

ПОРЯДОК
ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В УСЛОВИЯХ ФАП, УБ, ВА
МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«СЕВЕРО-ЕНИСЕЙСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

1. Ответственным за оказание акушерско-гинекологической помощи является руководитель периферического подразделения (врач общей практики, фельдшер). Контроль за качеством и соответствием помощи женщинам осуществляет районный акушер-гинеколог.
2. Основной задачей первичной медико-санитарной гинекологической помощи женщинам является:
 - профилактика гинекологических заболеваний;
 - раннее направление на осмотр и обследование при подозрении на наличие гинекологического заболевания;
 - проведение лечения при хронических заболеваниях, по рекомендации врача акушера-гинеколога женской консультации;
 - оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;
 - санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортотворения;
 - охрана репродуктивного здоровья;
 - формирование стереотипа здорового образа жизни.
3. На этапе первичной медико-санитарной помощи специалист периферического подразделения взаимодействует с социальным работником в части осуществления мероприятий по предупреждению абортотворения, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности.
4. В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется диспансерное наблюдение женского населения, направленное на раннее выявление и своевременное направление на диагностику гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, проведение лечения хронических заболеваний по имеющимся рекомендациям врача акушера-гинеколога женской консультации.
5. Диспансерное наблюдение проводится по принципу группы здоровья. План диспансерного наблюдения составляет врач акушера-гинеколога женской консультации и передает вместе с выпиской в периферическое подразделение. Задача специалистов ФАП, УБ, ВА строго придерживаться разработанного плана, контролировать выполнение назначений, выполнять поручения согласно выписки.
6. Оказание неотложной помощи женщинам с акушерско-гинекологической патологией проводится с обязательной консультацией врача акушера-гинеколога. Транспортировка в МУ «ЦРБ» проводится после консультации с фельдшером СМП собственными силами, либо выездной бригадой СМП.
7. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности проводится по принципу амбулаторной помощи, осуществляемой врачом общей практики/медицинским работником ФАП;
8. При выявлении беременной женщины специалист периферического подразделения:
 - направляет на прием к врачу акушера-гинеколога женской консультации;
 - выписывает направления на обследования – клинический и биохимический анализ крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, анализ крови на сифилис, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, группа крови и резус-фактор.
9. После постановки на учет беременной акушерка женской консультации передает по телефону руководителю периферического подразделения план обследования, скрининга, осмотра специалистами. Врач общей практики (фельдшер, акушерка) контролируют

выполнение рекомендаций, обо всех замечаниях, жалобах, проведенных осмотрах докладывает врачу акушеру-гинекологу для фиксации в карте наблюдения беременной.

10. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней по истечении очередного срока врач общей практики (фельдшер, акушерка) обязательно проводит активный патронаж, с целью добиться регулярного посещения женской консультации.

11. При невозможности выехать для осмотра в женскую консультацию в определенные сроки (бездорожье, зимнее время, удаленность) врач общей практики (фельдшер, акушерка) проводит наблюдение на месте. Результаты докладывает врачу акушеру-гинекологу по телефону для фиксации в карте наблюдения беременной.

12. Для искусственного прерывания беременности при сроке до 16 недель женщины направляются в хирургическое отделение.

13. При угрожающем аборте до 22 недель для лечения беременные женщины направляются в хирургическое отделение.

14. При экстрагенитальной патологии беременная женщина направляется на госпитализацию в профильное отделение вне зависимости от срока беременности после согласования с врачом акушером-гинекологом.

15. При сроке беременности 35-36 недель врачом акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения. Врач общей практики (фельдшер, акушерка) несет ответственность за соблюдение этого плана и своевременное направление беременной в акушерское отделение.

16. Послеродовое наблюдение по месту жительства осуществляется врачом общей практики (фельдшером, акушеркой) в строгом соответствии с рекомендациями и назначениями врача акушера-гинеколога.