають належати закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги, куди транспортуватимуть вагітних, роділь та породіль.

Закріплення виїзної акушерсько-гінекологічної бригади (штатні працівники, транспортний засіб, обладнання та оснащення) за будь-якою іншою структурною одиницею закладу охорони здоров'я не допускається.

Невідкладне транспортування пацієнток має забезпечуватися цілодобово.

Виїзна акушерсько-гінекологічна бригада має виїхати протягом 30 хвилин від моменту отримання виклику.

5. Усі заклади охорони здоров'я адміністративно-територіальної одиниці, які надають допомогу вагітним, роділлям та породіллям, повинні мати локальні протоколи з питань консультування та транспортування пацієнток, затверджені наказом керівника закладу охорони здоров'я (розроблені на підставі клінічних протоколів, медичних стандартів та настанов Міністерства охорони здоров'я України). Такі протоколи мають включати:

1) у закладах охорони здоров'я, які направляють та приймають пацієнта:

опис організації процесу транспортування;

заходи початкової стабілізації стану або початкові втручання;

критерії оцінки якості;

2) у закладах охорони здоров'я, які приймають пацієнтку:

склад, оснащення і забезпечення функціонування виїзної акушерсько-гінекологічної бригади;

критерії транспортабельності;

вимоги до надання медичної допомоги під час транспортування, у тому числі до закладів охорони здоров'я на шляху виїзної акушерсько-гінекологічної бригади, до яких у випадку погіршення стану пацієнтки прямуватиме транспортна бригада;

3) у закладах охорони здоров'я, які направляють пацієнтку, показання до транспортування із зазначенням відповідних приймаючих закладів вищого рівня надання медичної допомоги.

6. Забезпечення процесу транспортування може бути за наявності:

1) підготовленого, кваліфікованого медичного персоналу;

2) відповідного медичного обладнання і транспортного засобу;

3) інформаційно-комунікативного забезпечення:

передача інформації про пацієнта;

реєстрація викликів на всіх рівнях надання медичної допомоги;

4) наявність механізмів і засобів координації, оперативного зв'язку (телефонного, комп'ютерного, системи транспортної навігації) та інформованої добровільної згоди на транспортування у перинатальний центр (додаток 2) і виконання необхідних діагностично-лікувальних процедур.

Родичі вагітної/роділлі/породіллі мають право на отримання повної інформації про стан здоров'я вагітної, роділлі та породіллі у разі дієздатності пацієнтки і лише за її згодою.

У разі недієздатності пацієнтки та відсутності родичів питання транспортування вирішуються консиліумом лікарів;

5) інформація, яку треба повідомити пацієнтці, її родичам:

причини для транспортування;

орієнтовна тривалість транспортування;

спосіб транспортування;

прізвища медичних працівників, які будуть супроводжувати пацієнтку, місцезнаходження і найменування закладу охорони здоров'я, куди буде госпіталізовано пацієнтку.

## **II. Порядок надання консультативної допомоги**

1. Консультативна допомога поділяється:  
за строками надання — на планову та екстрену;  
за видами надання — на очну (безпосередню) та заочну (дистанційну — телефоном або по Інтернету).

2. Планова консультативна допомога надається:  
при взятті на облік вагітних високого ступеня ризику, виявленні та спостереженні їх на I і II рівнях надання медичної допомоги з обов'язковим консультуванням на III рівні;

при стаціонарному лікуванні на II рівні вагітних середнього та високого ступенів ризику в разі неможливості транспортування на III рівень;

у будь-який момент, якщо стан здоров'я пацієнтки погіршився та/або зафіксовано перехід з групи низького ризику до групи високого ризику;

у разі потреби трактування наявних патологій, ускладнень, результатів обстеження та/або визначення подальшої тактики ведення вагітності, складання плану ведення пологів;

для завчасного визначення закладу охорони здоров'я, у якому відбуватимуться пологи.

## **III. Перелік критичних станів пацієнток (вагітних, роділь та породіль), які підлягають терміновому консультуванню у КДЦ**

1. Гострі розлади органів дихання:  
необхідність респіраторної підтримки;  
гострі порушення прохідності верхніх та нижніх дихальних шляхів;

тривала штучна вентиляція легень більше 12 годин;

пневмоторакс, гідроторакс, гемоторакс;  
астматичний статус;

пневмонія важкого перебігу з дихальною недостатністю 2 - 3 стадій та за необхідності респіраторної підтримки.

2. Розлади кровообігу:

гостра серцева недостатність;

гострі стійкі порушення ритму серця будь-якої етіології;

гострий коронарний синдром;

гострий тромбоз магістральних судин;

постасистолічний синдром.

3. Гостра печінкова недостатність будь-якої етіології.

4. Гостра ниркова недостатність будь-якої етіології.

5. Порушення функції центральної нервової системи:  
кома будь-якої етіології;

судомний синдром;

ускладнення після проведення регіональної анестезії;

гострі порушення мозкового кровообігу.

6. Акушерські кровотечі, які потребують допомоги та динамічної корекції порушень фізіологічних функцій у вагітних, роділь та породіль:  
при масивній крововтраті (більше 1000 мл);

геморагічний шок;

при ускладнених оперативних втручаннях та розширенні об'єму операції;

ДВЗ-синдром.

7. Прееклампсія важкого ступеня, еклампсія.

8. HELLP-синдром.

9. Екстрагенітальна патологія у вагітних у стадії декомпенсації:

гіпертонічна хвороба II-III ступенів;

bronхіальна астма у стадії загострення;

епілепсія із судомним синдромом;

цукровий діабет у стадії декомпенсації, діабетичний кетоацидоз;

вроджена або набута вади серця у стадії декомпенсації;

кровотечі шлунково-кишкового тракту;

хронічні захворювання нирок у стадії декомпенсації.

10. Алергічний шок.

11. Політравма, травматичний шок.

12. Лихоманка у післяопераційному періоді більше 3 діб.

13. Післяпологовий перитоніт, сепсис.

14. Вагітні та породілі, які потребують терміново-го хірургічного втручання.

15. Утруднена верифікація діагнозу.

## **IV. Показання до екстреного дистанційного консультування в КДЦ вагітних, роділь та породіль**

1. На I рівні надання медичної допомоги:

з багатоплідною вагітністю;

із загрозою передчасних пологів за наявності ризику розвитку регулярної пологової діяльності;

з прееклампсією;

з дистресом плода;

із ЗВУР;

з кровотечею зі статевих шляхів.

2. На II рівні надання медичної допомоги:

з багатоплідною вагітністю;

з артеріальною гіпертензією;

з прееклампсією;

з цукровим діабетом;

з анеміями важкого ступеня;

з пологами, ускладненими крововтратою >1000 мл;

з гнійно-септичними ускладненнями;

з розривами шийки матки III ступеня та проміжні III ступеня;

з розширенням об'єму операції під час КР;

з пологами, що тривають понад 12 годин (затяжні пологи);

з розривом або виворотом матки в пологах;

з будь-якими ускладненнями перебігу післяопераційного періоду після КР;

з гнійно-септичними та будь-якими іншими ускладненнями після переривання вагітності в I триместрі.

3. При організації системи дистанційного консультування необхідно:

забезпечення відповідним технічним обладнанням;

забезпечення доступного телемедичного зв'язку із закладом охорони здоров'я;

дотримання персоналом єдиних принципів надання консультативної допомоги.

4. У період організації транспортування пацієнтки проводиться ведення жінки у режимі дистанційного консультування. Обов'язковою умовою є динамічне спостереження, що забезпечується регулярними повідомленнями лікаря про стан спостережуваної телефоном або іншим телекомунікаційним засобом з інтервалами не більше шести годин, а за необхідності і частіше до стабілізації стану хворої. У разі виникнення загрози для вагітної, роділлі та породіллі до консультування хворої підключається анестезіолог, який має відповідну спеціалізацію.

#### **V. Алгоритм дій лікаря-консультанта КДЦ у разі консультування телефоном лікаря I та II рівнів перинатальної допомоги**

1. Лікарем-консультантом КДЦ здійснюються зокрема:

1) збір даних про пацієнтку та інформація щодо раніше проведеного лікування:

анамнез життя, перебігу вагітності, даного захворювання або гестаційної патології;

результати клінічних, лабораторних, функціональних та інших методів обстеження пацієнтки;

проведене лікування до моменту консультації.

Зазначена інформація має бути оформлена у вигляді карти транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 3), яка потребує консультації, що заповнюється лікарями закладу охорони здоров'я та надсилається у КДЦ будь-яким з доступних способів (факсом, електронною поштою, по скайпу або за допомогою телемедичної платформи);

2) спільне з лікарями закладу охорони здоров'я формування діагнозу; за необхідності — вирішення питання щодо транспортування пацієнтки;

3) вибір тактики надання медичної допомоги.

2. При обранні тактики медичної допомоги "лікування на місці" необхідно:

1) оцінити необхідність залучення інших фахівців закладу охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці для курації, організації консилиуму за участю заступника керівника закладу охорони здоров'я з лікувальної роботи;

2) погодити лікувальні заходи: оперативне лікування (час, обсяг); медикаментозна терапія (препарати й дози); за необхідності — комплекс заходів з інтенсивної терапії;

3) вибирати час для повторної консультації, але не пізніше ніж через 6 годин;

4) при повторній консультації оцінити ефективність проведеної терапії, за необхідності відкоректувати обрану тактику:

після закінчення дистанційної консультації внести її дані та відповідні рекомендації до карти транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 3);

за потреби у подальшому спільному веденні пацієнтки визначити час повторних консультацій.

#### **VI. Основні функції закладу охорони здоров'я, який направляє пацієнтку**

1. Своєчасне визначення показань до транспортування.

2. Своєчасні інформування приймаючого закладу охорони здоров'я і виклик виїзної акушерсько-гінекологічної бригади (інформація (усна і письмова), що передається у заклад охорони здоров'я, куди переводиться пацієнтка, має бути чіткою і вичерпною).

3. Стабілізація стану пацієнтки, виконання всіх необхідних заходів до моменту приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади.

4. Оформлення перевідних документів (інформація щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4)):

повні дані анамнезу;

об'єктивні дані;

результати додаткового обстеження;

деталі й ефективність медичного лікування (зокрема дози і час останнього введення ліків).

5. Надання необхідної медичної допомоги персоналом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади від моменту її приїзду.

6. Порядок взаємодії між закладами охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги:

у разі виникнення критичних станів у стаціонарі закладу охорони здоров'я лікуючий лікар, завідувач відділення або відповідальний черговий лікар викликає лікаря-анестезіолога;

терміново повідомляється керівник стаціонару закладу охорони здоров'я, головний акушер-гінеколог відповідної адміністративно-територіальної одиниці про пацієнтку, яка знаходиться в критичному стані;

за наявності відповідних показань до переведення вагітної, роділлі або породіллі до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги терміново інформують КДЦ та узгоджують питання лікування і транспортування (карта транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі та породіллі) (додаток 3).

7. Механізм виклику виїзної акушерсько-гінекологічної бригади може різнитися в окремих адміністративно-територіальних одиницях і має забезпечувати безпосередній контакт лікаря, який здійснює виклик, з відповідальним спеціалістом закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги, який вирішує питання транспортування і госпіталізації пацієнтів.

8. Викликаючи виїзну акушерсько-гінекологічну бригаду, відповідальний лікар скеровуючого закладу охорони здоров'я повинен:

надати закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги інформацію про пацієнтку й отримати консультацію щодо діагностичних і лікувальних заходів, які потрібно виконати до приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади;

надати пропозиції щодо складу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади для транспортування,

необхідності додаткових медичних препаратів, препаратів крові, обладнання й обсягу медичної допомоги при підготовці до самого транспортування; щодо можливого обсягу медичної допомоги під час транспортування; щодо часу доставки пацієнтки виїзною акушерсько-гінекологічною бригадою на місце;

факт і час виклику виїзної акушерсько-гінекологічної бригади зазначити в медичній документації (форма № 096/о "Історія пологів", затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року № 184; форма № 117/о "Журнал реєстрації прийому викликів та їх виконання відділенням екстреної та планово-консультативної допомоги", затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 серпня 1999 року № 197).

9. Заступник головного лікаря терміново повідомляє про критичну ситуацію головного лікаря, головних спеціалістів (акушера-гінеколога, анестезіолога) місцевих органів з питань охорони здоров'я та скликає консилиум лікарів для визначення тактики лікування, а також організовує забезпечення необхідними лікарськими засобами, кровозамінниками та компонентами крові.

10. Лікарі закладу охорони здоров'я, що направляє, за рішенням консилиуму надають невідкладну медичну допомогу відповідно до клінічних протоколів діагностики і лікування та з урахуванням рекомендацій, отриманих від консультантів КДЦ під час дистанційного консультування.

11. Виїзна акушерсько-гінекологічна бригада разом зі спеціалістами закладу охорони здоров'я, що направляє, оцінює стан жінки, продовжує надання невідкладної медичної допомоги, визначає показання і необхідність щодо транспортування на вищий рівень та готує жінку до транспортування.

12. Рішення про необхідність транспортування вагітної, роділлі або породіллі до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги приймається консилиумом лікарів скеровуючого закладу охорони здоров'я та лікарями КДЦ (після узгодження із закладом охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги або головним спеціалістом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій).

13. У разі виникнення раптової загрози життю пацієнтки під час її перевезення виїзна акушерсько-гінекологічна бригада доставляє її до найближчого визначеного оперативного-диспетчерською службою закладу охорони здоров'я, який може надати таку допомогу.

14. У разі неможливості транспортування пацієнтки виїзна акушерсько-гінекологічна бригада надає невідкладну медичну допомогу на місці та проводить усі заходи для стабілізації стану пацієнтки.

## **VII. Клінічні аспекти транспортування вагітних, роділь та породіль**

1. На етапі підготовки до транспортування та під час перевезення вагітних, роділь та породіль необхідно здійснювати:

оцінку стану жінки і плода та ретельний їх моніторинг;

проведення необхідного медикаментозного чи хірургічного лікування;

проведення дистанційної консультації в КДЦ та узгодження переведення пацієнтки у заклад охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги.

2. На етапі дотранспортної підготовки необхідно:

1) оцінити загальний стан пацієнтки (свідомість, артеріальний тиск, пульс, частоту дихання, сатурацію, наявність "небезпечних станів"). Можуть бути оцінені додаткові параметри стану жінки, якщо цього вимагає специфіка наявної супутньої патології;

2) встановити строк вагітності та життєздатність плода. Оцінити акушерську ситуацію (перейми, структурні зміни та розкриття шийки матки, стан плодового міхура, передлегла частина плода) та вірогідність народження дитини під час транспортування. Оцінити стан плода — кардіотокографія (далі — КТГ);

3) здійснити катетеризацію 1-2 кубітальних вен (катетер 16 G) залежно від клінічної ситуації та існуючих ризиків;

4) провести дистанційну консультацію з КДЦ, узгодити і, за потреби, скорегувати тактику лікування, вирішити питання щодо необхідності транспортування та залучення виїзної акушерсько-гінекологічної бригади перинатального центру для транспортування пацієнтки (якщо цього вимагає стан пацієнтки). Заповнити розділ А карти транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 3);

5) повідомити про рішення щодо транспортування пацієнтки районного, або міського, або обласного акушера-гінеколога і заклад охорони здоров'я, з якого транспортується пацієнтка;

6) заповнити розділ А інформації щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4).

3. На етапі транспортування:

1) транспортування здійснюється спеціалізованим медичним транспортом у супроводі виїзної акушерсько-гінекологічної бригади у лежачому або зручному для жінки положенні, виходячи з її стану;

2) моніторинг загального стану жінки з урахуванням наявної супутньої патології (гемодинамічні показники: тиск, пульс, ЦВТ, температура, ЧД, сатурація, імовірний об'єм крововтрати) не рідше ніж кожні 30 хвилин;

3) моніторинг стану плода шляхом періодичної аускультування (не рідше ніж кожні 20 хвилин);

4) моніторинг частоти та тривалості переймів.

4. За наявності ускладнень вагітності або супутньої екстрагенітальної патології до дій, що описані в базовій медичній допомозі, необхідно забезпечувати

специфічні втручання (залежно від екстрагенітальної патології), спрямовані на стабілізацію стану жінки на етапі дотранспортної підготовки та транспортування.

5. Клінічні аспекти до транспортування:

1) латентна фаза пологів при доношеній вагітності за наявності показань до транспортування на III рівень надання медичної допомоги (тяжка екстрагенітальна патологія тощо).

На етапі дотранспортної підготовки:

переконатися, що жінка не в активній фазі першого періоду пологів та вірогідність народження дитини під час транспортування є низькою;

за наявності тяжкої екстрагенітальної патології та підозри на декомпенсацію залучити фахівця відповідного профілю для більш точної оцінки стану жінки та надання медичної допомоги.

На етапі транспортування:

транспортування жінки здійснювати силами виїзної акушерсько-гінекологічної бригади із залученням (за необхідності) відповідного спеціаліста залежно від екстрагенітальної патології;

2) надмірна блювота вагітних.

На етапі дотранспортної підготовки та транспортування:

крапельне введення кристалоїдів (натрію хлорид 0,9 % 500 мл), швидкість введення — залежно від ступеня дегідратації;

додати будь-який з таких препаратів (у порядку переваженої безпеки до плода): ондансетрон по 2-4 мг кожні 6-8 годин або 8 мг кожні 12 годин для внутрішньом'язової ін'єкції (далі — в/м), або аміназин від 10 до 25 мг кожні 4-6 годин в/м, або від 50 до 100 мг кожні 4-6 годин "per rectum", або прометазин від 12,5 до 25 мг кожні 4-6 годин в/м, або метоклопрамід від 5 до 10 мг кожні 8 годин в/м;

3) прееклампсія, еклампсія.

На етапі дотранспортної підготовки та транспортування:

антигіпертензивна терапія;

помірна гіпертензія (АТ 140-159/90-109 мм рт. ст.); у жінок без супутніх захворювань слід підтримувати систолічний АТ на рівні 130-155 мм рт. ст. та діастолічний АТ на рівні 80-105 мм рт. ст. Нижче цих показників тиск знижувати не можна, оскільки це може супроводжуватися погіршенням матково-плацентарного кровообігу;

у жінок із супутніми захворюваннями слід підтримувати систолічний АТ на рівні 130-139 мм рт. ст. та діастолічний АТ на рівні 80-89 мм рт. ст. Нижче цих показників тиск знижувати не можна, оскільки це може супроводжуватися погіршенням матково-плацентарного кровообігу;

4) гіпертонічний криз (сistolічний АТ >160 мм рт. ст. або діастолічний АТ >110 мм рт. ст.):

АТ має бути знижений до показників: систолічний — < 160 мм рт. ст. та діастолічний — < 110 мм рт. ст.;

препаратами першого ряду можуть бути: центральні альфа-2 адреноагоністи, бета-1 селективні адrenoблокатори, антагоністи кальцію;

антагоністи кальцію та магnezія можуть використовуватися одночасно;

5) профілактика судом:

на етапі дотранспортної підготовки та транспортування проводиться профілактика судом у вагітних з прееклампсією помірного ступеня важкості та тяжкою;

для профілактики судом використовують розчин сульфату магnezію. Стартова доза MgSO<sub>4</sub> становить 4 г у перерахунку на суху речовину або 16 мл 25 % розчину розведеного ізотонічним розчином 34 мл натрію хлориду (взяти 3 шприци на 20 мл і набрати у кожний по 5 мл 25 % магnezії та 10 мл фізіологічного розчину. Вводити повільно, протягом 15-20 хвилин, у разі еклампсії — протягом 5 хвилин).

Схема підтримуючої терапії: 7,5 г сульфату магnezію (30 мл 25 % розчину MgSO<sub>4</sub>) вводять у флакон, що містить 220 мл 0,9 % ізотонічного розчину натрію хлориду. Отриманий 3,33 % розчин сульфату магnezію вводять крапельно повільно. Швидкість введення розчину підбирають відповідно до стану вагітної, від 1 г/год. (10-11 кр./хв. — 33,33 мл/год.) до 2 г/год. (22 кр./хв. — 66,66 мл/год.) або 3 г/год. (33 кр./хв. — 100 мл/год.).

Рішення щодо зміни швидкості введення сульфату магnezію (збільшення або зменшення дози) чи припинення магnezіальної терапії приймають на підставі оцінки ознак токсичності сульфату магnezію (зниження частоти дихання до 14 за 1 хвилину і менше або пригнічення колінних рефлексів чи поява олігурії менше 50 мл/год.). При передозуванні магnezії вводять антидот — 10 мл 10 % глюконату кальцію. Транспортування хворих з вираженим гіпертензивним синдромом, симптомами набряку головного мозку, порушенням зору, дихальної недостатності, анурією проводиться виїзною реанімаційною акушерсько-гінекологічною бригадою;

6) гострий живіт в акушерстві.

На етапі дотранспортної підготовки:

клініко-лабораторне обстеження в межах можливостей закладу охорони здоров'я та оцінка в динаміці;

при вираженій інтоксикації — крапельна інфузія кристалоїдних розчинів (0,9 % розчин NaCl, розчин Рінгера тощо). Об'єм та швидкість інфузії визначаються індивідуально;

рішення про транспортування вагітної з гострим животом на більш високий рівень допомоги приймається спільно акушером-гінекологом та хірургом.

На етапі транспортування:

при нападах жовчно-кам'яної або ниркової коліки допустимо введення спазмолітинів; за наявності ішемії фіброматозного вузла, гострого панкреатиту — знеболення;

внутрішньовенна крапельна інфузія кристалоїдних розчинів (0,9 % розчин NaCl, розчин Рінгера тощо). Об'єм та швидкість інфузії визначаються індивідуально;

госпіталізація в хірургічний стаціонар багатопрофільного закладу охорони здоров'я;

7) високий ризик передчасних пологів (передчасного розродження).

На етапі дотранспортної підготовки:

введення першої дози дексаметазону (6 мг в/м) зі схеми профілактики респіраторного дистрес-синдрому новонароджених. За наявності переймів проводиться гострий токоліз (гініпрал, ніфідипін) відповідно до токолітичної терапії на етапі дотранспортної підготовки та транспортування (додаток 5);

при підозрі на передчасний розрив плодових оболонок (далі — ПРПО): визначення орієнтовного часу розриву плодових оболонок за даними анамнезу та огляд шийки матки у дзеркалах (для діагностики та підтвердження відходження навколоплідних вод). Призначення першої дози антибіотикопрфілактики згідно з настановами, проте за 4-6 годин до передбаченого розродження.

На етапі транспортування здійснюється продовження токолітичної терапії (додаток 5);

8) травма вагітної.

На етапі дотранспортної підготовки:

травмована вагітна жінка потребує невідкладної госпіталізації в реанімаційне відділення закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги для ретельного моніторингу, з викликом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади на місце;

вагітні жінки (особливо після 20 тижнів вагітності) не повинні бути в горизонтальному положенні лежачи на спині, якщо це можливо. 15-градусний клин повинен бути поміщений під правий бік таза жінки для створення лівого бокового нахилу (профілактика синдрому нижньої порожнистої вени);

якщо стан матері стабілізовано, а стан плода залишається незадовільним, розродження проводиться тільки якщо плід є життєздатного гестаційного віку, є необхідні навички у медичного персоналу та ресурси для проведення розродження. Якщо строк вагітності є невизначеним, то необхідно провести термінове ультразвукове дослідження разом з консультацією лікаря-акушера-гінеколога на місці;

якщо необхідно рентгенологічне дослідження травми, воно має бути виконано незалежно від строку вагітності при екрануванні матки;

достовірними показниками травми матки є: нез'ясовна вагінальна кровотеча, аномалії серцевого ритму плода, шок у матері нез'ясованої етіології; наявність болю в животі не завжди є надійним показником маткової/плацентарної травми;

травмованим вагітним з Rh (D) негативним типом крові, без попереднього титру анти-D антитіл необхідно призначити Rh (D) імуноглобулін у такій дозі:

250 МЕ: перший триместр (< 13 тижнів гестації);

625 МЕ: другий та третій триместри (>13 тижнів), перший триместр при багатоплодовій вагітності;

якщо можливо (за наявності ресурсів) проведення кардіотокографічного дослідження (КТГ). Його слід розпочинати, коли стан пацієнтки стабілізується, якщо строк вагітності 23 і більше тижнів. Дані КТГ повинні реєструватися протягом 10 хвилин на годину;

9) критичні стани, за яких транспортування не-доцільне або тимчасово неможливе.

З боку вагітної, роділлі, породіллі:

термінальний стан;

кінець першого або другий період пологів;

шокові стани (до стабілізації стану);

еклампсія;

кровотеча під час вагітності, що потребує термінового розродження;

неконтрольована кровотеча зі статевих шляхів під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді; судомний синдром.

З боку плода:

строк гестації новонародженого 24 тижнів або з масою тіла 500 г (за умови відсутності затримки розвитку плода (далі — ЗРП);

вади розвитку, які не підлягають хірургічній корекції або несумісні з життям.

Загальні (тимчасові):

небезпечні для транспортування погодні умови;

відмова жінки, її родичів або батька дитини від транспортування. У цьому випадку, виходячи з інтересів пацієнтки, рішення щодо транспортування приймає консилиум у складі завідувача відділення скеровуючого закладу охорони здоров'я, лікуючого лікаря, лікаря(ів) виїзної акушерсько-гінекологічної бригади і представника скеровуючого закладу охорони здоров'я (за потреби).

### **VIII. Основні функції медичного персоналу закладу охорони здоров'я, який приймає вагітну, роділлю та породіллю**

1. Готовність до надання невідкладної медичної допомоги.

2. Консультування медичного персоналу скеровуючого закладу охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги пацієнтці до приїзду виїзної акушерсько-гінекологічної бригади.

3. Своєчасне і безпечне транспортування пацієнтки.

4. Підтримання зв'язку та інформування персоналу скеровуючого закладу охорони здоров'я про стан пацієнтки.

5. Заходи щодо стабілізації стану пацієнтки:

після прибуття на місце лікар-консультант оцінює стан пацієнтки і приймає рішення стосовно подальших дій:

якщо пацієнтка не потребує переведення до закладу охорони здоров'я вищого рівня надання медичної допомоги, консультанти КДЦ узгоджують тактику подальшого ведення пацієнтки із завідувачем відділення, залишаючи запис у формі № 096/о "Історія пологів", затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року №184, або у формі 003/о "Медична карта стаціонарного хворого", затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №661/20974;

якщо стан пацієнтки тяжкий і потребує невідкладного медичного втручання, консультанти КДЦ проводять необхідні заходи щодо стабілізації стану або оперативне втручання відповідно до клінічних протоколів;

після стабілізації стану пацієнтки питання щодо можливості транспортування пацієнтки до закладу охорони здоров'я вищого рівня вирішується консиліумом;

транспортування жінки проводиться за її інформованою письмовою згодою або згодою її родичів, в окремих критичних випадках — за рішенням консиліуму;

жінку, яка не потребує підтримання життєвих функцій, транспортують силами скеровуючого закладу охорони здоров'я в супроводі медичного персоналу за наявності:

медичного транспортного засобу;

обладнання для надання реанімаційної допомоги під час транспортування;

навичок у супровідного медичного персоналу з надання реанімаційної допомоги.

6. Будь-який перинатальний трансфер узгоджується між відповідальними особами скеровуючого і приймаючого закладів охорони здоров'я.

У черговій виїзній акушерсько-гінекологічній бригаді необхідно визначити відповідального лікаря, на якого покладатимуться обов'язки ухвалення рішень щодо медичного лікування, а також моніторингу пацієнтки.

Лікарі, які відправляють та приймають пацієнтку, є однаково відповідальними за неї під час її транспортування:

1) лікар-консультант контролює:

збереження і справність медичного обладнання в транспортному засобі;

складання списку, наявність і збереження необхідних лікарських засобів і медичних препаратів, необхідних для надання невідкладної медичної допомоги пацієнці;

2) медична сестра контролює:

наявність необхідних лікарських засобів і медичних препаратів, їх поповнення;

обробку транспортного засобу (наприклад транспортного інкубатора) після перевезення пацієнтки;

допомагає лікарю-консультанту провести необхідні процедури і/або маніпуляції під час підготовки хворої до і під час перевезення, забезпечує догляд за пацієнткою;

3) лікар-консультант та/або анестезіолог (акушерка, медична сестра) заповнюють та контролюють ведення медичної документації і достовірність інформації, що вноситься;

4) санітар-водій контролює:

справність транспортного засобу, системи обігріву/кондиціонування транспортного засобу;

підтримання чистоти і порядку транспортного засобу;

наявність кисневих балонів та їх заправку;

допомагає перенести/перевезти пацієнтку до або з транспортного засобу.

Рекомендоване оснащення санітарного транспорту для транспортування вагітної/роділлі/породіллі наведено в додатку 1 до цього Порядку.

7. Заходи після повернення виїзної акушерсько-гінекологічної бригади у приймаючий заклад охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги:

1) персонал відділення інтенсивної терапії приймаючого закладу охорони здоров'я має бути попередженим про проблеми, які виникли і не були вирішені під час транспортування, і готовим до їх вирішення;

2) лікар виїзної акушерсько-гінекологічної бригади повинен повідомити медичний персонал відділення про анамнез, особливості клінічного стану пацієнтки, а також деталі проведених діагностичних і лікувальних заходів;

3) після завершення транспортування треба повернути все обладнання у стан функціональної готовності, а також відновити комплект витратних матеріалів.

8. Управління якістю системи транспортування:

1) стандартизація процедур (використання протоколів, контрольних переліків обладнання, ліків і витратних матеріалів тощо);

2) оцінка ефективності та аудит:

частота ускладнень і летальність під час транспортування;

відсоткова кількість випадків з потребою реанімаційних заходів або додаткових інвазійних і/або медикаментозних втручань під час транспортування;

середній проміжок часу між отриманням виклику і виїздом виїзної акушерсько-гінекологічної бригади;

середній проміжок часу між часом прибуття виїзної акушерсько-гінекологічної бригади до скеровуючого закладу охорони здоров'я і початком транспортування;

відсоток транспортованих пацієнтів від загальної кількості викликів;

середній вік транспортованих пацієнток на момент госпіталізації до закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги;

захворюваність, добова і загальна летальність транспортованих пацієнток.

## **IX. Дії персоналу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади під час транспортування вагітної, роділлі та породіллі**

1. Умови, за яких здійснюється транспортування:

1) використання належного спеціального медичного транспорту й обладнання; підтримання обладнання у робочому стані;

2) створення термонейтрального середовища;

3) надійна фіксація зондів, катетерів, інтубаційних трубок, датчиків тощо;

4) відміна ентерального харчування на час транспортування з відповідним забезпеченням парентерального введення рідини;

5) візуальне спостереження за станом пацієнтки, моніторний контроль стану життєво важливих функцій (не використовувати рутинний сечовий катетер) і підтримання прийнятних показників життєво важливих функцій;

6) періодичні оцінки і вимірювання: АТ, діурез; наявність самостійного дихання, правильність функціонування всіх моніторів і приладів; параметри дихальної підтримки; потік кисню; ЕКГ, стан носових канюль, катетерів, інфузійних трубок, ділянок інфузії (периферичного катетера).

2. Показники, що фіксуються в інформації щодо транспортування/дистанційного консультування вагітної, роділлі, породіллі (додаток 4) кожні 15 хвилин: температура тіла, SpO<sub>2</sub>, ЧСС, наявність самостійного дихання, параметри дихальної підтримки.

3. Показники, що записуються, вимірюються і фіксуються у транспортній формі кожні 60 хвилин:

АТ;

об'єм рідини, введеної внутрішньовенно, діурез;

усі додаткові діагностично-лікувальні втручання, які здійснювалися протягом транспортування;

показники дихальної апаратури (якщо використовується постійний позитивний тиск наприкінці видиху в дихальних шляхах, штучна вентиляція легенів (далі — СРАР/ШВЛ));

показники життєво важливих функцій, параметрів кисневої терапії та дихальної підтримки, а також усіх діагностичних і лікувальних заходів;

проведення заходів щодо стабілізації стану або усунення ускладнень (після зупинки транспортного засобу) у разі погіршення стану пацієнтки або виникнення ускладнень під час транспортування.

4. Постійна готовність медичного персоналу надати невідкладну і реанімаційну допомогу, негайне інформування приймаючого закладу охорони здоров'я про можливі проблеми, які виникли під час транспортування.

## **Х. Дії персоналу виїзної акушерсько-гінекологічної бригади при погіршенні стану пацієнтки під час транспортування**

1. Повідомити про погіршення стану пацієнтки та проконсультуватися з медичними працівниками приймаючого закладу охорони здоров'я.

2. Зупинити машину та провести невідкладну клінічну оцінку всіх життєво важливих функцій пацієнтки та правильність функціонування апаратів та моніторів.

3. Діяти відповідно до алгоритму реанімаційних дій медичного персоналу у разі зупинки серця під час транспортування.

4. Надавати перевагу виконанню процедур у належних умовах найближчого закладу охорони здоров'я.

## **ХІ. Оцінка якості транспортування вагітної, роділлі, породіллі**

1. Для оцінки якості транспортування використовуються індикатори якості медичної допомоги при транспортуванні вагітної, роділлі, породіллі (додаток 6), які є інструментами клінічного аудиту та моніторингу якості надання медичної допомоги при проведенні внутрішнього і зовнішнього аудиту.

2. Індикатори розраховуються щонайменше 1 раз на 6 місяців з обов'язковим подальшим обговоренням отриманих результатів як на I, II рівнях закладів охорони здоров'я, так і на III рівні надання медичної допомоги за умови обов'язкової присутності представників всіх закладів охорони здоров'я — учасників процесу транспортування пацієнток.

3. Для оцінки якості транспортування вагітної, роділлі, породіллі, а також для прийняття відповідних рішень може проводитися періодичне анкетування як медичних працівників закладів охорони здоров'я — учасників процесу транспортування, так і супроводжуючих (додаток 7).

**Директор Департаменту  
медичної допомоги**

**С. Хотіна**

Додаток 1  
до Порядку транспортування вагітних,  
роділь та породіль в Україні  
(пункт 4 розділу I)

**Рекомендоване обладнання санітарного  
транспорту для транспортування вагітної,  
роділлі, породіллі**

Обладнання має бути в робочому стані та готове до використання. Медичний персонал має знати, де розташоване основне обладнання та комплекти для надання невідкладної медичної допомоги.

I. Обладнання для дихальної підтримки та оксигенотерапії:

1. Кисневий(і) балон(и) із запасом кисню мінімум на 2 години або транспортний кисневий концентратор.
2. Реанімаційний мішок для дорослих з лицевими масками різних розмірів.
3. Набір інтубаційних трубок і провідників до них.
4. Ротовий повітровід.
5. Ларингеальна маска.
6. Ларингоскоп з набором клинків.
7. Щипці Мегіла.
8. Назальні канюлі та/або маски для оксигенотерапії.
9. Транспортний апарат для ШВЛ.
10. Відсмоктувач портативний електричний.
11. Відсмоктувач портативний з механічним приводом.
12. Катетери для санації трахео-бронхіального дерева та ротоглотки.

II. Додаткове обладнання для серцево-легеневої та церебральної реанімації:

1. Дефібрилятор.
2. Медичні препарати для проведення серцево-легеневої та церебральної реанімації.
3. Набір для катетеризації центральних вен.

III. Медичне обладнання для спостереження за станом життєво важливих функцій:

1. Кардіотокограф.
2. Портативний поліфункціональний монітор (частота дихання, SpO<sub>2</sub>, ЧСС, ЕКГ, неінвазійне/інвазійне вимірювання артеріального тиску) з візуальними і слуховими сигналами тривоги.
3. Глюкометр або тест-смужки.

IV. Акушерський набір:

1. Набір для пологів.
2. Акушерський стетоскоп.

V. Інфузійні розчини та медичне обладнання для їх введення:

1. Колоїди - 1000 мл.
2. Кристалоїди - 3000 мл.
3. Гідрокарбонат натрію 4 % - 250 мл.
4. Глюкоза 5 % - 500 мл.
5. Глюкоза 10 % - 500 мл.
6. Внутрішньовенні катетери <18 G (по 2 кожного розміру).
7. Шприцевий дозатор (перфузор) і стерильні продовжувачі до нього.
8. Шприци (50 мл, 20 мл, 10 мл, 5 мл, 2 мл).

VI. Лікарські засоби для боротьби з коагулопатією:

1. Рекомбінантний VIIa фактор.
2. Концентрат протромбінового комплексу.
3. Транексамова кислота.
4. Етамзилат натрію.

VII. Лікарські засоби:

1. Антikonвульсанти (діазепам, тіопентал натрію, магнію сульфат).
2. Утеротоніки (окситоцин, карбетоцин).
3. Діуретики (фуросемід, трифас).
4. Гіпотензивні препарати (ніфедипін, ебрантил, лабеталол).
5. Вазопресорні засоби (адреналін, дофамін, добутамін).
6. Анальгетики (наркотичні та ненаркотичні).
7. Антигістамінні засоби.
8. Серцево-судинні засоби (атропін, лідокаїн, аміодарон).
9. Антибіотики (цефалоспорини, аміноглікозиди, макроліди).
10. Міорелаксанти.

VIII. Витратні матеріали:

1. Бікс із стерильними халатами і пелюшками.
2. Бікс із стерильним матеріалом (серветки, вата тощо).
3. Бинти.
4. Стерильні пінцет, затискач, ножиці.
5. Джгут.
6. Шлункові зонди.
7. Сечові катетери.
8. Лейкопластир.
9. Стерильні та одноразові гумові рукавички.
10. Стетоскоп.
11. Антисептик для обробки рук.
12. Етиловий спирт.
13. Флакони з дистильованою водою, фурациліном.
14. Резервні датчики (електроди) для моніторів.
15. Додаткове джерело світла.

Додаток 2  
до Порядку транспортування  
вагітних, роділь та породіль в Україні  
(підпункт 4 пункту 6 розділу I)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ТРАНСПОРТУВАННЯ  
У ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР**

вагітної, роділлі, породіллі до закладу охорони здоров'я III рівня надання  
медичної допомоги

Я, \_\_\_\_\_, одержала від лікарів

(виїзної акушерсько-гінекологічної бригади та закладу охорони здоров'я, куди транспортується пацієнтка)

доступну інформацію про характер виявленого у мене (моєї дитини)  
захворювання (патологічного стану), особливості його перебігу, можливі  
ускладнення та ризики, про об'єм дообстеження та медичне лікування, які  
в повному об'ємі можна провести в перинатальному центрі, де можливе  
надання в повному об'ємі якісної спеціалізованої медичної допомоги мені  
та моїй дитині.

Я також проінформована, що відмова від транспортування може  
ускладнити стан мого здоров'я чи стан моєї дитини (внутрішньоутробно  
чи після народження).

У ході обговорення з лікуючим лікарем акушером-гінекологом  
(анестезіологом)

\_\_\_\_\_ (найменування закладу охорони здоров'я, де в даний час знаходиться пацієнтка)  
та \_\_\_\_\_ лікарем-акушером-гінекологом \_\_\_\_\_ (анестезіологом)

\_\_\_\_\_ (заклад охорони здоров'я, куди транспортується пацієнтка)  
виїзної акушерсько-гінекологічної бригади екстреної допомоги ми дійшли  
висновку, що найбільш оптимальним варіантом для забезпечення  
повноцінного лікувального процесу та надання спеціалізованої медичної  
допомоги мені або/та моїй дитині є транспортування мене в

\_\_\_\_\_ (найменування закладу охорони здоров'я)

З умовами транспортування ознайоmlена і погоджуюся на  
транспортування в \_\_\_\_\_

(найменування закладу охорони здоров'я)

П. І. Б. пацієнтки (родичів)

\_\_\_\_\_ (підпис, дата, година)

П. І. Б. лікуючого лікаря

\_\_\_\_\_ (підпис, дата, година)

П. І. Б. лікаря виїзної бригади

\_\_\_\_\_ (підпис, дата, година)

**КАРТА  
ТРАНСПОРТУВАННЯ/ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ  
ВАГІТНОЇ, РОДІЛЛІ, ПОРОДІЛЛІ**

**Розділ А. Витяг з історії пологів / індивідуальної карти вагітної  
(заповнює заклад охорони здоров'я, який скеровує/потребує консультування)**

Дата: \_\_\_\_\_ Час: \_\_\_\_\_ Заклад охорони здоров'я: \_\_\_\_\_

Пацієнтка (П. І. Б.): \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

Місце проживання: \_\_\_\_\_

Діагноз: \_\_\_\_\_

Мета виклику (уточнення діагнозу, складність випадку, тяжкість стану, проведення розширеного оперативного втручання тощо): \_\_\_\_\_

Анамнез життя: \_\_\_\_\_

Акушерсько-гінекологічний анамнез:  
Вагітність \_\_\_\_\_; пологи \_\_\_\_\_; аборти \_\_\_\_\_  
Гінекологічні захворювання/операції: \_\_\_\_\_

Перебіг даної вагітності: \_\_\_\_\_

Скарги, об'єктивний статус: \_\_\_\_\_

Акушерський статус: \_\_\_\_\_

Результати клінічних, лабораторних, функціональних та інших методів обстеження пацієнтки: \_\_\_\_\_

Проведене лікування: \_\_\_\_\_

П. І. Б. лікаря: \_\_\_\_\_

**КАРТА ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВАГІТНОЇ, РОДІЛЛІ, ПОРОДІЛЛІ**

**Розділ Б: Рекомендації консультантів КДЦ**

КОНСУЛЬТАЦІЯ № 1

Дата:

Час:

Узгоджений діагноз:

Клінічна ситуація в динаміці:

Місце подальшої медичної допомоги:

○ на місці (режим дистанційного консультування / виїзд бригади)

транспортування на III рівень (транспорт закладу охорони здоров'я, що скеровує / виїзна бригада)

Оперативне лікування  
(час, обсяг):

Медикаментозне лікування (препарати, дози):

Консультації суміжних фахівців  
(вказати):

Додаткові рекомендації:

Дата і час повторної консультації:

П. І. Б. лікаря:

<b>КАРТА ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВАГІТНОЇ, РОДІЛЛІ, ПОРОДІЛЛІ</b>	
<b>Розділ В: Рекомендації консультантів КДЦ</b>	
КОНСУЛЬТАЦІЯ № 2	Дата: _____ Час: _____
Узгоджений діагноз:	
Клінічна ситуація в динаміці:	
Місце подальшої допомоги: на місці (режим дистанційного консультування / виїзд бригади); транспортування на III рівень (транспорт закладу охорони здоров'я, що скеровує / виїзна бригада)	
Оперативне лікування (час, обсяг):	Медикаментозне лікування (препарати, дози):
Консультації суміжних фахівців (зазначити):	Додаткові рекомендації:
Дата і час повторної консультації:	П. І. Б. лікаря:

**ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ТРАНСПОРТУВАННЯ / ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ  
ВАГІТНОЇ, РОДІЛЛІ, ПОРОДІЛЛІ**

**Розділ А. Витяг з історії пологів / індивідуальної карти вагітної  
(заповнює заклад, який скеровує/потребує консультування)**

Дата: \_\_\_\_\_ Час: \_\_\_\_\_ Заклад охорони здоров'я: \_\_\_\_\_

Пацієнтка (П. І. Б.): \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

Місцезнаходження: \_\_\_\_\_

Діагноз: \_\_\_\_\_

Мета виклику (уточнення діагнозу, складність випадку, тяжкість стану, проведення розширеного оперативного втручання тощо): \_\_\_\_\_

Анамнез життя: \_\_\_\_\_

Акушерсько-гінекологічний анамнез: \_\_\_\_\_

Вагітність \_\_\_\_\_; пологи \_\_\_\_\_; аборти \_\_\_\_\_

Гінекологічні захворювання/операції: \_\_\_\_\_

Перебіг даної вагітності: \_\_\_\_\_

Скарги, об'єктивний статус: \_\_\_\_\_

Акушерський статус: \_\_\_\_\_

Результати клінічних, лабораторних, функціональних та інших методів обстеження пацієнтки: \_\_\_\_\_

Проведене лікування: \_\_\_\_\_

П. І. Б. лікаря(ів): \_\_\_\_\_

**Розділ Б: Допомога, яка надана спеціалістами виїзної бригади  
(заповнюють спеціалісти виїзної бригади у двох примірниках. Один примірник залишається у закладі охорони здоров'я, який  
викликав, інший примірник забирає виїзна транспортна акушерська бригада)**

Дата: \_\_\_\_\_ Час прибуття на місце: \_\_\_\_\_

Уточнений діагноз: \_\_\_\_\_

Пацієнтка:

- Транспортабельна
- Нетранспортабельна (вказати причини)

Дотранспортна стабілізація/лікування

Оперативне лікування (час, обсяг):	Медикаментозне лікування (препарати, дози):
Консультації суміжних фахівців (вказати):	Додаткова допомога:

Склад бригади:

Лікар-акушер-гінеколог \_\_\_\_\_

Лікар-анестезіолог \_\_\_\_\_

Лікар-неонатолог \_\_\_\_\_

Середній медичний персонал \_\_\_\_\_

Інші спеціалісти \_\_\_\_\_



Додаток 5  
до Порядку транспортування вагітних, роділь та  
породіль в Україні  
(підпункт 7 пункту 5 розділу VII)

### Токолітична терапія на етапі дотранспортної підготовки та транспортування

Препарат	Схема використання
Гексопреналіну сульфат	Гострий токоліз: болосне внутрішньовенне введення 10 мкг препарату в 10 мл ізотонічного розчину протягом 5-10 хвилин. Підтримуюча терапія: 2 ампули по 25 мкг розчиняють у 500 мл ізотонічного розчину NaCl. Приготований розчин вводять в/в крапельно зі швидкістю 50-60 крапель за хвилину (тобто 0,3 мкг/хв.) під контролем пульсу жінки
Ніфедипін	Наразі у світі не існує консенсусу щодо оптимального режиму використання ніфедипіну для токолізу. Найбільш вживаними є такі схеми: 10 мг сублінгвально кожні 15 хвилин упродовж першої години до припинення переймів, потім призначають 20 мг 3 рази на добу; 20 мг перорально, потім по 20 мг 3-4 рази на добу протягом 48 годин. Максимальна доза – 60-80 мг/доба; 20 мг перорально, далі, якщо скорочення матки зберігаються, – через 30 хвилин 20 мг повторно, потім по 20 мг кожні 6 годин протягом 48 годин за показаннями. Максимальна доза – 160 мг/доба
Індометацин	Гострий токоліз: починаючи з 50-100 мг ректально або per os, потім по 50 мг кожні 6 годин (перша доба). Підтримуюча терапія: по 50 мг 3 рази на добу (друга доба)

Додаток 6  
до Порядку транспортування вагітних, роділь та  
породіль в Україні  
(пункт 1 розділу XI)

### ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРАНСПОРТУВАННІ ВАГІТНОЇ, РОДІЛЛІ, ПОРОДІЛЛІ

№ з/п	Індикатор	Порогові значення	Методика вимірювання
1	Частка пацієнтів, до яких не було здійснено виїзду транспортної бригади щонайменше протягом 8 годин після оформлення виклику	< 10 %	Кількість пацієнтів, до яких не було здійснено виїзду транспортної бригади щонайменше протягом 8 годин після оформлення виклику, x 100 / загальну кількість викликів
2	Частка транспортованих пацієнтів від загальної кількості викликів	> 95 %	Кількість транспортованих пацієнтів x 100/ загальну кількість викликів
3	Частка пацієнтів, кому була проведена відповідна стабілізація стану до приїзду виїзної акушерської бригади	> 95 %	Кількість пацієнтів, які потребували транспортування та яким була проведена відповідна стабілізація стану медичними працівниками скеровуючого закладу, x 100 / загальну кількість пацієнтів, які потребували транспортування
4	Частка пацієнтів, до яких було здійснено більше 1 виїзду акушерської бригади	< 1 %	Кількість пацієнтів, які потребували транспортування та до яких було здійснено більше 1 виїзду виїзної акушерської бригади, x 100/ загальну кількість пацієнтів, які потребували транспортування та до яких були здійснені виїзди бригади
5	Середній проміжок часу між отриманням виїзною бригадою виклику та її виїздом	30 ± 5 хв.	Загальна кількість хвилин між отриманням усіх викликів та виїздом бригади/загальну кількість виїздів
6	Частота потреби у реанімаційних заходах або додаткових інвазійних та/або медикаментозних втручаннях під час транспортування	< 5 %	Кількість випадків з потребою в реанімаційних заходах або додаткових інвазійних і/або медикаментозних втручаннях під час транспортування x 100/загальну кількість транспортованих пацієнтів