

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ
от 26 августа 2016 г. N 1086

О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи больным внебольничной пневмонией старше 18 лет, исполнения приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года [N 1658н](#) "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести" и от 9 ноября 2012 года [N 741н](#) "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями", [приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 1213н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии", [приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.07.2016 N 459н "Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи при пневмонии", [приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 916н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология", а также для обеспечения преемственности в ведении больного на всех этапах оказания медицинской помощи, в рамках функционирования трехуровневой системы здравоохранения Липецкой области приказываю:

1. Утвердить:

- 1) [алгоритм](#) ведения больного с внебольничной пневмонией (приложение 1);
- 2) [схему](#) взаимодействия государственных медицинских организаций Липецкой области при оказании медицинской помощи больным с внебольничной пневмонией (приложение 2);
- 3) [алгоритм](#) разбора случаев смерти от внебольничной пневмонии (приложение 3).

2. Главным врачам государственных медицинских организаций Липецкой области, оказывающих первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь больным с внебольничной пневмонией:

1) в срок до 01.09.2016 довести до сведения врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-пульмонологов [алгоритм](#) ведения больных с внебольничной пневмонией, указанный в приложении 1 к настоящему приказу;

2) обеспечить оказание медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, своевременную госпитализацию больных с внебольничной пневмонией в соответствии с [приложениями 1 и 2](#) к настоящему приказу.

3) организовать клинический разбор каждого летального случая внебольничной пневмонии на заседании комиссии по изучению летальных исходов медицинской организации с предоставлением протокола разбора и медицинской документации пациента в соответствии с [приложением 3](#) к настоящему приказу начальнику отдела организации медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения Липецкой области Леваковой Г.Н.

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

2. Главным врачам районных и межрайонных больниц, главному врачу ГУЗ "Липецкая областная больница скорой медицинской помощи и медицины катастроф" Игнатовскому А.Е.:

1) обеспечить транспортировку больных с внебольничной пневмонией в соответствии с [алгоритмом](#), указанным в приложении 1 к настоящему приказу;

2) обеспечить транспортировку больных с внебольничной пневмонией санитарным транспортом, оборудованным системой кислородной поддержки.

3. Главным врачам ГУЗ "Липецкая областная клиническая больница" Агафоновой Л.В., ГУЗ "Липецкая областная клиническая инфекционная больница" Сиротинкиной Л.В. организовать консультации врачей специалистов (в том числе с использованием телемедицинских консультаций) и по линии санитарной авиации для определения показаний к переводу в пульмонологические или инфекционные отделения в случае необходимости оказания специализированной помощи больным с тяжелой внебольничной пневмонией.

4. Главному внештатному специалисту пульмонологу управления здравоохранения области Симонойтес С.В. обеспечить контроль выполнения алгоритма ведения больных с внебольничной пневмонией в рамках проведения совместного научно-практического общества врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-пульмонологов.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ управления здравоохранения Липецкой обл. N 1262 издан 29.11.2013, а не 15.11.2013.

5. [Приказ](#) управления здравоохранения Липецкой области от 15 ноября 2013 года N 1262 "Об утверждении алгоритма взаимодействия медицинских организаций Липецкой области при оказании медицинской помощи больным с внебольничной пневмонией" признать утратившим силу.

6. Рекомендовать руководителям негосударственных медицинских организаций при организации медицинской помощи больным с внебольничной пневмонией руководствоваться [пунктами 1, 2](#) настоящего приказа.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника управления здравоохранения Липецкой области Тамбовскую Е.А.

Начальник
управления здравоохранения
Липецкой области
А.Н.БАЙЦУРОВ

Приложение 1
к приказу
управления здравоохранения

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Алгоритм ведения больного внебольничной пневмонией включает следующие этапы:

1. Диагностика и лечение больных с внебольничной пневмонией на амбулаторном этапе.

2. Определение показаний для госпитализации в пульмонологическое или терапевтическое отделение (инфекционное отделение - при наличии выраженных катаральных явлений и острого инфекционного процесса, длительности заболевания до 7 дней).

3. Определение показаний для госпитализации больного с внебольничной пневмонией в отделение реанимации и интенсивной терапии.

4. Принципы лечения.

1. Диагностика и лечение больных с внебольничной пневмонией на амбулаторном этапе.

Оказание медицинской помощи больным внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях проводится в соответствии со **стандартом** первичной медико-санитарной помощи при пневмонии, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 1213н "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии".

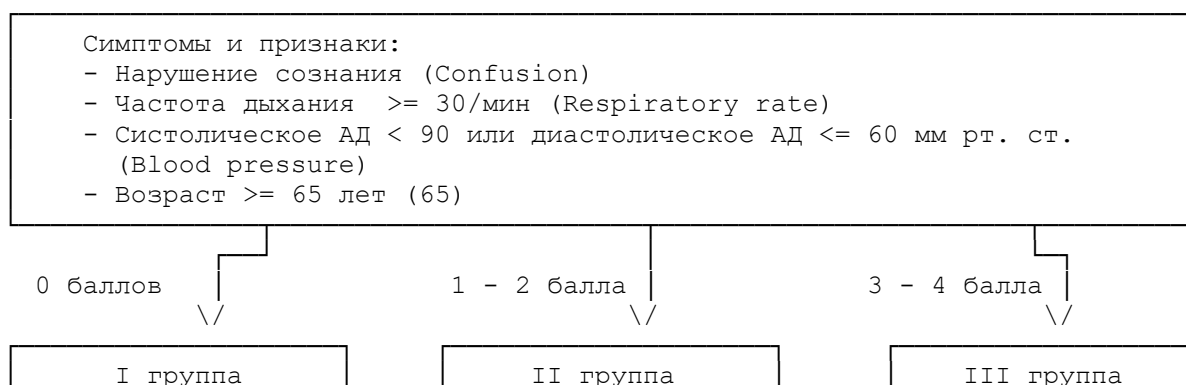
Врач-терапевт (врач-пульмонолог или врач скорой медицинской помощи), предположивший у больного диагноз внебольничной пневмонии:

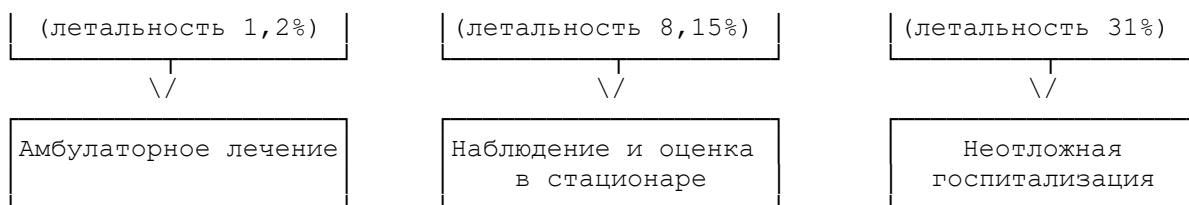
1) определяет степень тяжести и прогноз пневмонии;

2) осуществляет выбор места лечения - на дому, в стационаре, в отделении реанимации и интенсивной терапии стационара;

3) назначает стартовую эмпирическую терапию.

Для выделения категории лиц, нуждающихся на момент осмотра в госпитализации и интенсивной терапии, предлагается Шкала CRB-65 (отсутствие симптома - 0 баллов, наличие симптома - 1 балл), применение которой возможно в амбулаторных условиях, так как для этого ее применения не требуется измерения лабораторных показателей.





При отсутствии всех 4 клинических симптомов и признаков определяется амбулаторное лечение.

При первом осмотре пациента проводится:

- постановка диагноза на основании клинических критериев;
- определение степени тяжести заболевания и показаний для госпитализации;

- если госпитализация не показана, то назначается антибиотикотерапия и объективные методы обследования (рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях и клинический анализ крови).

При повторном осмотре (3-й день болезни) проводится:

- оценка рентгенографических данных и клинического анализа крови;
- клиническая оценка эффективности лечения (улучшение самочувствия, снижение или нормализация температуры тела, уменьшение болей в грудной клетке, уменьшение (прекращение) кровохарканья и выделения мокроты);
- при отсутствии эффекта от лечения и при утяжелении состояния - госпитализация;
- при удовлетворительном состоянии - контроль эффективности лечения через 3 дня.

При следующем осмотре пациента (6-й день болезни) проводится:

- оценка эффективности лечения по клиническим критериям;
- при неэффективности лечения показана госпитализация;
- при нормализации состояния пациента необходимо продолжение антибиотикотерапии в течение 3 - 5 дней от дня нормализации температуры тела;
- назначение сроков повторных исследований крови и рентгенографии органов грудной клетки.

При последующих осмотрах (9 - 14 день болезни) проводится:

- оценка эффективности лечения по клиническим критериям;
- заключительная оценка исследований крови, мокроты и рентгенограмм;
- при сохранении клинических и рентгенологических признаков пневмонии должна быть проведена консультация врача пульмонолога, принято решение о расширении диагностического поиска, проведении консультации фтизиатра, других специалистов по показаниям;
- выписка пациента при выздоровлении.

2. Определение показаний к госпитализации в пульмонологическое или терапевтическое

отделение стационара.

Оказание медицинской помощи больным внебольничной пневмонией в условиях стационара проводится в соответствии со **стандартом** оказания специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года. N 1658н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести" и **стандартом** специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 года N 741н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями", а также на основании Национальных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых от 2010 года.

Госпитализации подлежат больные внебольничной пневмонией, имеющие 1 - 2 клинических симптома и признака (1 - 2 балла) по Шкале CRB-65.

Госпитализация при подтвержденном диагнозе "внебольничная пневмония" абсолютно показана при наличии у больного одного из нижеперечисленных симптомов:

1) данные физического обследования:

- частота дыхания более 30 в минуту;
- уровень диастолического артериального давления менее 60 мм рт. ст.;
- уровень систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст.;
- частота сердечных сокращений более 125 в минуту;
- температура тела менее 35,0 °С или более 40,0 °С;
- нарушение сознания.

2) лабораторные и рентгенологические данные:

- количество лейкоцитов периферической крови менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$ или более $25,0 \times 10^9/\text{л}$; гематокрит менее 30% или гемоглобин менее 90 г/л; креатинин сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или азот мочевины более 7,0 ммоль/л (азот мочевины = мочевины, ммоль/л/2,14);

- уровень сатурации кислорода крови менее 92% (по данным пульсоксиметрии), PaO_2 менее 60 мм рт. ст. и/или PaCO_2 более 50 мм рт. ст. при дыхании комнатным воздухом;

- пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации более 50% в течение ближайших 2 суток);

3) неэффективность стартовой антибактериальной терапии;

4) невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях;

5) возраст старше 60 лет;

6) наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая

почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания);

7) беременность.

Критерии тяжелого течения внебольничной пневмонии.

При наличии хотя бы одного критерия внебольничная пневмония расценивается как тяжелая.

1) клинические критерии:

- признаки острой дыхательной недостаточности: частота дыхания более 30 в мин.; насыщение крови кислородом менее 90%;

2) лабораторные:

- лейкопения (менее $4 \times 10^9/\text{л}$) или лейкоцитоз (более $25 \times 10^9/\text{л}$);

- гемоглобин крови менее 100 г/л;

- гематокрит менее 30%;

3) гипотензия:

- уровень систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст.;

- уровень диастолического артериального давления менее 60 мм рт. ст.;

4) гипоксемия:

- SaO₂ менее 90%;

- PO₂ менее 60 мм рт. ст.;

5) рентгенологические:

- двух- или многодолевое поражение легких;

- быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации более 50% в течение ближайших 2 суток);

6) нарушение сознания;

7) внелегочный очаг инфекции (менингит, перикардит и другие);

8) острая почечная недостаточность (анурия, уровень креатинина крови более 176,7 мкмоль/л, азот мочевины более 7,0 ммоль/л).

Клинические признаки прогрессирующей дыхательной недостаточности:

1) нарушение дыхания (одышка, постепенное уменьшение объема дыхания);

2) нарастающая неврологическая симптоматика (безразличие, агрессивность, возбуждение, заторможенность, кома);

3) сердечно-сосудистые нарушения (тахикардия, стойкое повышение артериального давления при гиперкапнии, декомпенсация сердечной деятельности).

Рентгенография при пневмонии проводится в двух проекциях. Исследование проводится вне очереди, по экстренным показаниям. Заключение рентгенологом выдается немедленно (есть/нет пневмония, количество пораженных сегментов/долей, выпот в плевральной полости). Сомнения при рентгенографии трактуются как возможная пневмония.

При гриппе в течение 1 - 3 суток определяется отрицательная динамика.

Компьютерная томография.

Показания:

1) сомнительные данные рентгенографии;

2) несоответствие данных рентгенографии и клинической картины заболевания;

3) дифференциальная диагностика (абсцесс, отек легких, тромбоэмболия легочной артерии, острый туберкулез и др.);

4) осложнения (пневмоторакс, осумкованный плеврит, ателектаз, кровотечение и др.).

Врачу при определении условий оказания медицинской помощи (стационарные или амбулаторные) больного с внебольничной пневмонией необходимо оценить:

1) факторы риска неблагоприятного исхода (оцениваются ежедневно в истории болезни):

- нарушение сознания;

- температура тела менее 36 °С;

- тахипное (частота дыхания = 28 в минуту);

- шок (систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление < 60 мм рт. ст.);

- лейкоциты периферической крови < 4,0 x 10⁹/л;

- палочкоядерные нейтрофилы более 10%, SpO₂ ≤ 90%;

- полиорганная недостаточность (повышение уровня билирубина крови более 21 мкмоль/л, мочевины крови более 8,3 ммоль/л);

- объем поражения легочной ткани (инфильтрация более чем в одной доле легкого).

2) клинические симптомы по шкале CRB 65 и критериям ССВР (Синдрома Системной Воспалительной Реакции) - наличие 2-х или более:

- температура тела выше 38 °С или меньше 36 °С;

- тахикардия более 90 ударов в минуту;

- частота дыхания более 20 вдохов в минуту или уровень PaCO₂ ниже 32 мм рт. ст.;

- число лейкоцитов периферической крови (> 12 x 10⁹/л, или < 4 x 10⁹/л, или > 10% палочкоядерных форм).

Оценка тяжести пациентов с клиническими признаками внебольничной пневмонии (далее - ВП) в приемном покое круглосуточного стационара

<p>Условия: Общий анализ крови и рентгенологическое исследование доступны в момент осмотра Оценка по шкале CRB-65 и критериям ССВР (наличие одновременно любых 2 и более критериев)</p>	
Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 0 баллов и отсутствием синдрома СВР, но наличием тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность, иммуносупрессия, злокачественные заболевания) или социальных обстоятельств	Течение ВП оценивается, как нетяжелое: Госпитализируются в круглосуточный стационар с указанием оценки по шкале CRB65, критериев ССВР
Пациенты с оценкой по шкале CRB65 = 0 и наличием критериев синдрома СВР	Течение ВП оценивается как тяжелое: Госпитализируются в экстренном порядке в круглосуточный стационар с указанием оценки по шкале CRB65, критериев синдрома СВР
Пациенты с оценкой по шкале CRB-65 = 1 и более баллов (за исключением возраста >= 65 в качестве единственного критерия)	Течение ВП оценивается как тяжелое/жизнеугрожающее: Госпитализируются в экстренном порядке в круглосуточный стационар (ОРИТ) с указанием оценки по шкале CRB65, критериев ССВР и сопутствующей патологии. Все пациенты должны быть осмотрены реаниматологом, который принимает решение о целесообразности лечения в условиях ОРИТ
Пациенты с оценкой по шкале CRB65 = 3 - 4 или с ВП, осложненной тяжелым сепсисом, септическим шоком и/или острой дыхательной недостаточностью	Течение ВП оценивается как жизнеугрожающее: Экстренная госпитализация в ОРИТ

Для всех пациентов оценки по шкале CRB-65 и критериям синдрома СВР должны толковаться в сочетании с клиническими данными.

При величине SpO₂ ≤ 92% в неотложном порядке должна быть проведена консультация врача реаниматолога.

3. Определение показаний для госпитализации больного с внебольничной пневмонией в отделение реанимации и интенсивной терапии.

<p>Критерии тяжелой внебольничной пневмонии для госпитализации в отделение интенсивной терапии (далее - ОРИТ) (IDSA/ATS) Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых - 2014</p>	
"Большие" критерии (достаточно одного для госпитализации)	"Малые" критерии (достаточно 3 для госпитализации в ОРИТ)

→ в ОРИТ)	
Острая дыхательная недостаточность, требующая искусственной вентиляции легких Септический шок (необходимость введения вазопрессоров)	тахипное ≥ 30 /мин. $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ Мультилобарная инфильтрация Нарушение сознания Уремия (остаточный азот мочевины ≥ 20 мг/дл - мочевины, ммоль/л/2,14) Лейкопения ($< 4,0 \times 10^9$ /л) Тромбоцитопения ($< 100,0 \times 10^{12}$ /л) Гипотермия (< 36 °С) Гипотензия, требующая интенсивной инфузионной терапии
Критерии диагностики сепсиса и классификация ACCP/SCCM	
Патологический процесс	Клинико-лабораторные признаки
ССВО - системная реакция организма на воздействие сильных различных раздражителей (инфекция, травма, операция и др.)	Характеризуется наличием двух и более признаков: - температура ≥ 38 °С или ≤ 36 °С - ЧСС ≥ 90 /мин. - ЧДД > 20 /мин. или гипервентиляция ($PaCO_2 \leq 32$ мм рт. ст.) - лейкоциты крови $> 12 \times 10^9$ /л, или $< 4 \times 10^9$ /л, или $> 10\%$ незрелых форм
Сепсис - синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции и двух и более признаков ССВО
Тяжелый сепсис	Сепсис, сочетающийся с органной дисфункцией, гипотензией, нарушением тканевой перфузии. Проявлением последней, в частности, является повышение концентрации лактата, олигурия, острое нарушение сознания
Септический шок	Тяжелый сепсис с признаками тканевой и органной гипоперфузии и артериальной гипотонией, не устраняющейся с помощью инфузионной терапии и требующей назначения катехоламинов
Дополнительные определения	
Синдром полиорганной дисфункции	Дисфункция по 2 и более системам
Рефрактерный септический шок	Сохраняющаяся артериальная гипотония, несмотря на адекватную инфузию, применение инотропной и вазопрессорной поддержки
В первичном осмотре всем больным указать: - день болезни - привит/не привит от гриппа	Обследование в день поступления в стационар: 1. Общий анализ крови, общий анализ мочи м, уровень глюкозы крови. 2. Электрокардиограмма.

<p>- сопутствующие заболевания</p> <p>В объективном осмотре указать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уровень сатурации - уровень сознания - частота сердечных сокращений и артериального давления - объем диуреза - наличие отеков - оценка по CRB-65 - время введения первой дозы антибиотиков 	<p>3. При тяжелой пневмонии биохимический анализ крови: С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, общий белок.</p> <p>4. Сатурация O₂ 92% и ниже: обязательно осмотр дежурного врача.</p> <p>5. При сатурации O₂ 90% и ниже определяют КЩС и уровень газов крови</p>
---	---

4. Принципы лечения

- 1) при сатурации O₂ 92% подача кислорода через маску;
- 2) контроль оксиметрии через 30 мин.: достаточно увеличение сатурации O₂ 94 - 95%;
- 3) при сатурации O₂ 90% повторная консультация врача реаниматолога.

Стартовая терапия при подтвержденном диагнозе пациенту при экстренной госпитализации должна соответствовать лечению тяжелой пневмонии и проведена в первый час, для пневмонии средней тяжести в первые 4 часа (указать время введения первой дозы антибиотиков):

1) цефтриаксон 2,0 внутривенно 1 раз в сутки (или цефотаксим 2,0 г 3 раза в сутки внутривенно или амоксициллина/клавуланат 1200 мг 3 раза внутривенно струйно) + азитромицин 500 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно;

2) альтернатива левофлоксацин 500 мг 2 раза внутривенно капельно. Следует учесть, что цефтриаксон не назначается больным с желчекаменной болезнью (возможна печеночная колика);

3) при вероятном диагнозе грипп назначают ингибиторы нейраминидазы: капсулы Осельтамивир 75 мг 2 раза в день, при тяжелой пневмонии 150 мг 2 раза в день;

4) возможно одновременное назначение ингибиторов нейраминидазы и ингавирина 90 мг 1 раз в день;

5) дезинтоксикационная терапия: кристаллоиды;

6) кортикостероиды по показаниям; при дыхательных расстройствах преднизолон внутривенно до 2,5 мг/кг в сутки;

7) симптоматическая терапия.

Все больные, госпитализированные в экстренном порядке в пульмонологическое отделение, остаются под наблюдением дежурного врача-терапевта.

5. Наблюдение больного по дежурству.

При каждом осмотре оценка факторов риска неблагоприятного исхода:

- нарушение сознания;
- температура тела менее 36 °С;
- тахипное 28 в минуту;

- шок (систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст., диастолическое артериальное давление < 60 мм рт. ст.);
- лейкоциты периферической крови < 4,0 x 10⁹/л (контроль ежедневно);
- палочкоядерные нейтрофилы более 10%, SpO₂ <= 90%;
- полиорганная недостаточность (повышение уровня билирубина крови более 21 мкмоль/л, мочевины крови более 8,3 ммоль/л);
- объем поражения легочной ткани (инфильтрация более чем в одной доле легкого).

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

2. При каждом осмотре контроль сатурации у больных в отделении:

- оценка эффективности кислородной поддержки на уровне 94 - 95%;
- при sat O₂ от 93% и ниже назначает преднизолон в расчете в/в до 2,5 мг/кг в сутки;
- при sat O₂ 90% повторный вызов реаниматолога. Контроль КЩС и газов крови.

3. Определение места дальнейшей терапии по "большим" и "малым" критериям изложено в разделе "Критерии тяжелой внебольничной пневмонии для госпитализации в ОПИТ (IDSA/ATS)".

Приложение 2
к приказу
управления здравоохранения
Липецкой области
"О взаимодействии медицинских
организаций Липецкой области
при оказании медицинской
помощи больным
с внебольничной пневмонией"

**СХЕМА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

N п/п	Наименование медицинской организации	Территория обслуживания
1.	ГУЗ "Липецкая городская больница скорой медицинской помощи N 1"	ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 1", ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 4", ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 5", Поликлиника ГУЗ "Липецкая городская больница скорой медицинской помощи N 1", НП "Новолипецкий медицинский центр" пос. Матырский, ГУЗ "Липецкая районная больница" - с тяжелой пневмонией

2.	ГУЗ "Липецкая городская больница N 3 "Свободный сокол"	ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 9", ГУЗ "Липецкая городская больница N 3 "Свободный сокол", Добровский район, Чаплыгинский район - с тяжелой пневмонией
3.	ГУЗ "Липецкая городская больница N 4 "Липецк-Мед"	ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 2", ГУЗ "Липецкая городская поликлиника N 7", ГУЗ "Липецкая городская больница N 4 "Липецк-Мед", Грязинский район - с тяжелой пневмонией
4.	ГУЗ "Елецкая городская больница N 1 им. Н.А. Семашко"	г. Елец. Елецкий район, Измалковский район, Краснинский район, Долгоруковский район, Становлянский район - с тяжелой пневмонией
5.	ГУЗ "Липецкая областная клиническая больница"	Воловский район, Добринский район, Данковский район, Лебедянский район, Лев-Толстовский район, Задонский район, Тербунский район, Усманский район, Хлевенский район - с тяжелой пневмонией

Приложение 3
к приказу
управления здравоохранения
Липецкой области
"О взаимодействии медицинских
организаций Липецкой области
при оказании медицинской
помощи больным
с внебольничной пневмонией"

АЛГОРИТМ РАЗБОРА СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ПНЕВМОНИИ

Для разбора случаев смерти от пневмонии пациентов, проживавших на территории, прикрепленной за медицинской организацией, в 10-дневный срок в отдел организации медицинской помощи взрослому населению управления здравоохранения Липецкой области предоставляется следующая информация:

1. Последнее обращение в поликлинику за медицинской помощью, дата, диагноз, вид оказанной помощи.
2. При обращении по поводу респираторного заболевания, предшествовавшего госпитализации, предоставить протокол разбора оказания помощи.
3. Имел ли пациент хронические заболевания: нозология, госпитализации в течение 3 месяцев, предшествовавших смерти;
4. Находился ли прикрепленный пациент на диспансерном учете, по какому диагнозу, объем рекомендованной терапии;
5. Другая информация, подтверждающая наличие факторов риска летального исхода от пневмонии.

Для разбора случаев летального исхода от пневмонии в стационаре предоставляется

следующая информация:

1. Медицинская карта стационарного больного по [форме 003/у](#) или копия.
 2. Медицинская карта амбулаторного больного по [форме 025/у](#) в случае обращения пациента в поликлинику в предшествующие 3 недели до настоящей госпитализации;
 3. Копию протокола патолого-анатомического вскрытия или акта судебно-медицинского исследования трупа до получения результатов вирусологического, бактериологического, гистологического исследований;
 4. Протокол разбора летального исхода на комиссии по изучению летальных исходов медицинской организации.
-