

Об утверждении Положения по организации деятельности женской консультации (кабинета)

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 августа 2003 года № 612. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 сентября 2003 года № 2473. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 августа 2012 года № 593

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 27.08.2012 № 593 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В целях совершенствования и дальнейшего развития акушерско-гинекологической помощи населению, приказываю:

1. Утвердить прилагаемое Положение по организации деятельности женской консультации (кабинета) (далее - Положение).

2. Руководителям управлений (департаментов) здравоохранения областей, г.г. Алматы, Астаны организовать деятельность женских консультаций (кабинетов) **с о г л а с н о** **П о л о ж е н и я .**

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра Диканбаеву С.А.

Министр

У т в е р ж д е н о

приказом Министра здравоохранения

Республики Казахстан

от 14 августа 2003 года N 612

Положение

по организации деятельности женской консультации (кабинета)

1. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет организацию деятельности женской консультации (кабинета), независимо от форм собственности.

2. Женские консультации (кабинеты) создаются для оказания амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению с использованием современных медицинских технологий, услуг по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья на основе клинических протоколов.

3. Женская консультация (кабинет) может быть организована как самостоятельная организация или являться структурным подразделением перинатального центра, родильного дома, поликлиники.

4. Руководство женской консультацией (кабинета) осуществляет главный врач (заведующий), назначаемый и увольняемый в установленном порядке.

5. Штатная численность женской консультации (кабинета) утверждается в установленном порядке.

6. Женская консультация (кабинет) может использоваться в качестве клинической базы научных, высших и средних медицинских образовательных организаций и учреждений дополнительного медицинского образования.

7. Женская консультация (кабинет) осуществляет квалифицированную акушерско-гинекологическую помощь вне и во время беременности, в послеродовом периоде, услуги по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья путем:

1) диспансерного наблюдения беременных, в том числе выделения женщин " групп риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

2) выявления беременных, нуждающихся в своевременной госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родильных домов и другие подразделения лечебно-профилактических организаций по профилю экстрагенитальных заболеваний;

3) проведения физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам;

4) проведения патронажа беременных и родильниц;

5) консультирования и оказания услуг по вопросам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья;

6) организации и проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

7) обследования и лечения гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара;

8) выявления и обследования гинекологических больных для подготовки к госпитализации в специализированные лечебно-профилактические организации;

9) диспансеризации гинекологических больных, включая реабилитацию и

санаторно-курортное лечение;

10) выполнения малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий;

11) обеспечения взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией (кабинетом) и другими лечебно-профилактическими организациями (детские поликлиники, территориальные амбулаторные лечебные организации, кожно-венерологические, онкологические, наркологические, противотуберкулезные диспансеры и так далее);

12) проведения экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направления в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

13) оказания медико-социальной и психологической помощи;

14) повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан;

15) внедрения в практику современных диагностических и лечебных технологий, средств профилактики и реабилитации больных;

16) выполнения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности персонала и пациентов, предотвращения распространения инфекции;

17) проведения мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья девочек-подростков и женщин, подготовка к материнству, грудному вскармливанию, планированию семьи, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, в том числе В И Ч - и н ф е к ц и и ;

18) проведения анализа показателей работы женской консультации (кабинета), эффективности и качества медицинской помощи, разработки предложений по улучшению акушерско-гинекологической помощи.

8. Рекомендуемая структура женской консультации в зависимости от численности обслуживаемого населения:

1) кабинет акушера-гинеколога;

2) кабинеты специализированных приемов: (кабинет планирования семьи, невынашивания беременности, гинекологической эндокринологии и бесплодия, профилактики опухолевых заболеваний, кабинет экстрагенитальной патологии, гинекологии детского и подросткового возраста, функциональной и

пренатальной (диагностики);

3) кабинеты других специалистов: (терапевта, стоматолога (зубного врача), психотерапевта (медицинского психолога), психопрофилактической подготовки беременных к родам, лечебной физкультуры и физиотерапевтических методов лечения);

4) вспомогательные подразделения: (процедурный кабинет, малая операционная с предоперационной, клиничко-биохимическая лаборатория, стерилизационная, набор помещений для дневного стационара).

9. Женская консультация (кабинет) работает совместно с акушерско-гинекологическим стационаром родильного дома, перинатальным центром, взрослой и детской поликлиниками (возможно в рамках единого акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса, центра планирования семьи и репродукции, станции скорой и неотложной медицинской помощи и другими лечебно-профилактическими организациями (медико-генетические службы, консультативно-диагностические центры, кожно-венерологические, противотуберкулезные диспансеры и другие).

10. Женская консультация (кабинет) при наличии условий организует стационар дневного пребывания для беременных и гинекологических больных в установленном порядке.

11. Персонал женской консультации (кабинета) в своей работе руководствуется действующим законодательством, положением о женской консультации, приказами, инструкциями, методическими и другими указаниями органов здравоохранения.

12. Персонал женской консультации (кабинета) ведет учет и составляет отчеты по утвержденным формам, на основе которых систематически анализирует свою деятельность.

13. Режим работы женской консультации (кабинета) устанавливается с учетом обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женщинам.

14. Нагрузка врача акушера-гинеколога в один час на приеме 3,5 женщин, при профилактических осмотрах - 8, при оказании помощи на дому - 1,25.

15. В регистратуре женской консультации (кабинета) должна быть четкая наглядная информация: расписание приемов врачей всех специальностей и работы лечебных и диагностических кабинетов: информация о часах работы женской консультации (кабинета), включая субботные дни, и о том, куда обращаться населению за медицинской помощью в часы, когда женская консультация (кабинет) прекратила свою работу (с указанием медицинских организаций, их номеров телефонов, адресов).

16. Регистратура обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на

все дни недели при личном посещении или по телефону.

17. При предварительной записи женщине выдается "Талон на прием к врачу" (форма N 025-4/у). Женщина может сама записаться на прием к врачу в удобное для нее время. Акушерка в соответствии с этими записями подготавливает к приему медицинскую документацию.

18. Врач участка оказывает помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным на дому, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию (кабинет).

19. Посещение врачом больной женщины по вызову осуществляется в день вызова, а при необходимости срочного осмотра - немедленно. После посещения больной врач делает соответствующие записи в "Медицинской карте амбулаторного больного" (форма N 025/у), либо в "Индивидуальной карте беременной и родильницы" (форма N 111/у).

20. Лечебные процедуры, а также манипуляции диагностического характера выполняются на дому средним медицинским персоналом (акушеркой, лаборанткой и другими) по назначению врача.

21. Образовательная работа проводится врачами и акушерками по плану с учетом местных особенностей и условий. Для этой работы следует выделить фиксированные дни и часы. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, постоянные и передвижные выставки, витражи, публикации в средствах массовой информации. Учет проделанной работы ведется в "Журнале регистрации образовательной работы" (форма N 038-0/у). В проведении образовательной работы женские консультации (кабинеты) устанавливают связь с домами здоровья, центрами формирования здорового образа жизни.

22. С целью совершенствования профессионализма акушера-гинеколога, работающего в женской консультации (кабинете), объединенной со стационаром, рекомендуется периодическая работа врача участка в отделениях стационара. Чередование работы в женской консультации (кабинете) и стационаре целесообразно проводить через два года; при этом важно закрепление за одним участком двух врачей, несколько лет взаимно заменяющих друг друга в женской консультации (кабинете) и в стационаре и хорошо знающих свой участок.

23. При необходимости врачи женской консультации (кабинета) привлекаются к дежурствам в акушерско-гинекологическом стационаре.

24. Не реже одного раза в 5 лет врач должен повышать свою квалификацию в институтах и факультетах усовершенствования врачей в соответствии с действующим законодательством.

25. В графиках работы врача акушера-гинеколога необходимо отражать все регистрируемые виды работ, выполняемых врачом: прием в женской

консультации, посещение на дому, образовательную и другую профилактическую работу, которую он фиксирует в "Ведомости учета посещений в поликлинике (амбулатории), консультации" (форма N 039/у).

26. В проведении приема и лечении больных врачу помогает акушерка участка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, производит взвешивание беременных и измерение артериального давления, выдает направления на анализы и консультации, проводит женщинам лечебные процедуры. Акушерка ведет "Ведомость учета посещений среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории) консультации" (форма N 039-1/у).

2. Организация наблюдения и медицинской помощи беременным женщинам

27. При первом обращении женщины в женскую консультацию (кабинет) по поводу беременности и при желании сохранить ее, необходимо:

1) тщательно ознакомиться с общим и специальным анамнезом, обратив внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и в зрелом возрасте заболевания (общие и гинекологические), операции, переливания крови, на особенности менструальной, секреторной, половой и генеративной функций. В частности, необходимо выяснить течение и исход предыдущих беременностей (токсикозы, невынашивания, мертворождения, врожденные пороки развития у детей, операции в родах, масса новорожденных, осложнения после родов и аборт и др.); необходимо уточнить состояние здоровья супруга, характер производства, где работают супруги, вредные привычки;

2) соблюдать порядок общего осмотра при первом и последующих посещениях женщин с нормально протекающей беременностью и осложненной, а также частоту наблюдения врачом акушером-гинекологом и другими специалистами, частоту лабораторных и других диагностических исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий.

28. Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения должны записываться в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма N 111/у) и в "Обменно-уведомительную карту беременной" (форма N 113/у) при каждом посещении и скрепляться подписью врача.

29. Особое внимание должно быть уделено беременным групп высокого риска (осложнение беременности, экстрагенитальные заболевания и другие ф а к т о р ы р и с к а) .

30. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель

беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе р и с к а .

31. В "Индивидуальной карте беременной и родильницы" (форма N 111/у) составляется индивидуальный план наблюдения беременной с использованием современных методов обследования состояния матери и плода. Беременных группы высокого риска необходимо направлять на роды в перинатальный центр или специализированный родильный дом (отделение).

32. При первом определении срока беременности необходимо согласовать его со сроком, предполагаемым самой женщиной. В случае расхождения в вопросе о сроке беременности, решение принимается совместно с главным врачом (заведующей) женской консультацией (кабинета) или другим врачом.

33. С каждой женщиной проводится беседа о важности регулярного посещения врача женской консультации (кабинета) и выполнения всех советов и н а з н а ч е н и й .

34. "Индивидуальные карты беременных и родильниц" (форма N 111/у) хранятся в кабинете каждого врача акушера-гинеколога в картотеке по датам назначенного последующего посещения. "Обменно-уведомительная карта" (форма N 113/у) выдается беременной при первом посещении.

35. В картотеке должны быть еще 3 отдельных ячейки для карт: родивших, подлежащих патронажу женщин, госпитализированных беременных.

36. Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в течение недели в назначенный срок. Патронаж на дому производится акушеркой по назначению врача. Для полноценного патронажа на дому акушерке необходимо при себе иметь необходимый набор инструментов. Записи о результатах патронажного посещения заносятся акушеркой в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма N 111/у), и "Обменно-уведомительную карту беременной" (форма N 113/у). В некоторых случаях патронаж на дому проводится врачом акушером-гинекологом с последующей записью в "Индивидуальной карте беременной и родильницы" (форма N 111/у), "Обменно-уведомительной карте беременной" (форма N 113/у).

37. При каждом повторном осмотре беременной, кроме опроса и акушерского обследования, необходимо обращать внимание на наличие явных и скрытых отеков, соблюдения женщиной режима питания, труда и отдыха. Особое внимание следует обращать на функциональное состояние плода: его шевеление, сердцебиение, а также предполагаемую его массу. Врач и акушерка женской консультации (кабинета) осуществляют контроль за своевременной фактической госпитализацией беременной.

38. Врач акушер-гинеколог женской консультации (кабинета) при необходимости выдает беременным справки перевода на легкую и безвредную

работу (форма N 084/у). Такой перевод в соответствии с врачебным заключением осуществляется при любом сроке беременности в соответствии с трудовым законодательством. Врач акушер-гинеколог выдает листки нетрудоспособности в соответствии с приказом Председателя Агентства по делам здравоохранения Республики Казахстан "Об утверждении Правил выдачи гражданам листков нетрудоспособности" от 29 декабря 2000 года N 859, зарегистрированного в Министерстве юстиции Республики Казахстан от 23 января 2001 года N 1372-1.

V 0 9 5 8 6 0

39. В случае сомнения в сроке беременности, вопрос о декретном отпуске решается совместно с заведующим или другим врачом женской консультации (кабинета). Листки нетрудоспособности регистрируются в "Книге регистрации листков нетрудоспособности" (форма N 036/у). Учащимся для освобождения от занятий выдаются справки с сохранением корешка в "Книге справок о временной нетрудоспособности студентов, учащихся техникумов и школ" (форма 095/у). Оформляя дородовой отпуск, врач разъясняет женщине необходимость более частого посещения женской консультации (кабинета) во время отпуска.

40. Обучение беременных женщин правилам личной гигиены, а также физическая и психопрофилактическая подготовка их к родам начинается с первых посещений женской консультации (кабинета).

41. Физическая подготовка проводится группой женщин. В женской консультации (кабинете) женщины осваивают специальный комплекс упражнений, который рекомендуется выполнять дома в течение определенного времени (до смены этого комплекса новым). Проводится также ультрафиолетовое облучение беременных. Групповые занятия (не более 8-10 человек) по психопрофилактической подготовке к родам целесообразно начинать с 30-34 недель беременности. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам проводится врачом участка или одним из врачей женской консультации (кабинета), специально подготовленной акушеркой.

42. Занятия с женщинами в "школах матерей" начинаются с 15-16 недель беременности.

43. Целесообразно по некоторым темам проводить занятия с будущими отцами (о режиме беременной женщины, о питании во время беременности, уходе за ребенком и другие).

44. Дополнительные данные следующих осмотров и исследований фиксируются в карту при каждом посещении беременной врача женской консультации (кабинета).

45. В случае отъезда беременной в другой город (село) врач разъясняет необходимость ее дальнейшего наблюдения у врача акушера-гинеколога или

акушерки. Врач женской консультации (кабинета) или другого учреждения, временно наблюдающий за такой беременной, фиксирует основные результаты осмотров и исследований в выданную ей ранее по месту жительства обменную карту женской консультации (кабинета) и завести на нее "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма N 111/у).

3. Организация наблюдения, оздоровления и восстановительного лечения родильниц

46. Наблюдение за женщиной после неосложненных родов рекомендуется начинать не позже, чем через 7-10 дней после выписки ее из акушерского стационара. Необходимость посещения женской консультации (кабинета) в эти сроки следует разъяснить женщине еще до наступления родов.

47. При первом посещении родильницей женской консультации (кабинета) врач акушер-гинеколог знакомится с данными стационара (обменная карта, справка) о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает особое внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Вагинальное исследование (с весьма тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям. Родильницам должна быть разъяснена возможность наступления новой беременности в период кормления ребенка и рекомендованы сроки обращения в консультацию для подбора противозачаточных средств.

48. Патронажу подлежат родильницы: не явившиеся в женскую консультацию (кабинет) через 7-10 дней после выписки из акушерского стационара; по указанию акушерского стационара (телефонное или письменное извещение); при осложненном течении послеродового периода; не явившиеся повторно в установленный срок в женскую консультацию (кабинет).

49. Послеродовой отпуск работающим женщинам оформляет врач акушер-гинеколог женской консультации (кабинета) или родовспомогательного учреждения в установленном порядке.

50. Сведения о родах, данные опроса, осмотра и специальных обследований родильницы заносятся в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма N 111/у). В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: "Обменно-уведомительная карта" (форма N 113/у), сведения стационара для женской консультации (кабинета), результаты лабораторных исследований, заключения консультантов и другие.

51. Все "Индивидуальные карты беременных и родильниц" (форма N 111/у) до конца послеродового периода хранятся в специальной ячейке картотеки.

52. Все родильницы в послеродовом периоде в течение месяца после выписки

из родильного дома должны пройти флюорографическое обследование органов грудной клетки.

4. Организация гинекологической помощи

53. Выявление гинекологических заболеваний осуществляется: при приеме женщин, обратившихся в женскую консультацию (кабинет), в том числе и по поводу беременности, осмотре женщины на дому (по вызову), проведении профилактических осмотров женщин в женской консультации (кабинете), на предприятиях, в учреждениях, смотровых кабинетах поликлиник.

54. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию (кабинет), заводится "Медицинская карта амбулаторного больного" (форма N 025/у) .

55. При выяснении общего и специального анамнеза следует обращать внимание на наследственность, перенесенные заболевания и операции (в том числе и гинекологические), на особенности менструальной функции, половой жизни, здоровье супруга, течение и исход беременностей, развитие настоящего заболевания, условия труда и быта.

56. После первого осмотра больной на второй странице карты амбулаторного больного в графе "заключительных уточненных диагнозов" проставляется дата осмотра, заключительный (уточненный) диагноз записывается в день его у с т а н о в л е н и я .

57. "Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов" (форма N 0-25-2/у) заполняется с листа записи уточненных диагнозов карты амбулаторного больного акушеркой во время каждого приема и подписывается врачом на всех больных, у которых установлен окончательный диагноз. В случае выявления у одной и той же женщины двух или нескольких гинекологических заболеваний, статистический талон заполняется на каждое окончательно установленное заболевание.

58. В случае невозможности установления окончательного диагноза при первом осмотре женщины (или при сомнении в диагнозе) врач записывает в амбулаторной карте предполагаемый диагноз и консультирует больную с главным врачом (заведующим) женской консультацией (кабинета) или с заведующим гинекологическим отделением стационара, или направляет женщину к специалистам других лечебно-профилактических учреждений.

59. Все данные обследования женщины, данные о манипуляциях и операциях, произведенных в женской консультации (кабинете), а также советы и назначения должны записываться в амбулаторную карту больной и скрепляться подписью в р а ч а .

60. Девушки в возрасте с 15 до 18 лет подлежат профилактическим гинекологическим осмотрам (пальцевое исследование через прямую кишку) раз в году, проживающие в районе деятельности женской консультации (кабинета).

61. Каждая женщина осматривается акушером-гинекологом один раз в год с применением цитологического метода обследования.

62. В женской консультации (кабинете) могут применяться следующие диагностические методы: метросальпингография, пертубация, цитологические методы исследования, биопсия, аспират с полости матки и другие.

63. В случае выявления при профилактическом осмотре гинекологического заболевания женщине назначается лечение в женской консультации (кабинете) по месту работы или по месту жительства.

64. При установлении окончательного диагноза решается вопрос о лечении и диспансерном наблюдении за больной. На каждую женщину, подлежащей диспансерному наблюдению, заполняется "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (форма N 030/у).

65. Диспансеризация прекращается после выздоровления больной или в связи с выездом ее из района деятельности женской консультации (кабинета).

66. Лечение гинекологических больных осуществляется в основном в женской консультации (кабинете), в здравпункте, по профилю в специализированном диспансере (противотуберкулезный, онкологический, кожно-венерологический), а также в гинекологических стационарах. Лечение больных в женской консультации (кабинете) проводится врачом или по его назначению акушеркой. Возможно использование принципа дневного стационара.

67. Специализированные гинекологические приемы организуются в крупных, хорошо оборудованных женских консультациях (кабинетах) с целью оказания квалифицированной консультативной помощи женскому населению.

68. К числу специализированных относятся приемы:

- 1) планирования семьи;
- 2) гинекологической эндокринологии и бесплодия;
- 3) невынашивания беременности;
- 4) профилактики опухолевых заболеваний;
- 5) детской и подростковой гинекологии.

69. Приемы по гинекологии детского возраста организуются в детских поликлиниках, женских консультациях (кабинетах), а с 15 до 18 лет - в подростковом кабинете при женской консультации (кабинете).

70. Для работы в процедурном кабинете может выделяться акушерка. Учет процедур производится в "Журнале учета процедур" (форма N 029/у).

71. В женской консультации (кабинете) должна быть организована малая

операционная и комната отдыха для временного пребывания больных после амбулаторных операций.

72. Амбулаторно могут проводиться малые гинекологические операции и манипуляции: биопсия шейки матки, аспирация (шприцем) содержимого полости матки для цитологического исследования, полипэктомия, диатермокоагуляция, введение, удаление внутриматочной спирали и другие. Операции регистрируются в "Журнале записи амбулаторных операций" (форма N 069/у).

73. В особых случаях медицинская помощь гинекологической больной (анализы, инъекции, консультации) может быть организована на дому.

74. Больной, назначаемой стационарное лечение, выдается направление на госпитализацию.

75. Акушерка участка проверяет факт поступления больной в стационар. В карте амбулаторного больного делается запись о направлении в стационар и фактической госпитализации женщины. После выписки больной из стационара в определении метода долечивания принимаются во внимание рекомендации стационара. Сведения стационара переносятся в карту амбулаторного больного, выписка остается у больной.

76. Для предупреждения абортс важными являются рекомендации, индивидуальный подбор и обучение по использованию противозачаточных средств. При наличии тяжелых заболеваний и других состояний, при которых вынашивание беременности и роды могут угрожать здоровью и жизни женщины, а также при тяжелых наследственных заболеваниях, ей следует рекомендовать постоянно воздерживаться от наступления беременности.

77. При обращении беременной женщины за направлением для искусственного прерывания беременности, после определения срока беременности и установления отсутствия медицинских противопоказаний к операции аборта, врач разъясняет опасность и вред прерывания беременности. Обследование и госпитализация для искусственного прерывания беременности (аборта) производится в установленном законодательством порядке.

78. Для удобства анализа заболеваемости целесообразно использовать международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

5. Организация акушерско-гинекологической помощи сельскому населению

79. Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь оказывается в женских консультациях (кабинетах) районных, центральных районных больниц и поликлиник, в акушерско-гинекологических кабинетах сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктах.

Консультативную и специализированную помощь обеспечивают акушерско-гинекологические отделения (кабинеты), областные больницы, а также городские акушерско-гинекологические отделения, в том числе базы профильных кафедр и Республиканский научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка.

80. Наблюдение и обследование беременных женщин и гинекологических больных в сельской местности проводится в соответствии с вышеуказанной схемой, с учетом соблюдения этапности в оказании акушерско-гинекологической помощи, особенно беременным из группы высокого риска.

81. Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов, а также занятому отгонным животноводством, врачебную акушерско-гинекологическую помощь оказывают выездные бригады, в состав которых могут входить акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра. Руководство работой врача акушера-гинеколога в выездной бригаде осуществляет районный акушер-гинеколог.

82. Акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады, обязан:

- 1) проводить профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование;
- 2) осмотр, обследование беременных и гинекологических больных;
- 3) при необходимости - оказание экстренной медицинской помощи;
- 4) обучать женщин методам и средствам контрацепции;
- 5) проводить беседы или лекции для населения.

83. Свою деятельность акушер-гинеколог выездной бригады должен отражать в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой фельдшерско-акушерского пункта назначений и рекомендаций.

84. Выездные бригады оснащаются необходимым для работы на месте инвентарем, медицинским оборудованием, набором инструментов, медикаментами для оказания экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным детям, проведения профилактических осмотров и приема больных.

85. Практически здоровые женщины с благополучным акушерско-гинекологическим анамнезом, нормальным течением беременности в период между выездами бригады наблюдаются у акушерки фельдшерско-акушерского пункта или участковой больницы, на роды направляются в ближайшее родовспомогательное учреждение.

86. Для беременных группы высокого риска намечается план диспансерного наблюдения и родоразрешения с указанием сроков госпитализации их в центральную районную больницу (родильные отделения областной больницы,

