



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ФСН № 32 Сведения о
медицинской помощи
беременным, роженицам и
родильницам**

Москва, 2017

Охрана материнства и детства является одним из приоритетных направлений государственной и социальной политики государства. Поэтому так важен анализ рождаемости, структуры заболеваемости и смертности беременных, рожениц, родильниц и новорожденных.

ФСН № 32 – основной источник сведений для оценки:

- Рождаемости
- Состояния здоровья женщин и их потомства
- Тенденций улучшения или ухудшения их здоровья во времени
- Смертности и летальности женщин и детей
- Медико-социальной оценки состояния общества
- Правильности организационных принципов акушерской и неонатологической помощи
- Качества оказываемой медицинской помощи
- Результативности проводимых медико-социальных программ, направленных на увеличение рождаемости, снижение смертности, повышение качества жизни и улучшение здоровья населения

Для возможности реализации ЭТИХ задач необходимо:

- Стабильность структуры статистической формы (для возможности оценки показателей во времени)
- Единообразии предоставления материалов всеми субъектами Российской Федерации
- Полнота и объективность исходных данных
- Информативность и достоверность предоставляемых сведений

Раздел 1. Медицинская помощь, оказанная беременным женщинам

Табл. 2120

- стр. 15 (число плодов, у которых выявлены врожденные пороки развития – всего) может быть равно или меньше число выявленных плодов с врожденными аномалиями и пороками развития форма № 30, Табл. 5116, стр 1

Раздел 2. Родовспоможение

Табл 2210

- Стр 1 – учитывается число родов только родильном отделении.
- Табл 2210 стр 1 = Вкл. №232 табл 100, стр.2 гр 4. (число родов в организациях родовспоможения).
- Стр 2 - включены роды вне родильного отделения (на непрофильных койках, в транспорте, дома (если были госпитализированы), СМП).

КОНТРОЛЬ: Обращать внимание на соответствие числа родов (с учетом рождения двоен, троен, четырех детей и более) числу родившихся детей. При расхождении предоставлять подробное объяснение.

Раздел 2. Родовспоможение

Табл 2210

- Стр 12 принято родов срок 22-28 недель (от 154 дней, но менее 196 полных дней). Ведется учет родов в родильном отделении (из стр 1)
- Стр 14 число преждевременных родов 22-37 недель (от 154 до 258 полных дней, но менее 259 дней). Ведется учет всех преждевременных родов.
- Для стр. 12 и стр. 14 имеется межформенный контроль с вкладышем 232, в котором учитываются роды в учреждениях родовспоможения по уровням.
- Табл 2210 стр 12=Вкл.№232, табл 100, стр 2.1
- Стр 15 учитываются преждевременные роды в организациях родовспоможения 3 уровня (вкл № 232 стр 1. гр 7)

По определению ВОЗ недоношенными считаются рожденные при сроке 22-37 полных недель гестации, что составляет интервал с 154 до 258 полных дней.

*Новорожденный является доношенным
с 259 дня*

«154 и более дней, но менее 259»

В целях сохранения единообразного подхода
рекомендуется учитывать

- беременность/срок гестации «до 22 недель» - как:
срок «менее 154 полных дней»;
- «22-27 недель» -154-195 полных дней (менее 196 дн)
- «28-37 недель» -196-258 полных дней (менее 259 дн)

Раздел 2. Родовспоможение

Табл 2211

КОНТРОЛЬ: Не все случаи преэклампсии и кровотечения относятся в критическим акушерским состояниям.

Во вкл. № 232 табл 100 стр 7-7.4 учитываются только критические акушерские состояния (near-miss)

Табл 2250

КОНТРОЛЬ: Число родов (табл 2210 стр 1+ стр 2) =число нормальных родов (табл 2210 стр 5) + табл 2250 стр 1 (Число женщин, у которых зарегистрированы заболевания и патологические состояния, осложнившие роды и послеродовый период).

В случае расхождения в контроле необходимо представить пояснение с указанием причин, диагнозов женщин.

Раздел 3. Сведения о новорожденных

Табл 2245

- Дети, родившиеся с массой тела менее 500 г в срок гестации 22 недели и более (СЗРП, двойни, тройни и т.д.) вносятся в гр 3, 13, 14 по всем строкам.
- Разница в сумме граф 4-12 и графы 3 будет равна числу этих детей.

КОНТРОЛЬ: число недоношенных в гр 13= табл 2250 стр 1 гр 4+табл 2260 стр 1 гр 5. Разница возможна в случае рождения детей до 500 г при сроке гестации 22 недели и более, так как они не учитываются в табл 2250 и 2260.

По аналогии проводится контроль умерших недоношенных (табл 2245 стр 2 гр 13 и табл 2250 стр 1 гр 5+табл 2260 стр 1 гр 7.

Если данные в табл 2245 стр 2 и стр 3 идентичны – представить пояснение. Если данные в табл 2245 стр 5 и стр 6 идентичны – представить пояснение.

КОНТРОЛЬ: в табл 2245 представлена информация о всех новорожденных

Во вкл. № 232 представлена информация о детях, получивших помощь в учреждениях родоспоможения (родившихся и доставленных). Поэтому во вкл. 232 детей может быть меньше

Раздел 3. Сведения о новорожденных

Табл 2247 Учитываются межгоспитальные переводы (в другие стационары).

Объем дополнительной информации по переводам будет представлен ниже.

Табл 2250

КОНТРОЛЬ: Число заболеваний всего стр 5 = сумма строк 2-4 (по графе 4).

Табл 2260

КОНТРОЛЬ: Число заболеваний всего стр 7 = сумма строк 2-6 (по графам 4 и 5).

Заслуживает внимания проблема правомерности применения термина «здоровый недоношенный ребенок»

- При установлении в медицинской документации диагноза «Недоношенность 34-36 недель (Р 07.3, Р 07.2, Р 07.1, Р 07.0) эти дети должны учитываться в ФСН № 32 табл. 2260 (стр.1 «всего новорожденных», стр. 4 «отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» с кодом Р00-Р96).

Диагноз: «Недоношенность» является в данном случае правомерным и необходимым

Вкладыш № 232

**«Сведения о регионализации
акушерской и перинатальной помощи
в родильных домах (отделениях) и
перинатальных центрах»**

Роды и новорожденные

Табл 100

- Стр 2.1 и 2.2.заполняются согласно срокам гестации в ф № 32 (22-28 недель, 28-37 недель)
- Стр 2-2.6 учитываются роды, произошедшие только в учреждениях родовспоможения (не СМП, не домашние, не на непрофильных койках)
- Стр 3-6.4.1 учитываются дети, получившие медицинскую помощь в организациях родовспоможения (родились или доставлены)

Критические акушерские состояния (стр. 7-7.4)

Понятие «Критические акушерские состояния»:

это - не сумма *всех случаев* преэклампсии,
эклампсии, сепсиса и акушерских кровотечений
из ФСН № 32,

*а случаи отобранные, с наиболее
тяжелыми проявлениями, нарушениями жизненно
важных функций,
требующие специальных мер
реанимации и выхаживания, применения ИВЛ,
трансфузии крови, вазоактивных препаратов,
гемодиализа, гистерэктомии.*

Учет акушерских операций (стр. 8-8.5.1)

- Строка 8 вкладыша № 232 содержит все акушерские операции с 22 недель гестации в акушерских стационарах. Учитываются операции в целом, а не манипуляции в ходе одной операции.
- Необходимо сравнивать данные вкладыша № 232:
 - стр. 8.1. и ф. №14. табл 4000 стр. 14.4 гр 3.
 - стр 8.2. и ф. № 14 табл 4000 стр 14.2 гр 3
 - стр 8.3. и ф. № 14 табл 4000 стр 14.3 гр 3
 - стр 8.4.и ф № 14 табл стр 14.7 гр 3
 - стр 8.5. и ф.№14 табл 4000 стр 14.8
- Во вкладыше № 232 строки 8.1.1.и 8.5.1 (сроки 22-27 недель) не имеют аналогов в ф. № 14 табл 4000.
- Число операций в строках ф. № 14 табл 4000 может быть больше, чем во вкладыше за счет операций, проведенных не в акушерских стационарах.

Вызовы бригад реанимационной помощи (стр. 11-11.3)

Учитывается число выездов реанимационных бригад на 1 уровень (гр. 5), на 2 уровень(гр.6), на 3 уровень (гр. 7).

Межформенный контроль

При сдаче годовых отчетов межформенных контроль проводится между формами № 32 и вкладышем № 232, а также с формами: № 14, № 30, № 47, № 61

ФСН №14

- Страница 35, табл. 2100 (переводы новорожд), 2200 (умерло 0-168 ч), 2400 (материнская смертность)
- Страница 36, табл. 3000 (заболеваемость и смертность новорожденных в детских стационарах)
- Страница 39, табл. 4000, стр.14.0-14.9, гр.3 (акушерские операции)

ФСН № 30

- Страница 37, табл. 2400 (роды на дому)
- Страница 44, табл. 3100, стр. 4 и 5 (койки беременных и рожениц, патологии беременности)
- Страница 79, табл. 5503, стр. 4 и 5; 12 и 13 (патолого-анатомические вскрытия)

ФСН №47

- Страница 2, табл. 0100, стр.21, гр.3 (родильные дома)
- Страница 14, табл. 0600, стр.15, гр.3 (перинатальные центры)
- Страница 26, табл.0700, стр.4 и 5 гр. 11 5 (койки беременных и рожениц, патологии беременности)

ФСН №61

- Раздел 5, табл. 5000, стр.2 и 25 (роды у женщин с ВИЧ и родившиеся живыми дети у матерей с ВИЧ)

Дополнительная информация

1. Дети, родившиеся на сроке гестации 22 недели и более, с массой тела менее 500 г
2. Сведения о материнской смертности
3. Сведения о родах вне родильного отделения
4. Сведения о переводах новорожденных и коечном фонде

Список детей массой тела менее 500 г при сроке гестации 22 и более недель:

1. Территория, город-село
2. Уровень медицинской организации
3. Возраст матери
4. Соматическое и гинекологическое здоровье матери, паритет
5. Наличие вредностей (профессиональные, экологические; вредные привычки)
6. Состояла ли на учете в женской консультации
7. Срок гестации
8. Масса тела и рост ребенка (плода)
9. Родился живым-мертвым (антенатальная гибель)
10. Выжил/умер (в том числе в первые 24 ч, 168 ч)
11. Клинический диагноз ребенка (основной, сопутствующий, осложнения)
12. При вскрытии: патологоанатомический диагноз ребенка.

Списки умерших матерей с заполнением 17 уточняющих граф:

- 1 – Инициалы ФИО, возраст
- 2 – Место жительства
- 3 – Место наблюдения за беременной
- 4 – Срок постановки на учет в женской консультации
- 5 – Дата и место родов
- 6 – Срок беременности на момент родов
- 7 – Беременность и роды по счету
- 8 – Экстрагенитальная патология
- 9 – Гинекологическая заболеваемость
- 10 – Метод родоразрешения
- 11 – Оперативные вмешательства (вид, дата, осложнения)
- 12 – Заключительный клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)
- 13 – Дата и место смерти, длительность пребывания в стационаре (часы, дни)
- 14 – Патологоанатомический диагноз (основной, фоновое заболевание, осложнения)
- 15 – Причина смерти по МКБ X
- 16 – 1 - прямая акушерская причина или 2 - косвенная акушерская причина
- 17 – Предотвратимость смерти: 1 – предотвратимая, 2 – условно предотвратимая, 3 – непредотвратимая

Имеются разночтения и при
характеристике случаев смерти
по причинам и их распределении
на прямые и косвенные

Основные прямые причины материнской смерти:

- эмболия легочной артерии околоплодными водами
- тяжелая преэклампсия и эклампсия
- разрыв матки и маточных труб,
- массивные кровотечения - маточные и при отслойке плаценты
- септические осложнения
- ятрогенные осложнения

Основные косвенные причины материнской смерти:

- экстрагенитальные заболевания
- хроническая патология мочеполовой системы,
- ВИЧ-инфицирование
- туберкулез
- онкология
- полинаркомания
- тромбоэмболия легочной артерии
- тромбозы иной локализации.

Списки, уточняющие места родов вне родильного отделения:

- В непрофильных стационарах (на терапевтических, инфекционных и пр. койках) – с последующим поступлением в акушерский стационар
- В транспорте – с последующим поступлением в акушерский стационар
- На дому – с последующим поступлением в акушерский стационар
- На дому без последующей госпитализации

Переводы новорожденных и кочный фонд

Число переводов недоношенных и новорожденных на этап выхаживания и лечения				
Межгоспитальные (из роддома в дет.стационар или ПЦ)				
Внутригоспитальные (отделения патологии новорожденных, реанимации и интенсивной терапии внутри учреждения)				
	койки реанимации недоношенных и новорожденных детей		койки патологии недоношенных и новорожденных детей	
	1 этап (акушерский стационар)	2 этап (детская больница, ПЦ)	1 этап (акушерск ий стационар)	2 этап (детская больница или ПЦ)
Всего:				
из них на 3 уровень				

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**

otchet32@gmail.com