Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Список детей, родившихся с экстремально низкой массой тела

и достигших в 2020 году 3 летнего возраста (дети 2018 года рождения)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Дата рождения | Адрес | Основной Диагноз (на отчетный период) МКБ-10 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Приложение №1

к приказу Минздрава РТ

от\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_

Информация

о состоянии здоровья ребенка, родившегося с экстремально низкой массой тела и достигшего возраста 3 лет на отчетную дату «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020\_\_\_г.

Медицинская организация­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ФИО ребенка |  |
|  | Пол |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | СНИЛС |  |
|  | Место рождения (указать учреждение родовспоможения) |  |
|  | Место жительства ребенка |  |
|  | Срок гестации на момент родов (значение должно быть больше или равно 22 неделям) |  |
|  | Роды  - Самопроизвольные  - Кесарево сечение |  |
|  | Ребенок, родившийся после ЭКО  (да, нет) |  |
|  | Масса тела при рождении (г) (значение должно быть в диапазоне от 350-999) |  |
|  | Длина тела при рождении (значение должно быть больше или равно 25 см) |  |
|  | Оценка по Апгар при рождении (значения от 0-10 включительно) |  |
|  | Роды одноплодные, один из двойни/тройни |  |
|  | Аудиологический скрининг  ( значение «не проводился», «положительный результат», «отрицательный результат») |  |
|  | Неонатальный скрининг (значение «не проводился», «положительный результат», «отрицательный результат») |  |
|  | Наличие инвалидности (указать год установления инвалидности) |  |
|  | Основной диагноз в 3 года (указать код по МКБ) |  |
|  | Сопутствующие диагнозы (указать код по МКБ), возможен ввод нескольких значений |  |
|  | Осложнения (указать код по МКБ), возможен ввод нескольких значений |  |
|  | Диагноз, обусловивший возникновение инвалидности (указать код по МКБ) |  |

Ф.И.О., должность ответственного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)