

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

16 сентября 2003 г.

№ 442

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНЫХ ФОРМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДЕТЕЙ,  
РОЖДЕННЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ МАТЕРЯМИ

В целях организации мониторинга за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, анализа и оценки ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и детей, улучшения диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных детей

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Учетную форму № 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 1);

1.2. Инструкцию по заполнению учетной формы № 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 2);

1.3. Учетную форму № 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 3);

1.4. Инструкцию по заполнению учетной формы № 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 4);

1.3. Учетную форму № 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 5);

-----  
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.  
-----

1.6. Инструкцию по заполнению учетной формы № 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" (приложение № 6).

2. Учетные формы № 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью", № 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью", № 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" и инструкции по их заполнению ввести в действие с 1 января 2004 года.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра О.В.Шарапову.

Министр  
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение N 1  
УТВЕРЖДЕНО  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 16.09.2003 г. N 442

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма N 309/у  
Утверждена Минздравом России

ИЗВЕЩЕНИЕ О НОВОРОЖДЕННОМ,  
РОЖДЕННОМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Ребенок матери

\_\_\_\_\_ Ф.И.О, матери

2. Дата рождения матери (число, месяц, год)

3. Дата рождения ребенка (число, месяц, год)

4. Пол: мальчик - 1, девочка - 2

5. Масса ребенка при рождении (г)

6. Рост ребенка при рождении (см)

7. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2

8. Место рождения: республика, край, область

\_\_\_\_\_ город, село

ЛПУ \_\_\_\_\_ . 9. Грудное вскармливание ребенка: да -  
1, нет - 2

10. Клинический диагноз ребенка

11. Проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку: нет -  
1, да - 2

(препарат \_\_\_\_\_ доза

\_\_\_\_\_ продолжительность: с \_\_\_\_\_ по

12. Место регистрации матери: республика, край, область

\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город, село

\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_

13. Место фактического проживания матери: республика, край, область

\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город, село

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_  
14. Первое обращение по поводу беременности: число \_\_\_\_ месяц  
\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_  
ЛПУ \_\_\_\_\_

15. Состояла на учете по беременности в женской консультации: нет  
- 1, да - 2

16. Срок постановки на учет в женской консультации: до 12  
недель - 1,  
с 12 по 23 недель - 2, с 24 по 35 недель - 3, с 36 недель - 4

17. Дата установления ВИЧ-инфицирования: число \_\_\_\_\_ месяц  
\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

18. Путь ВИЧ-инфицирования: половой - 1, парентеральный - 2,  
нет данных - 3

19. Проведение перинатальной профилактики ВИЧ: нет - 1, да - 2

19.1. в период беременности: нет - 1, да - 2 (препарат \_\_\_\_\_  
доза \_\_\_\_\_)

с какого срока беременности: с 14 по 20 недель - 1, с 21 по 24  
недель - 2,

с 24 по 28 недель - 3, с 28 по 32 недель - 4, с 33 недель  
и более - 5)

19.2. в родах: нет - 1, да - 2 (препарат \_\_\_\_\_  
доза \_\_\_\_\_)

20. Родоразрешение в срок беременности (в неделях)

21. Кесарево сечение: да - 1, нет - 2

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

Приложение N 2

УТВЕРЖДЕНО

Приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 16.09.2003 г. N 442

#### ИНСТРУКЦИЯ

ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 309/У  
"ИЗВЕЩЕНИЕ О НОВОРОЖДЕННОМ, РОЖДЕННОМ  
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"

1. Учетная форма N 309/у "Извещение о новорожденном, рожденном  
ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется врачами  
акушерами-гинекологами в учреждениях родовспоможения на каждого  
ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью. Ответственность за

достоверность заполнения извещения несет главный врач учреждения.

В случае рождения мертвого ребенка извещение заполняется с маркировкой в правом верхнем углу "мертворожденный". В случае смерти ребенка во время нахождения в стационаре извещение заполняется с маркировкой в левом верхнем углу "умер в возрасте ..." (пример N 1: 144 часа 26 мин.; пример N 2: 8 дней)

Извещение направляется в территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в течение 10 дней с момента рождения ребенка. В случае смерти новорожденного в стационаре после 10 дней извещение на него заполняется и высылается повторно.

2. Территориальный центр по профилактике и борьбе со СПИДом в течение 3 дней передает информацию о родившихся новорожденных в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России).

3. Фамилия, имя, отчество матери указываются полностью, без сокращений.

4. В пунктах 4, 7, 9, 11, 15, 16, 18, 19, 19.1, 19,2 и 21 выделяется выбранная позиция.

5. В пункте 10 указывается полный клинический диагноз ребенка и все заболевания периода новорожденности. Например: "Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции. Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-травматического характера".

Приложение N 3

УТВЕРЖДЕНО

Приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 16.09.2003 г. N 442

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

Наименование учреждения

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Форма N 310/у

Утверждена Минздравом России

ДОНЕСЕНИЕ О СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА,  
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_
3. Пол: мальчик - 1, девочка - 2
4. Ребенок матери (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_
5. Дата рождения матери (число, месяц, год) \_\_\_\_\_
6. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2
7. Ребенок: взят под опеку - 1, усыновлен - 2, прочее - 3
8. Проживает: в семье - 1, в доме ребенка - 1, в ЛПУ - 3, прочее - 4

9. Место рождения: республика, край, область \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ город, село \_\_\_\_\_  
ЛПУ \_\_\_\_\_

10. Регистрация: республика, край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город, село \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

11. Место фактического проживания: республика, край, область \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город, село \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

12. Дата снятия с диспансерного наблюдения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

13. Причина снятия с диспансерного наблюдения: отсутствие  
клинических симптомов и отрицательные результаты лабораторной  
диагностики - 1, выбыл - 2, умер - 3 (причина смерти \_\_\_\_\_)

14. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции:

14.1. Иммуноферментный анализ: результат, дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

14.2. Иммунный блоттинг: результат, дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

14.3. Полимеразная цепная реакция: результат, дата (число, месяц,  
год) \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

Приложение N 4  
УТВЕРЖДЕНО  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 16.09.2003 г. N 442

ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 310/У  
"ДОНЕСЕНИЕ О СНЯТИИ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА,  
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"

1. Учетная форма N 310/у "Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется специалистами территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Ответственность за достоверность заполнения несут главные врачи территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Донесение направляется в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России) в течение 10 дней после снятия диагноза.

2. Фамилия, имя, отчество матери и ребенка указываются

полностью, без сокращений.

3. В пунктах 3, 6, 7, 8, 13 выделяется выбранная позиция.

4. В пункте 13 в случае смерти ребенка указывается причина смерти.

5. В пунктах 14.1, 14.2 и 14.3 обязательно указывается результат исследования, на основании которого ребенок снят с диспансерного наблюдения.

Приложение N 5  
УТВЕРЖДЕНО  
Приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 16.09.2003 г. N 442

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
Наименование учреждения

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма N 311/у  
Утверждена Минздравом России

ДОНЕСЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА У РЕБЕНКА,  
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ 3. Пол: мальчик - 1,  
девочка - 2
4. Ребенок матери (фамилия, имя, отчество)  
\_\_\_\_\_
5. Дата рождения матери (число, месяц, год)  
\_\_\_\_\_
6. Отказной ребенок: да - 1, нет - 2 7. Ребенок: взят под  
опеку - 1,  
усыновлен - 2, прочее - 3
8. Проживает: в семье - 1, в доме ребенка - 2, в ЛПУ - 3, прочее - 4
9. Место пребывания отказного ребенка  
\_\_\_\_\_
10. Место рождения: республика, край, область  
\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город, село \_\_\_\_\_
11. Регистрация: республика, край, область  
\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город, село \_\_\_\_\_
- улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_
12. Место фактического проживания: республика, край, область  
\_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город, село

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_

13. Дата установления диагноза ВИЧ-инфекция (число, месяц, год)

14. Клинический диагноз (полный)

15. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции:

15.1. Иммуноферментный анализ: результат, дата (число, месяц, год)

15.2. Иммунный блоттинг: подробный результат иммунного блоттинга

\_\_\_\_\_, дата (число, месяц, год)

тест-система

15.3. Полимеразная цепная реакция: проводилась - 1, не проводилась - 2

15.3.1. качественный метод: результат \_\_\_\_\_ дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

15.3.2. количественный метод (вирусная нагрузка): результат

дата (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ число копий РНК ВИЧ

16. Вакцинация (название, дата проведения - число, месяц, год)

17. Наличие вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций:

название, дата

(число, месяц, год)

18. Иммунный статус: CD4 Т-лимфоциты: количество \_\_\_\_\_ мм, %  
содержание \_\_\_\_\_

19. Противоретровирусная терапия (препарат, дата назначения/отмены, доза) \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. лица, заполнившего форму

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Контактный телефон

Приложение N 6  
УТВЕРЖДЕНО  
Приказом

ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 311/У  
"ДОНЕСЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА У РЕБЕНКА,  
РОЖДЕННОГО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРЬЮ"

1. Учетная форма N 311/у "Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью" заполняется специалистами территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Ответственность за достоверность заполнения несут главные врачи территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом.

Донесение направляется в адрес Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора" Шлиссельбургское шоссе, д. 3, Республиканская клиническая инфекционная больница Минздрава России) в течение 10 дней с момента подтверждения диагноза "ВИЧ-инфекция", затем каждые полгода.

2. Фамилия, имя, отчество матери и ребенка указываются полностью, без сокращений.

3. В пунктах 3, 6, 7, 8, 15.3 выделяется выбранная позиция.

4. В пункте 14 полностью указывается клинический диагноз ребенка. Например: ВИЧ-инфекция, стадия 2В. Генерализованная лимфаденопатия. Гепатоспленомегалия.

5. В пунктах 15.1, 15.2, 15.3.1, 15.3.2 обязательно указывается результат исследования (например: иммунный блоттинг - белки gr 160, 110/120, 41 p. 55, 40, 25, 18, 68, 52, 34; название тест-системы - New Lav Vlot).

6. В пункте 17 указывается название вторичных заболеваний и оппортунистических инфекций, дата (число, месяц, год) на момент заполнения формы.