



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

30.03.2017

№ 787

О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем на территории Волгоградской области

В целях обеспечения повышения эффективности мероприятий по предупреждению возникновения, распространения и раннего выявления заболеваний, передаваемых половым путем, на территории Волгоградской области, руководствуясь Постановлением Правительства Российской Федерации от 01 декабря 2004 года № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 марта 2001 года № 87 "О совершенствовании серологической диагностики сифилиса" (далее – приказ № 87), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июля 2001 года № 291 "О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем" (далее – приказ № 291), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 июля 2003 года № 327 "Об утверждении протокола ведения больных "Сифилис", приказом Министерства здравоохранения СССР от 04 октября 1980 года № 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" (далее – журнал № 060/у), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 года № 572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", приказом Министерства здравоохранения Волгоградской области от 19 февраля 2014 года № 341 "Об организации медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология" на территории Волгоградской области" (далее – приказ № 341), письмом Департамента мониторинга и стратегического развития здравоохранения Российской Федерации от 02 марта 2015 года № 13-2/25 (далее – письмо № 13-2/25)

п р и к а з ы в а ю:

1. Руководителям медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской

области (далее – медицинские организации), обеспечить:

1.1. Работу в соответствии с перечнем контингентов, подлежащих обследованию на сифилис в Волгоградской области, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

1.2. Взаимодействие врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса в соответствии с приказом № 291;

1.3. Вызов врача-дерматовенеролога в стационарное отделение для консультации пациентов с положительными результатами крови на сифилис в течение 3-календарных дней в соответствии с приказом № 341;

1.4. Передачу сведений о положительных результатах анализа на сифилис (далее – анализ) в течение 3-календарных дней в государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Волгоградский областной клинический кожно-венерологический диспансер", Волгоград (далее – ГБУЗ "ВОККВД") в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по телефону: (8442) 23-07-67 по форме согласно приложению 2 к настоящему приказу;

1.5. Контроль полноты, достоверности, своевременности учёта и регистрации больных с вновь установленным диагнозом: сифилис, гонококковая инфекция, уrogenитальный трихомониаз, хламидиоз, аногенитальные бородавки, уrogenитальный герпес при заполнении извещений по форме № 089/у-кв (далее – извещение) согласно письму № 13-2/25, в соответствии с приложением 3 к настоящему приказу;

1.6. Учет и регистрацию больных в журнале № 060/у учета инфекционных заболеваний по месту их выявления;

1.7. Направление заполненного извещения в течение 3-календарных дней на абонентский пункт ViPNet ГБУЗ "ВОККВД";

1.8. Передачу дубликата извещения в ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области" и его филиалы по месту фактического проживания больного в течение 3-календарных дней;

1.9. Назначение ответственного лица за регистрацию положительных лабораторных исследований инфекций, передаваемых половым путем (далее – ИППП), и передачу сведений, указанных в подпунктах 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 настоящего приказа.

2. Главным врачам медицинских организаций рекомендовать использовать форму ведения журнала учета положительных результатов анализов сыворотки крови на сифилис по месту их выявления согласно приложению 2 к настоящему приказу.

3. Главному врачу ГБУЗ "ВОККВД" М.В.Безмельницыной обеспечить:

3.1. Проведение диагностики ложноположительных серологических результатов и сифилитической инфекции в соответствии с приказом № 87;

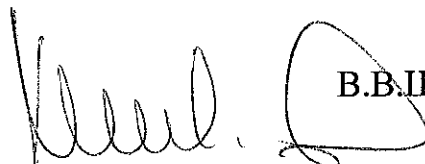
3.2. Назначение ответственного лица за регистрацию поступающей информации во исполнение подпунктов 1.4, 1.7 настоящего приказа;

3.3. Организационно-методическую помощь медицинским

организациям по вопросам профилактики ИППП, предусмотрев подготовку информационно-методического материала (брошюры, листовки), в срок до 20 апреля 2017 года;

4. Контроль исполнения приказа возложить на заместителей председателя комитета здравоохранения Волгоградской области А.И.Себелева, И.А.Карасеву.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области



В.В.Шкарин

А.А.Муромцева
Л.Е.Безбожнова
(8442)30-99-84
М.В.Безмельницына
(8442)73-16-67

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30.03 2017 г. № 787

Перечень контингентов (старше 15 лет), подлежащих обследованию на сифилис в Волгоградской области

| | Контингенты | Методы исследования/кратность |
|------|--|--|
| 1. | Граждане, проходящие обязательные предварительные медицинские осмотры | РМП или ИФА/раз в квартал |
| 2. | Граждане, проходящие периодические или профилактические медицинские осмотры | РМП или ИФА/раз в квартал |
| 3. | Иностранцы граждане и лица без гражданства для получения разрешения на временное проживание, вида на жительство или разрешения на работу | ИФА + РМП/раз в квартал |
| 4. | Доноры крови, органов | ИФА/независимо от кратности обращения |
| 5. | Семейная пара при подготовке к лечению с применением вспомогательных репродуктивных технологий | РМП + ИФА/раз в квартал |
| 6. | Беременные: | |
| 6.1. | Направленные на искусственное прерывание беременности | РМП + ИФА/ независимо от кратности обращения |
| 6.2. | Обследование беременных женщин в женских консультациях в течение беременности | ИФА/3 раза в течение беременности |
| 7. | Роженицы и родильницы в родильных отделениях | ИФА/ независимо от кратности поступления |
| 8. | Новорожденные с целью выявления врожденного сифилиса (в случае положительных серологических анализов у матери) | РМП + ИФА/по показаниям |

| | | |
|-------|---|--|
| 9. | Пациенты дневных и круглосуточных стационаров, а также лица по уходу | ИФА/независимо от кратности поступления |
| 10. | Пациенты, направляемые на стационарное лечение (дата анализа не должна превышать 21 день) на догоспитальном этапе | ИФА/независимо от кратности поступления |
| 11. | Лица по уходу за больными в стационарных условиях (дата анализа не должна превышать 21 день) на догоспитальном этапе | ИФА/независимо от кратности поступления |
| 12. | При оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, в амбулаторных условиях | РМП или ИФА/раз в квартал |
| 13. | Пациенты дерматовенерологических учреждений (диспансер, отделений, кабинетов) | |
| 13.1. | С дерматологическими заболеваниями | ИФА/раз в квартал |
| 13.2. | Пациенты, проходящие обследование с целью исключения инфекций, передаваемых половым путем | РМП + ИФА сум G, M или РМП + РПГА/раз в квартал |
| 13.3. | Обследование пациентов для распознавания ложноположительных результатов, в том числе при диагностике скрытого сифилиса (позднего или раннего) | РМП +ИФА сум G, M или РПГА, РИФabs/200, РИБТ/раз в квартал |
| 13.4. | Контроль пациентов после окончания курса лечения сифилиса | РМП +ИФА сум G, M /раз в квартал |
| 13.5. | Обследование пациентов по окончанию срока серологического контроля | РМП +ИФА сум G, M или РПГА, РИФ, РИБТ |

*Примечание: обследование детей 0 - 14 лет проводить по клиническим и эпидемиологическим показаниям, в присутствии законного представителя.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30.03 2017 г. № 787

Форма ведения журнала учета положительных результатов анализов
сыворотки крови на сифилис по месту их выявления в медицинских
организациях, подведомственных комитету здравоохранения
Волгоградской области

| № | Ф.И.О. больного | Год рождения | Адрес (место- житель- ства) | Дата гос- питализа- ции или обращения в медицинские организации | Дата забора крови | Дата поста- новки реакции | Метод иссле- дова- ния и результ- тат | Дата приема- передачи информации, Ф.И.О. пере- давшего-при- нявшего | Приме- чание |
|---|--------------------|-----------------|--------------------------------------|---|-------------------------|------------------------------------|--|--|-----------------|
|---|--------------------|-----------------|--------------------------------------|---|-------------------------|------------------------------------|--|--|-----------------|

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к приказу комитета здравоохранения
Волгоградской области
от 30.03 2017 г. № 787

Медицинская документация
Форма N 089/у-кв

Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки

1. Ф.И.О. или код больного _____
2. Пол: м 1 , ж 2 3. Дата рождения
4. Место постоянной регистрации (населенный пункт, улица, дом) _____
5. Место временной регистрации (фактического проживания): _____
6. Житель: города 1 , села 2
7. Категория больного: житель данного субъекта , другого субъекта , СНГ
РФ 1 РФ 2 3
- иностраннй гражданин 4 , БОМЖ , контингент ФСИН 6 5
8. Социальная группа: работающий 1 , неработающий 2 , дошкольник 3 , учащийся 4
студент 5 , пенсионер 6 , военнослужащий 7
9. Диагноз _____ Реинфекция: да нет Код МКБ-X _____
10. Лабораторное подтверждение: 1: КСР , РМП , РПР , РПГА , ИФА ,
РИФ , РИБТ , ТПМ , иммуноблот ; бактериоскопическое , бактериологическое
2 3
- молекулярно-биологическое , другое
4 (вписать) 5
11. Выявленный возбудитель _____

12. Путь передачи: половой , в т.ч. при сексуальном , бытовой 3 ,
1
насилии 2

трансплацентарный 4 , неуточненный .
5

13. Место выявления заболевания: медицинская организация государственной формы собственности:

КВУ1 , из них , амбулаторно-поликлиническое (указать
анонимно 2 учреждение 3

специалиста) _____ женская консультация 4 , стационар
5

(указать койки) _____ профиль _____, другое (вписать)
6

_____, медицинская организация другой формы собственности 7 .

14. Обстоятельства выявления: а) самостоятельное обращение к специалисту (указать к какому) 1

_____, в т.ч. по ;
контакту

б) выявлено специалистом: как контакт , донор , при медицинских
больного 2 3 осмотрах 4

во время родов , другие обстоятельства
5 (вписать) 6

15. Срок беременности: I триместр - , II триместр - , III триместр - 3 .
1 2

6. Детское учреждение (для детей)

17. Дата установления диагноза:

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Ф.И.О. врача _____

Подпись и печать
врача _____